

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
CENTRUM BIOLOGIE, GEOVĚD A ENVIGOGIKY

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Tereza Toušková**

*Biologie se zaměřením na vzdělání*

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Benediktová, Ph.D.

**Plzeň, 2023**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni dne 28.4.2023

.....  
vlastnoruční podpis

Chtěla bych poděkovat Mgr. Lence Benediktové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, ochotu a trpělivost.

**OBSAH**

|  |    |
|--|----|
| SEZNAM ZKRATEK .....   | 6  |
| ÚVOD .....   | 7  |
| 1 TEORETICKÁ ČÁST .....  | 8  |
| 1.1 CO JSOU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....                         | 8  |
| 1.2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....                         | 8  |
| 1.2.1 Historie anorexie .....                                    | 9  |
| 1.2.2 Historie mentální bulimie .....                            | 11 |
| 1.3 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....                    | 12 |
| 1.3.1 Kulturně-sociální vlivy.....                               | 13 |
| 1.3.2 Biologické vlivy .....                                     | 14 |
| 1.4 ZDRAVOTNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY.....                              | 18 |
| 1.4.1 Kardiovaskulární obtíže .....                              | 18 |
| 1.4.2 Obtíže spojené s ženským reprodukčním systémem .....       | 19 |
| 1.4.3 Neurologické projevy u osob s PPP .....                    | 21 |
| 1.4.4 Obtíže spojené s trávicí soustavou .....                   | 21 |
| 1.4.5 Dopady MA na kostní hmotu.....                             | 23 |
| 1.4.6 Vliv PPP na dýchací soustavu.....                          | 23 |
| 1.4.7 Kožní projevy PPP .....                                    | 24 |
| 1.4.8 Dopady PPP na stav dutiny ústní.....                       | 24 |
| 1.4.9 PPP a jejich vliv na ledviny.....                          | 25 |
| 1.4.10 Spánek a PPP .....  | 25 |
| 1.5 DIAGNOSTIKA PPP.....   | 26 |
| 1.6 DRUHY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY, JEJICH PROJEVY A PŘÍZNAKY ..... | 29 |
| 1.6.1 Mentální anorexie .....                                    | 29 |
| 1.6.2 Mentální bulimie .....                                     | 30 |
| 1.6.3 Záchvatovité přejídání.....                                | 30 |
| 1.6.4 Bigorexie.....   | 31 |
| 1.6.5 Ortorexie.....   | 32 |
| 1.7 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....                             | 32 |
| 1.7.1 Hospitalizace.....   | 33 |
| 1.7.2 ambulantní péče.....                                       | 33 |
| 1.7.3 Svépomoc .....   | 33 |
| 1.7.4 Rodinná terapie .....                                      | 33 |
| 1.7.5 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT).....                 | 34 |
| 1.7.6 Interpersonální terapie.....                               | 34 |
| 1.7.7 Farmakoterapie .....                                       | 34 |
| 1.8 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....                         | 35 |
| 1.8.1 On-line prostředí a prevence.....                          | 36 |
| 1.8.2 Cíle preventivních programů a pravdy o PPP .....           | 36 |
| 2 ANALÝZA RVP.....   | 38 |
| 2.1 CO JE TO RVP A K ČEMU SLOUŽÍ.....                            | 38 |
| 2.2 VYMEZENÍ PPP V RVP .....                                     | 38 |
| 3 PRAKTICKÁ ČÁST .....   | 39 |
| 3.1 METODOLOGIE VÝZKUMU .....                                    | 39 |
| 3.1.1 Cíl formulářové položky.....                               | 39 |

---

|       |   |      |
|-------|---|------|
| 3.1.2 | Obsah, který položkami zjišťujeme.....                      | 43   |
| 3.2   | VÝSLEDKY VÝZKUMU.....                                       | 44   |
| 3.2.1 | Položky 1-9.....  | 44   |
| 3.2.2 | Položky 10-20 .....   | 49   |
| 4     | INFOGRAFIKA .....   | 55   |
| 5     | ÚPRAVA INFOGRAFIKY .....                                    | 57   |
| 6     | DISKUZE .....   | 59   |
|       | ZÁVĚR.....  | 60   |
|       | RESUMÉ .....  | 61   |
|       | RESUMÉ .....  | 62   |
|       | SEZNAM LITERATURY .....                                     | 63   |
|       | SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ .....             | 65   |
|       | PŘÍLOHY .....   | I    |
| 7     | EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE (EDE-Q 6.0) ..... | VIII |
| 8     | SCORING .....   | XIII |
| 9     | GLOBAL SCORE.....   | XIV  |
| 10    | SUBSCALES .....   | XV   |
| 11    | COMMUNITY NORMS .....                                       | XVI  |

**SEZNAM ZKRATEK**

PPP-poruchy příjmu potravy

MA-mentální anorexie

MB-mentální bulimie

BMI-Body Mass Index (kg/m<sup>2</sup>)

KBT-kognitivně-behaviorální terapie

RVP-rámcový vzdělávací program

## Úvod

V této bakalářské práci se budeme zabývat podrobně tématem poruch příjmu potravy. Toto téma se přímo dotýká několika oborů, a to zejména biologie člověka, tedy zasahuje do přírodopisu na základní škole. Také se dotýká oborů psychologie a lékařství. Jedná se o skutečnost, která se v lidské společnosti vyskytuje již od počátku, avšak stále ji není dopřána příslušná pozornost. Papežová (2010) velmi výrazně zmiňuje, že poruchy příjmu potravy jsou zlehčovány a podléhají stigmatizaci a zkreslené interpretaci v médiích. Dále též média i celá naše společnost kladou velký důraz na vzhled. A propagací štíhlosti a dokonalého vzhledu mnohdy vyvolávají média u dospívajících pocity méněcennosti. Celkový dopad medií a převážně internetu a sociálních sítí by neměl být ignorován. V současnosti se oproti idealizaci štíhlosti setkáváme též s pokusy o introdukci XXL modelek. Ovšem mnohdy se setkáme s ženami běžných tělesných proporcí, které jsou označovány jako „plus size modelky“. Dále v posledních letech narůstá vliv fitness, a dokonalá ženská postava se tak vykresluje jako vysportovaná, štíhlá a nejlépe s velkým pozadím. (Pipová 2021) Toto též velmi pokrývá reálnou představu o vlastním těle.

V teoretické části si přiblížíme projevy poruch příjmu potravy, jejich dopady na lidské tělo a důvody vzniku těchto nemocí. Dále provedeme dotazníkové šetření na žácích základních škol, abychom získali představu jejich informovanosti o problematice. Na základě těchto informací zpracujeme infografiku, prostřednictvím které realizujeme náš primární cíl, kterým je zvýšit povědomí o poruchách příjmu potravy.

## 1 TEORETICKÁ ČÁST

### 1.1 CO JSOU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Dle Krcha (2010, s.25): *„Je pro ně příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vlastnímu vzhledu a váze. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale se snaží zhubnout, nebo alespoň nepřibrat.“*

Maloney a Kranzová (1997) popisují poruchu příjmu potravy jako určitý druh závislosti na jídle, kdy dotyčná osoba jídlom řeší své emoční trable a vnímá jej jako až příliš důležitou součást svého života.

Více specificky a odborně PPP popisuje Papežová (2010 s.127):

*„Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou považovány za kontinuum patologického jídelního chování od nejzávažnější jednotky anorexia nervosa a bulimia nervosa po psychogenní přejídání, noční přejídání a s nimi spojenou obezitu. Jedná se o multifaktoriálně podmíněné onemocnění, které je nutno posuzovat i léčit v širším bio-psycho-sociálním kontextu.“*

Definovat poruchy příjmu potravy (PPP) jako celek je obtížné. Tak jako u jiných onemocnění, i zde je řada proměnných. Osoby trpící PPP nemusí vykazovat všechny příznaky pro nemoc typické. Rozdílné příznaky se vyskytují též u mladších pacientů. Bezpochyby ale nejčastěji se vyskytujícími syndromy jsou mentální anorexie a mentální bulimie, a též patří mezi ty nejznatelněji vymezené (Krch 2005).

Dále se též Papežová (2010) zmiňuje o poměrně nových diagnózách, kterými jsou: ortorexie (posedlostí zdravou stravou), bigorexie (touha po co nejvyšším objemu svalové hmoty i s užitím anabolických látek) a též drunkorexie (omezování jídla, z důvodu nahrazení těchto kalorií alkoholem).

### 1.2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Příznaky nasvědčující o výskytu PPP existují již od počátku lidstva. Během celé té doby bylo na ně pohlíženo různě a též se velmi lišily jejich názvy. Již starověké prameny se zmiňují o požívání látek, které nebyly určeny k jídlu (nemoc pika). Záznamy o vybočujícím



stravování se vyskytují napříč stoletími, avšak jen velmi málo z nich je validních z hlediska dnešních specifikací PPP.

Je tak obtížné vymezit (převážně u starších pramenů), zda se opravdu o PPP jednalo, či byl popisován naprosto jiný jev (Krch 2005).

### **1.2.1 HISTORIE ANOREXIE**

V dřívějších dobách bylo odmítání jídla posuzováno jako příznak nemoci či duševní poruchy. Avšak nejednalo se o nic, co by bylo hodnoceno jako nežádoucí. Hladovění též bylo pro křesťany nástrojem k sebe trestání. Později bylo dobrovolné hladovění, bez příznaků jakékoliv jiné nemoci, klasifikováno jako působení nadpřirozených sil či samotného ďábla (Krch 2005).

Ke konci středověku se též objevovaly věřící ženy, které dobrovolně hladověly a tvrdily, že dokáží přežít bez jídla díky boží síle. S nastupujícím novověkem a úpadkem církve se začaly objevovat „záračné panny“. Jednalo se o mladé dívky, které se již neodvolávaly na boží sílu. I přesto však za některými z těchto dívek cestovali běžní lidé i panovníci a přinášeli jim dary. Tento jev samozřejmě nezůstal bez pozornosti lékařů. Většina z nich se ovšem domnívala, že se jedná o zázrak, na němž se podílí boží síla a označovali tento jev jako „anorexia mirabilis“ (Krch 2005).

V devatenáctém století již bylo pohlíženo na odmítání jídla, jako na cosi nežádoucího. A nasvědčujícího nemoci. v tu samou dobu byly „záračné panny“ odsouzeny jako lhářky, které se pouze pokoušely o upoutání pozornosti veřejnosti. Bohužel tento názor panoval i v době kdy již byla mentální anorexie popsána jako nemoc (Krch 2005).

### **Chápání mentální anorexie**

Již ve starověku se setkáváme s pojmem „anorexia“, který označoval stav úplné únavy a lhostejnosti. Hippokrates a Galén dále uvádí, že tyto osoby vykazovaly nechutenství. Důvod tohoto stavu připisovali špatným tělesným tekutinám.

Náhled na mentální anorexii (MA) se až do příchodu doby moderní příliš nezměnil. I když již bylo dáno mnohem více pozornosti emocionální stránce nemoci a též té tělesné. Mnoho lékařů se shodlo, že za původ MA může žaludek. Na začátku devatenáctého století je toto onemocnění (MA) vnímáno jako porucha funkce žaludku. V tu samou dobu je ve Francii

vydána publikace (Fleurim Imbertem), která udává dokonce dva druhy anorexie. A to gastrickou a nervovou. Kdy gastrická se vyskytuje z důvodu narušení funkce trávení, přičemž nervová je způsobena absencí aktivity mozku v oblasti chuti k jídlu. K této diagnóze se též pojily symptomy jako změny nálad či úzkosti. Avšak toto dílo zůstalo bez povšimnutí ostatních lékařů (Krch 2005).

O třicet let později lékař William Gull zavádí termín „anorexia nervosa“, jímž je budoucích sedmdesát let myně označována ztráta chuti k jídlu (Krch 2005).

### **Předchůdci anorexia nervosa**

Přestože se tento jev začal používat až vcelku nedávno (v 19. století), není pochyb o tom, že MA jako taková existovala mnohem dříve. Odmítání potravy bylo nejen příznakem mnoha jiných stavů (melancholie, demence, hysterie...). Též se objevovaly (v 18. a 19. století) zmínky o „bedničce“, která postihovala dívky a projevovala se světlým odstínem kůže, absencí menstruačního cyklu, nechutí k jídlu a přejídáním či pojídáním předmětů, které k jídlu určeny nebyly. Na konci století však byl tento stav spíše přisuzován absenci železa ve stravě (Krch 2005).

O mnoho významnější onemocnění je pak „nervové opotřebení“ popsané Richardem Mortonem v 17. století. Nesporně významný je popis emociální stránky nemoci i detaily případu tohoto onemocnění. Jde tak o první velmi blízký popis MA, kde se lékař svěřuje s nepochopením tak vážného zdravotního stavu bez zřejmé tělesné příčiny. Přestože tato kniha byla velmi známá diagnóza, která v ní byla popsána, se stále nedočkala uznání od ostatních lékařů (Krch 2005).

Nesporně popsaný případ MA se objevuje až v 19. století (ve druhé polovině) a byl popsán lékařem Stoutem Chipleyem jako „chorobné nechutenství“. Kromě tohoto stavu si též povšiml vyhýbaní se jídlu u velmi štíhlých adolescentních dívek, které navíc patřily do vyšších vrstev společnosti a absencí stravy na sebe upoutávaly pozornost (Krch 2005).

Rok poté byl Louisem-Victorem Marcéem publikován článek o „hypochondrotickém deliriu“, které pozoroval na několika mladých dívkách. Tyto dívky vykazovaly nechuť k jídlu a měly značné trávicí potíže. Později se též u nich objevilo přesvědčení, že nemohou jíst

vůbec a striktně odmítaly jakoukoli změnu jídelníčku. I přes velmi detailní a přínosné pozorování svých pacientek, které bez pochyby trpěly MA, na jeho práci nebyl brán zřetel. Uznání MA jako diagnózy učinil lékařský svět deset let na to (1873). Autoři popisu této nemoci jsou Ernst-Charles Laségue a sir William Withey Gull, kteří se shodli, že MA je duševní onemocnění, týkající se především mladých dívek a žen. Jehož projevy jsou (tak jako i dnes): velký úbytek hmotnosti, vynechání menstruace, nepokoj, a to bez zjevných projevů nasvědčujících somatickým onemocněním (Krch 2005).

Až do 20. století byla MA pouze okrajovou, a ne příliš uznávanou poruchou. Ve 40. letech (20.století) byla díky pokroku vědy a medicíny MA znovu objevena a uznána jako duševní porucha a od 60. let je MA vnímána jako nová a tajemná nemoc. V tu samou dobu byl dokreslen její obraz o projevy bezhlavé touhy dosáhnoutí útlé postavy a o zkresleném vnímání svého vlastního těla.

V naší moderní době je pak MA velmi známou a společností silně vnímanou nemocí (Krch 2005).

### **1.2.2 HISTORIE MENTÁLNÍ BULIMIE**

Záznamy o nadměrné konzumaci jídla se stejně jako u hladovění vyskytují od nepaměti a byly výsadou převážně vyšších vrstev. Sám význam slova „bulimie“ se pak velmi liší. Jeden z jeho výkladů je, že se jedná o složeninu dvou řeckých slov (býk a hlad), a znamená tak velký hlad, že by daný člověk pozřel i býka. Tento jev jsme schopni poprvé datovat do období před naším letopočtem (4. století). Avšak slovo bulimie bylo vztahováno i na slabost, kterou způsoboval nedostatek potravy, či na špatnou funkci trávení. Během 18. století bylo jako bulimie označováno sedm rozdílných stavů. Část z nich (4) byly popisovány jako stavy doprovázené dalšími příznaky. Například výskytem parazitů či průjmem. Zbylou část tvořily tři kategorie bulimie. *Bulimia hellonum* popisující nadměrný hlad, *bulimia syncopalis*, neboli mdloby z absence potravy a *bulimia emetica* vyznačující se přejídáním, a následným zvracením. Přestože v tomto období dochází ke zvýšení povědomí o působení emocí, stále byla bulimie klasifikována jako porucha trávení. Toto pojetí bulimie je definitivně změněno až ve dvacátém století (1979) Gerraldem Russellem, kdy byla uznána psychickou poruchou. Gerrald též poprvé použil označení *bulimia nervosa* a popsal její hlavní příznaky, které jsou: přejídání, následné zvracení či používání projímadel (nebo obojího) z důvodu obavy

o nárůst hmotnosti. Též poznamenal, že se tento jev týkal především žen s běžnou hmotností (Krch 2005).

### **Odlišení bulimie od anorexie**

Tak jak je tomu dnes, i dříve pacientky s MA prožívaly stavy, které jsou příslušné spíše pro člověka trpícího bulimií. V minulosti na ně tedy bylo nahlíženo jako na součást MA, či na příznaky různých psychických poruch. Dokonce jeden z nejlépe popsáných případů bulimie v roce 1944, byl označen za schizofrenii (Krch 2005).

V sedmdesátých letech byly objeveny symptomy významně se odlišující od již velmi známé diagnózy MA. Tomu též napomohl zvýšený výskyt žen, u nichž se příznaky bulimie projevovaly. Několik let trvalo ustálení této diagnózy a jejího vymezení. V návaznosti na to byl tento syndrom oficiálně zařazen do systému duševních poruch jako bulimia nervosa roku 1987 (Krch 2005).

### **1.3 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY**

Na tuto skutečnost se snažilo najít odpověď mnoho odborníků ve spoustě výzkumech, které hojně probíhaly od konce 20. století. Avšak studie na toto téma probíhají dodnes. Žádný z předpokladů, avšak nemá univerzální použití a též se mohou lišit u různých variant PPP. Rozmanitost PPP a jejich proměnlivost navíc znemožňuje jednostrannou a nezpochybnitelnou odpověď. U většiny pacientů s PPP jsou příčiny velmi nejasné, či se jedná o několik mnohdy naprosto nahodilých faktorů, které se nemusí opakovat u jiného pacienta se stejnou diagnózou. Jako nevhodné se též ukázalo i pět na faktorech jako je věk či pohlaví. a jediná skálopevná shoda ve všech výzkumech je souvislost mezi dodržováním diety, která je určena primárně k redukci hmotnosti a výskytu PPP. Dalšími významnými oblastmi jsou sociokulturní a rodinné faktory, negativní situace vyskytující se během života, charakter dané osoby, genetika či vnější vlivy působící během vývoje. Dále je zde možná souvislost mezi pacientovým negativismem k sobě samému, či patologické projevy u rodičů, především alkoholismus a deprese. PPP jsou též označovány jako poruchy podmíněné biopsychosociálními vlivy (Krch 2005).

### 1.3.1 KULTURNĚ-SOCIÁLNÍ VLIVY

Hlavním vlivem figurujícím v tomto vymezení je bez pochyby dnešní ideál krásy a celkově kulturní vnímání vzhledu, jehož nátlak nejvíce vnímají dospívající dívky. Ty pak snadno vnímají štíhlost jako způsob určování jejich vlastní hodnoty. Tomu též nenapomáhá ani fakt, že většina zobrazovaných nádherných modelek má postavu, která se velmi vzdaluje od přirozenosti většiny běžných žen, anebo je pro ně taková štíhlost velmi nebezpečná. Dalším pozoruhodným faktorem jsou též diety a trendy v nich, které jsou mnohdy velmi nebezpečné (Krch 2005).

Na jeden z případů nebezpečných diet upozorňuje též článek doktorky Fullerové (2022), kde popisuje, co se skrývá pod pojmem „vatová dieta“, která pravděpodobně pochází od dívek věnující se modelingu, či krasobruslení (tento způsob hubnutí se ale též objevil na internetu, kde k němu mladé dívky nabádaly svoje vrstevnice, které chtějí zhubnout). Jedná se o namáčení kousků vaty, či vatových tamponků do tekutin a jejich následné polykání. Praktikování této metody má nasimulovat přijímání potravy a naplnit žaludek. Avšak toto jednání s sebou může nést velmi vážné zdravotní následky.

Tlak na štíhlost je patrný i z medií. A nespočet reklam přímo propaguje zázračné diety a tablety které každému „zajistí“ postavu snů. Alarmující je též fakt, že mezi roky 1969-1978 byl nárůst obsahu věnujících se dietám o 70 % vyšší než před deseti lety. Dále v obchodech nacházíme čím dál širší sortiment light výrobků se sníženým množstvím cukru či tuku (Krch 2005).

Celý tento přístup společnosti a „dietářská“ kultura je znakem nadbytku, který máme. Přestože naše společnosti vyžaduje štíhlost, je známo, že průměrná hmotnost naší populace stoupá, a obézní osoby jsou dehonestovány svým okolím. Převážně se to týká osob ženského pohlaví, což ještě více posiluje obavy z tloušťky a uchylování se k dietám, jejichž problematika je na rozdíl od obezity velmi podceňována (Krch 2005).

Neopomenutelnou součástí je v určitých mezích ztráta různorodosti postav v mediích, které hlavně mladým dívkám představují obraz něčeho, co je pro ně velmi těžko dosažitelné, až nereálné. Což může nepříznivě ovlivnit jejich sebevědomí. A pokud k tomu ještě disponují nezdravými stravovacími návyky (které jsou dnes již standard), stává se toto spojení velmi silným společenským vlivem. Dalším podobně silným jevem, může být i blízká

osoba snažící se dietou redukovat svoji hmotnost. Například matka či kamarádka, která své ženské okolí ovlivní natolik, že z držení diety se stane skupinová záležitost. Držení redukční diety pak může snadno přejít v PPP (Krch 2005).

Jedním z neposledních socio-kulturních vlivů je též role ženy ve společnosti, kdy se od ní očekává reprezentativní vzhled a zároveň rodinná i profesní činnost. Je pak pro ženy (pro mladé obzvláště) velmi složité věnovat se patřičně všem těmto činnostem a zároveň vypadat přitažlivě a dokázat v tu samou dobu mít kladný vztah sama k sobě, ke svému tělu, a dokázat se seberealizovat (Krch 2005).

MA a bulimie jsou obecně vnímány jako syndromy vztahující se ke kultuře a mimo určitou kulturu jsou velmi těžko pochopitelné. Stejně tak jako naše kultura, i PPP se neustále vyvíjejí (Krch 2005).

### **1.3.2 BIOLOGICKÉ VLIVY**

Jeden z nejvýraznějších vlivů je bezesporu pohlaví. Už jen to, být ženou, navyšuje pravděpodobnost vzniku PPP. Oproti chlapcům až desetkrát. Dalším významným faktorem jsou změny dívčích proporcí během dospívání a s tím související vzrůst tělesné hmotnosti (který též může být vlivem, který vede k PPP). Mnoho dívek uvádí, že během dospívání se setkává s negativním postojem ke své postavě. Hlavní oblasti nespokojenosti jsou hýždě, stehna a boky. Ženy s více tukem uloženým v těchto partiích jsou náchylnější k PPP. Neopomenutelným vlivem jsou též pro dospívání přirozené neshody s rodinou a problematika zaujetí „ženské role“. Jednou z nejvýznamnějších částí dospívání u dívek jsou též psychické změny, ať už ve vnímání sebe sama, či vnímání společnosti ve které se nachází. V tomto období jsou velmi sebekritické, nejisté, citlivé a soutěživé. Mají též obavy týkající se jejich vzhledu a postavení ve skupině. Například dívky, které ve svém kolektivu dříve dosahují fyzické zralosti, přitahují někdy až příliš negativní pozornosti, vnímají se „větší“ než jejich vrstevnice a mají o polovinu vyšší pravděpodobnost výskytu PPP, než vrstevnice, co dosahují fyzické zralosti s většinou ostatních dívek (Krch 2005).

Všechny tyto vlivy, které dívka vstřebává během dospívání, ať už se jedná o ty biologické či sociální, si s sebou i po skončení puberty nese do dospělosti. Proto ne vždy je dospívání období, kdy se PPP projeví. Též se mohou projevit po rocích a působení různých stresujících vlivů (Krch 2005).

Stres spojený s životními událostmi je „spouštěčem“ až u 70 % osob trpících anorexií či bulimií. Nejčastěji se jedná o kritiku postavy (okolí pacientce neustále tvrdí, že je obézní, či přibrala na váze), sexuální zneužívání, či trauma, zdravotní problémy, neshody v rodině, či velká změna v životě. Nesmíme však zapomínat na vysokou individualitu vnímání míry stresu u jednotlivých událostí. Srovnatelné životní situace u více dívek nemusí přímo znamenat vnímání této situace jako stresové, ba dokonce být „spouštěčem“ PPP (Krch 2005).

### **Vliv rodiny a genetiky**

Mnoho pacientů s MA či s bulimií dává do souvislosti svůj zdravotní stav a události v rodině. Velmi významným faktorem je též samotný výskyt PPP v rodině. Nejčastěji se jedná o matky, vykazující možnost výskytu PPP, které dále přenášejí své patologické vnímání stravování, strach z tloušťky či neustále držení redukčních diet. Podobně je tomu i u sourozenců. Pokud v rodině se dvěma dcerami, jedna z nich propadne PPP, druhá ji následuje až v 10 % případů. U bulimie je tento způsob „přenosu“ dokonce čtenější než u anorexie, a to platí v obou případech (Krch 2005).

V mnoha studiích jsou též popsány příznačné charakterové rysy pro otce a matky, jejichž děti propadly PPP. Avšak není jednoznačná shoda, která by vykazovala jednotný vzorec chování, který by měl přímo vliv na vznik PPP. Jednoznačná je ovšem skutečnost, že pokud je v rodině výskyt jakéhokoliv typu patologického chování, či projevy nezdravého vztahu k jídlu, pravděpodobnost výskytu PPP stoupá. Vliv na zvýšený výskyt může mít například alkoholismus, depresivní rodič/e, obezita v rodině, hádky rodičů, zanedbávání (psychické i fyzické), sexuální zneužívání či rozpad rodiny. Avšak všechna tato fakta spíše nasvědčují vlivu blíže nespecifikovaných patologických projevů rodiny mající vliv na rozvoj poruchy osobnosti dítěte s PPP (Krch 2005).

### **Emocionální vlivy**

Jsou neodmyslitelnou součástí faktorů podmiňující vznik PPP. Příznaky deprese a úzkosti si nese nezanedbatelná část pacientek léčící se s PPP (20–80 %). Navíc se takřka všechny tyto příznaky přímo pojí s jejich postavou či hmotností. Více odborníků věnujících se této problematice též uvádí, že by se MA dala označit jako druh sebevražedného chování. Dále

pacienti trpící bulimií prokazatelně na negativní rozpoložení reagují záchvatem přejídání se s následujícím vyprázdněním pozřené stravy (Krch 2005).

Mezi další faktory též patří nepříznivé sebepojetí, depresivní příznaky, a nedůvěra v sebe sama a svoje pocity zvyšují riziko výskytu PPP a mohou přetrvávat i po odeznění příznaků PPP (Krch 2005).

### **Osobnost jedince trpícího PPP**

Předpoklady vyvstávající při vymezování faktorů (které souvisí s výskytem PPP) jsou závislé na osobnostních rysech, které spolu s individuálními poruchami osobnosti mohou tvořit jádro patogeneze PPP (Krch 2005).

Anorektičky jsou popisovány jako cílevědomé, dodržující vhodné způsoby chování rodičů i společnosti, potlačují projevy svých emocí, vykazují projevy odporu k novým věcem a mají sklony k perfekcionismu. U žen trpících MA je též vyšší četnost introvertní povahy a společenských problémů. s bulimií se anorexie nejčastěji shoduje ve výskytu perfekcionismu. Dále tyto ženy vykazují vyšší výskyt depresivních stavů (Krch 2005).

Ovšem hodnocení mentálního stavu osob trpících PPP může ovlivnit mnoho faktorů. Například hospitalizace, změna života, přicházející s propuknutím syndromu, či mentální a hormonální změny související s nedostatkem potravy či jejím nepravidelným přijímáním. Též je neopomenutelné, jak tento obraz může být kontaminován projevy samotné PPP. Například pacientky, které se vyléčily z MA, vykazují mnohem nižší četnost neuróz a uzavřenosti. Tyto vlastnosti jsou typické pro MA a na jejich zlepšení se prvotně soustředí terapeut při svém působení. MA se též vyskytuje společně s obsedantně-kompulzivní poruchou, která se dle nejnovějších výzkumů v průměru vyskytuje u 12 % pacientů. Hlavním rysem těchto dvou nemocí je především vysoká míra nejistoty, negativní sebepojetí a neutuchající nutnost velmi vysoké míry kontroly nad sebou, která ale nezahrnuje pouze jídlo. Tyto příznaky se též mohou vyskytnout, či posílit vlivem hladovění (Krch 2005).

PPP mohou též vykazovat příznaky hraniční osobnosti. U bulimie je výskyt této diagnózy dokonce o něco častější než u MA. Hlavně z důvodu shodujících se příznaků, které jsou: nerozvážnost, přejídání se a depresivní příznaky. Pokud je během léčby PPP, převážně pak



bulimie, diagnostikována hraniční osobnost, její platnost je velmi omezená, a po vyléčení bulimie příznaky hraniční osobnosti většinou mizí (Krch 2005).

„Dnes už je ale dostatečně zřejmé, že některé osobnostní rysy a psychické charakteristiky zvyšují riziko vzniku anorexie a bulimie. Některé z nich, jako například perfekcionismus nebo obsedantní rysy, snadno zapadají do logiky poruchy, která jim dává konkrétní prostor a výraz ve vztahu k tělesnému schématu, jídlu nebo sebekontrolě. Jiné, jako například emoční labilita, strach z dospívání nebo nedůvěra v sebe a ve vlastní vnitřní pocity, pak odpovídají problémům a převažujícím vzorům postojů a chování adolescentů.“ (Krch 2005 s. 75) Určité duševní vlastnosti mohou být projevem nedostatečné výživy, hladovění či způsobené dopady nemoci na zdravotní stav pacienta. V závislosti na útlém věku, kdy dojde k rozvoji PPP, tím více je zasažen charakter a též jsou „hlouběji zakořeněny“ některé rizikové povahové rysy, které mohou přetrvávat i po vyléčení z PPP (Krch 2005).

#### **Poruchy příjmu potravy a závislosti na omamných látkách**

Nerozvážnost a slabé sebeovládání jsou charakterové rysy, vyskytující se jak u osob závislých na omamných látkách, tak u osob trpících PPP. Je též doložen výskyt obou těchto skutečností naráz. Nejčastěji je to u osob trpících bulimií, které ve stejném čase nadužívají alkohol. Oba tyto stavy též přímo negativně ovlivňují kvalitu života a přílišná zaujatost vůči jídlu či alkoholu se snadno mění v závislost a naprostou izolaci člověka od svého okolí. Terapie je v tomto případě též mnohem složitější, výskytem ne jednoho, ale dvou patogenních symptomů (Krch 2005).

O blízké souvislosti možnosti výskytu PPP a možné závislosti na psychoaktivních látkách vypovídá nejen množství shodných faktorů způsobující tyto jevy. Též z výzkumů vyplývá, že adolescenti se sklony k PPP, vykazují též sklony k závislostem na návykových látkách (hlavně alkohol a marihuana). U obou stavů se shodují i další faktory. Například jak tráví svůj volný čas, jaký je profil rodiny či sociální zázemí daného jedince nebo též jak moc se nebojí vystavit se nebezpečí (Krch 2005).

Jak již bylo zmíněno výše, u osob trpících bulimií je nejčastěji evidovanou omamnou látkou alkohol. Až polovina bulimiček jsou též kuřačky. Další významnou psychoaktivní látkou u bulimiček je marihuana, která jim zvyšuje chuť k jídlu. Jako další je pervitin, který užívají z důvodu úbytku váhy při jeho konzumaci.

Na rozdíl od toho pacientky s MA si plně uvědomují vysokou kalorickou hodnotu alkoholu a jeho konzumaci se vyhýbají. Častější je u nich užití léků utlumujících bolest, či látky „způsobující štíhlost“ jako jsou amfetaminy či cigarety (Krch 2005).

Do souvislosti s tím je též dán fakt, že až 72 % alkoholiček pod třicet let někdy v životě trpělo určitou formou PPP, což ještě více dotváří skutečnost, jak jsou si mechanismy vzniku PPP a závislosti podobné (Krch 2005).

V neposlední řadě též užívání drog u osob s PPP podmiňují média, která prezentují skutečnost, že tolik úspěšných modelek, zpěvaček a dalších známých osobností, které jsou pro mnohé dívky velmi důležitými vzory, užívají omamné látky. Mnohdy i z důvodu udržení štíhlosti (Krch 2005).

#### 1.4 ZDRAVOTNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY

Tak jako každé onemocnění i PPP mají svá specifická zdravotní rizika, která více či méně ohrožují pacienta, trpícího PPP, na životě. Některé obtíže či tělesné projevy též mohou pomoci v diagnóze PPP, a tak zahájit odpovídající léčbu co nejdříve.

##### 1.4.1 KARDIOVASKULÁRNÍ OBTÍŽE

*„Mortalita pacientek s mentální anorexií je jednou z nejvyšších u psychiatrických onemocnění a je 30x vyšší oproti zdravým ženám shodného věku. Vedle sebevraždy je nejčastější příčinou úmrtí primární srdeční arytmie malnutrice.“* (Papežová et al. 2018 s.181)

Onemocnění srdce jsou příčinou úmrtí až 1/3 pacientek s MA, a to především z důvodu podváhy, dlouhodobého průběhu nemoci (10 let a více), nedostatku tekutin, cukru v krvi a nerovnováhy iontů. Je zde též častější výskyt náhlé srdeční smrti.

Dalšími obtížemi spojenými s hladověním jsou pokles hmotnosti srdeční svaloviny, odchylky srdečního stahu, změny pulsu či zpomalení srdeční frekvence. Až u 86 % pacientek s MA je zaznamenána srdeční odchylka. Odlišný puls se vyskytuje u 60–85 % z nich. U poloviny z nich dokonce klesá pod 40 tepů/60 s (normální je 60/60 s). Byly naměřeny i hodnoty 28/60 s. Navíc tyto pacientky nejsou schopny adekvátního zvýšení tepu při zátěži. Přestože se tento zdravotní stav nijak viditelně neprojevuje, mělo by se na něj pamatovat u všech pacientek trpících MA, jelikož zpomalená srdeční frekvence může vést až k srdeční zástavě.

Velmi často, až v 83 % případů MA, se vyskytuje též velmi nízký tlak neboli (posturální) hypotenze, který je nebezpečný z hlediska nedostatečného prokrvení životně důležitých orgánů (hlavně mozku). Hlavním rizikem tohoto stavu jsou mdloby, malátnost, modráni kůže, bolesti hlavy či změna psychického rozpoložení. Osobám trpící tímto stavem je doporučeno omezit pohybové aktivity, dodržovat pitný režim a vyhýbat se činností (například řízení automobilu) při kterých by mohly ohrozit sebe i své okolí.

### **Změny struktury a funkce srdce**

Pacientky s MA často vykazují výskyt perikardiálního výpotku až u 35 %, při němž se hromadí v perikardu tekutina, která může omezovat činnost srdce. Dále se u nich vyskytuje snížená roztažitelnost a stažitelnost levé komory, která též vykazuje ztrátu na hmotnosti a značné ztenčení stěny. Až u 52 % pacientek se vyskytuje abnormalita stahu komory při diastole. Nelze též opomenout stav který nastává u pacientek s MA při opětovném příjmu potravy, kdy přes absenci změn na levé komoře, může dojít k srdečnímu selhání. Tento jev se označuje jako „refeeding syndrom“.

Většina těchto příznaků mizí s dosažením odpovídající váhy. Avšak stále můžeme u pacientek s MA pozorovat mikroskopické změny na srdeční svalovině či znaky po zhojení tkáně (Papežová 2018).

### **1.4.2 OBTÍŽE SPOJENÉ S ŽENSKÝM REPRODUKČNÍM SYSTÉMEM**

Lidský reprodukční systém, především jeho hormonální regulace je velmi složitý a citlivý celek, k jehož narušení dochází nejčastěji při nedostatečné výživě. Navíc 90 % pacientek s PPP tvoří ženy, které ještě nedosáhly reprodukčního věku.

#### **Menstruační cyklus a PPP**

Pokud je žena v reprodukčním věku, její tělo prochází opakovanými změnami nazývanými menstruační cyklus. Celý tento proces je řízen hormony vaječnicků a podvěsku mozkového. Pokud žena neovuluje, nemůže nastat ani oplození. Tento cyklus se pak označuje anovulační a vyskytuje se v případech těsně po první menstruaci, ke konci reprodukčního věku (menopauzy) či během užívání hormonální antikoncepce.

Hlavně u žen s PPP se setkáváme s vynecháním menstruačního cyklu. Tento jev se nazývá amenorrhoea a dělí se na primární a sekundární. Primární amenorrhoea se vyskytuje méně

častěji a poukazuje na organickou příčinu. Ženy s touto diagnózou mají méně vyvinuté druhotné pohlavní znaky. Sekundární amenorrhoea se u dívek s PPP vyskytuje velmi často a znamená zastavení menstruačního cyklu. Přičemž se tak stává hlavně ze dvou důvodů, a to z přirozené činnosti organismu, například při graviditě, nebo při onemocnění, jedním z nich jsou i PPP.

První menstruace nastává v průměru kolem 13. roku (v ČR) a jedná se o skutečnost úzce související s obsahem tuku v těle, a pokud ho v těle není dostatek (23,5 % z celkové hmotnosti), první menstruace se nedostaví. Je tak z důvodu potřeby těla mít dostatek živin pro těhotenství, a následné kojení. A také z důvodu metabolismu estrogenů, který je ovlivněn tuky.

Pokud tělo pacientky trpící PPP nemá dostatek tukové tkáně k uskutečnění první menstruace, hrozí vážné poškození menstruačního cyklu a vývoje pohlavních znaků. Toto narušení může mít dokonce celoživotní následky. Vynechávání menstruace se nejčastěji vyskytuje u dívek věnující se intenzivnímu tréninku, či profesím, kde je dán důraz na štíhlost (modeling).

Avšak ne vždy musí být absence menstruace či její nepravidelnost přímo ukazatel PPP. Když je vyloučen faktor těhotenství. Nejčastěji je na vině hormonální nerovnováha, vysoká stresová zátěž či pouze držení redukční diety, kdy ani nemuselo dojít k enormnímu úbytku hmotnosti.

Ovšem u žen trpících PPP je tento stav přímo podmíněn kolísáním či velmi nízkou hodnotou hmotnosti. v těchto případech též mizí ovulace. Dochází k narušení rovnováhy hormonů a řídnutí hustoty kostí. Celý menstruační cyklus se navrácí až po dosažení normální hmotnosti a vyrovnaní hladiny hormonů.

### **Těhotenství a plodnost**

Průběh těhotenství, a s ním přicházející změny mohou být velmi zatěžující, a mnohdy i přetěžující i pro zdravé dospělé ženy. O to větší výzvou je tento stav pro tělo ženy trpící PPP. V závislosti na špatném jídelním chování a častém nadužívání psychotropních či laxativních látek je plod přímo ohrožen na zdraví. Též často dochází k předčasným porodům či spontánním potratům, náhlým úmrtím novorozenců a komplikovaným porodům.

Pro začátek je důležité zmínit, že většina žen s PPP nemůže otěhotnět. z důvodu hormonálního rozvratu a s tím spojenou ztrátou ovulace. Tento stav se týká hlavně pacientek s MA. U bulimiček má tyto problémy „pouze“ 50 %. Avšak je u nich vyšší výskyt syndromu polycystických vaječníků, až u 75 %, který může vést až k neplodnosti. Mnohé ženy s PPP, které se pokouší otěhotnět též navštěvují ze zoufalosti střediska asistované reprodukce, kde zatajují PPP a odmítají tak jedinou efektivní léčbu jejich problémů s neplodností.

Pokud žena s PPP otěhotní v době, kdy se její stav zlepšuje, může u ní těhotenství vyvolat zpětné uchýlení se k PPP, či může způsobit vážné úzkostné a depresivní stavy. Proto by vždy měla pacientka s PPP toto rozhodnutí konzultovat se svým lékařem (Papežová 2018).

#### **1.4.3 NEUROLOGICKÉ PROJEVY U OSOB S PPP**

Pacienti trpící PPP, nejčastěji vyhledávají lékaře právě z důvodů neurologických potíží, a to většinou v době, kdy jim PPP ještě není diagnostikována nebo ji pacient tají. Nejčastější problémy jsou bolesti hlavy, poruchy vidění, únava, problémy s nespavostí či bolesti svalů. Většina těchto zdravotních stavů je způsobena psychickou zátěží či nedostatečnou výživou. A bez uvedení PPP a její léčby je léčba neurologických projevů velmi obtížná.

Mimo výše popsaných stavů se též vyskytují bolesti různých částí těla (zad, břicha, hrudníku), poruchy vědomí, dysfunkce polykání (popřípadě i ztráta dávicího reflexu) a výskyt epileptických záchvatů. A jako poslední jsou stavy přímo související s nízkým příjmem potravy a s nesprávným fungováním metabolismu. Jedná se především o stavy únavy, slabosti, poruchy rovnováhy a kognitivních funkcí, které souvisí především s velkou nerovnováhou iontů a minerálů v těle. Dále s dehydratací a nízkou hladinou cukru v krvi, která může být životu ohrožující (Papežová 2018).

#### **1.4.4 OBTÍŽE SPOJENÉ S TRÁVICÍ SOUSTAVOU**

U pacientů s PPP je výskyt abnormalit v oblasti trávicí soustavy takřka vždy (u 98 % pacientů). Nejzávažnějšími abnormalitami jsou záněty střev (především tlustého střeva), dále jsou typické bolesti břicha, zvracení, zácpy či průjmy (obojí způsobené projímadly). Při určování trávicích problémů spojených s PPP se především vylučují organické změny (potravinové alergie, záněty, rakovinné bujení...) v trávicím traktu (Papežová 2018).

### **Horní část trávicího traktu (jícen, žaludek, dvanáctník)**

Určuje převážně pocity hladu a nasycení či chuti k jídlu. Avšak u pacienty s PPP dochází v těchto částech ke změnám, které potlačují jejich správnou funkci. Jedná se především o samovolné stahy jícnu a výskyt malých zánětlivých míst na jeho sliznici. Žaludek bývá postižen oddáleným posouváním potravy dále, a tím se prodlužuje pociťování nasycení. Velmi běžný je též výskyt vyhasnutí dávicího reflexu a samovolné unikání obsahu žaludku do jícnu. U osob s vyskytující se častým zvracením se též setkáváme s trhlinami ve stěnách jícnu, které mohou i krváčet. Dále pacienti s bulimií též mohou mít tak silně narušené stěny žaludku, že dochází až k jejich nekroze. Další komplikací je mnohdy až enormní nárůst žaludku, který ve většině případů reaguje na příjem potravy po období hladovění (Papežová 2018).

### **Dolní část trávicího traktu (tenké a tlusté střevo)**

U pacientů s MA je prokazatelně pomalejší průchod potravy střevy. Změnou rozložení umístění orgánů v dutině břišní při poklesu váhy též dochází k přiškrcení tepny vedoucí krev do střev, což napomáhá k bolestivosti břicha, nadýmání (hlavně po přijmutí potravy) a zvracení. Dále z důvodu rozvratu hormonů a nedostatku minerálů u osob s MA přetrvává zácpa. Avšak struktura střeva není u většiny případů nijak narušena a zácpa po změně stravování odeznívá (Papežová 2018).

### **Projímadla a PPP**

Jak již bylo zmíněno, osoby trpící PPP mnohdy záměrně užívají až nadužívají projímadla z důvodu dlouhodobé zácpy či z důvodu redukce hmotnosti. Je tomu tak u pacientů s MA i s MB. A tento problém se týká 40–60 % všech pacientů s PPP. Většina z nich se k tomuto konání ale nikdy nepřiznává. Většina z nich navíc používá projímadla, která přímo působí na sliznici střev, která nejsou určena k dlouhodobému užívání a po určité době dochází k oslabení pohybů střev a několikanásobnému zhoršení zácpy. Toto nadužívání s sebou přináší též narušení střevní stěny, na které se vytváří zánětlivá místa a vředy, které mohou krváčet. Dalším rizikem je též rychlý odvod vody z těla.

Léčba pak nastává postupným nahrazováním krátkodobých projímadel těmi dlouhodobými (například vlákninou) a téměř neškodnými. Z důvodu nežádoucí reakce organismu, která by

nastala při jejich okamžitém vysazení. Bohužel však pacienti nepříznávají užívání projímadel a obávají se, že když s jejich užíváním přestanou, přiberou (Papežová 2018).

#### **1.4.5 DOPADY MA NA KOSTNÍ HMOTU**

U pacientek s MA se mimo ztráty kostní a svalové hmoty též vyskytuje vysoké riziko zlomenin. Pokud navíc MA probíhá v období puberty, není dosaženo geneticky předurčeného maxima kostní hmoty a též dochází k poklesu její kvality, a to z důvodu přerušení na energii náročného procesu, kdy se kost utváří. Pokud se MA rozvine před obdobím dospívání, je omezen především růst růstových plotének. Pokud se rozvine po ní, je narušen růst kostí do šířky.

Též se u osob s MA vyskytuje snížená hustota kostního materiálu. Tyto hodnoty se i po několika letech po vyléčení nevrací do původního stavu. Tento proces je též přímo závislý na ztrátě svalů. a pokud dojde k velkému úbytku váhy během života, je opakovaně zahájen proces ztráty kostní hmoty.

Při léčbě kostní tkáně u osob s MA je opět nejdůležitější navrácení pravidelného příjmu stravy. Dále suplementace, hlavně vitamínem D a vápníkem. Dále pak je po stabilizaci doporučena přiměřená pohybová aktivita. Nejdůležitější je ale individuální přístup k léčbě každého pacienta (Papežová 2018).

#### **1.4.6 VLIV PPP NA DÝCHACÍ SOUSTAVU**

Přestože PPP zasahují funkci celého organismu, a beze sporu i dýchací soustavy, není tolik studií zabývajících se touto tematikou. To ovšem neznamená, že nemůže porucha dýchací soustavy být vážným rizikem.

U pacientů s MA se vyskytují převážně disfunkce související s nesprávným fungováním dýchacích svalů, které činí dýchání méně efektivním a více povrchovým. Další velmi časté jsou poruchy bránice, hlavně její síly, či snížení pružnosti plicního pletiva. Vyskytuje se též pocit „plných plic“ (vzduch i po výdechu zůstává v plicích) a dochází k dušnosti, jelikož plíce

### **Plicní emfyzém a MA**

Plicní emfyzém neboli rozedma plic je způsobena vnějšími vlivy (například kouřením) a zděděnou náchylností. Avšak je též prokázán vztah rozedmy a dlouhodobého hladovění. Proto se tento stav vyskytuje u osob s MA, u nichž se též vyskytuje snížená funkce plicní difuze a celková ztráta plicní tkáně, což může způsobit dušnost a při vyšší zátěži i pneumotorax, při němž dochází k úniku vzduchu z plíce do hrudní dutiny (Papežová 2018).

### **Plicní infekce a MA**

Při MA je druhotně oslabena imunita. a pokud klesne ideální váha pod hodnotu 60 %, organismus se již není takřka schopný bránit infekcím. Vlivem podvýživy též, jak už bylo zmíněno, dochází ke snížení funkce plic a oslabení dýchacích svalů. A tyto dysfunkce zvyšují pravděpodobnost plicní infekce a výskytu mikroorganismů či mykobakterií (Papežová 2018).

#### **1.4.7 KOŽNÍ PROJEVY PPP**

PPP, tak jako i jiná onemocnění, mají svoje specifické projevy, a ty kožní patří mezi jedny z nejdůležitějších při diagnostice PPP, především pak MA. Jedná se pak především o lanuginozní ochlupení, Russelův příznak (místo na ruce, které je opakovaně zraňováno při vyvolávání zvracení), poškození zubní skloviny či známky sebepoškozování (hlavně řezné rány a popáleniny).

Dále se vyskytuje suchost kůže z důvodu omezení produkce mazu, ekzém z přehnaného mytí, lupy či zimomřivost způsobená narušením regulace tělesné teploty, nedostatkem tekutin a stresem. Též dochází k výskytu drobných chmýří se podobajících chloupků neboli lanuginozního ochlupení, převážně v oblastech zad, obličeje a na bříše. a v neposlední řadě se mění kvalita vlasů. Řídnou, jsou méně lesklé a po čase začínají vypadávat. Nehty jsou náchylnější ke zlomení a vyskytují se na nich drobné hrbolky (Papežová 2018).

#### **1.4.8 DOPADY PPP NA STAV DUTINY ÚSTNÍ**

PPP mají dopad na trávicí systém, tedy i na dutinu ústní, která je přímým ukazatelem stravování pacienta. U PPP se nejčastěji vyskytuje narušení zubní skloviny z důvodu zvracení. Zuby se rychle kazí a jsou citlivé. Dochází k narušení funkce slinných žláz, jejich otoku a suchosti v ústech. Suchost v ústech vytváří zápach a zvyšuje tvoření plaku, který



způsobuje zánět dásní. Též se u osob s PPP (převážně MB) na horním patře vyskytují znaky poškození při vyvolávání zvracení.

Též se mohou vyskytovat záněty spojené s nedostatkem vitamínu a minerálu, jako jsou záněty v puse, tvorba aftu či popraskaná ústa. Vyskytuje se též bolestivost v čelistním kloubu při jejím pohybu, která je způsobena podvýživou a snížením kostní denzity (Papežová 2018).

#### **1.4.9 PPP A JEJICH VLIV NA LEDVINY**

U pacientů s PPP jsou dopady nemoci na ledviny mnohdy zanedbávány, avšak patří k těm nezávažnějším, jelikož tělo nepřijímá dostatek iontů a tekutin. Druhotně je též ztrácí užitím projímadel, zvracením či užíváním léků na odvodnění. Nejčastěji se vyskytuje snížená hodnota draslíkového iontu, která pokud je dlouhodobě nízká, a navíc spojená s nízkým obsahem vody v těle způsobuje chronické onemocnění ledvin, které může přerůst až v terminální selhání ledvin.

Avšak i nižší stupeň poškození ledvin, způsobený nedostatkem draslíku, zanechává za sebou dlouhotrvající změny i po léčbě PPP. Jedná se o změny funkce ledvin, možné odchylky ve velikosti jednotlivých částí či rozdílnosti vzhledu z cytologického hlediska (Papežová 2018).

#### **1.4.10 SPÁNEK A PPP**

Spánek je spolu s jídlem jednou z činností související s činností hypotalamu. Na spánek mají též vlivy mechanismy udržující stálé vnitřní prostředí a biologické rytmy. Dále též během spánku dochází k omezení projevů hladu, žízně či potřeby vylučování. Je též důležitou skutečností, která ovlivňuje příjem potravy. A to dokonce na úrovni molekul.

Na začátku celého mechanismu, který spojuje spánek a chuť k jídlu, jsou neurony vylučující hypokretin, které se nachází v laterálním hypothalamu. Tyto neurony vnikají do hypotalamických a kmenových sfér, kde přímo dochází ke styku s neurony produkujícími leptin. Leptin je vylučován během spánku a navozuje pocit sytosti, též přímo tlumí funkci hypokretinu. Opačně pak na hypokretin působí ghrelin. Když nastane situace, kdy je spánek příliš krátký, hladina leptinu je nízká. Naopak hladina ghrelinu je během dne vysoká. Je tedy nedostatečným spánkem navýšena chuť k jídlu (hlavně chuť na sladké) a prokazatelně

snížená aktivita jedince, což vede k přejídání, vyššímu riziku vzniku obezity či dalších civilizačních chorob (Papežová 2018).

## 1.5 DIAGNOSTIKA PPP

PPP se vykazují především souvislým chorobným stravováním. Nejvýznamnějšími z nich jsou MA a MB, které jsou též nejzávažnější. Dále tam patří též záchvatovité přejídání. Tyto onemocnění jsou způsobeny mnoha faktory, proto je nutné PPP léčit v jejich celkovém kontextu. Je důležité si všimnout výkyvů váhy především u rizikových skupin (dospívající, dívky, sportovkyně a sportovci) a včasné odhalení projevů PPP. K prvotnímu zpozorování znaků PPP a její diagnostice dochází především u pediatra.

Důležitá je též spolupráce pacienta a jeho okolí. Může významně pomoci ke komplexní a včasné diagnostice a léčbě. Ne vždy však pacient plně spolupracuje. Mnohdy pacienti tají lékařům zdravotní problémy, či některé skutečnosti (například užívání projímadel), nebo dokonce nespolupracují vůbec a jsou následně převedeni do ambulantní péče.

### **Mentální anorexie**

Se typicky projevuje jako úmyslná ztráta hmotnosti. Vyskytuje se většinou u mladých žen 90–95 %, zbylých 5–10 % tvoří chlapci. Pro určení této diagnózy musí pacient splňovat:

*„(a) Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena, nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Queteletův index hmoty těla (body mass index): BMI váha (kg) /výška (m<sup>2</sup>) je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.*

*(b) Pacientka si snižuje váhu sama dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.*

*(c) Specifická psychopatologie: přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podváze, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení podváhy. (d) Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u žen amenorea (dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí, a proto je z nových kritérií vypuštěna), u mužů ztráta sexuálního zájmu.*

*(e) Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarche může být opožděna.*“ (Papežová 2018 s. 123)

Těž se hodnotí míra podvýživy a s tím související závažnost stavu osoby s MA. „AN mírná :  $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$ , AN průměrná  $BMI 16-16,99 \text{ kg/m}^2$ , AN závažná  $BMI 15-15,99 \text{ kg/m}^2$ , AN extrémní  $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$ .“ (Papežová 2018 s. 123)

### **Mentální bulimie**

Se od MA liší věkem výskytu (vzniká déle). Mnohdy též přímo vzniká z MA. A je diagnostikována při těchto projevech:

*„(a) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.*

*(b) Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním (nebo více) způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, laxativy, u diabetických pacientů manipulací inzulinovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát.*

*(c) Specifická psychopatologie: chorobný strach z tloušťky, váhový práh nižší než premorbidní váha (optimální či zdravá).“* (Papežová 2018 s. 123)

Závažnost MB se hodnotí dle četnosti chování, při kterém pacienti nevhodně „vyrovnávají“ příjem potravy, z důvodu redukce či udržení hmotnosti. „BN mírná: v průměru 1–3 epizody nevhodného kompenzačního chování za týden, BN průměrná: v průměru 4–7 epizod nevhodných kompenzačních chování za týden, BN kritická: v průměru 8–13 epizod nevhodných kompenzačních chování za týden, BN extrémní: v průměru 14 nebo více epizod nevhodných kompenzačních chování za týden“ (Papežová 2018 s. 124)

### **Záchvatovité přejídání**

Je jedna z novějších PPP, která přímo vede k obezitě. Pacienti trpící touto poruchou vykazují stavy, které lze popsat jako bezprostřední touha po jídle a též se u nich vyskytují afekty, při kterých najednou přijímají velké množství potravy, jako je tomu u pacientů s MB. Pro určení tohoto stavu je nutné zaznamenat stav přejídání minimálně dvakrát v jednom týdnu za uplynulý půlrok. Jedinci trpící touto poruchou přijímají potravu i když sami nepociťují hlad,

jedí velmi rychle, většinou o samotě a po této situaci pocítují negativní emoce, až dokonce depresivní stavy. Na rozdíl od MB však po přejedení nenásleduje žádný pokus o zvrácení stavu. Dále je též záchvatovité přejídání spojeno se stresovou zátěží, která přímo souvisí s četností stavů přejídání se a je diagnostikována podle těchto bodů: „(a) *Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.*

*(b) Bez purgativní symptomatiky uvedené u bulimia nervosa.*

*(c) Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Problematická je snaha po dosažení nereálné (nižší než premorbidní, optimální či zdravé cílové) váhy. Záchvaty přejídání jsou často spojeny s maladaptivním zpracováním stresových situací.“*  
(Papežová 2018 s. 126)

Dále se určuje závažnost stavu dle četnosti epizod za uplynulé tři měsíce: „*mírná: 1–3 epizody týdně, střední: 4–7 epizod týdně, závažná: 8–13 epizod týdně, velmi závažná: více než 14.*“ (Papežová 2018 s. 126)

### **Syndrom nočního přejídání**

Je méně známá PPP, která se vyznačuje poruchou spánku spojenou s přejídáním. Pacient si podle typu syndromu buď tuto situaci pamatuje, či se děje spolu s neúplným vědomím (s poruchou spánku). Během dne tito pacienti vykazují chování podobné MA či MB a mají výčitky svého jídelního chování. Tento syndrom nejčastěji postihuje ženy a diagnostikuje se od dvou záchvatů přejídání týdně.

Pokud se jedná o syndrom spojený s poruchou spánku, pacient o nočním přejídání nemá povědomí. Mnohdy pozřívá neslučitelné kombinace jídel. U toho syndromu je vysoké nebezpečí poranění či pozření potravin, na kterou má daný jedinec alergii.

### **Bigorexie (Adonisův komplex)**

Tento syndrom je oproti ostatním PPP méně známý a ve většině případů se týká především mužské populace. Zjednodušeně řečeno se jedná o „opak MA“ přičemž obě z těchto nemocí jsou si podobné. Dle Papežové (2018 s. 127) bigorexie :

*„Zahrnuje zkreslené vnímání vlastního těla, abnormální jídelní návyky a obsedantní myšlenky na vlastní svalstvo, zneužívání steroidních hormonů, excesivní cvičení. Tyto*

*symptomy vedou postupně jako u AN k sociální izolaci a snížení a zúžení jiných zájmů a interpersonálním problémům.“*

Další skutečností, která biggorexii přibližuje k MA je fakt, že pacienti s tímto syndromem se snaží přiblížit nereálnému „ideálu“, a to mnohdy životu ohrožujícími způsoby. Stejně tak jako při diagnostice MA se sledují takřka stejné projevy i u biggorexie. Jedná se především o to, že se daný jedinec sám sobě nelíbí a přehnaně upozorňuje na své tělesné nedostatky. Nadměrně kontroluje vzhled svého těla a vyhýbá se společenským aktivitám (Papežová 2018).

### **Další diagnózy**

Mezi ně se řadí ortorexie a drunkorexie. Nejsou plně uznány jako PPP samy o sobě, ale mohou přímo s PPP souviset. Obě ovšem vykazují narušení stravování. Ortorexie je popisována jako posedlost zdravou stravou, kdy osoba odmítá pozřít cokoliv, co do této kategorie nepatří. Až u 28 % výskytů přerůstá v MA nebo MB. Drunkorexie je velmi význačná snížením kalorií přijímaných potravou a „vyrovnáním“ tohoto stavu kaloriemi v alkoholu. Na závěr je potřeba upozornit i na mnohé nebezpečné redukční diety či způsoby stravování, které nabývají na oblibě poslední roky (například veganství) (Papežová 2018).

## **1.6 DRUHY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY, JEJICH PROJEVY A PŘÍZNAKY**

Jednotlivé druhy PPP již byly zmíněny spolu s jejich příznaky a projevy. Tato kapitola se věnuje jejich shrnutí a dodatečnému definování.

### **1.6.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE**

„Mentální anorexie (MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snížením tělesné hmotnosti. Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství nebo oslabení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění. U některých nemocných je možné pozorovat zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s ním souvisí. Diagnostická kritéria MA lze shrnout do tří základních znaků: 1. aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85 % normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI"); 2. strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost; 3. u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky.“ (Krch 2010 s. 25)

Peggy-Claude (2001) jako příznaky dále uvádí zvláštní stravovací návyky, po kterých následují pocity úzkosti. Osoby trpící MA se stydí jíst před někým, avšak neustále myslí na jídlo. a tyto myšlenky jim brání se plně soustředit na cokoliv jiného.

### 1.6.2 MENTÁLNÍ BULIMIE

*„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. K určení diagnózy mentální bulimie je třeba především tři základních znaků: 1. Opakující se epizody přejídání. Podle některých autorů je subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem důležitějším příznakem přejídání než zkonsumované množství. Z jídelních záznamů některých pacientek je zřejmé, že často snědí jen o něco víc, než by chtěly nebo než jsou zvyklé jíst. Navyklé, opakované zvracení však většinou vede ke konzumaci stále většího množství jídla. 2. Opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolaného zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění zahrnuje také opakující se hladovky a nadměrné cvičení. Pro diagnózu mentální bulimie tedy není nezbytné zvracení nebo užívání projímadel. 3. Přítomnost charakteristického a nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. V závislosti na těchto hodnotách se pohybuje i sebehodnocení nemocného.“ (Krch 2008 s. 22)*

Dále jsou MB a její příznaky popisovány Peggy-Claude (2001). Je důležité poukázat na fakt, že člověk trpící MB nemusí být jedinec se štíhlou postavou, proto je MB nenápadnější. Nejnápadnějšími příznaky jsou velmi časté návštěvy koupelny po jídle, kazivé zuby, zápach z úst či poranění na rukou způsobené vyvoláním zvracení.

### 1.6.3 ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ

Nebo také psychogenní přejídání je jednou z nejnovějších diagnóz PPP, která bezesporu má vliv na výskyt obezity ve společnosti. která ještě posiluje jejich chorobné stravování z důvodu projevů depresivních a úzkostných stavů. A dalších zdravotních problémů, které souvisí s obezitou (například diabetes 2. typu).

*„Vzhledem k charakteru onemocnění (epizody záchvatovitého přejídání, bez eliminačních metod) trpí většina nemocných s touto diagnózou obezitou.“ (Kviatkovská 2016 s. 272)*

*„Epizoda psychogenního přejídání je definována jako konzumace takového množství jídla, které je výrazně větší, než by většina lidí zkonsumovala za stejnou časovou jednotku za stejných okolností a je provázená pocitem ztráty kontroly. 6 množství jídla snědeného během záchvatu představuje kalorický příjem 1500–4500 kcal. Záchvat přejedení je typicky provázen vyšší rychlostí konzumace potravy a/nebo pokračováním v jídle přes dosažený pocit sytosti, do pocitu nepříjemného přeplnění až bolesti. Nemocní typicky konzumují potravu i v situaci, kdy necítí hlad. Jedí o samotě, mimo společnost, pociťují stud z důvodu množství zkonsumované potravy, případně vůbec za to, že jedí. Po proběhlé epizodě obvykle následují pocity znechucení, deprese, či viny. Každou epizodu provází výrazný stres. Až 25 % záchvatů trvá celý den, existuje však velká variabilita chování. Přestože nemocní zkonsumují velké množství jídla a zažívají následně nepříjemné psychické a fyzické prožitky, nepoužívají žádné eliminační metody (zvracení, projímadla nebo excesivní cvičení).“ (Kviatkovská 2016 s. 272)*

#### **1.6.4 BIGOREXIE**

Neboli „Adonysův komplex“ je poměrně nový syndrom náležící k psychiatrickým onemocněním, které postihuje ve většině případů muže. Osoby trpící tímto onemocněním se snaží neustále dosahovat čím dál větší svalové hmoty, a to i prostřednictvím nadužití nebezpečných a mnohdy zakázaných látek.

*„(A) Jedinec se zvýšeně zabývá myšlenkou na jeden či více nedostatků nebo vad tělesného vzhledu, které nejsou zjevné nebo ostatní je vnímají jako nepatrné. U svalové dysmorfofobie je přesvědčen, že objem jeho svalů není dostatečný a bez tuku, cítí se neatraktivní až odpudivý, deformovaný. (B) V určité fázi rozvoje poruchy jedinec provozuje nadměrné stereotypní chování (kontroly v zrcadle, nadměrná péče o vzhled a porovnávání vzhledu s ostatními). (C) Zaujetí nedostatečnými tělesnými rozměry a muskulaturou působí klinicky významný distres a funkční narušení v sociálních, pracovních a jiných oblastech života, vyhýbá se situacím, kde jeho tělo může být pozorováno nebo při nichž prožívá výrazný stres a úzkost. Často vynechává sociální, pracovní a rekreační aktivity kvůli kompulzivnímu cvičení a dietnímu rozvrhu, ve kterém pokračuje i přes nežádoucí fyzické nebo psychické následky. A nadváhy u jedince, u kterého příznaky splňují příznaky poruch*

*příjmu potravy (D) Přílišné zaujetí vzhledem nelze lépe vysvětlit obavami z tělesného tuku.“ (Papežová 2018)*

### 1.6.5 ORTOREXIE

McGregor (2019 s. 21) ji definuje: *„Nemocný obsedantně dodržuje stále přísnější „čistou“ dietu, omezuje se v jídle na základě o přesvědčení o „ryzosti“ jednotlivých složek a někdy též nadmíru cvičí.“*

Tělesné příznaky: *„Nemocný váží v poměru ke svému věku a výšce obvykle přiměřeně, je přesvědčen o „nečistotě“ některých složek stravy, a proto ze svého jídelníčku vyloučil celé skupiny potravin – zdroje sacharidů, lepku nebo mléčné produkty - aniž by to bylo v jeho případě z medicínského hlediska jakkoli opodstatněné. Může si v důsledku omezení jídelníčku způsobit nedostatek živin, jehož projevy zahrnují únavu, bolesti hlavy, anémii, u žen vymizení menstruačního cyklu a v některých případech také trávící potíže a halitózu (zápach z úst).“ (McGregor 2019 s.21)*

Psychické příznaky: *„Deprese, úzkost, zášť vůči sobě samému, pocity viny, nesmírný strach z konzumace jídla, které není čisté“ obsedantní lpění na nastavených stravovacích pravidlech, nemocný jí „zdravé“ potraviny za každou cenu (a často za ně utrácí velké sumy). Nemocný může trpět tělesnou dysmorfickou poruchou (dysmorfofobií) – nedokáže vidět své tělesné proporce a váhu takové, jaké jsou. Nemocný může být chorobně posedlý cvičením.“ (McGregor 2019 s. 21)*

Ortorexie se ovšem v tuto chvíli stále nenachází oficiálně mezi duševními chorobami, i když má s nimi mnoho společného. V budoucnu by se však mohl tento stav změnit, a byla by tak ortorexie klasifikována jako například MA či MB (McGregor 2019).

## 1.7 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Existuje mnoho přístupů k léčbě PPP. Jedná se o proces, který se neustále vyvíjí na základě nových poznatků. V dnešní době se léčba vyhodnocuje dle individuálních potřeb pacientů a orientuje se hlavně podle tělesného a psychického stavu pacienta a jeho projevů PPP. Dále pak podle reakce na předchozí léčbu.



### **1.7.1 HOSPITALIZACE**

Nejčastějším důvodem hospitalizace je především špatný zdravotní stav a další projevy přidružené k PPP (zvracení, drogy, sebepoškozování), či neúspěšnost působení psychoterapie. Zdravotní stav je pod dohledem psychologa a dalších odborníků stabilizován. Zabývá se psychickými i fyzickými problémy a jedná se o proces, který je velmi nápomocný, ale bez spolupráce nevede k vyléčení. Doba hospitalizace a její průběh záleží na stavu a míře spolupráce. Pokud osoba s PPP spolupracuje, hospitalizace je buďto velmi krátká a přechází v ambulantní péči, nebo v částečnou hospitalizaci. Pokud se spolupráce nedostaví, zůstává pacient hospitalizován dlouhodobě, dokud nedosáhne 90 % ideální hmotnosti (Krch 2005).

### **1.7.2 AMBULANTNÍ PÉČE**

Nebo též „lékařská péče“, se nejčastěji využívá u pacientů, kteří prošli bez úspěchu několika psychoterapiemi. Tato léčba především pomáhá ustálit projevy PPP a její dopady na tělo a sleduje zdravotní stav nemocných. Necílí primárně na léčbu PPP a často se tato terapie pojí se scházením se ve skupině (Krch 2005).

### **1.7.3 SVÉPOMOC**

Se jeví jako velmi účinná u pacientů s mírnými příznaky PPP. Převážně pak u MB. a to tak, že pacient buďto sám dohledává potřebné informace a snaží se o zvládnutí nemoci, či v reakci na edukaci, která jim „otevře oči“, například beseda o problematice PPP ve škole. Též je zaznamenáno zlepšení u osob, kterým bylo poskytnuto poradenství týkající se výživy, či poradenství ohledně zvládnání stresu. Nápomocné byly též i svépomocné příručky pro osoby trpící PPP, či svépomoc pod dohledem lékaře. Avšak tento druh léčby vede k uzdravení se pouze u lehčích případů PPP (Krch 2005).

### **1.7.4 RODINNÁ TERAPIE**

Využívá se především u mladších pacientů žijících se svou rodinou. Je přínosem hlavně z důvodu náhledu terapeuta na celkovou situaci v rodině. Dále též je přínosná nápomoc rodičů, kteří jsou také díky terapiím více informováni jak o nemoci, tak o tom, jak se správně chovat, když nastanou určité situace. Tato terapie je většinou určena jako doprovodná k jiným typům terapií a je součástí dlouhodobého plánu k vyléčení PPP (Krch 2005).

### 1.7.5 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE (KBT)

Je převážně užívána k léčbě MB. Avšak s mírnou modifikací je též přínosná pro pacienty s MA. Aplikuje se především u pacientů, kteří již nežijí se svou rodinou a vykazují střední až těžké příznaky nemoci. Zahrnuje především požadavek na pacienta vést si záznamy o svém stravování a přejídání, zvracení či užívání projímadel, plánování jídelníčku a jeho postupná normalizace. Dále je sledována pacientova váha. V terapii je cíleno hlavně na změnu smýšlení osoby trpící PPP. Především na přesvědčení pacienta, že je méně hodnotný, když přibere na váze, či práce se strachem, že při léčbě nekontrolovatelně přibere. Proto je též velmi důležité (hlavně u MA), aby terapeut měl s pacientem velmi dobrý vztah. a to též z důvodu, že PPP mnohdy souvisí s mezilidskými konflikty či traumaty.

Pokud pacient vykazuje zlepšení, je doporučena ambulantní terapie. Pokud dojde ke zhoršení, je ve většině případů nutná hospitalizace (Krch 2005).

### 1.7.6 INTERPERSONÁLNÍ TERAPIE

Narozdíl od kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se nezabývá postavou, váhou ani jídelními návyky.

Je rozdělena do tří fází: „V první fázi dochází k identifikaci interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji a udržování problémů s jídlem. Ve druhé fázi se uzavírá terapeutická smlouva o práci na těchto interpersonálních problémech. Závěrečná fáze je zaměřena na otázky spojené s ukončením terapie.“ (Krch 2005)

Dle výzkumů je tato terapie sice méně účinná než kognitivně-behaviorální. Avšak pacienti, kteří touto terapií projdou, si v dalších fázích léčby vedou lépe než ti, co se jí nezúčastní. Mnohdy dochází ale k srovnatelným pozitivním výsledkům interpersonální terapie i KBT. Avšak častěji je využívána KBT z důvodu rychlejší účinnosti. Pokud je ovšem u pacienta horší reakce na KBT či pokud přetrvávají příznaky PPP (hlavně u MA), je užívána interpersonální terapie (Krch 2005).

### 1.7.7 FARMAKOTERAPIE

Je často používána u osob s MB či záchvatovitým přejídáním, u kterých nezabrala KBT. Je též studiem doložena pozitivní zpětná vazba při podání antidepresiv osobám trpícím MB. Avšak nikdy by neměla být medikace jedinou léčebnou metodou. Hlavně z důvodu

vedlejších účinků léků, či vysoké pravděpodobnosti návratu k nevhodným stravovacím návykům po jejich vysazení.

Nejčastěji užívaným lékem je fluoxetin, který se též používá k léčbě depresí. Fluoxetin je nejčastěji kombinován s psychoterapií. Pokud se jeví jako neúčinný, nahrazuje se tricyklickými antidepresivy. Avšak, jako u užití i jiných léků, je třeba dbát na rizika, jako jsou vedlejší účinky, které mohou vést pacienta až k přerušení, či dokonce ukončení léčby, a u některých pacientů je též riziko předávkování.

U pacientů s MA nebyl zaznamenán úspěch medikace při léčbě PPP. Avšak užívání fluoxetinu výrazně snížilo riziko návratu k chorobným stravovacím návykům a též jim umožnil lépe zvládnout depresivní stavy či úzkosti. Medikace je obecně užívána spolu s jinou formou terapie, a především pomáhá pacientům s PPP v pokroku s léčbou (Krch 2005).

## 1.8 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V posledních letech případů PPP přibývá. Nejčastěji se vyskytuje MA a většina těchto případů začíná nevinným pokusem o dodržování redukční diety. Z části mají na tyto skutečnosti vliv média, především internet, kde mladé dívky přicházejí neustále do styku s fotkami kde jsou dokonale vypadající modelky, které nejen, že mají přirozeně krásné postavy a obličeje, ale tyto fotky jsou navíc digitálně upraveny. Další jsou též reklamy na diety či hubnutí, kde jsou mnohdy velmi zavádějící slogany, které ne vždy vedou ke správnému stravování. A velký vliv mají bez pochyby vzory mladých dívek, ať už se jedná o matku, učitelku, či oblíbenou zpěvačku. Pokud vzorem dospívajících dívek je osoba neustále držící diety či trpící PPP, rozhodně to má svůj vliv na jejich stravování.

Jako jeden z velmi účinných způsobů prevence se jeví podporovací programy, které pomáhají k vybudování zdravého vztahu k sobě samému, vedou ke správnému pracovnímu stresu, či napomáhají k vyvracení mýtů či nevhodných postojů v stravování. Jako velmi neefektivní se pak jeví pouhé předávání informací, či vyprávění příběhů nemocných s PPP. Při prevenci je potřeba myslet hlavně na to, že bychom měli umět předat informace, díky kterým všichni posluchači budou schopni ovlivnit svůj životní styl k lepšímu. Například postupné vyřazení slazených nápojů z jídelníčku. Nevhodné je orientovat se pouze,

a výhradně, dle tělesné hmotnosti či kalorií stravy. Může to vést k nežádoucímu „nálepkování“ (Papežová 2018).

### 1.8.1 ON-LINE PROSTŘEDÍ A PREVENCE

Skupina nejvíce ohrožená PPP, tráví též mnoho svého času na internetu. Kde se též mohou objevovat velmi zavádějící informace. v každém prevenčním programu by se mělo poukázat na to, že ne všechny jsou zcela pravdivé. a je velmi důležité si ověřovat informace a mít základní povědomí o problematice.

Na internetu je též mnoho skupin zabývajících se PPP. Bohužel v negativním slova smyslu. Dívky si zde vyměňují tipy na to, jak ještě více snížit svoji váhu, či se navzájem utvrzují ve „filozofii anorexie“, a o nemoci vytvářejí mínění, že se jedná o stravovací styl. Bohužel pouze minimum těchto skupin se daří blokovat.

Proto je zde snaha o to vytvořit na internetu též stránky, které naopak správně o PPP informují a snaží se předejít jejich vzniku, či se snaží pomoci těm, kdo již mají nějaké problémy, či přímo PPP. K tomu též napomáhají anonymní linky pomoci či služby kde si je možné psát s odborníkem o svém problému a stále zůstat v anonymitě (Papežová 2018).

### 1.8.2 CÍLE PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ A PRAVDY O PPP

Hlavním cílem primárních programů je:

*„zlepšení znalostí, sebedůvěry, sebevědomí, podněcovat různorodost a chápat změny v pubertě, upravit jídelní návyky, snížit držení diet, snížit posměch, pracovat s médii, „copingové“ strategie. Cílem by mělo být i snížení nespokojenosti s vlastním tělem, chápání zdravého jídelního režimu a snížení internalizace ideálu štíhlosti.“* (Papežová 2018 s. 364)

Velmi důležitá je též spolupráce napříč obory při tvoření preventivních programů a šíření informovanosti o PPP. Zvyšuje se tak jejich odbornost a snižuje riziko jednostrannosti.

*"Odborníci celého světa se shodli na devíti pravdách o PPP, které mohou ulehčit vyhledání pomoci postiženým a poskytnutí pomoci odborníkům a rodinným příslušníkům. Naši odborníci přidali pravdu desátou.*

*Pravda 1: Mnoho lidí s poruchou příjmu potravy může vypadat dobře i přes extrémně vážně onemocnění.*

*Pravda 2: Rodiny za onemocnění nenesou vinu, mohou být nejlepším spojencem pacientek i zdravotníků.*

*Pravda 3: Diagnóza poruchy příjmu potravy je zdravotní krizí, která poškozují osobní i rodinné vztahy a fungování.*

*Pravda 4: Poruchy příjmu potravy nejsou výsledkem volby, ale představují vážnou biologicky ovlivněnou nemoc.*

*Pravda 5: Poruchy příjmu potravy postihují v současnosti lidi všech věků, etnicit, tělesných tvarů a váhy, sexuálních orientací a socioekonomických úrovní.*

*Pravda 6: U poruch příjmu potravy narůstá riziko sebevražd i zdravotní komplikace.*

*Pravda 7: Geny a prostředí hrají důležité role v rozvoji poruch příjmu potravy.*

*Pravda 8: Geny samotné však neodhalí, kdo poruchou příjmu potravy onemocní.*

*Pravda 9: Úplné uzdravení je možné, včasné rozpoznání a intervence jsou velmi důležité.*

*Pravda 10: Nespokojenost s vlastním tělem souvisí často s nespokojeností se sebou samým, nízkým sebevědomím i porušeným vnímáním vlastního těla spojeným s prožívaným stresem a rizikem pro vznik poruchy příjmu potravy.“ (Papežová 2018 s. 370)*

## 2 ANALÝZA RVP

### 2.1 CO JE TO RVP A K ČEMU SLOUŽÍ

*„Rámcové vzdělávací programy (RVP) tvoří obecně závazný rámec pro tvorbu školních vzdělávacích programů škol všech oborů vzdělání v předškolním, základním, základním uměleckém, jazykovém a středním vzdělávání.“ (edu.cz 2021)*

*A vymezují především: “konkrétní cíle, formy, délku a povinný obsah vzdělávání, a to všeobecného a odborného podle zaměření daného oboru vzdělání, jeho organizační uspořádání, profesní profil, podmínky průběhu a ukončování vzdělávání a zásady pro tvorbu školních vzdělávacích programů“ (edu.cz)*

*A dále též: „podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a nezbytné materiální, personální a organizační podmínky a podmínky bezpečnosti a ochrany zdraví.“ (edu.cz)*

Tento dokument se též průběžně mění dle nových poznatků v různých vědních oborech, odráží pokrok především v pedagogice a psychologii. RVP vydává Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

### 2.2 VYMEZENÍ PPP V RVP

V dokumentu RVP 2021 jsme naše téma zařadili do těchto vymezení:

*„Člověk a příroda-Přírodopis-Biologie člověka : P 9-5-04*

*Člověk a zdraví-Výchova ke zdraví: VZ 9-1-08 , VZ 9-1-09“ (RVP ZV 2021)*

Dále jsme vyhledali problematiku PPP ve dvou učebnicích pro základní školy a víceletá gymnázia. Pelikánová (2021) zařadila v učebnici Přírodopisu pro 8.ročník PPP do kapitoly o trávicím traktu do podkapitoly zabývající se energetickou rovnováhou (s.82-83). Šebková (2017) se v učebnici Výchovy ke zdravému životnímu stylu zabývá tímto tématem v kapitole Člověk a výživa. A k tomuto tématu se přibližuje několikrát během celé této kapitoly.

### 3 PRAKTICKÁ ČÁST

#### 3.1 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výzkumnou metodou této práce je dotazník, vypracovaný formou elektronického formuláře, prostřednictvím platformy Google Forms. Dle Chrásky (2016 s. 158) je dotazník „*velmi frekventovanou metodou v získávání dat v pedagogickém výzkumu*“, a to dosti pravděpodobně z důvodu, že se může zdát jeho zhotovení velmi snadné a přínosné. Avšak, ne vždy tomu tak je. Jejich největším úskalím je znehodnocení získaných informací z důvodu nedbalé a nepromyšlené konstrukce otázek a užití dotazníku nepatřičným způsobem.

I když se však vyvarujeme těchto výše zmíněných rizik, informace vyplývající z dotazníku nejsou nikdy nezpochybnitelné. Proto je nutné je vhodně prezentovat, a odlišit holá fakta od našeho osobního vnímání skutečnosti. Nespornou výhodou této metody však je možnost jejího rozsáhlého použití a získání dat od velké skupiny respondentů ve velmi krátkém čase. (Chráska 2016)

*„Položky dotazníku lze třídit podle různých kritérií, z nichž nejčastěji se uvádějí: cíl, pro který je položka určena, forma požadované odpovědi a obsah, který položka zjišťuje.“* (Chráska 2016 s.159)

##### 3.1.1 CÍL FORMULÁŘOVÉ POLOŽKY

*„Z tohoto hlediska lze rozlišovat položky obsahové (výsledkové) a položky funkcionální. Obsahové položky zjišťují údaje, které jsou nutné pro splnění výzkumného záměru, funkcionální položky mají optimalizovat průběh dotazování. Mezi funkcionální položky řadíme tzv. kontaktní položky, položky funkcionálně psychologické, filtrační a kontrolní.“* (Chráska 2016 s.159)

Cílem této práce, je nahlédnout do problematiky poruch příjmu potravy u dospívajících. Přesněji do toho, jak moc informovaní žáci jsou. Jaký mají k tomuto tématu postoj. Jestli se s tímto jevem setkali ve svém okolí. Případně, jestli se s ním oni sami potýkají/potýkali. a pokud ano, zdali vědí, jak se zachovat. Tyto informace nám napomohly k nastínění představy působení primární prevence a jak bychom měli zacílit svou infografiku.

### **Kontaktní položky**

Jak už sám název napovídá, jedná se o nástroj sloužící k navázání kontaktu s respondentem. Většinou se jedná o velmi snadno zodpověditelné otázky, které jsou pro druhou stranu komfortní, a nevyvolají tak negativní pocity. Osobnější a citlivější otázky je příhodné umístit spíše ke konci dotazníku (Chráska 2016).

Ve formuláři je tento typ otázek využit v první a druhé otázce. Přičemž otázka číslo jedna je jednoduchý dotaz, jakého pohlaví je respondent, kde je možné vybrat jednu ze dvou možností (žena/muž). Ta druhá otázka se týká věku, kdy má respondent na výběr ze sedmi možností, od 13–19 let. Toto věkové rozmezí bylo zvoleno věkovým rozpětím pro vznik mentální anorexie, které je 13–20 let a u mentální bulimie je mezi 16–20 lety. V posledních desítkách let těchto případů narůstá, hlavně kvůli pokročilejším nástrojům diagnostiky, ale i společnosti, která klade tak velký důraz na štíhlost (Dušek, Večeřová-Procházková 2010).

### **Funkcionálně psychologické položky**

Jsou používány převážně ke zmírnění napětí, které může například nastat po velmi osobní otázce v dotazníku. Či se používají při přechodu z jednoho tématu na druhé, kdy plní funkci „spojky“. Dále je vhodné je používat k narušení jednolitého typu otázek, kdy by mohl u respondenta vzniknout stereotyp, který může zkreslovat jeho odpovědi (Chráska 2016).

Tuto položku je možné lehce vnímat napříč celým dotazníkem, kdy se držíme toho, aby nebyly otázky jednolité. a nevytvořil si tak respondent pasivní a stereotypní postoj. Avšak nejvýrazněji použit byl u otázky 14. a 15. Kde otázka 14. je velmi osobní a přímo se ptá, zda respondent pociťuje, že by se ho porucha příjmu potravy mohla týkat, kde navíc pro zlehčení případných obav z vybrání možnosti „ano/ne“ jsem zvolila (tak jako i u jiných odpovědí) možnosti: „rozhodně ano/spíše ano/spíše ne/rozhodně ne“. Otázka 15. pak vede respondenta k zamyšlení se nad tím, kolik procent populace poruchou příjmu potravy trpí.

### **Kontrolní položky**

Nám pomáhají určit míru spolehlivosti dané informace, na kterou se ptáme respondenta. Nejčastěji se ptáme na jednu skutečnost ve více otázkách, které se od sebe mírně liší



a nejsou umístěny přímo za sebou. Při jejich rozporu je informace nespolehlivá (Chráska 2016).

V dotazníku byla tato položka použita u otázek 14 a 17. Přičemž znění otázky 14 zní „Máš pocit, že by se tě problém s poruchami příjmu potravy mohl týkat?“ A u otázky 17 zní „Setkal/a ses touto skutečností u sebe, či ve svém blízkém okolí?“

### **Forma požadované odpovědi**

*„Podle toho, jakým způsobem má respondent v určité položce dotazníku odpovědět, lze rozdělit položky na otevřené a uzavřené (nestrukturované a strukturované). U otevřených položek respondent odpověď sám vytváří, u položek uzavřených určitým způsobem manipuluje s odpověďmi již navrženými (např. vybírá, seřazuje apod.)“* (Chráska 2016 s. 160).

### **Otevřené položky**

Umožňují respondentovi vyjádřit jeho myšlenku, a přitom ho nijak neovlivňují nabídkou možných odpovědí. Velkou komplikací je však velmi náročné vyhodnocení dotazníku. Pro velkou skupinu dotazovaných se tento způsob položek využívá velmi vzácně. Avšak nesporně nám pomáhají lépe nahlédnout do námi zkoumané problematiky. Nejvýhodnější využití mají jako položky kontaktní a funkcionálně psychologické (Chráska 2016).

Otevřená položka se v dotazníku nachází u otázky sedmé a čtvrté. Čtvrtá zní: „Vypiš, jaké poruchy příjmu potravy znáš.“ a jedná se o jednoduchou otázku, při níž je respondent uveden do tématu prostřednictvím vybavování si toho, jaké druhy Poruch příjmu potravy (PPP) zná.

Sedmá položka zní: „Jak si myslíš, že se poruchy příjmu potravy léčí?“ Mým hlavním záměrem u položení této otázky je získat představu, zda respondenti aspoň vzdáleně tuší, jak se PPP léčí

### **Uzavřené položky**

Jejich hlavním znakem je, že odpovědi jsou předem připravené. Což je zvýhodňuje oproti otevřeným položkám, z hlediska časové náročnosti. Další výhodou je též zvýšená ochota respondentů vyplňovat tyto typy položek. Nevýhodou je však zkrácení získaných informací, kdy jsme naším výběrem ovlivnili, jaká bude respondentova odpověď (Chráska 2016).

„Pokud na položku lze dát jen dvě vzájemně se vylučující odpovědi (např. ano-ne), hovoříme o **položkách dichotomických** (např. „Předplácíte si některý pedagogický časopis? Ano-ne“). Pokud na položku existují dvě odpovědi, které se však vzájemně nevylučují, jde o tzv. **nepravou dichotomii**. U **polytomických položek** se předkládá více odpovědí než dvě. Tyto položky je možno dále rozdělit na výběrové, výčtové a stupnicové.“ (Chráska 2016 s.160-161)

Polytomické položky tvoří polovinu dotazníku, ve většině případů mají čtyři možnosti, seřazené od úplného souhlasu k úplnému nesouhlasu, kterými jsou „rozhodně ano, spíše ano, spíše ne a rozhodně ne“. Byly použity v takto hojně míře, z důvodu snadného a rychlého vyplnění dotazníku.

Od těchto položek se dále odvíjí položky polouzavřené, které jsou velmi podobné těm polytomickým, s tím rozdílem, že je krom uzavřených odpovědí přidružena možnost odpovědi vlastní (Chráska 2016). Polouzavřené položky byly využity celkem třikrát. A tato možnost byla využita celkem třináctkrát. Například u otázky dvacáté, kde se ptáme respondentů, na koho by se obrátili v případě, že by měli nějaké problémy.

Dále bych ráda zmínila i škálové položky, kde respondent volí číselnou hodnotu na námi zvolené škále čísel (Chráska 2016).

Škálu jsem využila u otázky jedenácté, kde požaduji vyjádření míry stresu, kterou vnímají respondenti. Je to škála, kde hodnota 1 je bez pocitů stresu a hodnota 10 je velmi velký pocit stresu.

Poslední uvedený z druhů položek jsou výčtové položky, kde je možnost výběru z více odpovědí, které jsou předem určené. Popřípadě umožňují respondentovi uvést svou vlastní odpověď. (Chráska 2016)

Tento druh položky byl využit u páté a šesté otázky, kde se dotazuji respondentů „Proč myslíš, že vznikají poruchy příjmu potravy?“ a „Jak se poruchy příjmu potravy projevují?“ Kde u každé z nich je uvedeno šest možností a prostor vymezený pro vlastní odpovědi. V obou případech je možné vybrat více možností.

### 3.1.2 OBSAH, KTERÝ POLOŽKAMI ZJIŠTŮJEME

*„Podle tohoto kritéria můžeme položky v dotazníku rozdělit na položky zjišťující fakta, položky zjišťující znalosti a vědomosti a na položky zjišťující mínění, postoje a motivy respondentů“.* (Chráska 2016 s.162)

#### **Položky zjišťující fakta**

Jsou méně náročné na zodpovězení a hojně se užívají na začátku dotazníků, či k proložení mezi položkami, které jsou náročnější. Velmi často se jedná o položky zjišťující základní údaje, například věk či pohlaví. Dále se též jedná o dichotomické (Ano/ne) typy položek (Chráska 2016).

Jako položky zjišťující fakta bych ve svém dotazníku označila: 1., 2., 8., 9., 13., 17., 18., 19., a 20. otázku. Jedná se o otázky z počátku zjišťující základní informace o respondentovi, jako je věk či pohlaví. Dále se zaměřují na stravovací návyky či komunikaci a důvěru v rodině. Ke konci se zabývají přítomností nežádoucích jevů v respondentově okolí.

#### **Položky zjišťující znalost nebo vědomost**

U těchto položek musíme dbát na způsob, kterým se na ně ptáme. Snažíme se předejít vyvolání dojmu neznalosti, který by mohl nastat, při nevhodném formulování otázky (Chráska 2016).

Mezi položky zjišťující znalosti nebo vědomosti patří v mém dotazníku otázky: 4., 6., 7., 10., 15., a 16., které měří míru znalostí související s PPP. Jak se dané poruchy jmenují, jak se léčí či jaké jsou jejich projevy a dopady. Případně kolik lidí ve společnosti PPP trpí a jestli jejich počet stoupá či klesá.

#### **Položky zjišťující mínění, postoje a motivy**

Jsou na konstrukci velmi choulostivé. Též je třeba přemýšlet nad jejich vhodným umístěním. Dále je důležité zdržet se jakéhokoliv náznaku vlastního názoru. Tyto druhy otázek mohou při nesprávném zkonstruování vyvolat u respondenta diskomfort, který je pro nás nežádoucí.

Pokud se položka týká obzvláště citlivého tématu, o kterém respondent nechce nic sdělit, využívají se nepřímé otázky. U nichž se nejčastěji ptáme na názor skupiny a doufáme, že

sám respondent se identifikuje jako její člen a do odpovědi tak promítne svůj názor. Dále se též využívá tzv. maskovaných otázek, které na první pohled neprozradí, na co se doopravdy respondenta ptáme. Dělá se to tak, aby respondent záměrně nefalšoval svoji odpověď v případě, kdy se ho ptáme na něco, co je pro něj citlivé, či nevhodné, abychom se tuto skutečnost dozvěděli. Avšak i přes náročnost jejich konstrukce, ne vždy přinesou výsledky, na které se dá spolehnout (Chráška 2016).

A zbylé otázky zařazují jako položky zjišťující mínění, postoje a motivy. Což jsou položky: 3., 5., 11., 12., a 14, které cílí na zjištění postoje, koho se PPP týkají, či co je jejich příčinou vzniku. Dále cílí na zjištění stresové míry daného jedince a jestli je na něj z okolí kladen tlak na to, jak by měl vypadat. Následující položka se pak přímo ptá, zda si dotyčný myslí, že by se ho mohly PPP týkat.

## 3.2 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Vyhodnocení je interpretováno prostřednictvím dat, které byly získány od 61 respondentů z dvou základní škol v okrese Plzeň-město, prostřednictvím Google Forms. Celkový počet osob, jimž byl tento dotazník zaslán, bylo 70. Návratnost formuláře je tedy 87 %.

Celý formulář je součástí příloh. Jeho online verze je pod tímto QR kódem.



QR-code 1 Použitý dotazník (zdroj vlastní)

### 3.2.1 POLOŽKY 1-9

První položkou v dotazníku je otázka, která zní: „Jsi žena nebo muž?“. Je na výběr ze dvou možností, a to z možnosti žena, či muž. Kde se 47,5 % respondentů identifikuje jako osoba mužského pohlaví, a 52,5 % respondentů se identifikuje jako osoby pohlaví ženského.

Druhá položka dotazníku zjišťuje věk respondentů, a její znění je: „Kolik ti je let?“ U této položky je k dispozici výběr jedné ze sedmi možností, které zahrnují čísla v rozsahu od 13 do 19 (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19), kde se nám z důvodu našeho zacílení na nižší věkovou

kategorii žáků objevily tři kategorie odpovědí. Kdy se stejnou měrou vyskytují možnosti 13 a 14. Obě u 47,5 % respondentů. Jako třetí je zastoupena hodnota 15, která tvoří 4,9 %.

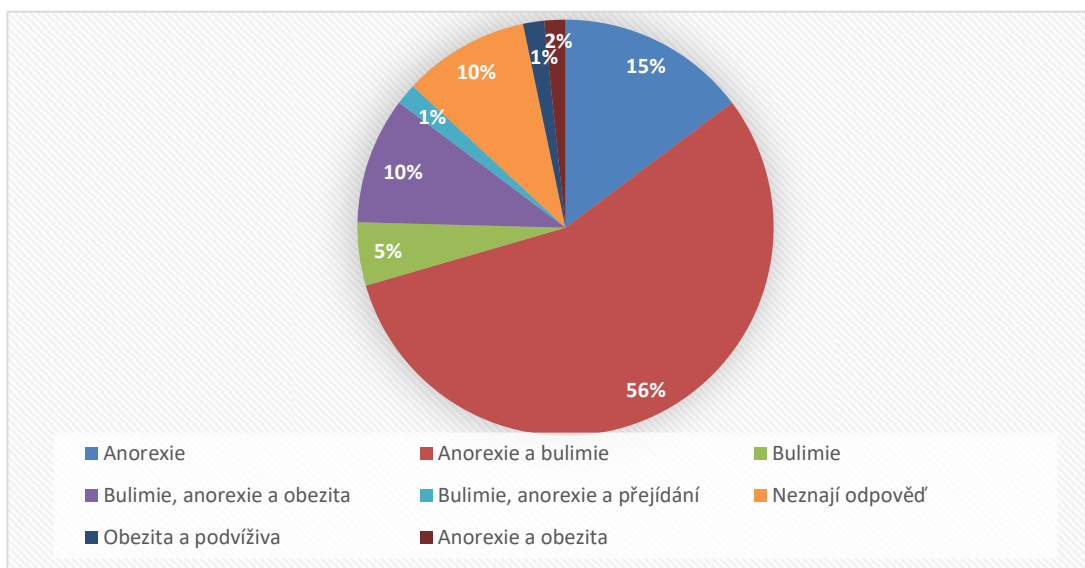
Třetí položkou je otázka: „Myslíš si, že se poruchy příjmu potravy týkají spíše žen nebo mužů?“. Kde má respondent možnost vybrat jednu ze tří odpovědí. Které jsou: „spíše žen“, „spíše mužů“, či „obou pohlaví stejně“. U této otázky se setkáváme s naprostou převahou první z možností (spíše žen), která tvoří 70,5 %. Zbytek respondentů zvolil odpověď „obou pohlaví stejně“ a bylo to tak u 29,5 %, a tak zůstává třetí možnost (spíše mužů) nevyužita.

Dle článku na webu Lékařské fakulty Univerzity Karlovy se v roce 2017 v ambulantní péči v České republice s PPP léčilo 90 % žen (LFUK 2018). Je tedy velmi výrazná převaha léčby PPP u ženského pohlaví. Avšak nelze opomenout výskyt PPP též u osob pohlaví mužského. U bisexuálních a homosexuálních mužů se PPP vyskytují až u 27 % (Papežová 2010).

Respondenti tedy správně odpověděli, že je PPP skutečnost týkající se spíše žen. Avšak třetina z nich zohlednila i to, že ani mužům se tato problematika nevyhýbá, což jsou velmi příznivé informace.

Čtvrtá položka vyzývá respondenty k vypsání všech poruch příjmu potravy, které znají. v 55,7 % jsou zmíněny dvě neznámější PPP, bulimie a anorexie. Méně z nich zmínili alespoň anorexii, a to 14,8 %. Dále nám stejný podíl tvoří dvě položky, a to „anorexie, bulimie a obezita“ a „nevím.“ Přesněji jde o hodnotu 10 %. Obezita se vyskytla mezi odpověďmi velmi často, avšak obezita sama o sobě se do PPP neřadí. Ovšem může být sekundárním následkem záchvatovitého přejídání, které již pod PPP spadá. Předpokládáme tedy, že se

jedná spíše o nesrovnalost. Poslední zmíněnou možností je, že daný respondent nezná odpověď na danou otázku, tato možnost byla zvolena u 10 % odpovědí.



Graf 1-odpovědi respondentů na č.1 (zdroj vlastní)

Pátá položka se zaměřuje na důvody vzniku PPP a zní: „Proč myslíš, že vznikají poruchy příjmu potravy?“ Na výběr je celkem šest možností. Lze jich označit více i přidat vlastní odpověď. Možnost jiné odpovědi ale nebyla využita ani jedním respondentem. Avšak u předem připravených odpovědí byly využity všechny možnosti. Bylo na výběr z: „Jako způsob vyrovnávání se s něčím (např. stresovým obdobím)“, „Přehnanými požadavky společnosti na vzhled (médiá, sociální sítě atd.)“, „Kvůli požadavkům které mají některé sporty/profese“, „Kvůli šikaně“, „S touto poruchou se daný jedinec narodí“ a „Vyskytuje se převážně u lidí, kteří se snaží zhubnout“.

Nejvíce respondentů si myslí, že PPP vznikají přehnanými požadavky společnosti na vzhled, a to 77 %. Druhá nejčtenější možnost s 62,3 % připisuje jejich vznik šikaně. Třetí možnost s 49,2 % chápe PPP jako způsob vyrovnávání se s nějakou těžkou životní situací, a čtvrtá nejvyšší hodnota 45,9 % poukazuje na povědomí o zvýšeném výskytu PPP u lidí, co usilují o ztrátu tělesné hmotnosti. Všechny tyto odpovědi lze vyhodnotit jako správné, i když vznik PPP má mnoho determinantů.

Důvody vzniku PPP jsou různé. Mezi ty vnější patří především nepříznivé životní situace, sexuální zneužívání či riziková povolání (baletky, modelky, gymnastky). Dle Papežové (2018)

se sexuálním zneužíváním má zkušenost až 1/3 žen trpících PPP. Až 80 % těchto situací proběhlo v dětství a byly vykonány dítěti blízkou osobou.

Dalším výrazným determinantem jsou problémy v rodině a důraz společnosti na štíhlost. v neposlední řadě je důležité zmínit jako jeden z důvodů negativní vztah k vlastnímu tělu a s tím související diety (Papežová 2010).

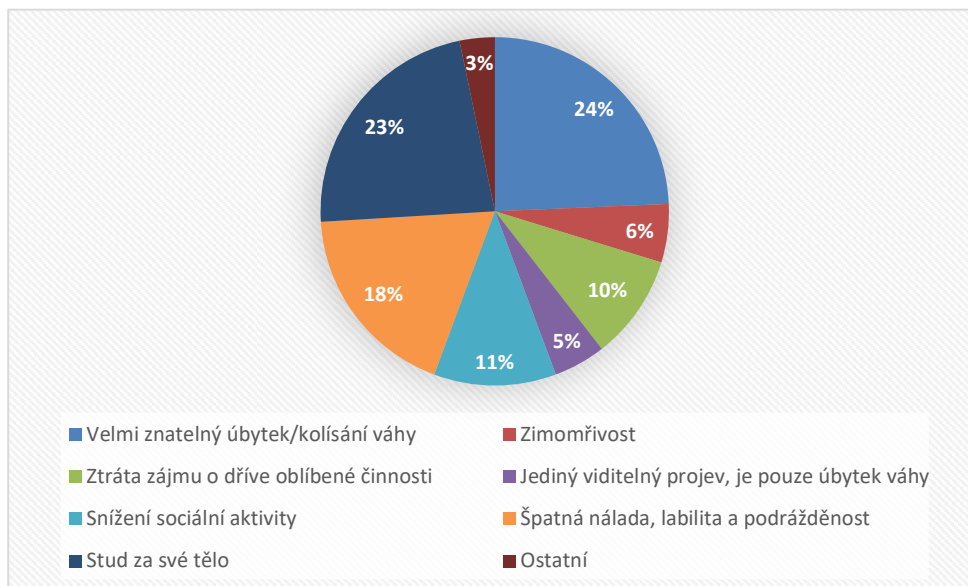
Šestá položka se ptá: „Jak se poruchy příjmu potravy projevují?“. Stejně tak, jako u předchozí položky jsou předpřipravené odpovědi, kterých je osm. Jsou to: „Velmi znatelný úbytek/kolísání váhy“, „Zimomřivost“, „Ztráta zájmu o dříve oblíbené činnosti“, „Jediný viditelný projev je pouze úbytek váhy“, „Snížení sociální aktivity“, „Špatná nálada, labilita a podrážděnost“, „Stud za své tělo (nechce se např. převlékat před ostatními)“ a „Myslím si, že žádné viditelné projevy nejsou“. Z těchto možností nebyla využita pouze jedna, a to: „Myslím si, že žádné viditelné projevy nejsou“.

Dále je zde možnost vlastní odpovědi, která tentokrát byla využita celkem šestkrát. Tyto odpovědi jsou v Grafu 2 zahrnuty jako „ostatní“.

Nejvíce respondentů zvolilo možnost, kdy je znatelný úbytek váhy, či její kolísání. Bylo to 73,8 %. Ve velmi podobné četnosti též volili možnost studu za vlastní tělo 68,9 %. Třetí položka s nejvyšším počtem hlasů zmiňuje špatné nálady, labilitu či podrážděnost. Její zastoupení je 55,7 %. Mezi vlastními odpověďmi respondenti zmiňují zvracení, únavu, slabost či deprese.

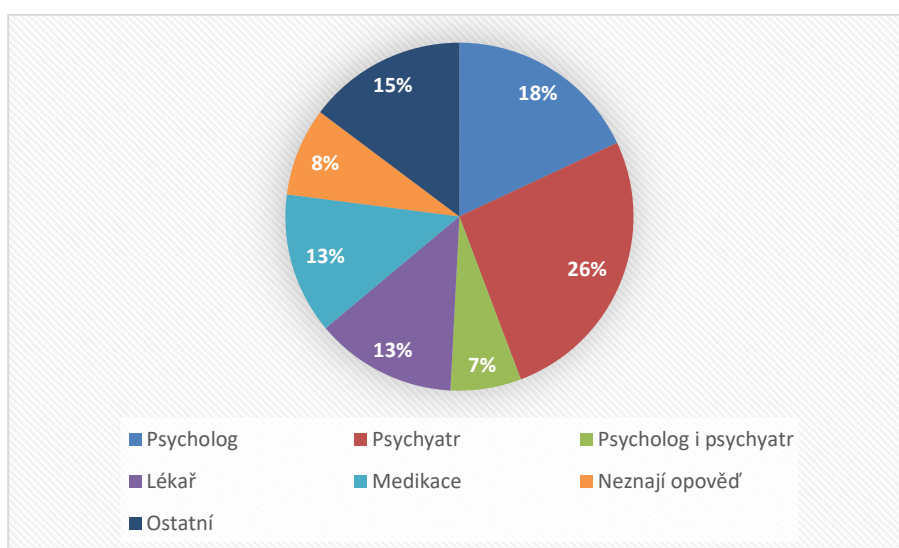
Osoby trpící PPP, přesněji anorexií, v první řadě mění jídelníček, zmenšují porce, vyřazují dříve oblíbená jídla, nechtějí jíst mezi lidmi a zvyšují svou fyzickou aktivitu. Mnohdy mají zdravotní potíže, zimomřivost či vypadávání vlasů. Až moc se zaobírají svojí váhou a postavou. Uzavírají se do sebe a jeví se velmi podrážděně a nevyrovnaně. (Krch 2010)

Respondenti tedy velmi správně a ve velké čestnosti zvolili jedny z nejdůležitějších příznaků PPP. Příjemným překvapením bylo i doplnění příznaků bulimie (zvracení) a deprese, která může též PPP doprovázet.



Graf 2-příznaky PPP (zdroj vlastní)

Sedmá položka se zabývá otázkou: „Jak si myslíš, že se poruchy příjmu potravy léčí?“ Kde respondenti vlastními slovy vyjadřují, co si pod touto skutečností představují. Až 76,5 % respondentů zmiňuje ve své odpovědi psychologickou, psychiatrickou či obě zmíněné a dále obecně lékařskou pomoc, popřípadě medikaci, a to u 13 %. Zbylé odpovědi, řazené mezi ostatní zahrnují například speciální diety či umělou výživu. Nelze opomenout též 8 %, kde respondenti neví, jak na danou otázku odpovědět.



Graf 3-léčba PPP (zdroj vlastní)



Při léčbě PPP nelze aplikovat jednu univerzální metodu. Základním ukazatelem je celkový stav pacienta s PPP, který vyhodnotí například praktický lékař. Pokud je vyhodnocen fyzický stav jako špatný, před jakoukoliv terapií je nutná hospitalizace z důvodu nutné stabilizace. Pokud se zdravotní stav zdá v normálu, jedním z prvních kroků bývá psychologická léčba, a pokud je PPP velmi vážná a psychologická léčba nezabírá, je teprve na řadě medikace. (Krch 2005) Odpovědi respondentů tedy nasvědčují znalosti této problematiky.

Osmá položka zní: „Mluvili s tebou o poruchách příjmu potravy rodiče?“ Je možno zde vybrat jednu ze čtyř možností, které jsou: „Rozhodně ano“, „Spíše ano“, „Spíše ne“ a „Rozhodně ne“. Kdy celkem 62,3 % respondentů spadá do kategorie záporu (spíše ne, rozhodně ne). Nejvyšší samostatná hodnota připadá na konkrétní hodnotu „spíše ne“ a tvoří 36,1 %. Odpovědi opačného spektra (spíše ano, rozhodně ano) tvoří celkem 37,8 %. Pro možnosti „Rozhodně ano“ je pak zastoupení pouze 14,8 %.

**Devátá položka** se zabývá výživou a ptá se, zda si respondenti myslí, že jedí pestře, pravidelně a dostatečně. Jako způsob odpovědi jsou čtyři možnosti: „Rozhodně ano“, „Spíše ano“, „Spíše ne“ a „Rozhodně ne.“ u této položky se opět setkáváme s převahou záporných odpovědí, které celkem čítají 62,3 %. Opak je tvořen 37,8 % a nejvyšší samostatnou hodnotu tvoří možnost „spíše ne“ s 36,1 %.

### 3.2.2 POLOŽKY 10-20

Desátá položka se ptá: „Myslíš si, že je porucha příjmu potravy stav vážně ohrožující zdraví?“ Kde je opět na výběr z možností: „Rozhodně ano“, „Spíše ano“, „Spíše ne“ a „Rozhodně ne.“ Kdy první možnost „rozhodně ano“, tvoří 73,8 % a druhá možnost, spíše ano 21,3 %. Celkem se jedná o 95,1 % respondentů, kteří uznávají PPP jako stav vážně ohrožující zdraví.

*„Vysoká mortalita přesahuje 10 %. Pacienti umírají v průměru v 25 letech. Mortalita je dvojnásobná oproti ostatním psychiatrickým diagnózám a desetinásobně vyšší ve srovnání s obecnou populací.“ (LFUK 2018)*

Z dat uvedených výše tedy vyplývá, že PPP jsou nejen velmi vážným ohrožením pro zdraví, ale též, že respondenti jsou si toho faktu více než vědomi.

Jedenáctá položka představuje stupnici od 1 (nejméně) do 10 (nejvíce), kde respondenti vybírají číslo, kterým individuálně hodnotí svoji pocitovou míru stresové zátěže. Byla využita celá stupnice. Nejčteněji zvolena je hodnota 6 (18 %). Za ní pak hodnota 3 (14,8 %), a dále se se zastoupením 13,1 % vyskytuje hodnota 8 a 2.

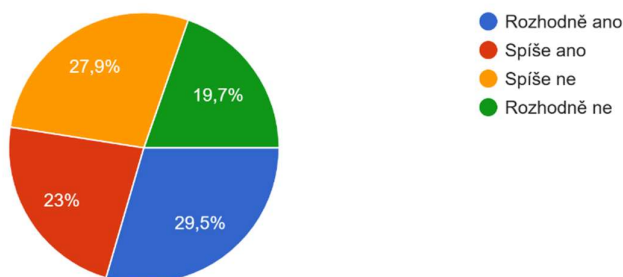
Zařazení této položky do dotazníku bylo hlavně z důvodu provázanosti stresu a sociálně nežádoucího chování, které dle (Papežové 2004) zahrnuje v dosti případech užívání návykových látek či výskyt PPP, a stává se tak z důvodu vyrovnávání se s neúnosným stresem.

Samozřejmě, stejně tak jako u jiných položek, nelze úplně spoléhat na jejich výsledky, a tak nelze vyvozovat žádné pevné závěry. Ale též nelze ignorovat ten fakt, kdy 30 respondentů z celkových 61 se považuje být v horních sférách stupnice (6–10), a tak vypovídají, že se cítí velmi ve stresu.

Dvanáctá položka zní: „Myslíš si, že je na tebe z okolí kladen velký tlak na to, jak bys měl/a vypadat?“. Kde je na výběr ze čtyř možností: „Rozhodně ano“, „Spíše ano“, „Spíše ne“ a „Rozhodně ne“ a každá z nich byla využita. Nejvyšší hodnotu tvoří možnost „spíše ne“ s 45,9 %. Další je hodnota 27,9 % „spíše ano“. Třetí je „rozhodně ne“ s 14,8 %. a nejnižší hodnota je 11,5 % pro „rozhodně ano“.

Výsledky tedy uvádějí, že více než polovina respondentů takřka žádný tlak nepociťuje, což je rozhodně pozitivní zpráva. Ovšem druhá strana, vykazující 39,4 %, může (ale nemusí) patřit mezi rizikovou skupinu, kterou možná ohrožuje působení „kultu štíhlosti“, což je jeden z mnoha faktorů přispívající k PPP (Papežové 2010), a proto tento výsledek rozhodně není zanedbatelný.

Třináctá položka se opět týká výživy a ptá se, zda respondenti mají nebo měli někdy výčitky z toho co konzumují. Je zde na výběr ze čtyř možností: „Rozhodně ano“, „Spíše ano“, „Spíše ne“ a „Rozhodně ne“.



Graf 4- Výčitky z jídla (zdroj vlastní)

Jak je zřejmé z Grafu 4, u ani jedné z možností není zřejmá absolutní převaha jedné či druhé skutečnosti, což je celkově pozitivní výsledek. Ovšem při bližším pohledu, tvoří nejvyšší hodnotu možnost „rozhodně ano“, která tvoří 29,5 %. Avšak nelze z této hodnoty vyhodnocovat závěry. Spíše nám naznačuje, že by se těchto respondentů (a těch co zvolily „spíše ano“) mohl vyskytovat nezdravý vztah k jídlu, u něhož jsou výčitky jedním z jeho hlavních indikátorů (Kramulová 2007).

**Položka číslo čtrnáct** se ptá respondentů: „Máš pocit, že by se tě problém s poruchami příjmu potravy mohl týkat?“. Kde je na výběr ze čtyř možností („Rozhodně ano“, „Spíše ano“, „Spíše ne“ a „Rozhodně ne“). Primárně zde cílíme na vyjádření sebepojetí našich respondentů. Byly využity všechny čtyři možnosti, z nichž nejčastěji „spíše ne“ tvořila 44,3 %. Dále možnost „rozhodně ne“ zvolilo 36,1 %. Na opačné straně do možností „spíše ano“ a „rozhodně ano“ spadá 19,6 %, z nichž 1,6 % tvoří možnost „rozhodně ano“.

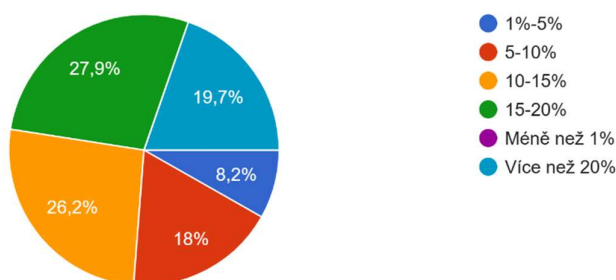
Pořadová čísla respondentů, kteří odpověděli kladně jsou uvedeny v tabulce 1, kde k těmto údajům jsou připojeny též data z položek 17 (setkal/a ses s PPP?) a 1 (jaké jsi pohlaví). Důležité je zde znázornění kladné odpovědi u položek 14 a 17, kdy by tato shoda mohla přímo nasvědčovat výskytu PPP. Tato pole jsou v tabulce zvýrazněna modře. Data z položky 1 jsou zvoleny jako doprovodná, a slouží čistě k orientaci.

| Pořadová čísla respondentů | Položka č.14 | Položka č.17 | Položka č.1 |
|----------------------------|--------------|--------------|-------------|
| 6                          | spíše ano    | X            | žena        |
| 10                         | spíše ano    | ano, u sebe  | žena        |
| 18                         | spíše ne     | ano, u sebe  | muž         |
| 21                         | spíše ano    | ano, u sebe  | žena        |
| 24                         | spíše ano    | ano, u sebe  | žena        |
| 27                         | spíše ano    | X            | žena        |
| 36                         | spíše ano    | X            | muž         |
| 42                         | spíše ano    | no, u sebe   | muž         |
| 49                         | spíše ano    | X            | muž         |
| 50                         | spíše ano    | ano, u sebe  | muž         |
| 52                         | spíše ano    | ano, u sebe  | žena        |
| 17                         | rozhodně ano | X            | muž         |

Tabulka 1-Porovnání výsledků položek (zdroj vlastní)

Položka patnáctá se ptá: „Kolik % populace podle tebe trpí poruchami příjmu potravy?“. Je zde na výběr ze šesti možností, které jsou: „1 %–5 %“, „5–10%“, „10–15%“, „15–20%“, „méně než 1%“ a „více než 20%.“ Jediná možnost, kterou nezvolil ani jeden z respondentů bylo: „méně než 1 %.“

Jak můžeme vidět v Grafu 5, rozhodně nebyly zvoleny nízké hodnoty. Nejvyšší počet respondentů, přesněji 27,9 %, zvolilo hodnotu 15–20 %. Dále s 26,2 % byla zvoleno rozpětí 10-15 %. Třetí možností s nejvíce hlasy, přesněji 19,7 %, zastává názor, že více jak 20 % populace trpí PPP. Mezi třemi hodnotami se beze sporu umístila tři nejvyšší možná procentuální zastoupení, což rozhodně poukazuje na představu o běžnosti výskytu PPP.



Graf 5 -zastoupení PPP v populaci (zdroj vlastní)

Dle článku, který srovnává několik výzkumů týkajících se PPP, postihují PPP celosvětově 9 % populace. (Arcelus J., Mitchell A., Wales J., Nielsen S. 2011) Jedná se tedy o znatelně nižší výskyt, než předpokládají respondenti.

Položka šestnáctá zní: „Myslíš si, že počet dospívajících s poruchami příjmu za poslední roky je neměnný?“, kde je možné zvolit jednu ze tří možností, které jsou: „Ano“ , „Ne, myslím, že klesá“ a „Ne, myslím, že stoupá“, kde nám jednoznačně převažuje možnost „myslím, že stoupá“ s 73, 8 %. Dále má 14, 8 % respondentů dojem, že klesá, a zbylých 11, 5 % ho vnímám jako neměnný.

Nejvyšší zvolená hodnota doopravdy odpovídá skutečnosti. Lze tak usuzovat dle statistik hospitalizací v psychiatrických zařízeních v ČR. U věkové skupiny 10–14 bylo hospitalizováno v roce 2011 celkem 63 pacientů. U věkové skupiny 15–19 to ve stejném roce bylo 122 pacientů. Oproti tomu v roce 2017 ve věkové kategorii 10–14 let to bylo 103 pacientů. A v kategorii 15–19 to bylo 178 pacientů. (ÚZIS ČR 2018)

Položka sedmnáctá zjišťuje, zda se respondenti někdy setkali s PPP. Lze vybrat jednu ze čtyř otázek, které vymezují v jak blízkém okruhu se s PPP lze setkat. Jedná se o možnosti: „ano, u sebe“, „ano, v blízkém okolí“, „ano, v širším okolí (např. vím, že ve škole si někdo prošel PPP)“ a „nesetkal/a“.

Celkem 44,3 % respondentů uvádí, že se s PPP nikdy nesetkalo. Dále 32,8 % se s PPP setkalo ve svém blízkém okolí a zbylé dvě možnosti sdílí stejné procentuální zastoupení, a to 11,5 %.

Jak již bylo patrné v Tabulce 1 u Položky 14, u několika z 11, 5 % respondentů, kteří se zde zařadily do skupiny, která se s PPP setkala sama u sebe, se objevila též kladná odpověď na otázku, zda mají dojem, že by se jich mohla PPP týkat (položka 14.). Provázaností těchto otázek lze zvýšit validitu odpovědí, a tak lépe vyhodnotit, zda některý z respondentů opravdu má vlastní zkušenost s PPP.

Položka osmnáctá zní: „Pokud by se tě tento nebo jakýkoliv jiný problém týkal (např. Pokud bys byl obětí šikany), řekl bys o něm někomu?“. Možnosti odpovědi jsou: „Rozhodně ano“, „Spíše ano“, „Spíše ne“ a „Rozhodně ne“. Z nich nejčastěji byla zvolena možnost „spíše ano“ s 44,3 %. Za ní následovala možnost „rozhodně ano“ s 37,7 %, a dále 13,1 % respondentů zvolila „spíše ne“ a 4,9 % „rozhodně ne“.

Velkou většinu nám tvoří kladné odpovědi, což je rozhodně dobrou zprávou. Pokud se dítě dostane do rizikové situace, je důležité, aby si uvědomovalo, že se má na koho obrátit.

Položka devatenáctá navazuje přímo na téma předchozí, a zní „Pokud by se tě tento nebo jakýkoliv jiný problém týkal (např. Pokud bys byl obětí šikany), věděl bys za kým jít?“. Kde máme čtyři možnosti: „Rozhodně ano“, „Spíše ano“, „Spíše ne“ a „Rozhodně ne“. Využity byly celkem tři možnosti, čtvrtou „Rozhodně ne“, nezvolil ani jeden z respondentů. Nejvyšší zastoupení, přesněji 47, 5 %, měla možnost „Rozhodně ano“. Jako druhá možnost „Spíše ano“ s 41 % a třetí a zároveň nejnižší zastoupení je pro možnost „Spíše ne“ a je to 11,5 %.

Z výsledků tedy vyplývá, že velmi vysoká část respondentů by v krizové situaci věděla, na koho se obrátit. Což potvrzuje skutečnost vyplývající z předešlé položky a jedná se též o pozitivní zprávu.

Položka dvacátá navazuje na devatenáctou, a ptá se „Pokud ano, kdo by to byl? (Kamarád/ka, rodiče, učitel/ka, sourozenec)“. Kde jsou na výběr čtyři možnosti: „Kamarád/ka“, „Rodiče“, „Učitel/ka“ a „Sourozenec“. A dále je k nim připojena možnost zvolit vlastní odpověď, která byla využita celkem sedmi respondenty. Například zde zazněli možnosti jako „babička“ nebo „psycholožka“. Nejvyšší četnost odpovědí má možnost „Rodiče“, což je rozhodně velmi překvapivé a zároveň pozitivní. Dále 27,9 % náleží možnosti „Kamarád/ka“. Učitelce, či učiteli, by se svěřilo pouze 1,6 % a sourozenci 6,6 %.

## 4 INFOGRAFIKA

V návaznosti na náš výzkum prostřednictvím Google formuláře, jsme stvořili v programu Adobe Illustration infografiku, která má primárně zaujmout žáka a informovat ho o problematice PPP. Z toho důvodu je infografika tvořena odstíny tmavší barvy se světlejším textem. Vyobrazení postavy ve středu infografiky, jak můžete vidět na Obrázku 1, znázorňuje štíhlou osobu neurčeného pohlaví (protože PPP se netýkají jen jednoho pohlaví) s takřka prázdným talířem a myšlenkami na svou postavu, které se neslučují s realitou. Dále jsou zde zmíněny dopady PPP na jednotlivé oblasti lidského těla. Veškeré tyto informace jsme čerpaly z knihy: *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (Papežová 2018). Dále se zde vyskytují tři QR kódy, které jsme generovali prostřednictvím QR Code Generator ([the-qrcode-generator.com](http://the-qrcode-generator.com)) První z nich, umístěný dole vpravo, je určen pro poskytnutí více informací žákovi. Je pod ním skryt odkaz na článek *Poruchy příjmu potravy v dětství a dospívání*. Druhý QR kód je umístěn na spodní straně uprostřed a odkazuje na přeloženou zkrácenou verzi EDE-Q testu, který může pomoci žákům určit, zda se jejich problematika PPP přímo netýká. Mnohdy totiž sám člověk trpící PPP není schopný si tuto skutečnost přiznat. Pod třetím QR kódem se skrývá odkaz na stránky linky bezpečí ([linkabezpeci.cz](http://linkabezpeci.cz)), které jsou zde umístěny z důvodu pomoci dítěti v těžké životní situaci. Pokud bude mít pocit, že se ho PPP týká nebo pokud má jakýkoliv jiný problém.

# NÁSLEDKY PPP

(Poruchy Přijímání Potrav)

Vyskytují se poruchy paměti, koncentrace a spánku. Dále se vyskytují sebevražedné myšlenky, záchvaty nebo plány na ukončení života.

## Srdce

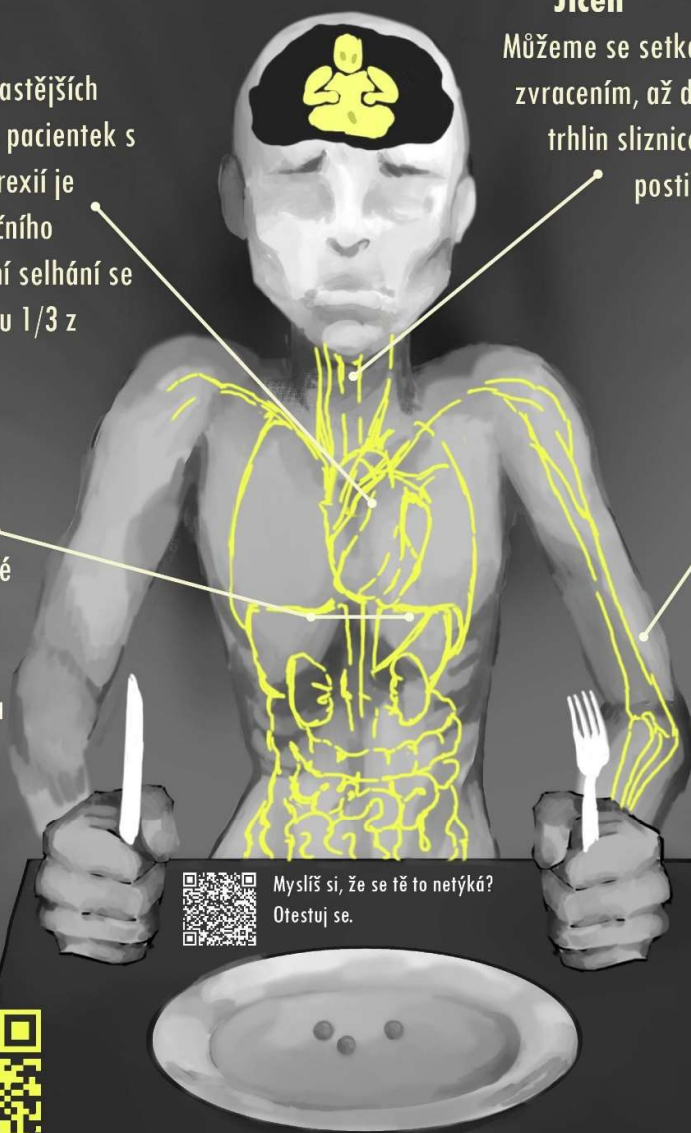
Jednou z nejčastějších příčin úmrtí u pacientek s mentální anorexií je porucha srdečního rytmu. Srdeční selhání se vyskytuje až u 1/3 z nich.

Dochází též k poškození **ledvin**. Které může přejít k chronickému onemocnění a dále k jejich selhání.

## Jícen

Můžeme se setkat s tak úporným zvracením, až dojde k vytvoření trhlin sliznice jícnu. Následně postižený zvrací krev.

V souvislosti s nedostatečnou výživou se vyskytuje též zvýšená lámavost **kostí**.



Myslíš si, že se tě to netýká?  
Otestuj se.



<https://www.linkabezpeci.cz/>



Pokud chceš vědět víc

Obrázek 1-Infografika-první verze (zdroj vlastní)



## 5 ÚPRAVA INFOGRAFIKY

Po vytvoření první verze infografiky, jsme ji předali k otestování vyučující přírodopisu v 8. třídě, kde byla umístěna na nástěnce přímo ve třídě. Vyučující, po několika dnech a konverzaci se žáky, vyhodnotila, jaké jsou nutné změny.


Jedna z prvních a nejdůležitějších změn, je přidat vysvětlení samotného pojmu PPP. Někteří žáci měli potíže pochopit, jakého tématu se infografika vlastně týká, což by znehodnocovalo celou naši práci, a tak jsme do horního pravého rohu přidali odkaz na krátké vysvětlení toho, co PPP jsou a jejich základní druhy a jejich popis pro získání lepší představy.

Druhá úprava se týkala QR kódu dole vpravo. Ten původně odkazoval na článek, který ovšem žáky nezaujal. Odradil je hlavně proto, že v nich vzbouzí pocit velké masy textu, a jelikož více informací by rozhodně uvítali, rozhodli jsme se místo článku použít naučné video se stejným obsahem informací. Takže se žáci dozví něco nového pro ně lehčí a zábavnější formou.

# NÁSLEDKY PPP

(Poruchy Přijímání Potrav)

Nevíš co PPP je?

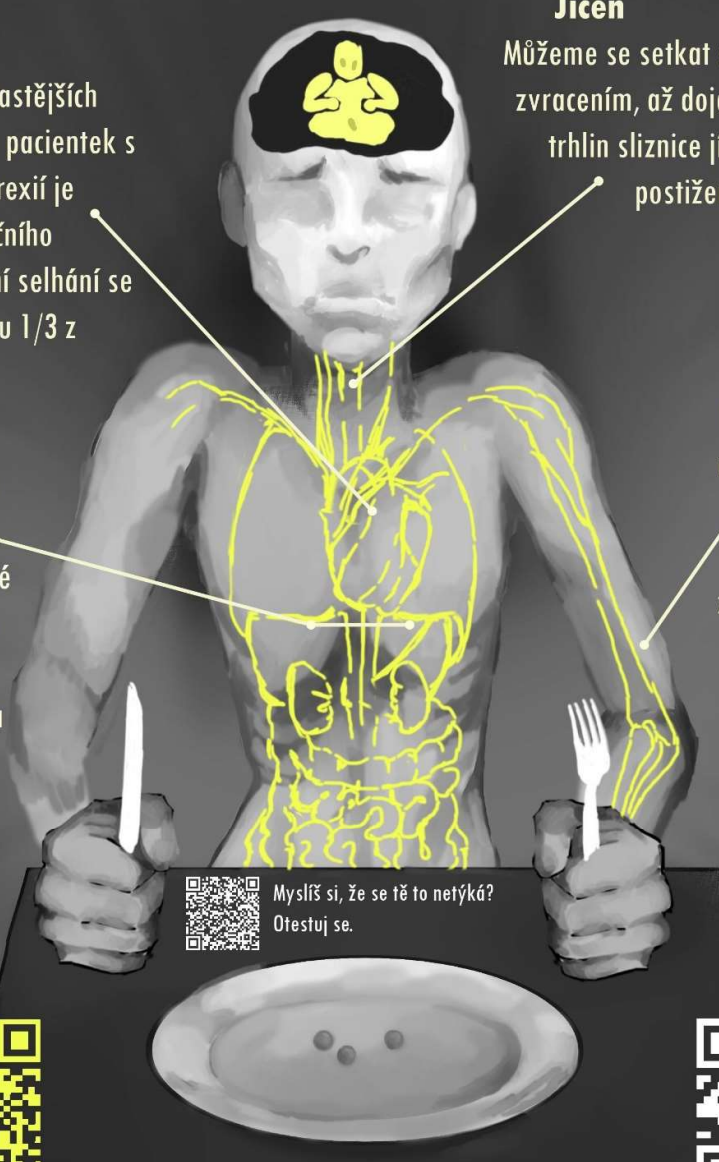


Vyskytují se poruchy paměti, koncentrace a spánku. Dále se vyskytují sebevražedné myšlenky, záchvaty nebo plány na ukončení života.

**Srdce**

Jednou z nejčastějších příčin úmrtí u pacientek s mentální anorexií je porucha srdečního rytmu. Srdeční selhání se vyskytuje až u 1/3 z nich.


Dochází též k poškození **ledvin**. Které může přejít k chronickému onemocnění a dále k jejich selhání.




**Jícen**

Můžeme se setkat s tak úporným zvracením, až dojde k vytvoření trhlin sliznice jícnu. Následně postižený zvrací krev.


V souvislosti s nedostatečnou výživou se vyskytuje též zvýšená lámavost **kostí**.



Myslíš si, že se tě to netýká?  
Otestuj se.



<https://www.linkabezpeci.cz/>



**Pokud chceš vědět víc**

Obrázek 2- Infografika-druhá verze (zdroj vlastní)

## 6 DISKUZE

V našem kvantitativním výzkumu, přesněji dotazníkovém šetření, jsme se soustředili především na zhodnocení znalostí žáků ohledně problematiky PPP. Také jsme zjišťovali jak, a zda vůbec se jich tato problematika týká. Dále jsme též zkoumali, zda se respondenti cítí být ve stresu, či jestli mají někoho komu by se svěřili, pokud by měli nějaký problém.

Na toto téma bylo v průběhu let zajisté zpracováno mnoho velmi podobných výzkumů u různých věkových kategorií u nás, či v zahraničí. Suchopárová a Forejt (2013) publikují svůj výzkum „*POHLED ŽÁKŮ ZÁKLADNÍCH ŠKOL NA PROBLEMATIKU a VÝUKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY*“, kde srovnávají data, které získali celkem od 545 žáků 2.stupně základní školy. Avšak zaměřovali se spíše na četnosti držení redukčních diet a jiných způsobů snížení váhy u žáků v souvislosti s PPP, znalosti ohledně MA a MB, a dále jak moc byly o PPP informováni. Avšak i přes rozdílnost dotazníků jsou zde data, která lze porovnat. První ze skutečností, co lze porovnat, je kolik respondentů uvedlo, že s nimi o PPP mluvili rodiče. Naš výsledek 37,8 % se od hodnoty ve výzkumu Suchopárové a Forejta (2013) příliš neliší. Jejich hodnota pro tuto skutečnost je 46 %. Dále též můžeme porovnat, kolik respondentů uvedlo PPP jako stav vážně ohrožující zdraví. V tomto případě se hodnoty liší opravdu minimálně. Naše hodnota vykazuje 95 % a u výše uvedeného výzkumu činí 91 %. Dle naší otevřené otázky, kde se ptáme na druhy PPP, které respondent zná, zjišťujeme že stejně jako u této výše uvedené studie, i u té naší mají respondenti více povědomí o MA než o MB. Závěrem bych tedy řekla, že se naše výsledky o moc neodlišují od výsledkům Suchopárové a Forejta (2013).

## ZÁVĚR

V teoretické části jsme po prostudování zdrojů zpracovali hlavní témata týkající se PPP. Jejich historii, zdravotní dopady, druhy PPP a jejich projevy. Dále jsme též shrnuli nejčastěji používané druhy terapií a pravidla týkající se prevence vzniku PPP. V návaznosti na to jsme v RVP vyhledali vymezení tohoto tématu a zaměřili se na jeho výskyt v učebnicích. V praktické části jsme provedli výzkum, aplikovaný na žáky ve věku 13–15 let, kde sledujeme jejich znalost a orientaci v této problematice. Představu o tom, co PPP jsou, co je způsobuje a jak se tato nemoc projevuje, respondenti rozhodně měli. U otevřených otázek ovšem někteří projevili své nedostatky. Jeden z nejpozoruhodnějších výsledků se objevil u 17. položky, kde se 11,5 % respondentů přiznává k vlastní zkušenosti s PPP a 32,8 % se s ní setkalo ve svém blízkém okolí, což jsou překvapivě vysoká čísla.

Dle informací získaných průzkumem jsme zpracovali infografiku s několika QR kódy, které žáky odkazují na jednotlivé dokumenty a stránky. Původně naše infografika obsahovala tři QR kódy a text týkající se vlivů PPP na lidské tělo. První QR kód obsahoval odkaz na článek informující o PPP v dospívání. Druhý obsahuje EDE-Q dotazník, aby si žáci mohli sami vyhodnotit, zda se jich PPP týká. Třetí QR kód je kontakt na linku bezpečí, pokud mají žáci pocit, že se jich může týkat tento problém, či jakýkoliv jiný. Po konzultaci s pedagogem, který umístil naši infografiku do své třídy, jsme provedli pár změn. A to to, že jsme přidali čtvrtý QR kód, který slouží k rychlému a jasnému úvodu do toho, co PPP jsou, z důvodu neznalosti tohoto pojmu u některých žáků. A dále jsme místo článku informujícím o PPP použili video na to samé téma. Především z důvodu, že dnešní žáci neradi čtou a delší texty a články je spíše odradí. Krom těchto změn byl však náš informační zdroj účinný. Dosáhli jsme svého cíle informovat žáky o PPP. Přesto je ovšem problematika PPP velmi aktuální téma, které by nemělo být bráno na lehkou váhu. Měl by být kladen důraz na primární prevenci na základních školách a na zamezení stigmatizace týkající se vzhledu lidského těla.

**RESUMÉ**

Tématem této bakalářské práce jsou poruchy příjmu potravy. V teoretické části se zabýváme tématem jako takovým. Hlavně jeho druhy, příčinami a projevy. Dále poukazujeme na důležitost primární prevence. Zařazujeme naše téma do kontextu s RVP. Dále provádíme výzkum u žáků základních škol prostřednictvím formuláře a dále tyto informace vyhodnocujeme a s jejich pomocí tvoříme infografiku, která má sloužit především k informování žáků o problematice PPP. Tuto infografiku v závěru upravujeme po zpětné vazbě vyučující.

**RESUMÉ**

The topic of this bachelor's thesis is eating disorders. In the theoretical part, we deal with the topic as such. Especially its types, causes and manifestations. We also point out the importance of primary prevention. We place our topic in the context of RVP. We also carry out research in elementary school pupils by means of a form. And we further evaluate this information. And with their help we create an infographic. It is intended to serve primarily to inform pupils about PPP issues. In the end, we modify this infographic after feedback from the teacher.

## SEZNAM LITERATURY

- ARCELUS J., MITCHEL A., WALES J., NIELSEN S. *Úmrtnost u pacientů s mentální anorexií a jinými poruchami příjmu potravy: metaanalýza 36 studií. Arch Gen Psychiatrie.* 20;68(7):724–731. DOI:10.1001/Archgenpsychiatry.2011.74???
- CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit.* Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
- FULLER K. *What Is the Cotton Ball Diet?*. Verywell Mind - Know More. Live Brighter. [online].[cit.6.04.2023].Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/what-is-the-cotton-ball-diet-5115569>
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
- KRAMULOVÁ, Daniela. *Jídlo jako vášeň. Psychologie Dnes.* 2007, 2007(12), 12-18.
- KREJČÍ, Milada, Lenka ŠULOVÁ, František ROZUM, Dagmar HAVLÍKOVÁ a Dagmar ŠAFRÁNKOVÁ. *Výchova ke zdravému životnímu stylu: pro 2. stupeň ZŠ a odpovídající ročníky víceletých gymnázií.* Plzeň: Fraus, 2018. ISBN 978-80-7489-358-2.
- KRCH, František D. et al. *Poruchy příjmu potravy.* 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-x.
- KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním.* 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.
- KRCH, František. D. *Mentální anorexie.* 2., přepracované vyd. Praha: Portál, 2010. s. 264. ISBN 978-80-7367-807-4.
- KVIATKOVSKÁ, Katarína et al. *Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. Česká a slovenská psychiatrie [online].* 2016(6), 275–279 [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: [http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2016\\_6\\_275\\_279.pdf](http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_275_279.pdf)
- MALONEY, Michael a Rachel KRANZOVÁ. *o poruchách příjmu potravy.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. Linka důvěry. ISBN isbn80-7106-248-0.
- MCGREGOR, Renee. *Ortorexie: posedlost zdravou stravou.* Přeložil Dana BALATKOVÁ. Praha: Dobrovský, 2019. Knihy Omega. ISBN 978-80-7390-968-0.
- PAPEŽOVÁ, Hana et al. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled.* Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.
- PAPEŽOVÁ, Hana, ed al. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup.* Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Stres, emoce a poruchy příjmu potravy. Psychiatrie pro praxi.* (2004) , 2004(6), 291-296.

PELIKÁNOVÁ, Ivana. *Přírodopis 8: hybridní učebnice pro základní školy a víceletá gymnázia. 2. vydání.* Plzeň: Fraus, 2021. Škola s nadhledem. ISBN 978-80-7489-705-4.

PIPOVÁ, Helena, Martin DOLEJŠ, Jaroslava SUCHÁ, Markéta KOSTKOVÁ a Anna UREŠOVÁ. *Stravování a vztah k jídlu u českých adolescentů ve 21. století.* Praha: Togga ve spolupráci s Univerzitou Palackého v Olomouci, 2021. ISBN 978-80-7476-217-8.

Poruchy příjmu potravy v Čechách - 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy [online]. [cit. 20.03.2023]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/poruchy-prijmu-potravy-v-cechach>

RVP – *Rámcové vzdělávací programy* - edu.cz. edu.cz - Jednotný metodický portál MŠMT [online]. 2022 [cit. 20.04.2023]. Dostupné z: <https://www.edu.cz/rvp-ramcove-vzdelavaci-programy/>

RVP ZV - *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* - edu.cz. edu.cz - Jednotný metodický portál MŠMT [online]. [cit. 20.04.2023]. Dostupné z: <https://www.edu.cz/rvp-ramcove-vzdelavaci-programy/ramcovy-vzdelavacii-program-pro-zakladni-vzdelavani-rvp-zv/>

SUCHOPÁRKOVÁ, Lenka a Martin FOREJT. *POHLED ŽÁKŮ ZÁKLADNÍCH ŠKOL NA PROBLEMATIKU a VÝUKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.* Hygiena [online]. 2013, 2013(4), 157-161 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2013/04/06.pdf>

Úvod-ÚZISČR [online][cit.28.03.2023].Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai\\_2018\\_08\\_poruchy\\_prijmu\\_potravy\\_2011az2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf)



**SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ**

|  |    |
|--|----|
| GRAF 1-ODPOVĚDI RESPONDENTŮ NA Č.1 (ZDROJ VLASTNÍ) .....   | 46 |
| GRAF 2-PŘÍZNAKY PPP (ZDROJ VLASTNÍ) .....                  | 48 |
| GRAF 3-LÉČBA PPP (ZDROJ VLASTNÍ).....                      | 48 |
| GRAF 4- VÝČITKY Z JÍDLA (ZDROJ VLASTNÍ) .....              | 51 |
| GRAF 5 -ZASTOUPENÍ PPP V POPULACI (ZDROJ VLASTNÍ).....     | 53 |
| <br>   |    |
| QR-CODE 1 POUŽITÝ DOTAZNÍK (ZDROJ VLASTNÍ) .....           | 44 |
| <br>   |    |
| OBRÁZEK 1-INFOGRAFIKA-PRVNÍ VERZE (ZDROJ VLASTNÍ) .....    | 56 |
| OBRÁZEK 2- INFOGRAFIKA-DRUHÁ VERZE (ZDROJ VLASTNÍ) .....   | 58 |
| <br>   |    |
| TABULKA 1-POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ POLOŽEK (ZDROJ VLASTNÍ) ..... | 52 |

## **PŘÍLOHY**

Seznam příloh:

Příloha č. 1 Použitý dotazník

Příloha č. 2 Původní verze EDE-Q dotazníků

# Poruchy příjmu potravy

Tento formulář je zcela anonymní. Jeho vyplnění zabere 15-20 minut. Zaznamenejte první odpověď, která vás napadne.

\* Označuje povinnou otázku

---

1. 1. Jsi žena nebo muž? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

Žena

Muž

2. 2. Kolik ti je let? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

13

14

15

16

17

18

19

3. 3. Myslíš si, že se poruchy příjmu potravy týkají spíše žen nebo mužů? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

Spíše žen

Spíše mužů

Obou pohlaví stejně

4. 4. Vypiš, jaké poruchy příjmu potravy znáš. \*

---

5. 5. Proč myslíš, že vznikají poruchy příjmu potravy ? (Lze vybrat více možností) \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Jako způsob vyrovnávání se s něčím (např. stresovým obdobím)
- Přehnanými požadavky společnosti na vzhled (médiá, sociální sítě, atd.)
- Kvůli požadavkům které mají některé sporty/profese
- Kvůli šikaně
- S touto poruchou se daný jedinec narodí
- Vyskytuje se převážně u lidí, kteří se snaží zhubnout
- Jiné:

---

6. 6. Jak se poruchy příjmu potravy projevují? (Lze vybrat více možností) \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Velmi znatelný úbytek/kolísání váhy
- Zimomřivost
- Ztráta zájmu o dříve oblíbené činnosti
- Jediný viditelný projev, je pouze úbytek váhy
- Snížení sociální aktivity
- Špatná nálada, labilita a podrážděnost
- Stud za své tělo (nechce se např. převlékat před ostatními)
- Myslím si, že žádné viditelné projevy nejsou
- Jiné:

---

7. 7. Jak si myslíš, že se poruchy příjmu potravy léčí? \*

---

---

---

8. 8. Mluvili s tebou o poruchách příjmu potravy někdy rodiče ? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

9. 9. Myslíš si, že jíš pestře, pravidelně a dostatečné porce? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

10. 10. Myslíš si, že je porucha příjmu potravy stav váženě ohrožující zdraví? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

11. 11. Na stupnici od 1 do 10 vyjádři jak moc se cítíš ve stresu. (1-necítím se vůbec ve stresu. 10-cítím se být ve velmi velkém stresu.) *Označte jen jednu elipsu.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

12. 12. Myslíš si, že je na tebe z okolí kladen velký tlak na to jak bys měl/a vypadat? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

13. 13. Máš nebo měl/a si někdy výčitky z toho co jíš? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

14. 14. Máš pocit, že by se tě problém s poruchami příjmu potravy mohl týkat ? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

15. 15. Kolik % populace podle tebe trpí poruchami příjmu potravy ? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- 1%-5%
- 5-10%
- 10-15%
- 15-20%
- Méně než 1%
- Více než 20%

16. 16. Myslíš si, že počet dospívajících s poruchami příjmu za poslední roky je \* neměnný?

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
- Ne, myslím, že klesá
- Ne, myslím, že stoupá

17. 17. Setkal/a s touto skutečností u sebe, či ve svém blízkém okolí? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano, u sebe
- Ano, v blízkém okolí
- Ano, v širším okolí (např. vím, že ve škole si někdo prošel PPP)
-

Nesetkal/a

18. 18. Pokud by se tě tento nebo jakýkoliv jiný problém týkal (např. Pokud bys byl \* obětí šikany), řekl bys o něm někomu ?

*Označte jen jednu elipsu.*

- Rozhodně ano  
 Spíše ano  
 Spíše ne  
 Rozhodně ne

19. 19. Pokud by se tě tento nebo jakýkoliv jiný problém týkal (např. Pokud bys byl \* obětí šikany), věděl bys za kým jít ?

*Označte jen jednu elipsu.*

- Rozhodně ano  
 Spíše ano  
 Spíše ne  
 Rozhodně ne

20. 20. Pokud ano, kdo by to byl ? (Kamarád/ka, rodiče , učitel/ka ,sourozenec)  
\*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Kamarád/ka  
 Rodiče  
 Učitel/ka  
 Sourozenec  
 Jiné:

---



## 7 EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE (EDE-Q 6.0)

Instructions: The following questions are concerned with the past four weeks (28 days) only. Please read each question carefully. Please answer all the questions. Thank you.

**Questions 1 to 12: Please circle the appropriate number on the right. Remember that the questions only refer to the past four weeks (28 days) only.**

|   | ON HOW MANY OF THE PAST 28 DAYS ...  | NO DAYS | 1-5 DAYS | 6-12 DAYS | 13-15 DAYS | 16-22 DAYS | 23-27 DAYS | EVERY DAY |
|---|--|---------|----------|-----------|------------|------------|------------|-----------|
| 1 | Have you been deliberately trying to limit the amount of food you eat to influence your shape or weight (whether or not you have succeeded)?                                 | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6         |
| 2 | Have you gone for long periods of time (8 waking hours or more) without eating anything at all in order to influence your shape or weight?                                   | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6         |
| 3 | Have you tried to exclude from your diet any foods that you like in order to influence your shape or weight (whether or not you have succeeded)?                             | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6         |
| 4 | Have you tried to follow definite rules regarding your eating (for example, a calorie limit) in order to influence your shape or weight (whether or not you have succeeded)? | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6         |
| 5 | Have you had a definite desire to have an empty stomach  | 0       | 1        | 2         | 3          | 4          | 5          | 6         |

|    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
|    | with the aim of influencing your shape or weight?   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  | Have you had a definite desire to have a totally flat stomach?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7  | Has thinking about food, eating or calories made it very difficult to concentrate on things you are interested in (for example, working, following a conversation, or reading)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8  | Has thinking about shape or weight made it very difficult to concentrate on things you are interested in (for example, working, following a conversation, or reading)?          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9  | Have you had a definite fear of losing control over eating?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 | Have you had a definite fear that you might gain weight?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 | Have you felt fat?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | Have you had a strong desire to lose weight?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0)

**Questions 13-18: Please fill in the appropriate number in the boxes on the right. Remember that the questions only refer to the past four weeks (28 days).**

|           |  |  |
|-----------|--|--|
| <b>13</b> | <b>Over the past 28 days, how many times have you eaten what other people would regard as an unusually large amount of food (given the circumstances)?</b> |  |
|-----------|--|--|

|    |  |  |
|----|--|--|
| 14 | ... On how many of these times did you have a sense of having lost control over your eating (at the time you were eating)?   |  |
| 15 | Over the past 28 days, on how many DAYS have such episodes of overeating occurred (i.e. you have eaten an unusually large amount of food and have had a sense of loss of control at the time)? |  |
| 16 | Over the past 28 days, how many times have you made yourself sick (vomit) as a means of controlling your shape or weight?  |  |
| 17 | Over the past 28 days, how many times have you taken laxatives as a means of controlling your shape or weight?   |  |
| 18 | Over the past 28 days, how many times have you exercised in a “driven” or “compulsive” way as a means of controlling your weight, shape or amount of fat, or to burn off calories              |  |

**Questions 19 to 20: Please circle the appropriate number. Please note that for these questions the term “binge eating” means eating what others would regard as an unusually large amount of food for the circumstances, accompanied by a sense of having lost control over eating.**

|    | ON HOW MANY OF THE PAST 28 DAYS ...  | NO DAYS           | 1-5 DAYS           | 6-12 DAYS      | 13-15 DAYS        | 16-22 DAYS     | 23-27 DAYS       | EVERY DAY  |
|----|--|-------------------|--------------------|----------------|-------------------|----------------|------------------|------------|
| 19 | Over the past 28 days, on how many days have you eaten in secret (ie, furtively)?.....Do not count episodes of binge eating  | 0                 | 1                  | 2              | 3                 | 4              | 5                | 6          |
|    |  | NONE OF THE TIMES | A FEW OF THE TIMES | LESS THAN HALF | HALF OF THE TIMES | MORE THAN HALF | MOST OF THE TIME | EVERY TIME |
| 20 | On what proportion of the times that you have eaten have you felt guilty (felt that you’ve done wrong) because of its effect on your shape or weight? ... Do not count episodes of binge eating. | 0                 | 1                  | 2              | 3                 | 4              | 5                | 6          |

**In the past 28 days...**

|    |  | NOT AT ALL | NOT MUCH | A LITTLE BIT | MODERATELY | QUITE A BIT | VERY MUCH | MARKEDLY |
|----|--|------------|----------|--------------|------------|-------------|-----------|----------|
| 21 | How concerned have you been about other people seeing you eat? (Do not count episodes of binge eating)   | 0          | 1        | 2            | 3          | 4           | 5         | 6        |
| 22 | Has your weight influenced how you think about (judge) yourself as a person?   | 0          | 1        | 2            | 3          | 4           | 5         | 6        |
| 23 | Has your shape influenced how you think about (judge) yourself as a person?  | 0          | 1        | 2            | 3          | 4           | 5         | 6        |
| 24 | How much would it have upset you if you had been asked to weigh yourself once a week (no more, or less, often) for the next four weeks?                                    | 0          | 1        | 2            | 3          | 4           | 5         | 6        |
| 25 | How dissatisfied have you been with your weight?   | 0          | 1        | 2            | 3          | 4           | 5         | 6        |
| 26 | How dissatisfied have you been with your shape?  | 0          | 1        | 2            | 3          | 4           | 5         | 6        |
| 27 | How uncomfortable have you felt seeing your body (for example, seeing your shape in the mirror, in a shop window reflection, while undressing or taking a bath or shower)? | 0          | 1        | 2            | 3          | 4           | 5         | 6        |
| 28 | How uncomfortable have you felt about others seeing your shape or figure (for example, in communal changing rooms, when swimming, or wearing tight clothes)?               | 0          | 1        | 2            | 3          | 4           | 5         | 6        |

What is your weight at present? (Please give your best estimate.):

\_\_\_\_\_

What is your height? (Please give your best estimate.):

\_\_\_\_\_

If female: Over the past three to four months have you missed any menstrual periods?:

Yes

No

If so, how many?: \_\_\_\_\_

Have you been taking the "pill"?:

Yes

No

## **8 SCORING**

The EDE, and its self-report version, the EDE-Q, generate two types of data. First, they provide frequency data on key behavioural features of eating disorders in terms of number of episodes of the Behaviour and in some instances number of days on which the behaviour has occurred. Second, they provide subscale scores reflecting the severity of aspects of the psychopathology of eating disorders.

## **9 GLOBAL SCORE**

To obtain an overall or ‘global’ score, the four subscales scores are summed and the resulting total divided by the number of subscales (i.e. four).

## 10 SUBSCALES

The subscales are Restraint, Eating Concern, Shape Concern and Weight Concern. To obtain a particular subscale score, the ratings for the relevant items (listed below) are added together and the sum divided by the total number of items forming the subscale. If ratings are only available on some items, a score may nevertheless be obtained by dividing the resulting total by the number of rated items so long as more than half the items have been rated.

Subscale scores are reported as means and standard deviations.

### **Restraint**

- 1 Restraint over eating
- 2 Avoidance of eating
- 3 Food avoidance
- 4 Dietary Rules
- 5 Empty stomach

### **Eating Concern**

- 7 Preoccupation with food, eating or calories
- 9 Fear of losing control over eating
- 19 Eating in secret
- 21 Social eating
- 20 Guilt about eating

### **Shape Concern**

- 6 Flat stomach
- 8 Preoccupation with shape or weight
- 23 Importance of shape
- 10 Fear of weight gain
- 26 Dissatisfaction with shape
- 27 Discomfort seeing body
- 28 Avoidance of exposure
- 11 Feelings of fatness

### **Weight Concern**

- 22 Importance of weight
- 24 Reaction to prescribed weighing
- 8 Preoccupation with shape or weight
- 25 Dissatisfaction with weight
- 12 Desire to lose weight



## 11 COMMUNITY NORMS

The data below are from a community-based sample of 243 young women assessed using the EDE and EDE-Q (see Fairburn and Beglin, 1994).

| <b>Measure</b>           | <b>Mean</b> | <b>SD</b> | <b>N</b> |
|--------------------------|-------------|-----------|----------|
| <b>EDE interview</b>     |             |           |          |
| Global EDE (4 subscales) | 0.932       | 0.805     | 243      |
| Restraint subscale       | 0.942       | 1.093     | 243      |
| Eating Concern subscale  | 0.266       | 0.593     | 243      |
| Shape Concern subscale   | 1.339       | 1.093     | 243      |
| Weight Concern subscale  | 1.181       | 0.929     | 243      |
| <b>EDE Q</b>             |             |           |          |
| Global EDE (4 subscales) | 1.404       | 1.130     | 241      |
| Restraint subscale       | 1.251       | 1.323     | 241      |
| Eating Concern subscale  | 0.624       | 0.859     | 241      |
| Shape Concern subscale   | 2.149       | 1.602     | 241      |
| Weight Concern subscale  | 1.587       | 1.369     | 241      |