

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B5347

Lucie Menčíková

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

**ZA ŠTÍHLOSTÍ AŽ K SMRTI – PROBLEMATIKA PORUCH
PŘÍJMU POTRAVY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

PLZEŇ 2017

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 12. 2012.

.....

vlastnoruční podpis

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

Anotace

Příjmení a jméno: Menčíková Lucie

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Za štíhlostí až k smrti – problematika poruch příjmu potravy

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

Počet stran – číslované: 61

Počet stran – nečíslované: 30

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: anorexie, bulimie, poruchy příjmu potravy, pacient, postižený

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Jedná se konkrétně o mentální anorexii a bulimii. Tato práce je členěna do oddílů teoretického a praktického.

Část teoretická popisuje historii, vznik a léčbu zmíněných chorob. Zabývá se rizikovými faktory, které mohou sehrát roli při rozvoji poruchy. Dále zmiňujeme některá zdravotní rizika, jež z nemocí plynou a prevenci jejich vzniku nebo relapsu.

Praktická část je zaměřena na výsledky dotazníkového šetření, pomocí kterého jsme zjišťovali, jaké mají respondenti povědomí o organizacích, zabývajících se poruchami příjmu potravy. Zajímaly nás i vztahy v rodině respondentů. Dále jsme zkoumali, do jaké míry dotazované ovlivňují média, vrstevníci a rodina při jejich sebehodnocení a jakým způsobem hodnotí soubor respondentů svou postavu.

Annotation

Surname and name: Menčíková Lucie

Department: Department of Paramedicalrescuework and Technical studies

Title of thesis: For slimness to death - problematics of eating disorders

Consultant: MUDr. Lenka Luhanová

Number of pages – numbered: 61

Number of pages – unnumbered: 30

Number of appendices: 12

Number of literature items used: 22

Keywords: anorexia, bulimia, eating disorders, patient, stricken

Summary:

This bachelor's thesis deals with problematics of eating disorders. It is specifically about anorexia nervosa and bulimia nervosa. This thesis is divided into theoretical and practical section.

The theoretical part describes the history, origin and treatment of these diseases. It deals with risk factors that may play a role in the development of the disorder. We also mention some of the health risks that arise from diseases and preventing their occurrence or recurrence.

The practical part is focused on the results of the survey, through which we determined how respondents are aware of the organizations dealing with eating disorders. We was also interested in relationships of respondents family. Furthermore, we investigated to what extent the media, peers, and family influence self-assessment of respondents and how the group of respondents evaluates own figure.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	14
1.1HISTORIE.....	14
1.2Obecné poznatky.....	15
1.3Rizikové faktory.....	16
1.3.1Pohlaví a věk.....	16
1.3.2Etnická příslušnost.....	17
1.3.3Rodina.....	17
1.3.4Diety.....	18
1.3.5Psychologické faktory.....	18
1.3.6Traumatické životní události.....	18
1.3.7Společnost.....	18
1.4Mentální anorexie.....	19
1.4.1Akutní anorexie.....	20
1.4.2Chronická anorexie.....	21
1.4.3Purgativní a restriktivní forma anorexie.....	21
1.5Mentální bulimie.....	21
1.5.1Purgativní typ bulimie.....	22
1.5.2Nepurgativní typ bulimie.....	22
1.6Zdravotní rizika anorexie a bulimie.....	22
1.6.1Psychické dopady.....	25
1.7Diagnostika.....	25
1.7.1Jídelní záznamy.....	25
1.7.2Kritéria MKN-10 pro anorexii.....	26
1.7.3Kritéria MKN-10 pro bulimii.....	26
1.7.4BMI.....	27
1.7.5Měření tělesného tuku kaliperem.....	27
1.7.6Bioimpedanční analýza.....	27
1.7.7Výška a hmotnost.....	28
1.7.8Pas a boky.....	28
1.8Léčba.....	28
1.8.1Hospitalizace.....	29
1.8.2Ambulantní léčba.....	29
1.8.3Svépomoc, edukativní přístup.....	30

1.8.4Rodinná terapie.....	30
1.8.5Kognitivně behaviorální terapie.....	30
1.8.6Interpersonální terapie.....	32
1.8.7Psychodynamická terapie.....	32
1.8.8Farmakoterapie.....	33
1.8.9Úprava jídelního chování.....	33
1.8.10Sebehodnocení.....	34
1.9Prevence.....	35
1.9.1Primární a sekundární.....	35
1.9.2Prevence relapsu	36
PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
2FORMULACE ZKOUMANÉHO PROBLÉMU.....	38
3CÍLE PRÁCE A STANOVENÉ HYPOTÉZY.....	39
3.1Cíle práce.....	39
3.2Stanovené předpoklady.....	39
4METODIKA VÝZKUMU.....	40
5VZOREK RESPONDENTŮ	41
6ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	42
7PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	43
DISKUZE.....	65
ZÁVĚR.....	69
LITERATURA A PRAMENY.....	71
SEZNAM ZKRATEK.....	73
SEZNAM TABULEK.....	74
SEZNAM GRAFŮ.....	75
SEZNAM PŘÍLOH.....	76
PŘÍLOHY.....	77

ÚVOD

Problematika poruch příjmu potravy je v současné době stále aktuálním tématem, o kterém je třeba otevřeně diskutovat a věnovat se jeho prevenci. Nejvíce jsou těmito chorobami ohroženy děti a mladiství, ale výjimkou nejsou ani osoby staršího věku. Počet nových případů onemocnění roste. Stejně tak je nezanedbatelný i počet úmrtí, spojených s těmito poruchami.

Anorexie a bulimie jsou pod různými názvy známy již od starověku a během let se náhled na ně měnil. Měli bychom si uvědomit, že se nejedná o problém, týkající se pouze modelek, na které je vynakládán tlak ze strany médií a módních návrhářů. Existují různé příčiny vzniku zmíněných onemocnění. Na rozvoji se podílí faktory, které by laická veřejnost často ani nedala do souvislosti s poruchami příjmu potravy.

Téma poruch příjmu potravy jsem si zvolila, protože podle mého názoru má problematika stoupající tendenci. V blízkém okolí jsem se mohla setkat již s třemi případy onemocnění. Také jsem chtěla nabýt nové informace o anorexii a bulimii a dozvědět se tak, jaké okolnosti chorobám předcházejí a přispívají k jejich rozvoji. Díky této práci jsem si uvědomila, že informovanost veřejnosti o následcích zmíněných poruch je sice dostačující, bohužel to samé se nedá říct o možných příčinách.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. První z nich je věnována informacím o anorexii a bulimii. Jsou zde popsány z historického hlediska tak, jak se vyvíjel náhled na problematiku. V této části jsou zmíněny i některé rizikové faktory, které bychom mohli dát do souvislosti s propuknutím chorob a podrobnější informace o jejich následcích. Dále zde nalezneme informace o diagnostice, léčbě a prevenci onemocnění. Diagnostických i léčebných přístupů je mnoho a zejména volba vhodné terapie je věcí individuálního posouzení lékaře a psychologického odborníka. Prevence zahrnuje primární, sekundární i terciální sféru. V třetím případě se jedná o předcházení relapsu a dodržování stanoveného jídelního režimu. Primární a sekundární prevenci by měli zajišťovat rodiče, lékař, pedagog a centra primární prevence, která zároveň vytváří programy, jejichž cílem je edukace např. pedagogů, ale také osvěta veřejnosti.

Cíle praktické části jsou orientovány na zjištění míry povědomí veřejnosti o tomto tématu, a to zejména o organizacích, zabývajících se pomocí lidem s poruchami příjmu potravy. V této části také zjišťujeme hlavní motivace mladé generace k hubnutí, a jakým způsobem

hodnotí respondenti svou postavu. Posledním cílem je porovnat výsledky zjištěné na venkovských školách s těmi, získanými v prostředí městských škol. Zjištěné informace budou zaznamenány do grafů a tabulek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poradny, určené na pomoc trpícím poruchami příjmu potravy, navštěvuje stále větší množství pacientů. Alarmující je skutečnost, že se zvedl počet již dvanáctiletých dívek, které je vyhledávají. Dále je také mnoho dívek od zmíněného věku do patnácti let. Často se u nich můžeme setkat s bulimií. Podle některých odborníků se v kolektivech nemocných mladistvých považuje zvracení jako řešení přejídání za módní. Rizikové jsou internáty, protože jsou zde bez dohledu rodičů, kteří tak většinou o problému svého dítěte nic netuší. (Bröhm; 1999)

Poruchy příjmu potravy mohou být smrtelně nebezpečné. V USA zemře ročně na některé z těchto onemocnění více lidí než na následky AIDS. V Německu byla zjištěna anorexie u cca 80 000 osob a bulimie dokonce u 500 000 až 700 000 lidí. V České republice bylo v roce 1994 hospitalizováno na psychiatrických klinikách 266 postižených některou z poruch příjmu potravy a v roce 1997 jich bylo již 415. Čísla uvádí pouze hospitalizované nemocné, ale výskyt v populaci byl i v těchto letech jistě mnohonásobně vyšší.

Tato onemocnění vznikají postupně a rozvíjí se pomalu. Důležité je jejich včasné odhalení. Již po jednom roce trvání je léčba anorexie mnohem náročnější, než kdybychom ji u nemocného objevili a léčili dříve. (Bröhm; 1999)

1.1 Historie

První zmínky o poruchách příjmu potravy můžeme zaznamenat již ve starověku. Poprvé uvádí název anorexie lékař Galén. Před ním také Hippokrates označuje tyto poruchy jako asithia. Napříč historií se objevují různé případy dobrovolného hladovění, což by se mohlo jevit jako porucha příjmu potravy. Jedná se například o sv. Kateřinu ze Sienny, která z náboženských důvodů jedla jen chleba a vodu. (Papežová; 2010)

Mentální anorexie byla přesněji popsána až v 17. století. V knize Phthisiologia (1689) hovoří Richard Morton o nervovém opotřebením. Tento jev popisuje jako chátrání účinkem emocionálních a fyzických vlivů. Fleury Imbert v 19. století rozděluje anorexii na dva druhy. První se vyznačoval tím, že postižený hladověl z důvodu špatného trávení a nazýval ho anorexia gastrique. V druhém případě se však jednalo o neurologický problém, protože mozek pacientů nevysílal impulzy, např. pro pocit hladovění. Dále bychom mohli zmínit Williama Stouta Chimpleyho, který hovoří o tzv. sitiomanii anebo Louise-Victora Marcé.

Druhý zmíněný lékař zkoumal symptomy mentální anorexie hned u několika dívek. Přesto však do vážných lékařských kruhů pronikla problematika poruch příjmu potravy až v 2. polovině 19. století. Zasloužili se o to Sir William Whitey Gull a Ernest-Charles Lasègue. Oba popisují příznaky jako amenorea a zejména úbytek hmotnosti ale také třeba zácpa. Sir William nazývá toto onemocnění hysterickou aepsií. Lasègue užívá označení anorexie hystérique. Oba shodně uvádějí, že se porucha vyskytuje u dívek a dále, že jde o psychogenní poruchu. (Papežová; 2010)

Během let docházelo k různým sporům o původu mentální anorexie. Byla např. spojována s kachexií. Nakonec však byla označena za duševní poruchu. (Papežová; 2010)

V Čechách mluví poprvé o mentální anorexii prof. Vratislav Jonáš. V roce 1983 zde byla založena Jednotka specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladu. (Papežová; 2010)

Označení bulimia nervosa, na rozdíl od mentální anorexie, bylo užito až v roce 1979. Důvodem je nejspíš fakt, že ve starověku i středověku se chorobné přejídání a následné zvracení považovalo za vcelku normální. Pojem bolimos byl od starověku vykládán různými způsoby jako např. pojmenování velkého hladu, ale i mdlob v důsledku hladovění. Výklady se lišily, až do zmíněného roku 1979, kdy Gerald Russel popisuje bulimii jako neovladatelné přejídání a chorobný strach z tloušťky. (Papežová; 2010)

1.2 Obecné poznatky

Mezi poruchy příjmu potravy, při kterých si nemocní kladou za cíl dosáhnout co možná nejtíhlejší postavy, řadíme anorexii a bulimii. Tyto dvě jsou si někdy do určité míry podobné a dokonce se mohou vyskytnout v různém období u jednoho pacienta. V několika bodech se však liší. Jedná se zejména o způsob, jakým regulují svou váhu a míru podvýživy, která se vlivem onemocnění rozvinula. Pro oba typy platí přílišný zájem o tělesný vzhled a váhu. Pacienti se velice obávají tloušťky. Spojuje je zájem o hubnutí, ale i nízké sebevědomí. (Krch; 2004)

Léčba bývá úspěšnější u pacientů s bulimií. K tomu nás přivádí i fakt, že na rozdíl od anorektiček, které se léčí buď pod vlivem svého okolí, anebo až v případě, kdy jim hrozí nějaké zdravotní obtíže, bulimičky se často chtějí léčit z vlastní iniciativy. Paradoxně je tomu tak ale proto, že chtějí zhubnout a zbavit se chorobného přejídání. (Krch; 2008)

Ne vždy jsou však rozvinuty všechny příznaky. Existuje řada studií, které se zabývají rozšířeností poruch příjmu potravy a obecně platí, že při vyškrtnutí některých příznaků ze studie stoupla prevalence onemocnění. (Papežová; 2010)

1.3 Rizikové faktory

Příčin poruch příjmu potravy může být celá řada a nejde s určitostí říct, který z faktorů nemoc spustil. Riziková může být přítomnost obezity, ale i nízké sebehodnocení. Je zde řada proměnných, které mohou ovlivnit zdravotní stav jedince. (Krch; 2008)

1.3.1 Pohlaví a věk

Jako prvního rizikového činitele uvedeme pohlaví. Je známo, že ženy bývají postiženy častěji než muži. Častěji se u nich vyskytuje záchvatovité přejídání. Bulimie a anorexie je u nich běžnější a to až 10x. (Papežová; 2010)

Svoji roli hraje i fakt, že ženy v průběhu dospívání přibírají spíše tuk. V období puberty získávají ženské proporce a s tím se některé mohou špatně vyrovnávat. Naproti tomu muži ve stejném období zesilují a nabírají spíše svalovou hmotu. Pokud žena nevnímá svoji postavu jako ideální, chce zhubnout. Může tomu tak být i přes to, že je se svým tělesným vzhledem spokojená. Vznik poruch příjmu potravy byl často spojován s touhou dosáhnout co možná nejvíce dívčího vzhledu. S tímto názorem bychom se mohli setkat u feministických autorek. Dále panoval např. názor, že vznik poruch je výsledkem odmítání ženské role, vzhledu, ale i sexu. Pohlaví může tedy být jedním z faktorů, který přispívá ke vzniku poruch příjmu potravy. Často se však setkáváme se špatnými jídelními návyky i u mužů a i u nich můžeme sledovat až přehnanou sebekritiku a touhu po dokonalém těle, jen se v jejich případě nejedná tak často o hubnutí. Chtějí zejména nabýt svaly a tak někdy sahají po zdravotně závadných prostředcích, kterými jsou např. steroidní hormony. (Krch; 2008)

Jako další faktor si uvedeme věk. Obecně se za kritické období považuje dospívání. Lidé jsou v této etapě života citliví a velice náchylní k zevním vlivům. Často se porovnávají s vrstevníky, ale i s členy rodiny. Bývají soutěživí a snaží se za každou cenu dosáhnout lepších výsledků než konkurent. Někdy tak hodnotí svou postavu příliš kriticky. Cítí se úzkostně a ztrácí sebedůvěru. Kritický náhled na vlastní tělo pak může přetrvat. Nedostatek sebedůvěry může vyústit k dodržování diet. Hubnutí tohoto člověka vnímá okolí spíše pozitivně. (Krch; 2008)

1.3.2 Etnická příslušnost

Pokud bereme v úvahu etnickou anebo třídní příslušnost pacientů, pak nemůžeme s určitostí říct, jestli je nějaká spojitost mezi těmito faktory a vznikem některé z poruch příjmu potravy. Nicméně Afroamerické ženy jsou se svými tělesnými proporcemi spokojenější než bělošky. Zároveň se však u nich vyskytují častěji záchvaty přejídání. Je také pravděpodobné, že ošetřující lékař nepomyslí při diagnostice na poruchu příjmu potravy, pokud se jedná o Afroameričanku a to právě z důvodu, že dříve bylo nahlíženo na anorexii a bulimii spíše jako na nemoc bílých žen. To samé platilo i o faktoru tříd. Vyšší třídy se považovaly za rizikovější než nižší. (Papežová; 2010)

1.3.3 Rodina

Jedním z nejrizikovějších spouštěčů těchto poruch je rodina. Velice častá je přítomnost nemocné matky v rodině pacientky. Nebezpečná může být kritika jídelních návyků, váhy a postavy, ale i výskyt obezity u příbuzných. Lidé, potýkající se s nadváhou, se někdy pokoušejí zhubnout pomocí různých diet a tím mohou negativně ovlivňovat své blízké. V rodinách postižených se setkáváme s osobami, kladoucími velký důraz na výkon. (Krch; 2008) Někdy se objevují v rodinné historii hospodářské problémy, které však byly překonány. Představa ztráty nabytého statutu pak může u příbuzných pacientů vyvolávat úzkost a strach. Tento stav následně přenáší na postižené dítě. (Novák; 2010)

Je třeba si uvědomit, že nejbližší příbuzní ovlivňují jedince při utváření hodnot, návyků a vnímání sebe sama. (Krch; 2008) Rodiny, které se potýkají s poruchou příjmu potravy, bývají nepřátelské a ignorují pacientčino prožívání a pocity. Mívají problémy s komunikací, rodiče nevěnují dítěti dostatečnou pozornost. Nejsou dobře organizovaní, chybí jim jasná hierarchie. Své dítě nekontrolují vůbec anebo naopak nadměrně. Zároveň rodiče nevěnují dítěti příliš lásky. Mezi příbuzenstvem pacientů se vyskytují deprese, závislost na alkoholu anebo emoční a sociální poruchy. (Novák; 2010)

Do spojitosti s rozvojem onemocnění bychom mohli dát například i perfekcionismus u rodičů, ale i u pacientů, jelikož tento typ lidí dodrží ve velké míře cíle, které si stanoví. Nicméně tyto souvislosti nebyly prozatím nevyvratitelně potvrzeny. Rodiče pacientů mohou cítit vinu a pátrat po příčinách vzniku nemoci u svých potomků. Namísto obviňování se a pátrání po původcích by měli začít neprodleně jednat a vyhledat odbornou pomoc, která pomůže nejen jejich dětem, ale i rodičům samotným. (Papežová; 2000)

1.3.4 Diety

Co již ale nevyvratitelně prokázáno bylo, je vliv diet na rozvoj poruch. U majoritní skupiny pacientů se v počátcích onemocnění setkáváme s dodržováním redukční diety. Zatímco v České republice dodržuje redukční dietu cca 20% dívek ve věku šestnácti let, v Kanadě a USA je to 80% třináctiletých dívek. Nicméně i v České republice se ve zmíněné věkové kategorii vyskytuje 60% dívek, které se o hubnutí pomocí diety pokoušely. (Krch; 2008)

Autorka Papežová popisuje několik teorií, proč se redukční diety vyskytují tak často spolu s jídelními poruchami. Podle jedné z nich mají diety za následek pokles hladiny tryptofanu, který je důležitý pro vznik serotoninu. Jedinec si pak navodí fyziologickou hladinu serotoninu nadměrnou konzumací sacharidů. Jiné názory dávají do souvislosti přejídání s přeměnou fyziologické kontroly na kognitivní kontrolu hladu a tak dochází k tomu, že pacient touží ještě více po potravinách, které si při dietě musí odříct. Poslední teorie vnímá přejídání jako mechanismus, pomocí kterého si lze zlepšit náladu, jež dieta zhoršila. (Papežová; 2010)

1.3.5 Psychologické faktory

U některých pacientů lze vyzorovat časté psychické a emocionální rysy. Stres, mnohdy vyvolaný tíživou životní situací, může vyústit např. v anorexii. Dále hraje roli již zmíněný perfekcionismus a s ním spojená snaha být co možná nejdokonalejší. Takoví lidé bývají příliš sebekritičtí a nemají příliš vysoké sebevědomí. Sebekritičtí a nejistí jedinci se často chtějí zalíbit svému okolí. Postižení bývají nestálí a tak tento pocit vyvažují přílišnou kontrolou jídla. Můžeme u nich mnohdy vyzorovat i určitou míru askeze. Kontrola jídla je v tomto případě způsobem, jak být morálně na výši a překonat sebe sama. Často se trestají za své problémy, protože podle jejich názoru mají problémy jen nedokonalí lidé. (Papežová; 2000)

1.3.6 Traumatické životní události

Existují názory, které dávají rozvoj poruch příjmu potravy do souvislosti se sexuálním nebo emocionálním zneužíváním v dětství. Jiní hovoří o tzv. podrývání identity vlivem zneužívání. Onemocnění pak slouží jako prostředek, kterým si postižení vytváří pocit vlastního já. Věřilo se také, že některé ženy, jež čelí osobní krizi, využívají onemocnění jako způsob zvládnání svých problémů. (Novák; 2010)

1.3.7 Společnost

Nemůžeme zanedbat vliv společnosti a kultury na jedince. Ve vyspělých rozvinutých zemích obecně stále ještě panuje trend, kdy je za krásnou považována dívka, která je

hubená. Zatímco lidé, žijící ve vyspělé civilizaci, netrpí chudobou a spíše tloustnou, země třetího světa se potýkají s nedostatkem potravin a pitné vody. V takových podmínkách, kde většina z nich trpí hladem a podvýživou, se tlustý člověk nepovažuje za nedokonalého. Bohaté vyspělé země však naopak poukazují na nedostatky plynoucí z obezity. Nejedná se jen o neestetický vzhled, ale zdůrazňují také vliv obezity na zdravotní stav. Důsledky, které plynou z přílišné vyhublosti, pak nejsou tak často zmiňovány. Lidé se snaží přiblížit ideálu krásy západní společnosti a pokoušejí se zhubnout pomocí diet, které jsou ale často neúčinné a tak se pokouší držet hladovky nebo třeba i zvracet. (Krch; 2008)

Poměrně kladněji bychom mohli vnímat vývoj poruch příjmu potravy v závislosti na vzniku nového společenského proudu, který razí heslo být se svým tělem v harmonii a to i přes jeho nedostatky. (Krch; 2008)

Nicméně za hlavní determinanty stylu se stále považují modelky. S těmi vyhublými se poprvé setkáváme v 60. letech. Jedná se o Penelopu Tree a o něco známější Twiggy. Další rozmach pak nastal v 80. letech, kdy se objevují taková jména jako Claudia Schiffer, Linda Evangelista anebo Cindy Crawford. Přestože by dívky chtěly vypadat jako modelky, má potřebné tělesné předpoklady pro tuto kariéru pouhých 10% žen. Nejedná se jen o váhu, ale i výšku, rozložení tělesného tuku nebo šířku v ramenech. Např. Cindy Crawford váží o 13 kilogramů méně, než jiné ženy při její výšce 180 centimetrů. (Bröhm; 1999)

V 90. letech se opět navazuje na módu z let 60. a vzniká tak staronový trend, známý pod názvem waifs. Na scéně se objevila Kate Moss, která byla často srovnávána s Penelopou Tree. Ta přiznala, že v 60. letech trpěla anorexií. Bohužel v módním průmyslu se stále ještě udržuje názor, že šaty vypadají nejlépe na vyhublých modelkách. (Bröhm; 1999)

1.4 Mentální anorexie

Jelikož anorektičky trpí podváhou, kdy mívají hmotnost cca o 25% nižší (někdy i více), můžeme je identifikovat právě podle přílišného hmotnostního poklesu. (Bröhm; 1999)

Jak už bylo řečeno, anorexie má plíživý nástup. Prvotním příznakem může být nošení volnějšího oblečení, které zakryje dívčinu vyhublost. Přestává být pasivní a věnuje se více aktivitám. Často začne více cvičit nebo běhat, zároveň se i více učí. Také změní pitný režim. Vypije během dne větší množství kávy a rozličných dietních nápojů. Straní se okolí. Ztrácí přátele a vyhýbá se rodinným shromážděním. Pokud jí, vyhýbá se sacharidům. Konzumuje jídlo po malých částech. Někdy jídla s rodinou vynechává a vymlouvá se na

alternativní styl stravování, jako je např. vegetariánství. Mnohdy bývá podrážděná. Dále může zvracet nebo užívat projímadla. Toho si lze někdy všimnout, protože tyto léky mohou mizet z domácí lékárničky. Po každém jídle chodí na toaletu a tráví tam až příliš mnoho času. (Papežová; 2000)

Vývoj chování postižených rozlišujeme do pěti etap:

A) popření

V této fázi si nemoc nepřipouští a tak ji nechávají bez povšimnutí.

B) pozorování

Problém si začínají uvědomovat. Všimají si obtíží, spojených s jejich špatným stravováním. Zatím však nepodnikají příslušné kroky ke své léčbě.

C) příprava

Mají obavy ze změny, která by následovala po přechodu k normálnímu stravování.

D) akce

Dochází ke změně. Snaží se vrátit k původnímu způsobu konzumace potravin. Věří v podporu své rodiny a okolí.

E) udržení

Udrží tento stav tak, aby se onemocnění nevrátilo.

Není pravidlem, že postižení procházejí etapami postupně. Dokonce ani nemusí projít všemi stádii a mohou svou nemoc stále popírat. Někdy koloběh všech fází absolvují i vícekrát. (Papežová; 2000)

1.4.1 Akutní anorexie

Někdy je také nazývána jako pubertální anorexie, jelikož se vyskytuje u dívek v tomto věku. Úbytek váhy a následná podváha zde nastupují velice rychle. Pacientky jsou schopny udělat cokoli, aby se zbavily svých kil. Postavu vnímají stále jako otlou, přestože tomu tak dávno není. Pacientky jsou na sebe hrdé, díky schopnosti sebekontroly. Statisticky je velmi nebezpečná, protože 10% postižených tímto typem anorexie umírá na následky podvýživy. (<http://anorexie.ordinace.biz/>)

1.4.2 Chronická anorexie

Tato forma anorexie je hůře rozeznatelná. Ačkoliv jsou pacientky vyhublé, stále ještě konzumují určité množství potravy, které mají však přesně odměřené. Tělo si na tento stav zvyká pomocí adaptačního metabolismu, a tak se může zdát, že situace není tak vážná. Nicméně pacientky si problém začnou uvědomovat a může se dostavit deprese nebo se dokonce mohou v krajních situacích pokusit o sebevraždu. (<http://anorexie.ordinace.biz/>)

1.4.3 Purgativní a restriktivní forma anorexie

Bulimický neboli purgativní typ anorexie se vyznačuje podobnými rysy jako bulimie. Pacientka se v jídlu striktně omezuje. Následuje přejídání, které opět vyrovnává zvracením. Postižení restriktivní formou se vyznačují značnou sebekontrolou. Omezují svůj příjem potravin na minimum. Snaží se zintenzivnit frekvenci cvičení.

(<http://anorexie.ordinace.biz/>)

1.5 Mentální bulimie

Tato porucha se vyznačuje záchvaty přejídání, které se opakují a přílišnou kontrolou tělesné hmotnosti. Podle Marlene Boskind-Lodahl je mentální bulimie charakterizována silnou tužbou přejídat se. Následkům přejídání pak postižení zabrání užitím projímadel nebo zvracením. Stejně jako u anorexie, tak i pacienti s mentální bulimií trpí patologickým strachem z tloušťky. (Krch; 2004)

Bulimie někdy navazuje na období anorexie. Děje se to tak až v 50% případů. Záchvatovité přejídání je výsledkem psychologických a fyziologických mechanismů. Organismus je nucen regulovat stav vyvolaný hladověním. Přejídání je snaha uvést stav jeho energie do normálu. Někdy jsou tím kompenzovány pocity samoty, ale i stres. Při kombinaci s drogami se obtíže prohlubují. Postižení se mnohdy přejídají potravinami s vysokým obsahem cukru. Ty ovlivňují např. endorfin a dopamin a navozují příjemné pocity. Někdy se tak mohou projevy onemocnění shodovat s projevy závislostí na drogách, jako např. kokain. (Papežová; 2012)

Častým problémem přejídání je nevhodná skladba jídelníčku. Bulimičtí pacienti očekávají výsledky, které jim není tělo schopno dát. Zakazují si některá jídla a při porušení těchto omezení pociťují přejezení. S množstvím jídla narůstá i chuť, což může skončit opravdovým přejídáním. Během záchvatu, postižení zkonzumují obvykle mezi 1000 až 3000 kcal. V extrémních případech dosahují hodnoty zkonzumovaných kalorií až 20 000 kcal. V takových situacích si potraviny nevybírají. Snědí např. mouku a máslo.

Předchůdcem tohoto návyku bývá enormní spotřeba ovoce a zeleniny, které nemají tak vysoké energetické hodnoty. Díky tomu je jedí bez obav ve velké míře. Později přechází na jiné druhy potravin. Přejídání se také někdy přirovnává k nervovému záchvatu. Konzumaci jídel s vysokým glykemickým indexem stoupá rychle množství inzulínu, který snižuje hladinu krevního cukru. Dochází tak k hypoglykemii. Četnost záchvatu je různá. Někteří postižení konzumují, dokud se nepozvrací, jiní se cítí přejezeni již po malém množství jídla. Obecně se považuje za nejrizikovější večer. (Krch; 2008)

V roce 1955 popisuje Stunkard noční přejídání u obézních pacientů. Minimálně čtvrtinové množství kalorií, které během dne snědli, bylo zkonsumováno až po večeři. Objevuje se také nespavost nejméně polovinu času před a po půlnoci. Snídaně nejsou příliš objemné. Stunkard hovoří o tzv. ranní anorexii. Problém se zhoršuje v obdobích stresu, kdy váha narůstá. (Papežová; 2003)

1.5.1 Purgativní typ bulimie

Bulimičtí pacienti, postižení touto formou využívají zvracení jako metodu hubnutí. Podle DSM-IV dochází k záchvatovitému přejídání a zvracení alespoň 3x za týden. (Svačina; c2010)

Užívání purgativ však nevede ke ztrátě tělesného tuku, ale vody. Na to organismus reaguje produkcí aldosteronu, reninu a antidiuretického hormonu. Dochází tak k zadržování vody, projevující se otoky víček a břicha v ranních hodinách a kolem kotníků ve večerních hodinách. (Papežová; 2012)

1.5.2 Nepurgativní typ bulimie

Nebulimický typ není příliš častý. Pacienti nezvracejí, ale omezují se v konzumaci potravin. Následně dochází k záchvatu přejídání a po odeznění se opět vrací k omezenému příjmu potravy. (Svačina; c2010)

1.6 Zdravotní rizika anorexie a bulimie

Anorektičky a bulimičky často obhajují své jednání poukazováním na škodlivost obezity, ale přílišné dodržování diet a užívání prostředků na hubnutí s sebou také nese značná zdravotní rizika. Některá sice nejsou život ohrožující, nicméně mentální anorexie může vést až k smrti postiženého jedince. Obecně bychom mohli zmínit tyto následky mentální anorexie a bulimie:

- častější výskyt zubních kazů
- vyšší citlivost vůči chladnému okolí, vyšší riziko prochladnutí
- zhoršená kvalita pleti (vysušená, popraskaná, může být nažloutlá), na kůži se snadněji dělají modřiny a vyrážky, někdy pokožka šupinatí z nedostatku kolagenu
- zhoršená kvalita vlasů (oslabené, vypadávají a lámají se)
- přílišné užívání projímadel může způsobovat křeče
- obstipace
- změny kostní dřeně, anémie, nízká hladina cukru v krvi, hypotenze a s ní spojené omdlávání
- vyšší hodnoty cholesterolu vlivem poklesu hladiny estrogenu
- zhoršená kvalita spánku
- změny menstruačního cyklu, amenorea
- vyčerpanost, vyšší senzitivita ke zvukům nebo světlu
- snížené libido a funkce pohlavního systému
- porucha srdečního rytmu a bradykardie, někdy dochází až k srdečnímu selhání
- v důsledku zmenšení žaludku dochází k nevolnostem, někdy žaludeční šťávy způsobí vředy
- edém jater ze sníženého příjmu živin
- slabý imunitní systém, osteoporóza, poruchy funkce ledvin
- dvojité vidění a omdlávání, migrény
- zpoždění tělesného vývoje
- psychické poruchy

(Krch; 2002, 2008)

Při onemocnění mohou být hormony a soli v nerovnováze. Je tomu tak vlivem hladovění a nesprávného stravování. Disharmonie někdy přispívá ke vzniku negativních pocitů, jako je např. neschopnost. Ta může vést k vytváření ještě větší sebekontroly a dodržování tvrdších diet. Samotná konzumace jídla se stává stresující a vyvolává u postižených paniku. Někdy si mohou vypěstovat odpor k určitému druhu potravin, který si zakazují. Čím déle zákaz trvá, tím větší paniku vyvolává pomýšlení na konzumaci této potraviny. (Papežová; 2012)

Během hladovění může dojít k oslabení svalů břišní a střevní stěny. Projevem je pak nafouklé břicho, jelikož se ve střevě nahromadí více vody a plynů než za normálních podmínek. Důsledkem je obtížné trávení a již výše zmíněná obstipace. Celý proces trávení se zpomaluje. (Papežová; 2012)

Poškození svalů mnohdy bývá zintenzivněno nadměrným cvičením. Anorektičky začnou postupem času cvičit spíše potají. Někdy nemusí vnímat únavu objektivně. Přetěžování vyhladovělého organismu fyzickou námahou mívá za následek hypoglykémii, až kóma a v některých případech i smrt. Méně závažné, ale nepříjemné komplikace pak mohou být zlomeniny. Tělo trpící osteoporózou, vzniklou z nedostatečného příjmu minerálních látek a stopových prvků je ke zlomeninám náchylnější. Během cvičení organismus spotřebuje svaly na místo tuků. (Papežová; 2012)

Jedním z velkých rizik je zvracení a užívání laxativ. Poškozují nejen chrup, ale i střeva a ledviny. Při tomto způsobu hubnutí dochází k nadměrným ztrátám vody, živin a minerálů, což vede často až k selhání ledvin. Nedostatek vody se projevuje opět zácpou. Tvoří se hemoroidy a hrozí, že dojde k výhřezu střeva. Nedostatek kalcia může zapříčinit srdeční záchvat nebo negativně ovlivnit mozek. Projímadla poškozují žaludek. Někdy dojde k jeho krvácení. Podobný efekt, jako projímadla mají i diuretika, která stejně jako laxativa zbavují tělo vody a s ní i minerálů. Užívání těchto přípravků s sebou nese stejná rizika jako zvracení a užívání laxativ. Často nemocní sáhnou po prášcích zaručujících hubnutí. Pokud jich užijí příliš, navozují tyto léky neklid a podrážděnost. Uživatelé nejsou schopni dosáhnout normálního spánku, jsou více energičtí. V krajních případech zmíněné přípravky způsobují epilepsii. Postižení si mnohdy závažnost situace neuvědomují a jejich nemoc končí smrtí. Pravděpodobnost takového konce je 16x vyšší, než u zbytku populace. (Papežová 2012)

1.6.1 Psychické dopady

Spolu s úbytkem energie se ztrácí i zájem o okolí. Veškerou pozornost přebírá jídlo, jeho kontrola a popř. cvičení. Často mají zájem pouze o vlastní já a s tím jde ruku v ruce i sebelítost. Vše je pro ně příliš složité a místo řešení pravého problému, řeší raději řadu jiných, které mají jejich skutečné problémy zastoupit. Nicméně si neumějí poradit ani s tou nejmenší překážkou. Jejich vnímání světa je příliš krajní a radikální. Tento pohled na svět si udržují i v dospělosti. Jistým způsobem to vychází i z vnímání sebe sama. Zajímá je jen, zda je jejich postava tlustá nebo hubená a stupnice mezi tím jako by pro ně neexistovala. (Krch; 2002)

Narušují se vztahy s rodinou a okolím nemocných. Právě okolní prostředí reaguje často příliš úzkostně a nemocní se následně cítí být závislí na svých blízkých a přizpůsobují se do role nemocného. Zároveň mezi nimi však vzrůstá četnost konfliktů a počet blízkých se zmenšuje. Pokud je okolí nutí k přijímání potravy, bývají podráždění, dochází k depresi. (Krch; 2002)

Potřebu kontroly neuplatňují anorektičky jen na poli výživy, může se projevit i nadměrným uklízením a péčí o domácnost a domácí zvířata. Mazlíčkům paradoxně dopřejí hojnost potravy. Při odpírání jídel narůstá i jejich chuť si je dopřát, anebo se naopak zvyšuje jejich odpor. Nepříjemné pocity při trávení, které jsou spojeny se stavem gastrointestinálního traktu během hladovění, vnímají citlivěji. Zhoršuje se pozornost a pracovní výkonnost fyzická i intelektová. Ztrácejí schopnost rozpoznávat své pocity. Zejména ty, které se týkají stravování. (Krch; 2002)

1.7 Diagnostika

Způsoby, jak rozeznat poruchu příjmu potravy jsou různé. Při podezření se zaměříme na zmíněné projevy těchto chorob. Napovědět nám může přítomnost některého z uvedených rizikových faktorů. Jejich odhalení bývá ale složitější a mnohdy je zapotřebí psychologický specialista. Pomoci nám mohou i testy postojů a chování, spojených s poruchami příjmu potravy (Příloha č.7).

1.7.1 Jídelní záznamy

Napomáhají pacientům v posouzení správnosti svého stravování. Pomocí nich si mohou lépe uvědomit problém a dát ho do souvislosti s jinými potížemi. Jídelní záznamy se zapisují každý den. Doporučuje se zaznamenat pokrm ihned po konzumaci. Do archu si zaneseme údaje o čase, druhu jídla a nápoje, místě, kde bylo jídlo konzumováno, dále o

pocitech, jaké v nás vyvolalo. Je důležité zapsat psychické i fyzické pocity. Množství jídla uvádíme v kusech. Pokud např. bulimický pacient zkonsumuje nadměrné množství jídla, označí si tuto situaci do archu hvězdičkou nebo křížkem. Uvádí se i případné zvracení (značíme Z) nebo užití diuretik (značíme D), projímadel (značíme P) a cvičení po jídle (značíme C). Údaje o kalorické hodnotě potravin se nezapisují (Příloha č. 2). (Krch; 2008)

1.7.2 Kritéria MKN-10 pro anorexii

V předpubertálním období nevykazují pacienti předpokládaný hmotnostní přírůstek. Puberta tak nastává se zpožděním, nebo se neprojevuje vůbec a to jak u hochů, tak u dívek. Tento stav trvá až do uzdravení. Obecně si nemocní udržují hmotnost pod normální úroveň (15% a méně). Příčinou váhového úbytku jsou sami pacienti. Záměrně se vyhýbají potravinám, po kterých by přibrali na váze. Trpí stálými obavami z tloušťky. Vnímání vlastních tělesných proporcí je velice neobjektivní. Užívají např. anorektika, diuretika, laxativa k dosažení stanoveného cíle. Dále také zvrací a nadměrně cvičí. U žen se vyskytuje amenorea, způsobená endokrinní poruchou, týkající se hypotalamo-hypofýzo-gonádové osy. U mužů se toto poškození projevuje nízkým zájmem o sex a ztrátou potence. Ke ztrátě menstruace nedojde, pokud žena užívá např. hormonální antikoncepci. Někdy se vyskytují vyšší hladiny somatotropního hormonu, kortizolu, výkyvy ve vylučování inzulínu a změny periferního metabolismu hormonů štítné žlázy. Obdobná kritéria uvádí i manuál DSM. (Krch; 2004)

1.7.3 Kritéria MKN-10 pro bulimii

Záchvaty přejídání s frekvencí minimálně dvakrát týdně po dobu tří měsíců. Bulimičtí pacienti trpí nutkavou touhou po jídle. Následky záchvatů se snaží odvrátit užíváním laxativ, zvracením, užíváním anorektik a diuretik, dodržováním hladovek a někdy onemocnění předchází anorexie. Pociťují strach z tloušťky. Diabetičtí pacienti někdy vynechávají inzulín. Obdobná kritéria se dočteme opět i v manuálu DSM. (Krch; 2004)

1.7.4 BMI

Body mass index (nebo také Quetelův index) je jedním ze způsobů, jak můžeme posuzovat tělesnou hmotnost. Vycházíme zde z údajů o tělesné výšce a váze, ale nezohledňujeme další faktory jako je rozložení hmotnosti (např. někdo má vysoké BMI, protože disponuje větším množstvím svalové hmoty). U běžné populace jsou pak normální hodnoty od 19 do 25. Hodnoty nad 30 se označují jako pásmo obezity. U anorexie můžeme pozorovat BMI i menší než je 17,5 (Příloha č.4). (Krch; 2008)

$$BMI = \frac{\text{tělesná váha [kg]}}{\text{výška}^2 [m]}$$

1.7.5 Měření tělesného tuku kaliperem

Jedná se o jednu z nejstarších metod stanovení tělesného tuku. Nicméně je velmi přesná. Provádí se zařízením zvané kaliper. Pomocí tohoto měřidla se určí tloušťka kožní řasy na pevně daných bodech těla (Příloha č.5). Naměřené tloušťky se následně sečtou a vyhodnotí se pomocí tabulky. Podle věku se stanoví podíl tělesného tuku v procentech. Při měření je třeba přesně dodržet místo měření a správné uchopení kožní řasy. Nedoporučuje se jej provádět ihned po cvičení. Měřit by měla vždy stejná osoba, aby se zamezilo odchylkám v číslech. Kožní řasu chytíme ukazováčkem a palcem cca na šířku tří palců a měříme v blízkosti jednoho centimetru od palce. (Mießner; 2009)

1.7.6 Bioimpedanční analýza

Jedná se o váhu, jež dokáže změřit podíl tělesného tuku. Vypadá jako obyčejná váha a také stejně jako klasická váha určuje hmotnost. Rozdíl je ve využití elektrických impulsů, které jsou z ní vysílány do chodidel. Následně se měří rychlost toku elektrického proudu. Jelikož mají tuk, voda a svaly jinou vodivost, je přístroj schopen určit jejich podíl. Stanovují podíly spíše ve spodní části těla, protože elektrické impulsy vcházejí do těla chodidly. Existují zařízení, vybavené čidly pro ruce. Ty pak měří podíly v horní části těla. Nejpřesnější jsou tak váhové přístroje, které kombinují obojí. Naměřené údaje zanášíme do tabulky, hodnotící množství tělesného tuku (Příloha č.6). Tabulky jsou zvláště pro muže a pro ženy. (Mießner; 2009)

1.7.7 Výška a hmotnost

Z údajů o výšce a váze lze posuzovat hmotnost několika způsoby. Řadíme sem např. Brockův index:

$$\text{ideální hmotnost} = \text{výška} - 100$$

Tento způsob měření však není příliš využíván. Je vhodný zejména pro osoby, vysoké od 155 do 165 cm. Vhodným ukazatelem pro jedince v období dospívání je index tělesné plnosti (Rohrerův index):

$$\text{Rohrerův index} = \frac{\text{hmotnost} [g] \times 100}{\text{výška}^3 [cm]}$$

Optimální hodnoty, při použití tohoto ukazatele, jsou u mužů 1,2-1,4 a u žen 1,25-1,5. (<http://epidemieobezity.upol.cz/>)

1.7.8 Pas a boky

Podle obvodu v pase a bocích lze stanovit WHR index, pomocí kterého zjistíme rozložení tělesného tuku. Pas změříme mezi dolním okrajem žeber a kyčelní kostí. Nachází se uprostřed mezi těmito body. Hodnoty boků zjistíme v místě, kde jsou nejvíce vypouklé hýždě. (<http://epidemieobezity.upol.cz/>)

$$\text{WHR} = \frac{\text{obvod pasu} [cm]}{\text{obvod boků} [cm]}$$

1.8 Léčba

V minulosti byly zastávány různé přístupy k léčbě anorexie. Pierre Janet zastával názor, že je třeba pacientce objasnit vážnost situace a její možné důsledky. Gull zastával kontrolu jídla a popřípadě bránit pacientce ve zvýšené aktivitě. Hilda Bruchová klade důraz na komplexnost léčebných postupů. Podle Bruchové je důležité pracovat nejen s dívčinou váhou, ale i s její rodinou. (Papežová; 2000)

Existuje celá řada způsobů léčby. Uvedeme si proto několik hlavních přístupů a možností, jak s nemocí bojovat.

1.8.1 Hospitalizace

Nemocniční léčba může být jeden z důležitých kroků, který pacienti podstoupí. Při vyžádané hospitalizaci se zavazují k aktivní spolupráci. Pokud jsou zde však umístění z nutnosti vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, není tento závazek vyžadován. Pro určení, kterého pacienta je již třeba hospitalizovat, jsou stanovena kritéria jako přítomnost komplikací, způsobených užíváním laxativ, přejídáním nebo zvracením, nutnost regulace podvýživy. Dále je hospitalizace nezbytná v případech, že nemocný trpí jiným závažným zdravotním problémem, případně užívá psychoaktivní látky, hrozí u něj sebepoškozování nebo je u něho přítomna deprese. Tuto možnost léčby lze také zvažovat, pokud pacientovi nepomáhá psychologická terapie. Roli hraje i odhodlání a motivace k uzdravení. Ve většině případů postačuje krátkodobá hospitalizace, při které pacient navštěvuje psychologickou poradnu a následně dochází na terapie ambulantně. Tento postup není vhodný pro pacienty s velmi nízkou váhou, kde je nutné pozvolna uvést jejich hmotnost do rovnováhy. V takových případech je zapotřebí několika týdnů až měsíců, aby došlo k realimentaci a pacienti získali minimálně 90% z konečné hmotnosti. Ideálně by měli přibírat cca 1kg/týden. (Krch; 1999)

U hospitalizovaných dětí se dříve styk s rodinou omezoval. V dnešní době se přikročuje k opačnému přístupu a dítě může být hospitalizováno i za přítomnosti rodičů. Ti se účastní terapie spolu s nimi. Pacienti mohou být umístěni nejen na psychiatrické ale i pediatrické oddělení. V druhém případě je přítomen specializovaný personál. Pediatrické oddělení musí být schopno zajistit psychiatrickou léčbu. (Kocourková; c1997)

Dalším způsobem léčby může být pouze částečná hospitalizace nebo denní stacionář. To jsou ideální možnosti mezi nemocniční a ambulantní péčí. Postižení nezůstávají ve zdravotnickém zařízení přes noc. (Krch; 1999)

1.8.2 Ambulantní léčba

V některých případech, kdy psychoterapie nepomáhá nebo se jedná o osoby, které se po dlouhodobé léčbě rozhodnou již nepokračovat, můžeme přikročit k tomuto specifickému typu lékařské péče. Cílem je stabilizovat stav nemocných. Bývá prováděna i skupinově, což může mít pozitivní vliv na onemocnění a obnovit pacientovu snahu zbavit se své poruchy. Během ambulantní léčby lékaři kontrolují podle potřeby váhu postižených nebo jiné ukazatele zdravotního stavu. (Krch; 1999)

1.8.3 Svépomoc, edukativní přístup

Tento přístup se osvědčil zejména u pacientů s mírnější mentální bulimií a obecně u pacientů, kteří nemají závažné příznaky onemocnění. Program je založen na intervenci a informovanosti pacientů, ale i rodinných příslušníků, pro které bývá tato situace složitá. (Krch; 1999)

1.8.4 Rodinná terapie

Při léčbě mladších pacientů, ale i těch, kteří stále žijí v rodinném kruhu, je vhodné přistoupit k rodinné terapii. Také je považována za žádoucí v situacích, kdy se vyskytují rozpory mezi příbuznými. Podle terapeutů, zastávajících tento přístup, se za poruchami příjmu potravy mnohdy skrývají rodinné problémy. Onemocnění může odlákat pozornost od skutečných potíží. Rodiče se často u svých potomků obávají změn, které nastávají s příchodem puberty. Porucha příjmu potravy odvrací pozornost z těchto negativních očekávání na sebe. Někdy se stává nevhodným prostředkem k dosažení samostatnosti v rodině. Rodinná terapie se často používá v kombinaci s individuální léčbou. Je tomu tak např. v případech traumatických životních událostí. (Krch 1999)

Rodiče pacientů mívají problémy se vyrovnat se skutečností, že je jejich dítě postiženo některou z poruch a potřebují pomoc ve formě rad a doporučení, jak se mají k pacientovi chovat a podpořit ho v boji s nemocí. Někdy mají sklon přistupovat k nepřiměřené kontrole. (Krch 1999)

Rodičům se doporučuje, aby se spoluúčastnili na uzdravení svého potomka, poskytovali mu lásku a podporu. Také je užitečné, když vyhledají centrum pomoci nebo si přečtou nějaké informace o této problematice. Dále by se neměli obávat hovořit s dítětem o problému a neměli by přehlížet jeho negativní emoční stavy. Musejí svého potomka hlídat, ale zároveň mu být oporou. (Middleton; 2007)

1.8.5 Kognitivně behaviorální terapie

U starších pacientů, kteří mají závažnější příznaky, je vhodnou volbou individuální kognitivní terapie. Jejím autorem je Fairburn. Tvoří základ při léčbě mentální anorexie a je obvykle užívána při postižení mentální bulimií. Pro léčbu druhé zmíněné choroby je důležité:

a) Zaznamenávat si zkonsumované jídlo, ale i každý záchvat přejídání a následné zvracení a užití laxativ, diuretik apod. Nedílnou součástí je i záznam pocitů, které předcházejí jednání.

b) Pravidelně kontrolovat hmotnost.

c) Zařadit do jídelníčku jídla, kterým se postižený cíleně vyhýbá a nastolit jídelní plán.

d) Vnitřní rekonstrukce a přepracování dysfunkčních myšlenek a omylů, které se podílí na vzniku nemoci.

e) prevence znovuvzplanutí

Jelikož se mentální anorexie a bulimie v mnohém překrývají, překrývá se i kognitivně behaviorální terapie u obou poruch. Nicméně pacientům s mentální bulimií se neklade za cíl takový hmotnostní přírůstek, jako u těch s anorexií. Proto je nezbytné, vybudovat si s anorektickými pacienty kladný vztah, který napomůže podpořit spolupráci při nabírání hmotnosti. Dobré vztahy mezi terapeutem a pacientem jsou důležité k řešení osobnostních poruch, které pacient považuje za součást sebe sama, a proto nevidí důvod, proč by je měl řešit. U mentální anorexie je tato terapie dlouhodobější a zaměřuje se na širší spektrum výsledků. Proniká do interpersonálních problémů, pocitů nezpůsobilosti a úzkosti. Léčba někdy využívá i poznatky z rodinné a interpersonální terapie. U pacientek bez projevů fyzických komplikací se objevuje zvýšený odpor proti léčbě a zejména proti vzrůstu váhy. Při příznivém postupu léčby navazuje na kognitivně behaviorální terapii ambulantní péče. Při zhoršujících se obtížích se přikročuje k hospitalizaci. Pokud nedochází z dlouhodobého hlediska k žádným pokrokům, zvažuje se skupinová ambulantní péče. (Krch; 1999)

1.8.6 Interpersonální terapie

Primárně se interpersonální terapie specializovala na depresivní pacienty a jejich dočasnou léčbu. Autory jsou Klerman, Weissman, Chevron a Rounsavill. Terapie zahrnuje tři fáze:

- 1) Rozpoznání interpersonálních překážek, které odstartovaly onemocnění.
- 2) Pacient stvrdí s terapeutem dohodu o řešení rozpoznaných obtíží.
- 3) Řeší se záležitosti plynoucí z dokončení terapie.

Přechod k interpersonální terapii je doporučováno pacientům, léčící se z bulimie pomocí kognitivně behaviorální terapie, která u nich nezabírá již v samých počátcích. Vhodná je také pro anorektické pacienty, u kterých nedochází z dlouhodobého hlediska ke zlepšení. (Krch; 1999)

1.8.7 Psychodynamická terapie

Doporučuje se v situacích, kdy není úspěšná krátkodobá léčba. Teoreticky bychom mohli tuto terapii rozdělit do dvou přístupů. Rozdílné jsou v názoru na úpravu psychodynamické intervence. Někteří zastávají názor, že je třeba upravit tuto léčbu pro zvláštní potřeby

postižených poruchami příjmu potravy. Druzí tvrdí, že tito pacienti žádné výrazné změny v tradiční léčbě nepotřebují, protože nemoc ani její příznaky nepovažují za základní proces. Psychodynamickou terapii je nyní možné zvolit místo dlouhodobé kognitivně behaviorální terapie. (Krch; 1999)

1.8.8 Farmakoterapie

Tuto alternativu můžeme zvolit v případě počátečního selhání kognitivně behaviorální terapie u pacientů s mentální bulimií. Doporučují se antidepresiva. Farmakoterapie by se však neměla považovat za základ léčby. U pacientů se objevuje řada vedlejších účinků. Může mít negativní dopad na intervence. Také se hovoří o velkém množství postižených, kteří léčbu nedokončili, anebo se u nich objevil relaps. Při léčbě mentální bulimie je vhodný fluoxetin hydrochlorid. Účinné dávkování je 60mg/den. V případě, že je fluoxetin neúčinný lze přikročit k tricyklickým antidepresivům. Jako poslední možnost volby mohou být použity inhibitory MAO. Fluoxetin se jeví také jako nadějný způsob prevence znovuvzplanutí mentální anorexie. Nicméně ve většině případů mentální anorexie není farmakoterapie užitečná. (Krch; 1999)

1.8.9 Úprava jídelního chování

Pro pacienty s poruchami příjmu potravy je důležité, aby přijali zdravé jídelní návyky. Musí si uvědomit, že zdravé nejsou malé porce, ale ty přiměřené, které by měly být konzumovány s pravidelností. Pacienti se snaží přizpůsobit okolí svým stravovacím návykům. Je pro ně tedy nezbytné, naučit se naopak přizpůsobit své jídelní zvyklosti jejich okolí. (Krch; 2008)

Je pro ně nezbytné překonat strach z jídla. Toho mohou docílit např. tím, že budou zkoušet nové pokrmy. Mohou nakupovat potraviny s přáteli nebo rodinou a tím zjistit, jak se stravují jejich blízcí. Pozitivní vliv může mít i společné stravování. Postupně zařazují i jídla, která si zakázali. Pro postižené je také důležité si pokrmy vychutnávat, a tím je lépe poznávat a naučit se mít důvěru v jídlo, které si neuvařili sami. (Hall; 2003)

Často jim pomáhá tzv. **jídelní plán** (Příloha č.3), ve kterém si stanoví, že budou jíst tři hlavní pokrmy/den a dvě až tři menší svačiny. Uplatňuje se zde opět zásada přiměřenosti a pravidelnosti. Jídla na sebe navazují s frekvencí do 4-5 hod. Drobné odchylky však nehrají roli. Nejdůležitější jsou hlavní pokrmy, které nemocní nesmějí vynechat. Jídelní plán pomáhá např. bulimičkám v boji s nočním přejídáním. Pravidelností totiž zamezí pocitům hladu, které se nejčastěji objevují ve večerních hodinách. Vhodné je také vyvarovat se

žvýkačkám a bonbonům, které často používají na zahnání pocitu hladu, kterého by se nemocní neměli zbavovat ani tekutinami. Proto se doporučuje pít teprve po konzumaci. Při stravování je dobré začít vydatnějšími pokrmy. Pokud se zařazují do jídelníčku jídla, se kterými mají problém, měla by být nejlépe konzumována v přítomnosti někoho z blízkých. Nejlepším způsobem, jak sestavit opravdu vyvážený jídelníček, je rozdělit si potraviny do těchto skupin:

- a) vejce a mléčné výrobky
- b) maso a masné výrobky
- c) zelenina
- d) rýže a výrobky z mouky
- e) tuky

Pacientův jídelníček by měl obsahovat potraviny ze všech zmíněných skupin. Doporučuje se vařit podle kuchařek, jež uvádějí počet strávníků, pro který je dané množství určeno. Nemocní by se měli vyvarovat srovnávání svých porcí s porcemi ostatních. Často jim připadá, že konzumují větší množství jídla, než jiní. Dále by neměli své pokrmy přesně vážit nebo měřit, ale pouze odhadnout ideální porci. Problematické mohou být menší potraviny, jako např. ořechy nebo sušenky. Nemocní ztrácí přehled o zkonsumovaném množství a mohou se pak snadno cítit přejezení. (Krch; 2008)

1.8.10 Sebehodnocení

Nízké sebevědomí je jedním z faktorů doprovázející poruchy příjmu potravy. Proto je důležité, aby nemocní změnili svůj náhled na sebe sama a nehodnotili svou osobu a zevnějšek tak negativně. Následující kroky mohou napomoci při budování sebevědomí:

- a) Postavíme se před zrcadlo a provedeme popis sebe sama. Postupujeme neutrálně, jako bychom popisovali cizí osobu.
- b) Pokud se nám něco nelíbí, vyjádříme nelibost. Musí být ale objektivní a racionálně odůvodněná. Nestací říct pouze, že na nás něco není pěkné. Často pak zjistíme, že náš názor nemá žádné odůvodnění.

c) Dalším způsobem, jak si zlepšit sebevědomí může být pohybová aktivita nebo relaxační technika. Vhodná je např. jóga nebo tai-chi. Zvolíme si sport podle toho, zdali nás baví a ne podle toho, zdali při něm spálíme hodně kalorií.

d) Musíme si vypěstovat k jídlu zdravý vztah a naučit se ho vychutnávat.

e) Naučíme se sami odměňovat. Odměny nemusejí být jen ve formě jídla.

f) Pěstujeme kritické myšlení. Nesmíme brát doslovně novinové články o hubnutí anebo o tom, co je a není ideální.

g) Můžeme se pokusit popsat svoji osobu, ale bez toho, abychom zmínili své fyzické vlastnosti. Na papír si napíšeme seznam našich pozitivních vlastností. Tím se naučíme nedefinovat své já pomocí zevnějšku.

h) Najdeme si nějakého koníčka, který nám pomůže přestat s neustálým přemýšlením o váze.

ch) Přestaneme věnovat přílišnou pozornost cizím názorům na naši osobu. Nemusíme se zavděčit každému.

(Bröhm; 1999)

1.9 Prevence

Prevence prodlužuje aktivní délku života a podporuje zdraví. Preventivní činnosti dělíme:

a) Specifická, zaměřená proti vzniku konkrétních nemocí a jejich následkům.

b) Nespecifická prevence, podporující zdravé životní prostředí a styl.

(Čeledová; 2010)

V prevenci poruch příjmu potravy hraje velkou roli zejména rodina a komunikace mezi jednotlivými strukturami. Dále mohou napomoci i pedagogové a jiní specialisté.

1.9.1 Primární a sekundární

Primární prevence má za úkol předcházet onemocnění a zároveň podporovat zdraví. Je komplexní a pokrývá zdravotní i sociální oblast. Snahou je např. prosazovat zdravý životní styl a utvářet tzv. pozitivní zdraví, které posiluje kladný vztah k racionální výživě, aktivnímu pohybu a duševní hygieně. (Čeledová; 2010)

Primární prevence rizikového chování dětí a mladistvých je zaměřena například na předcházení a rozpoznání šikany, násilí, kriminality, ale i poruchám příjmu potravy. (<http://www.ostrovzl.cz/>)

Organizace, které bojují proti poruchám příjmu potravy, nabízí různé preventivní programy. Jako příklad si můžeme uvést projekty instituce Anabell, které jsou určeny žákům, pedagogům, psychologům, zdravotním sestřím nebo nutričním terapeutům a mají za úkol je blíže seznámit s touto problematikou. Můžeme uvést např. projekt PPP (Podpora profesionální prevence). V rámci prevence jsou organizovány i různé workshopy pro žáky základních škol. (<http://infopoint.anabell.cz/>)

Dále si uvedeme i mezinárodní online program ProYouth, který je určen studentům a studentkám ve věku od 15 do 25 let. Celý program je anonymní a účastníci zde mohou komunikovat o problematice s odborníky, ale i svými vrstevníky.

(<http://www.prevence-praha.cz/>)

Sekundární prevence spočívá v časném zachycení onemocnění a zároveň v ovlivňování rizikových skupin. Jedná se např. o obézní děti nebo děti, provozující koníčky, které kladou důraz na vzhled (modeling, gymnastika apod.). (Papežová; 2010)

1.9.2 Prevence relapsu

Jedná se o terciální prevenci. Četnost relapsů u těchto chorob je až 50%. U pacientů často přetrvávají rizikové postoje a názory, které jsou udržovány i ve společnosti. Úspěch léčby záleží na dostatečné prevenci relapsů, která zahrnuje pravidelné stravování, udržování zdravé váhy, přiměřenou pohybovou aktivitu, správné vnímání svého těla a kladný postoj sám k sobě, zvládání případných problémů a stresu. Je důležité neobávat se nového začátku. V případě potíží se nemocní mohou obrátit na centra jim určená. Nejčastěji dochází k relapsům ve stresových situacích. Proto je důležité umět přijmout své klady i zápory a dostatečně odpočívat. Dále je nezbytné dodržovat stanovený režim, zásady zdravé výživy a uvědomit si, že vše co děláme, nemusí být vždy dokonalé. (Polanská; 2007)

PRAKTICKÁ ČÁST

2 FORMULACE ZKOUMANÉHO PROBLÉMU

Práce je zaměřená na dvě nejznámější poruchy příjmu potravy, jimiž jsou mentální anorexie a bulimie. Zdá se, že veřejnost vnímá tyto choroby jako něco nepříliš rozšířeného. Celkové povědomí o problematice je omezené. Když se zmíní anorexie, většina si vybaví pouze následek, nikoli příčinu nemoci. Proto je praktická část zaměřena na informovanost respondentů o centrech pomoci nemocným poruchami příjmu potravy. Tyto instituce nabízí různé preventivní programy pro děti a mladistvé. Také informují např. pedagogy a rodiče, jak se v takové situaci zachovat a postupovat.

Za jeden z faktorů, který může postižené ovlivňovat při vzniku anorexie nebo bulimie, považujeme rodinu pacientů. Proto se zaměřujeme na rodinné vztahy respondentů, případně na přítomnost redukčních diet. Špatné vztahy a diety členů rodiny mohou negativně ovlivnit potenciální pacienty. Také se často vyskytuje přílišný důraz na výsledky a perfekcionismus v rodinách postižených. Mohou jím trpět přímo sami nemocní. V dnešní době na nás často působí i masmédiá, ve kterých se prezentují ideální postavy. Na internetu nalezneme spoustu informací o nejnovějších trendech ve světě módy a hubnutí.

V rozvoji poruchy příjmu potravy může sehrát roli mnoho proměnných. Někdy stačí několik nevhodných poznámek ze strany okolí, aby došlo k problému. Je důležité, abychom nepodceňovali žádný z potenciálních faktorů a včas jej odhalili.

3 CÍLE PRÁCE A STANOVENÉ HYPOTÉZY

3.1 Cíle práce

- C1: Zjistit, jakým způsobem hodnotí dotazovaní svoji postavu.
- C2: Zjistit, jaké je povědomí dotazovaných o možné pomoci pro postižené poruchami příjmu potravy.
- C3: Zjistit, jaká je u dotazovaných hlavní motivace hubnout.
- C4: Zjistit, zda se dotazovaní obávají toho, jak by přijalo jejich okolí, kdyby ztloustli.
- C5: Zjistit, jakým způsobem hodnotí dotazovaní vztahy v jejich rodině.
- C6: Porovnat problematiku poruch příjmu potravy ve městě a na vesnici.

3.2 Stanovené předpoklady

- P1: Domníváme se, že alespoň 50% dotazovaných je se svou postavou spokojeno úplně nebo částečně.
- P2: Domníváme se, že alespoň 50% dotazovaných dodržuje nebo dodržovalo nějakou redukční dietu
- P3: Domníváme se, že více než 50% dotazovaných nezná organizace, které pomáhají nemocným s poruchami příjmu potravy.
- P4: Domníváme se, že nejčastější motivací pro hubnutí dotazovaných je jejich rodina.
- P5: Domníváme se, že alespoň 50% dotazovaných by se obávalo reakce okolí v případě, že by přibrali na váze.
- P6: Domníváme se, že alespoň 50% dotazovaných hodnotí vztahy v jejich rodině kladně.
- P7: Domníváme se, že ve městech převládá u dotazovaných vyšší kontrola vlastní postavy.

4 METODIKA VÝZKUMU

Pro vypracování praktické části byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu, pomocí anonymního dotazníkového šetření. Dotazníkový arch obsahoval 18 uzavřených otázek, z nichž jedna byla v kombinaci s otázkou otevřenou. U každé otázky byla možnost zaškrtnout pouze jednu odpověď, s výjimkou otázky č. 7. Zde měli respondenti možnost uvést všech šest možností.

Veškeré nutné informace k vyplnění dotazníku byly respondentům sděleny ústně, a to před začátkem šetření.

Sběr dat probíhal v lednu, únoru a březnu 2017. Cílovou skupinou byli žáci 7., 8. a 9. tříd základních škol. Účastnila se jej jedna základní škola města Plzně a tři základní školy z přilehlých obcí Plzeňského kraje.

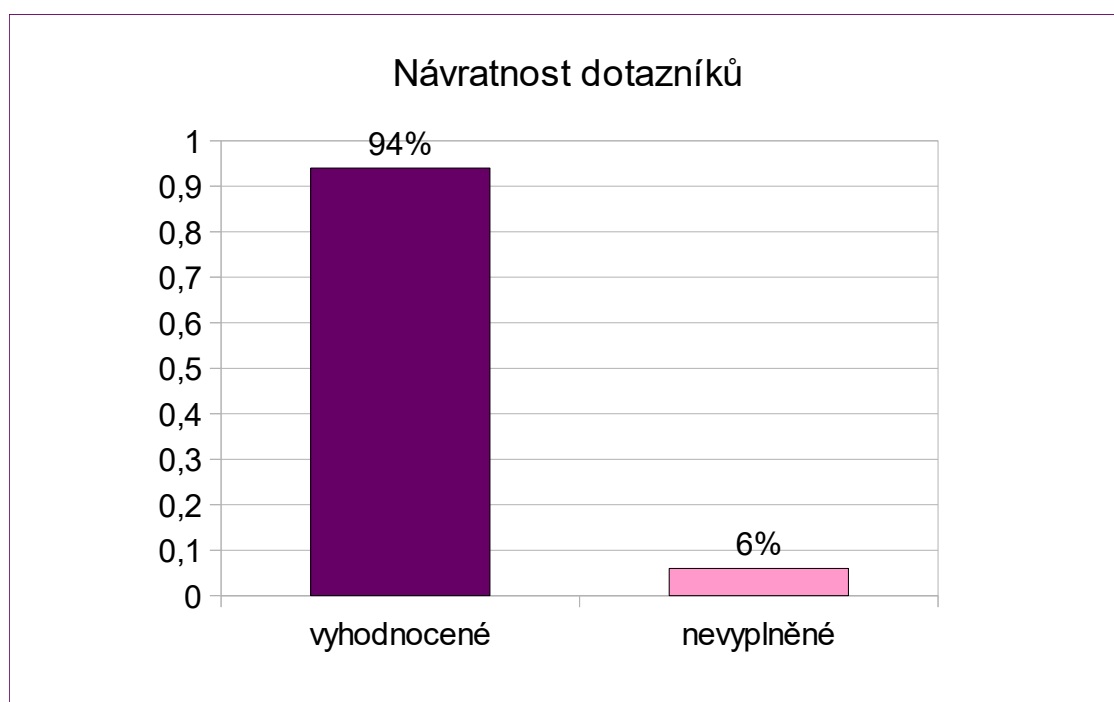
Dotazník byl sestaven tak, aby zmapoval informovanost žáků o možné pomoci při onemocnění poruchami příjmu potravy a vlivu médií a okolí na jejich osobu. Dále bylo cílem zjistit, jak dotazovaní nahlíží na svoji postavu. Následně jsme porovnali zjištěné informace v oslovené městské škole s informacemi, které jsme získali ve školách, nacházejících se v menších obcích.

5 VZOREK RESPONDENTŮ

Cílovou skupinou šetření byli žáci 7., 8. a 9. tříd základních škol, ve věku od 12 do 16 let. Spolupráce proběhla celkem se čtyřmi základními školami. Jednalo se o 11. základní školu v Plzni, základní školu v Chrástu, Všerubech a Mýtě.

Bylo rozdáno celkem 220 dotazníků, z toho se jich 13 vrátilo nevyplněných.

Graf č. 1: Návratnost dotazníků



Zdroj: vlastní

6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Informace z dotazníků byly zpracovány do tabulek a grafů v programu Microsoft Office Excel 2007.

7 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Tabulka č. 1: Věk respondentů

věk respondentů		
věk	počet	procenta
12	4	2%
13	40	19%
14	100	48%
15	60	29%
16	3	2%
celkem	207	100%

Zdroj: vlastní

Z uvedených informací vyplývá, že nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku 14 let (48%). Dále výzkumný vzorek tvořili i žáci ve věku 15 (29%) a 13 let (19%). Nejméně početnou skupinou byli dotazovaní ve věku 12 a 16 let. Každou z těchto skupin tvořila pouhá 2%.

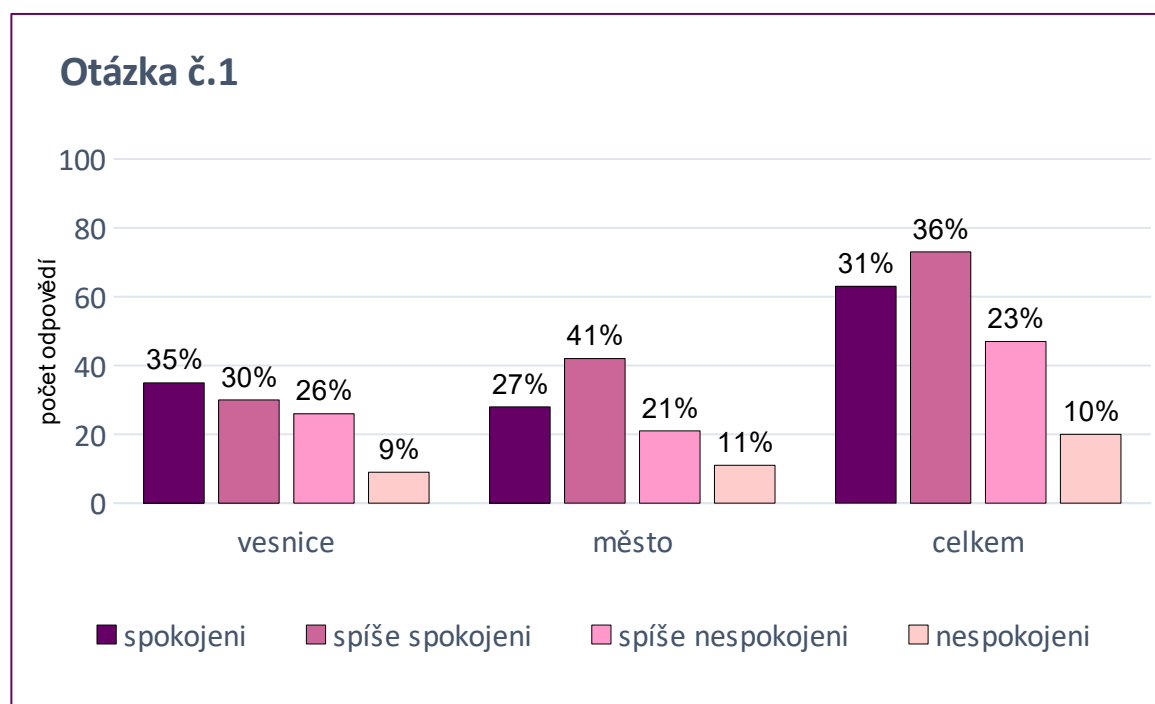
Otázka č. 1: Se svojí postavou jste:

Tabulka č. 2: Míra spokojenosti s postavou

	vesnice	město	celkem
spokojeni	35	28	63
spíše spokojeni	30	42	72
spíše nespokojeni	26	21	47
nespokojeni	9	11	20

Zdroj: vlastní

Graf č. 2: Míra spokojenosti s postavou



Zdroj: vlastní

Na otázku odpovědělo celkem 202 respondentů. Z toho 102 z městské části a 100 z venkova. Z celkového počtu 202 respondentů odpovědělo 36%, že jsou spíše spokojeni, dalších 31% uvedlo, že jsou se sebou spokojeni. Dále 23% dotazovaných je se svou postavou spíše nespokojeno a zbylých 10% není se svou figurou spokojeno vůbec.

Při porovnání respondentů žijících na venkově s těmi z města bylo zjištěno, že ve vesnické části je se svou postavou spokojeno 35% respondentů. Ve městě tuto skupinu tvořilo 27% dotazovaných. Dále bylo na venkově 30% respondentů spíše spokojených. Ve městě stejnou odpověď zvolilo 41% dotazovaných. Venkovští respondenti uvedli v počtu 26%, že jsou se svou figurou spíše nespokojeni. Tuto odpověď volili městští respondenti v zastoupení 21%. Zcela nespokojeno je 9% venkovských a 11% městských respondentů.

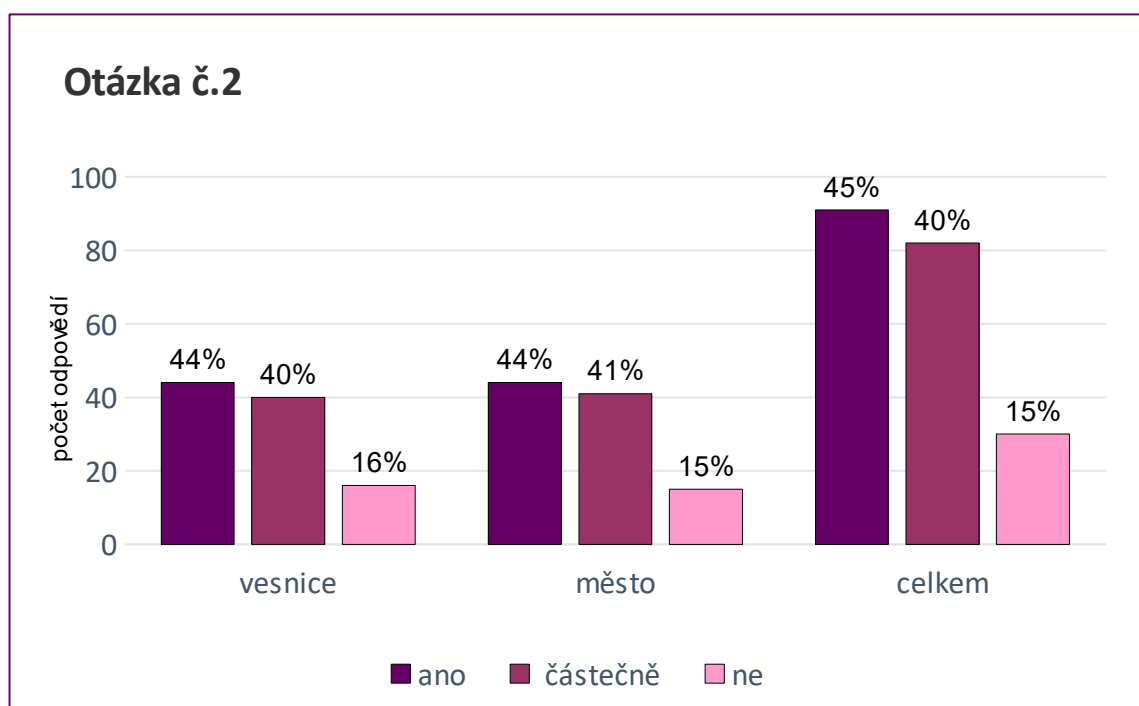
Otázka č. 2: Domníváte se, že byste na své postavě měli něco změnit?

Tabulka č. 3: Změna postavy

	vesnice	město	celkem
ano	45	45	90
částečně	40	42	82
ne	16	15	31

Zdroj: vlastní

Graf č. 3: Změna postavy



Zdroj: vlastní

Na otázku odpovědělo 203 respondentů (102 z města a 101 z venkova), z toho si jich 45% myslí, že by na své postavě měli něco změnit. Dalších 40% zastává názor, že jejich figura potřebuje změnu pouze částečně a zbylých 15% dotázaných by na sobě nic nezměnilo.

Venkovští respondenti odpověděli, že by potřebovali změnu v počtu 44%. Dalších 40% se domnívá, že potřebují pouze částečnou změnu a 16% dotázaných žáků si myslí, že změnu nepotřebuje.

Městští respondenti odpověděli, že by potřebovali změnu v počtu 44% a dále si 41% myslí, že změna je nutná jen z části. Zbylým 15% vyhovuje jejich postava taková, jaká je.

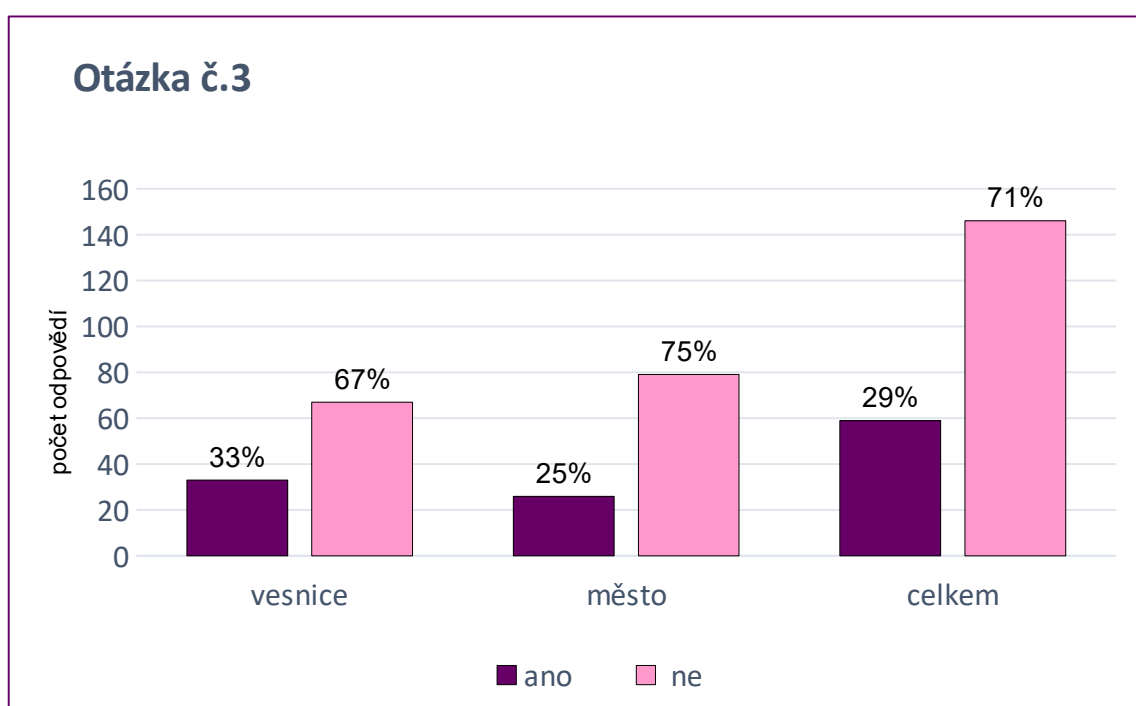
Otázka č. 3: Pokoušeli jste se někdy ze své iniciativy formovat postavu pomocí nějaké redukční diety?

Tabulka č. 4: Zkušenosti s redukčními dietami

	vesnice	město	celkem
ano	33	26	59
ne	67	79	146

Zdroj: vlastní

Graf č. 4: Zkušenosti s redukčními dietami



Zdroj: vlastní

Na otázku odpovědělo celkem 205 respondentů (100 z venkova a 105 z města). Zjistili jsme, že 29% dotazovaných má zkušenosti s redukčními dietami.

Redukční dietu se pokoušelo dodržovat 25% městských respondentů a 33% dotazovaných z venkova. Zbýlých 75% městských žáků nemá žádné zkušenosti s těmito dietami. Stejnou odpověď zvolilo 67% venkovských žáků.

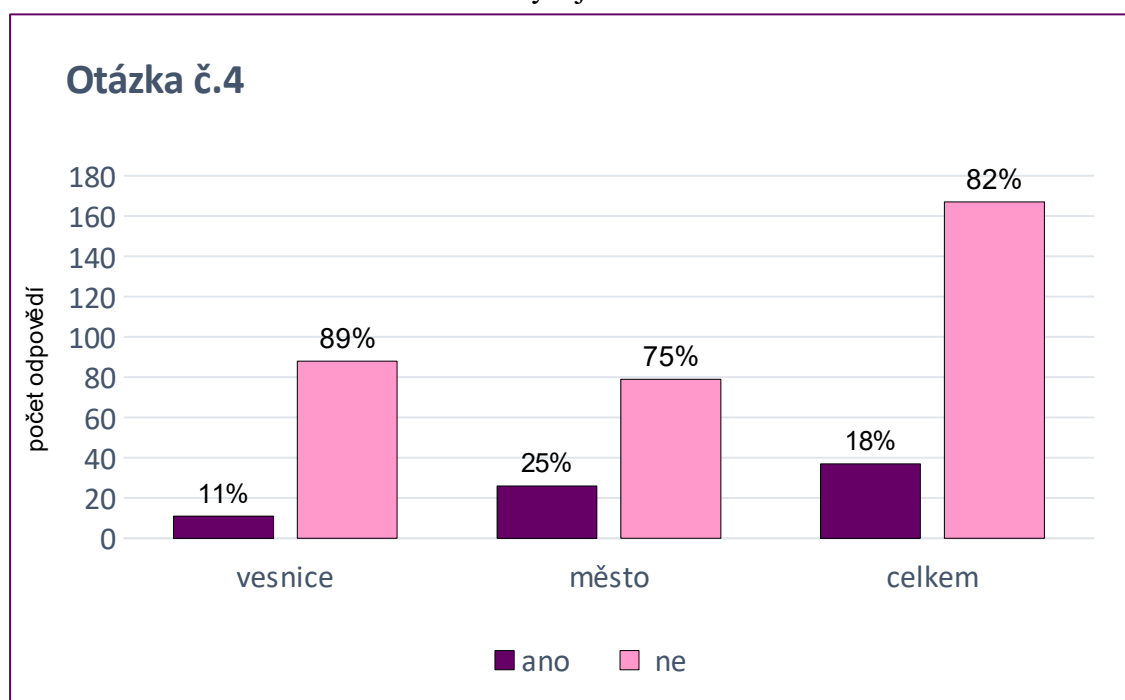
Otázka č. 4: Dodržujete právě v tuto chvíli nějakou redukční dietu?

Tabulka č. 5: Dodržování redukčních diet v nynější době

	vesnice	město	celkem
ano	11	26	37
ne	88	79	167

Zdroj: vlastní

Graf č. 5: Dodržování redukčních diet v nynější době



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 204 respondentů (55 z města a 99 z venkova). V současné době jich celkem 18% dodržuje redukční dietu.

Na otázku odpovědělo 25% městských žáků, že nyní dodržuje dietu. Stejně odpovědělo 11% žáků z venkova.

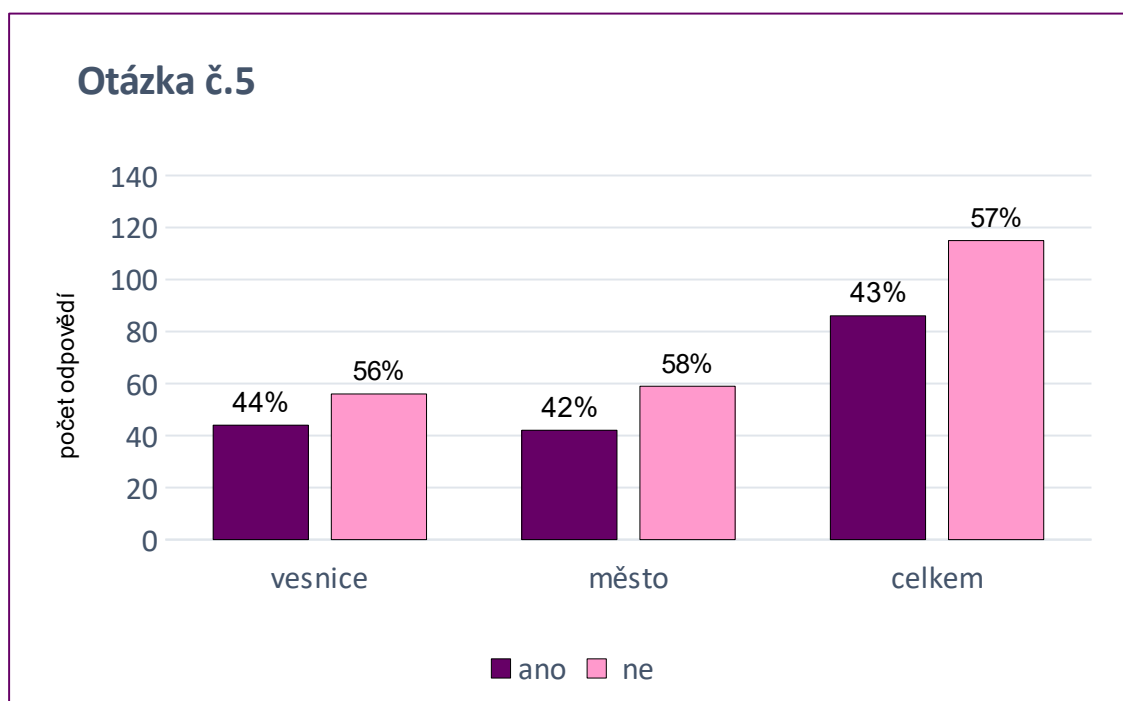
Otázka č. 5: Domníváte se, že byste měli vážit méně než vážíte?

Tabulka č. 6: Náhled respondentů na jejich váhu

	vesnice	město	celkem
ano	44	42	86
ne	56	59	115

Zdroj: vlastní

Graf č. 6: Náhled respondentů na jejich váhu



Zdroj: vlastní

Na otázku odpovědělo 201 respondentů (101 z města a 100 z venkova) z toho si jich 43% myslí, že by měli vážit méně.

Ve městě odpovědělo 42% dotázaných, že by měli vážit méně. Stejnou odpověď zvolilo 44% respondentů z vesnice.

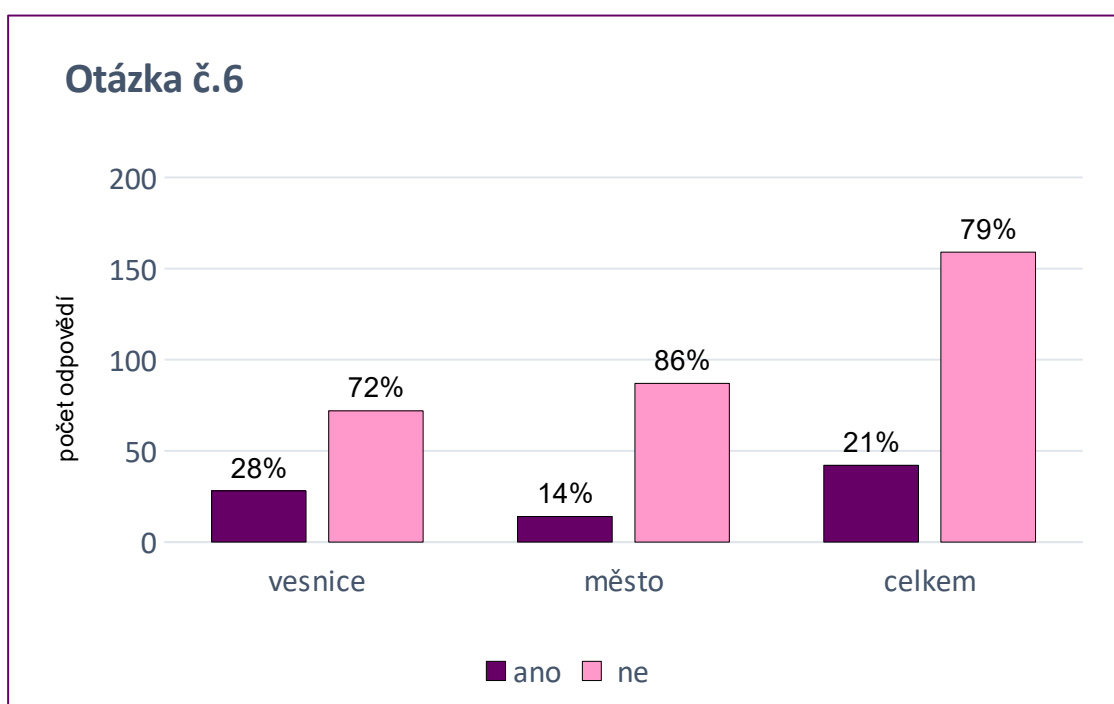
Otázka č. 6: Znáte nějakou organizaci, zabývající se pomocí lidem s poruchami příjmu potravy?

Tabulka č. 7: Znalost organizací proti poruchám příjmu potravy

	vesnice	město	celkem
ano	28	14	42
ne	72	87	159

Zdroj: vlastní

Graf č. 7: Znalost organizací proti poruchám příjmu potravy



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo celkem 201 respondentů (101 z města a 100 z vesnice). Většina souboru (79%) nezná žádné organizace, které se zabývají pomocí lidem s poruchami příjmu potravy.

Znalost zmíněných organizací činila u městských žáků jen 14% a u dotazovaných z venkova 28%.

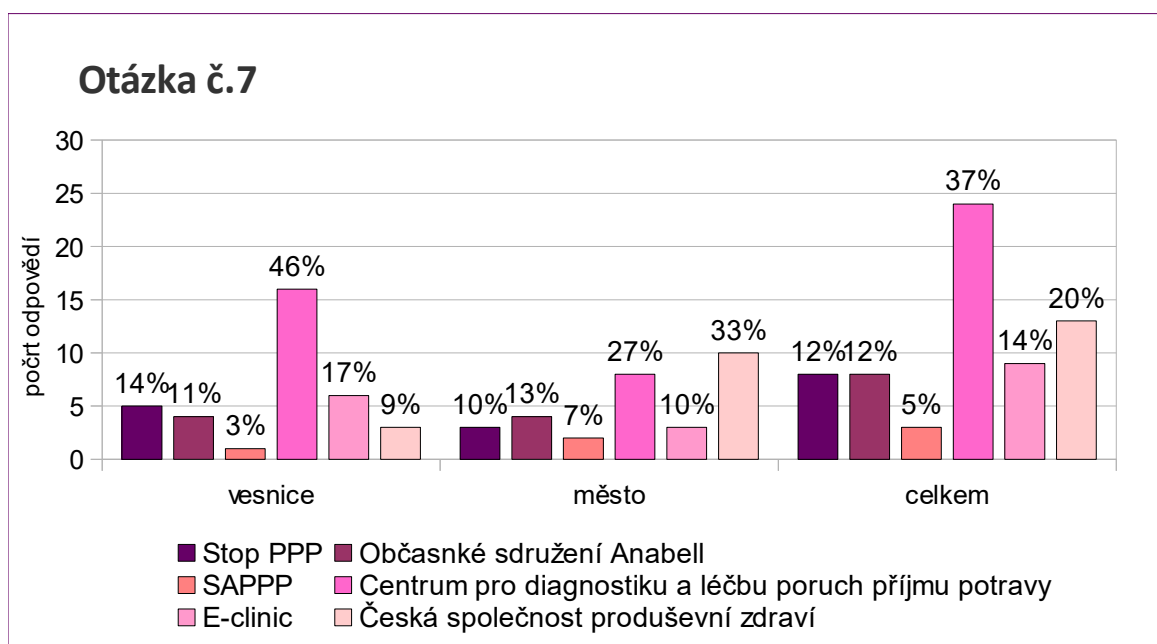
Otázka č. 7: Znáte některou z těchto institucí? (pokud ano, zaškrtněte je)

Tabulka č. 8: Znalost některých organizací proti poruchám příjmu potravy

	vesnice	město	celkem
Stop PPP	5	3	8
Občasné sdružení Anabell	4	4	8
SAPPP	1	2	3
Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy	16	8	24
E-clinic	6	3	9
Česká společnost pro duševní zdraví	3	10	13

Zdroj: vlastní

Graf č. 8: Znalost některých organizací proti poruchám příjmu potravy



Zdroj: vlastní

Na otázku odpovědělo 65 dotázaných (35 z venkova a 30 z města). Z grafu je patrné, že nejnámější organizací mezi respondenty je Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy (37%). Dále zná 20% Českou společnost pro duševní zdraví a 14% respondentů zná organizaci E-clinic. V počtu 12% uvedli dotazovaní Občanské sdružení Anabell a Stop PPP. Nejméně známou organizací je SAPPP (5%).

Nejnámější organizací je podle městských respondentů Česká společnost pro duševní zdraví (33%). Na venkově se jedná o Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu

potravy (46%), které je hned na druhém místě v souboru městských respondentů, a to v počtu 27%. Vesniční respondenti dále uvedli E-clinic (17%) a Stop PPP (14%). Obě tyto organizace uvedly městští žáci v počtu 10%. Česká společnost pro duševní zdraví je mezi venkovskými respondenty známa v počtu 9%. Občanské sdružení Anabell zná 13% městských a 11% venkovských respondentů. Nejméně je mezi dotazovanými známá organizace SAPP (7% městských a 3% venkovských respondentů).

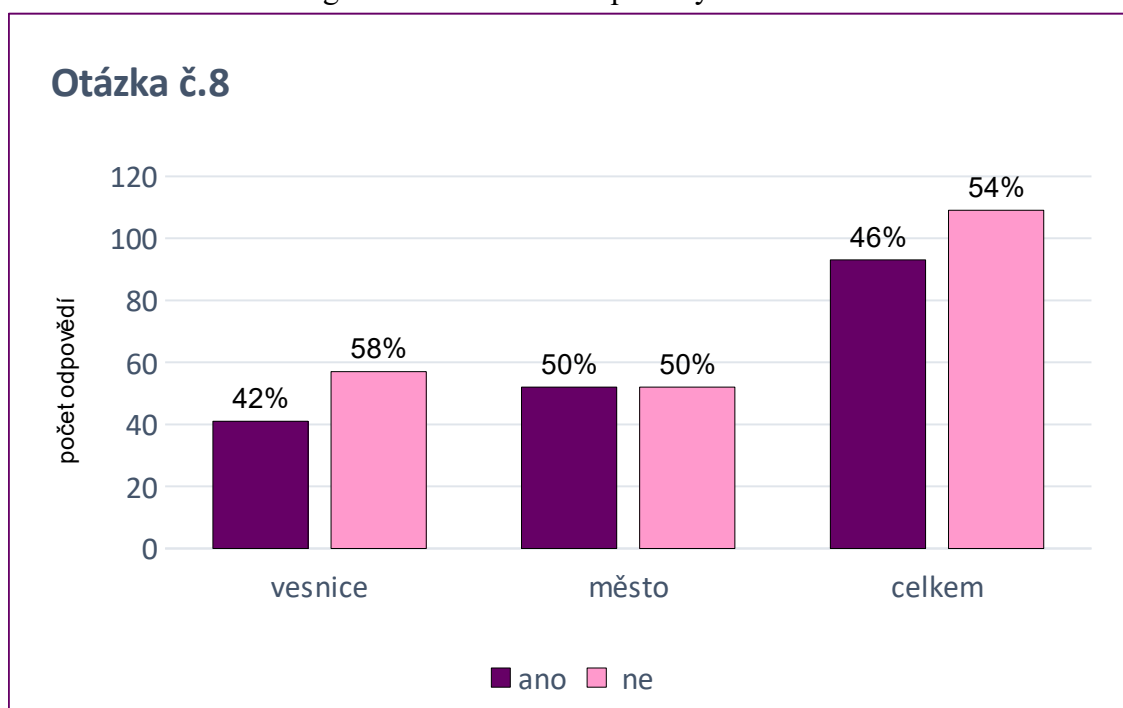
Otázka č. 8: Setkali jste se někdy ve svém okolí s názorem, který negativně hodnotil vaši postavu?

Tabulka č. 9: Zkušenosti s negativním hodnocením postavy

	vesnice	město	celkem
ano	41	52	93
ne	57	52	109

Zdroj: vlastní

Graf č. 9: Zkušenosti s negativním hodnocením postavy



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 202 respondentů (104 z města a 98 z venkova). Většina (54%) z nich se s negativním hodnocením postavy ze strany okolí neseťkala.

Ve městě je situace vyrovnaná. S negativním hodnocením má zkušenost přesně 50% dotázaných. Na venkově se jedná o 42% respondentů.

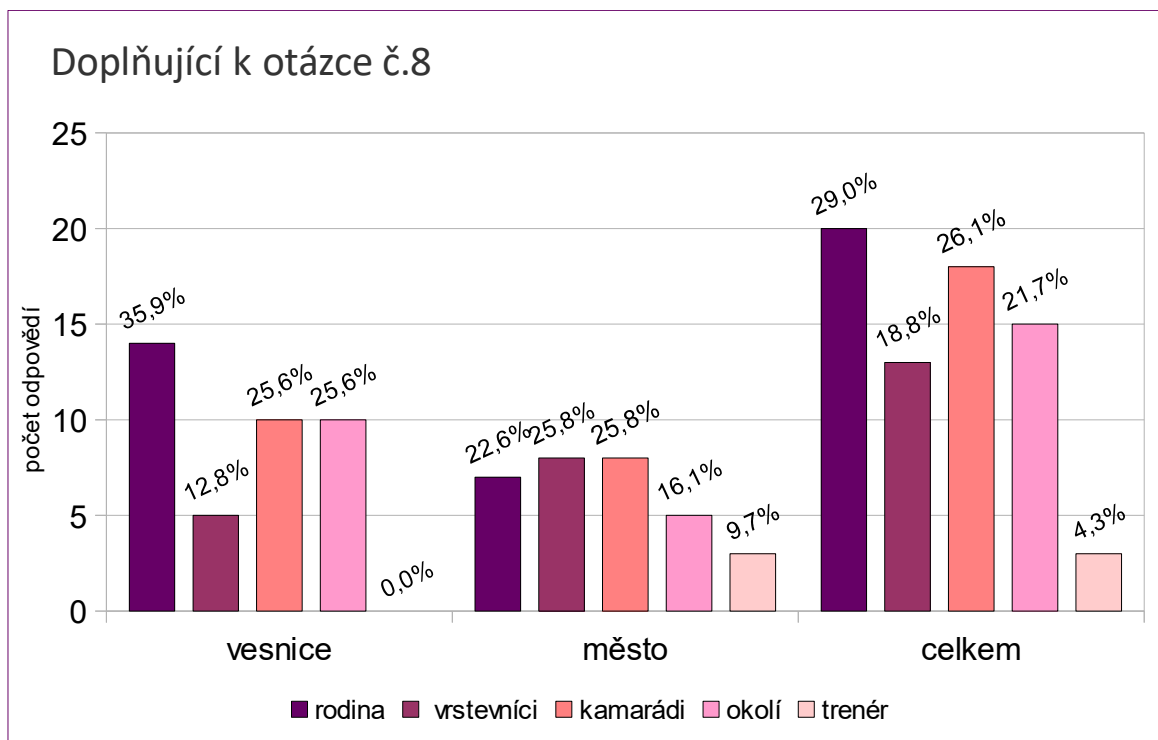
Otázka č. 8.1: Pokud ano, kdo hodnotil?

Tabulka č. 10: Uvedení hodnotící

	vesnice	město	celkem
rodina	13	7	20
vrstevníci	5	8	13
kamarádi	10	8	18
okolí	10	5	15
doktor	0	1	1
trenér	0	3	3
média	0	1	1

Zdroj: vlastní

Graf č. 10: Uvedení hodnotící



Zdroj: vlastní

Na tuto podotázku odpovědělo 71 respondentů (33 z města a 38 z vesnice). Ti nejčastěji (29,0%) uváděli, že jejich postavu negativně hodnotili členové rodiny (zmiňovali např. sestru, babičku, bratra, matku, otce). Další častou odpovědí byli kamarádi. Jedná se o 26,1%. Dotazovaní uváděli i nepříliš určité odpovědi, jako jejich okolí, a to v počtu 21,7%. Častou odpovědí byli i vrstevníci (18,8%). Zbylá 4,3% se setkala s negativním názorem od svého trenéra.

Městští respondenti uváděli nejčastěji vrstevníky a kamarády, v počtu 25,8%. Další odpovědí byla rodina (22,6%). S negativním hodnocením svého okolí se setkala 16,1% dotázaných a 9,7% uvedlo trenéra.

Venkovští respondenti zmiňují nejčastěji rodinu (35,9%), dále shodně okolí a kamarády (25,6%). Zbýlých 12,8% uvedlo vrstevníky.

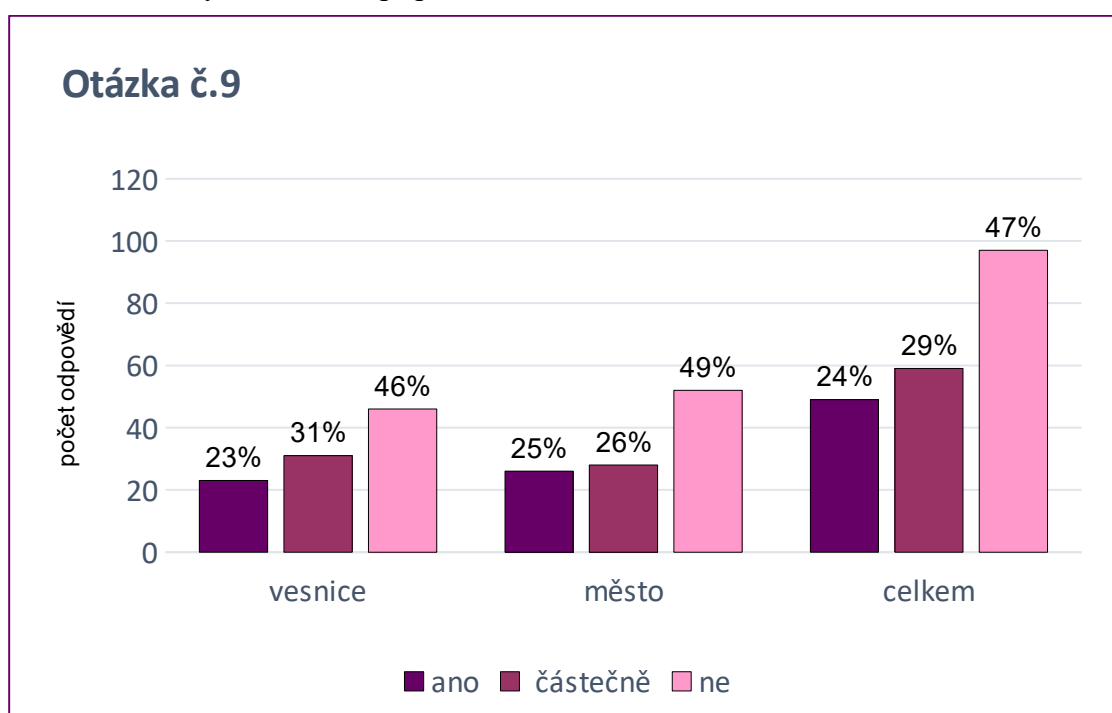
Otázka č. 9: Obávali byste se reakce ze svého okolí v případě, že byste někdy přibrali na váze?

Tabulka č. 11: Obavy z reakce na případné tloustnutí

	vesnice	město	celkem
ano	23	26	49
částečně	31	28	59
ne	46	52	98

Zdroj: vlastní

Graf č. 11: Obavy z reakce na případné tloustnutí



Zdroj: vlastní

Na otázku odpovědělo 206 dotázaných (106 z města a 100 z venkova). Celkem 24% má obavy z reakce okolí v případě, že by přibrali na váze. Dále 29% uvedlo pouze částečné obavy a 47% žádné obavy nemá.

Ve městě i na venkově byla nejpočetnější skupina respondentů, kteří se reakcí neobávají, a to v zastoupení 49% městských a 46% venkovských respondentů. Dále uvedlo částečné obavy 26% dotázaných z města a 31% z venkova. Poslední skupinu tvoří žáci, kteří by se reakcí obávali. Ve městě se jedná o 25% dotázaných žáků. Na venkově tento soubor tvoří 23% respondentů.

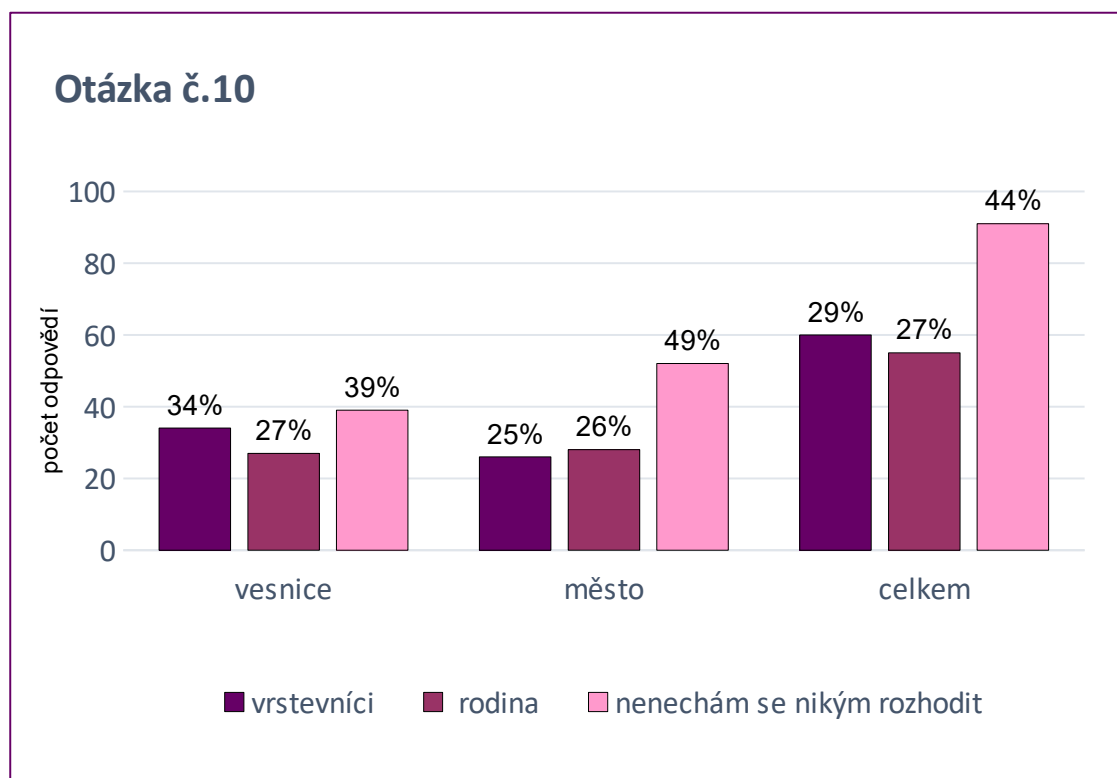
Otázka č. 10: Více by mi vadily poznámky na mou postavu od:

Tabulka č. 12: Obavy respondentů z reakcí od jednotlivých skupin

	vesnice	město	celkem
vrstevníci	34	26	60
rodina	27	28	55
nenechám se nikým rozhodit	39	52	91

Zdroj: vlastní

Graf č. 12: Obavy respondentů z reakcí



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 206 dotázaných (106 z města a 100 z venkova). Nejčastěji volili odpověď „nenechám se nikým rozhodit“, a to v počtu 44%. Dále uvádí, že by jim byly nejvíce nepříjemné poznámky od vrstevníků (29%) a od členů rodiny (27%).

Dotazovaní na venkově i ve městě volili nejčastěji odpověď „nenechám se nikým rozhodit“. Jedná se o 49% respondentů z města a 39% z venkova. Městští žáci uvádí dále rodinu v počtu 26% a vrstevníky téměř shodně (25%). Na venkově uvádí 34% dotázaných své vrstevníky a 27% rodinné příslušníky.

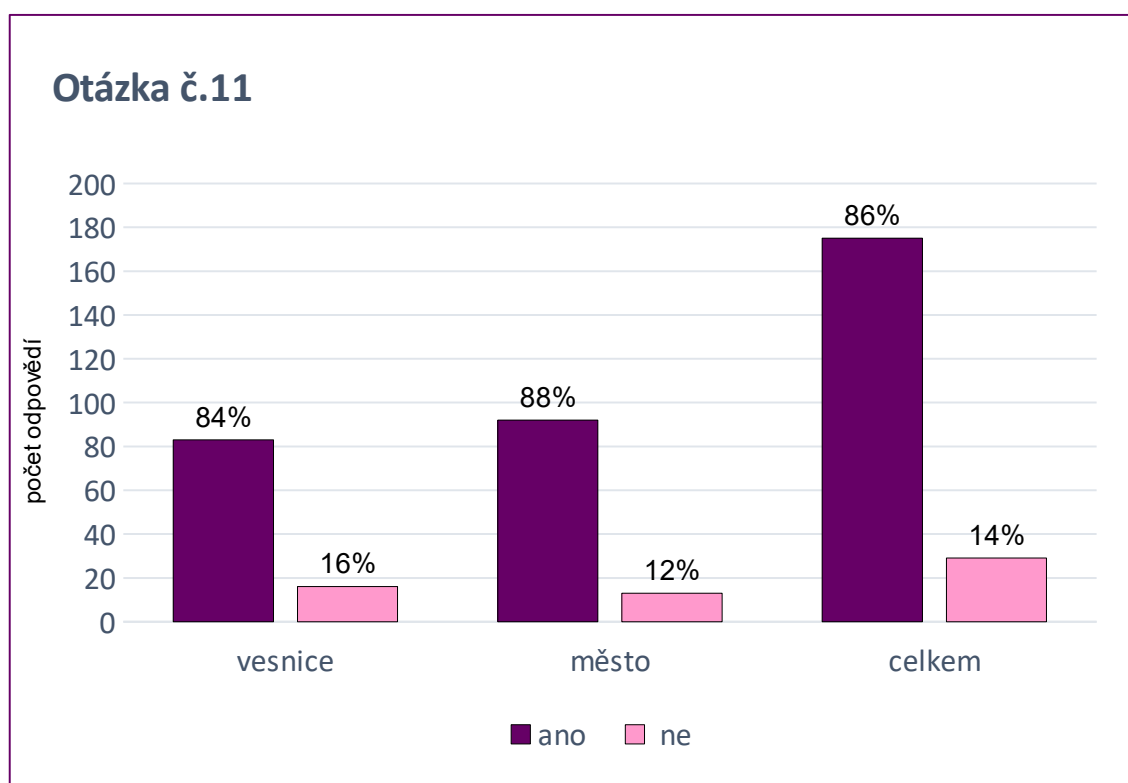
Otázka č. 11: Myslíte si, že vztahy ve vaší rodině jsou dobré?

Tabulka č. 13: Posouzení vztahů v rodině

	vesnice	město	celkem
ano	83	92	175
ne	16	13	29

Zdroj: vlastní

Graf č. 13: Posouzení vztahů v rodině



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 204 respondentů (105 z města a 99 z venkova). Celkově si 86% dotazovaných myslí, že jsou vztahy v jejich rodině dobré.

Ve městě považuje 88% žáků své rodinné vztahy za dobré a stejně odpovědělo i 84% venkovských respondentů.

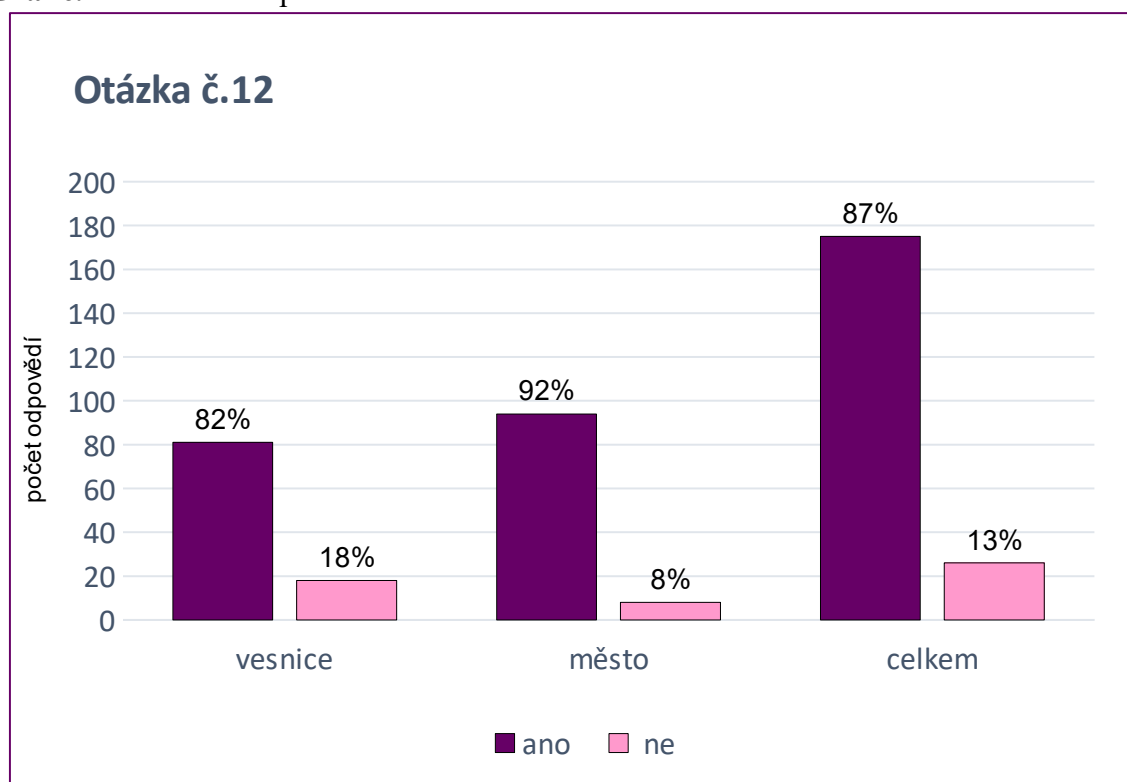
Otázka č. 12: Pokud máte nějaký problém, můžete se bez obav svěřit jednomu z rodičů?

Tabulka č. 14: Důvěra respondentů k rodičům

	vesnice	město	celkem
ano	81	94	175
ne	18	8	26

Zdroj: vlastní

Graf č. 14: Důvěra respondentů k rodičům



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo celkem 201 respondentů (102 z města a 99 z venkova). Většina souboru (87%) uvádí, že mohou své problémy bez obav svěřit rodičům.

Ve městě odpovědělo kladně 92%. Stejnou odpověď uvedlo i 82% žáků z venkova.

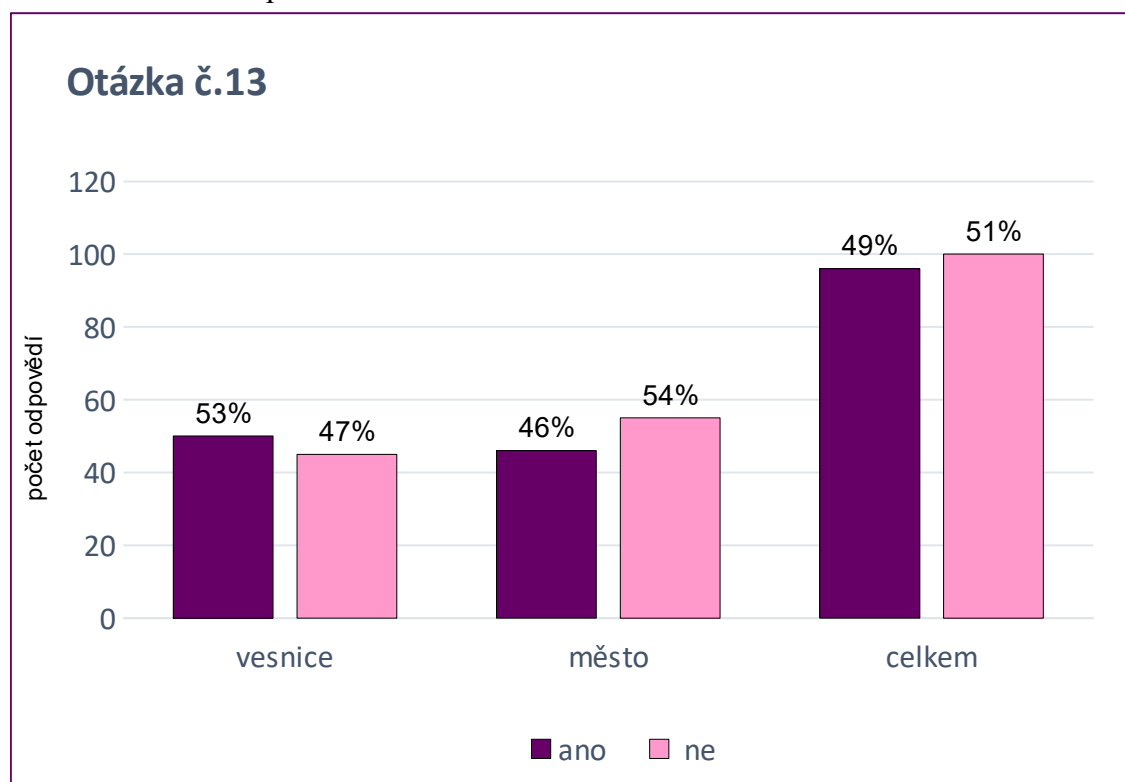
Otázka č. 13: Domníváte se, že je ve vaší rodině kladen důraz na vynikající výsledky?

Tabulka č. 15: Důraz na perfekcionismus v rodině

	vesnice	město	celkem
ano	50	46	96
ne	45	55	100

Zdroj: vlastní

Graf č. 15: Důraz na perfekcionismus v rodině



zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 196 respondentů (101 z města a 95 z venkova). Celkem 51% uvádí, že v jejich rodině není kladen důraz vynikající výsledky.

Ve městě odpovědělo 54% respondentů, že se doma s tímto problémem nepotýká. Naopak na venkově se s důrazem na vynikající výsledek potýká více než polovina respondentů (53%).

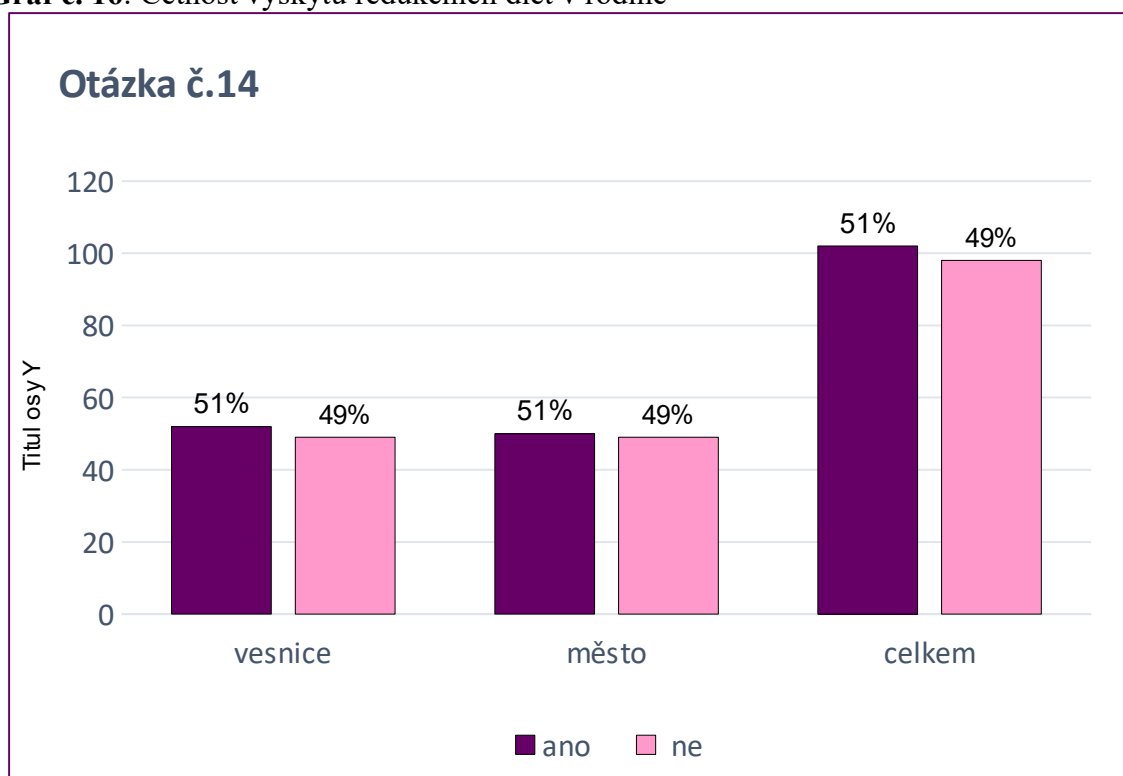
Otázka č. 14: Dodržoval někdo z vaší rodiny redukční dietu?

Tabulka č. 16: Četnost výskytu redukčních diet v rodině

	vesnice	město	celkem
ano	52	50	102
ne	49	49	98

Zdroj: vlastní

Graf č. 16: Četnost výskytu redukčních diet v rodině



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 200 respondentů (99 z města a 101 z venkova). Nadpoloviční většina (51%) uvedla, že v jejich rodině někdo dodržoval redukční dietu.

Situace na venkově a ve městě je shodná. Respondenti z obou skupin uvádějí 51% výskyt redukční diety u členů rodiny.

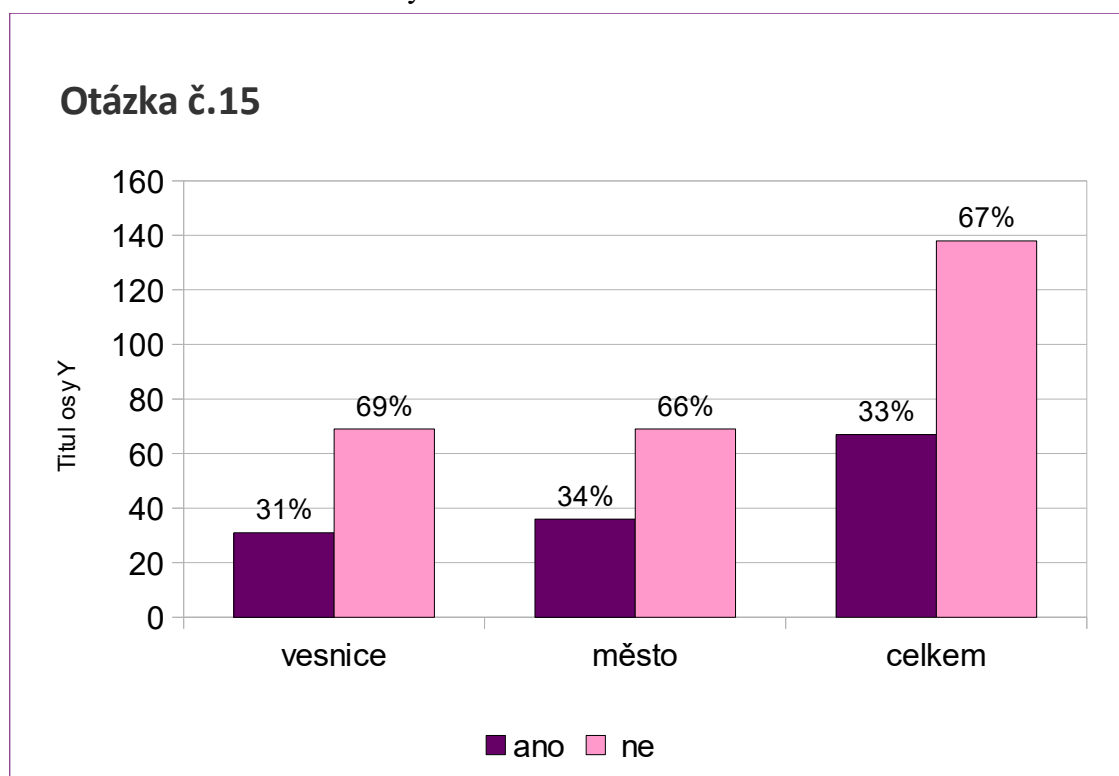
Otázka č. 15: Porovnáváte svoji postavu s postavami ve filmech nebo časopisech?

Tabulka č. 17: Porovnávání se známými osobnostmi

	vesnice	město	celkem
ano	31	36	67
ne	69	69	138

Zdroj: vlastní

Graf č. 17: Porovnávání se známými osobnostmi



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 205 respondentů. Většina souboru (67%) uvedla, že svou postavu se známými osobnostmi neporovnává.

Městští respondenti uvedli v počtu 66%, že se se známými osobnostmi neporovnávají. Stejně odpovědělo i 69% venkovských dotazovaných.

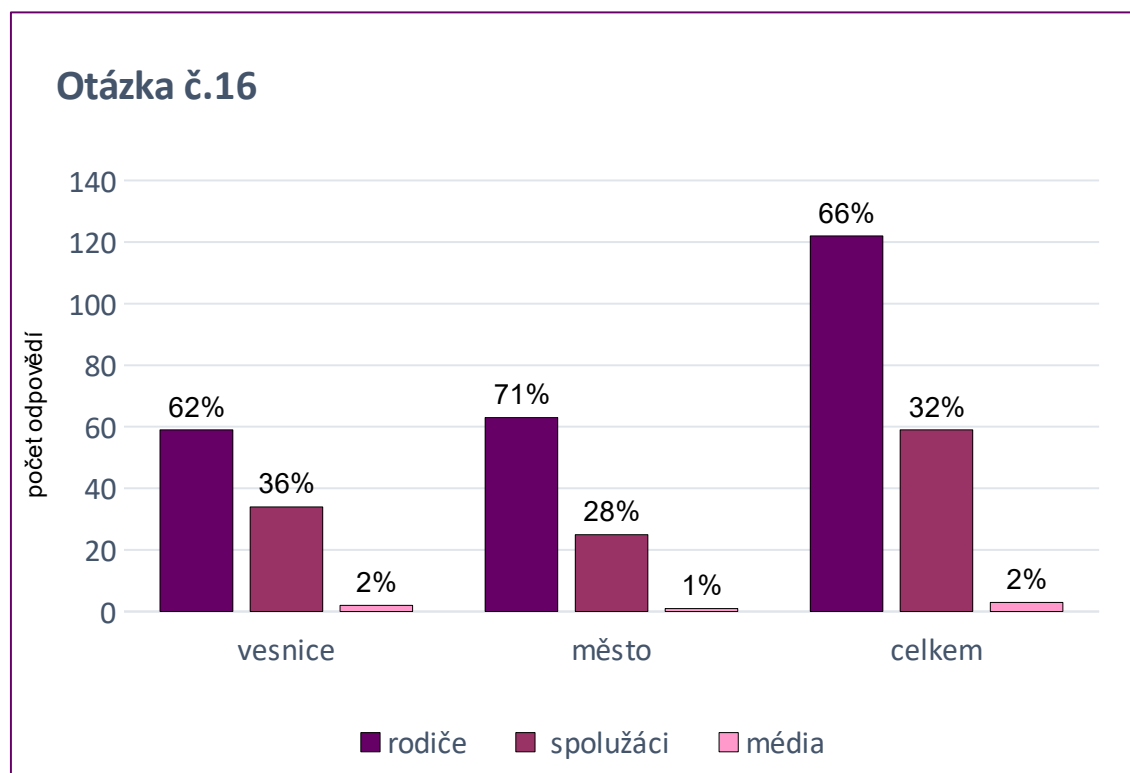
Otázka č. 16: Čí názor na vaše já preferujete?

Tabulka č. 18: Preference názorů

	vesnice	město	celkem
rodiče	59	63	122
spolužáci	34	25	59
rady médií	2	1	3

Zdroj: vlastní

Graf č. 18: Preference názorů



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 184 dotazovaných (89 z města a 95 z venkova). Většina (66%) odpověděla, že upřednostňuje názor rodičů. Dále 33% uvedlo spolužáky a jen 2% preferují rady médií.

Preference městských respondentů získali zejména rodiče (71%). Stejně je tomu i na venkově, ale v počtu 62%. Dále je pro venkovské respondenty důležitý názor spolužáků (36%) a pro městské celkem v 28% odpovědí. Nejmenší podíl tvoří odpověď „poslouchám rady médií“. Jedná se o pouhé 1% ve městě a 2% na venkově.

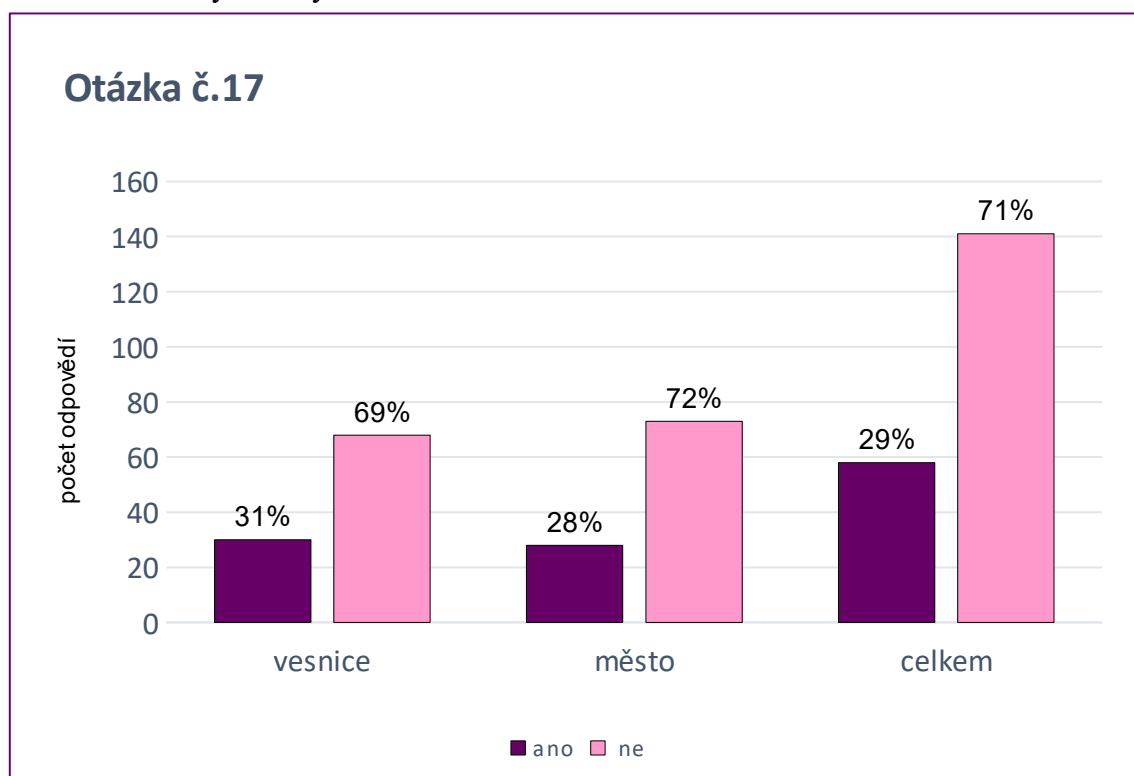
Otázka č. 17: Cítím se často sám

Tabulka č. 19: Pocity samoty

	vesnice	město	celkem
ano	30	28	58
ne	68	73	141

Zdroj: vlastní

Graf č. 19: Pocity samoty



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 199 dotazovaných (101 z města a 98 z venkova). Většina z nich (71%) odpověděla, že se osamocena necítí.

Ve městě odpovědělo kladně 28% respondentů a na venkovských školách tuto odpověď zvolilo 31% žáků.

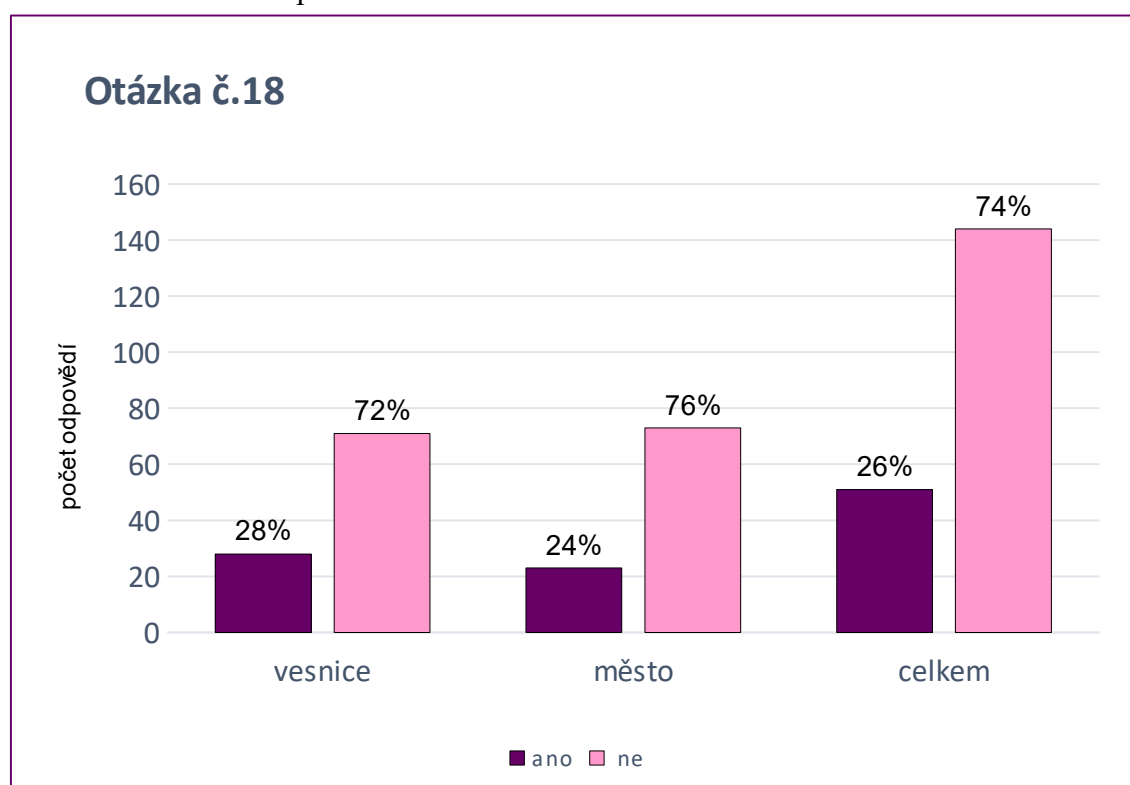
Otázka č. 18: Trápím se

Tabulka č. 20: Strádání respondentů

	vesnice	město	celkem
ano	28	23	51
ne	71	73	144

Zdroj: vlastní

Graf č. 20: Strádání respondentů



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 195 respondentů (96 z města a 99 z venkova). Většina dotázaných (74%) se netrápí.

Venkovští respondenti uvedli, že se netrápí v počtu 72%. Stejně odpovědělo 76% žáků z městských škol.

DISKUZE

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 207 respondentů. Celkem jich 101 bylo z venkova a 106 z města.

Prvním cílem praktické části práce bylo zjistit, jakým způsobem hodnotí dotazovaní svoji postavu.

P1: Domníváme se, že alespoň 50% dotazovaných je se svou postavou spokojeno úplně nebo částečně.

K tomuto předpokladu se vztahovala otázka č.1, kde uvedlo 31% dotazovaných, že jsou se svou postavou spokojeni. Dalších 36% uvedlo, že jsou se svou postavou spíše spokojeni. Odpověď „spíše nespokojeni“ zvolilo celkem 23% respondentů a pouhých 10% je se svou postavou nespokojeno. K předpokladu se vztahuje i otázka č.5. Zde uvedlo 57% respondentů, že by jejich váha neměla být nižší. Tento výsledek podporuje první hypotézu.

První předpoklad se potvrdil.

P2: Domníváme se, že alespoň 50% dotazovaných dodržuje nebo dodržovalo nějakou redukční dietu

Domnívali jsme se tak na základě popularizace trendu hubnutí. Média stále informují veřejnost o nejnovějších dietách, které zaručeně fungují a je třeba je vyzkoušet. Z grafu č.4 je patrné, že zkušenosti s redukčními dietami má 29% respondentů. V současné době ji dodržuje 18% dotazovaných.

Druhý předpoklad se nepotvrdil.

Naším dalším cílem bylo zjistit, jaké je povědomí dotazovaných o možné pomoci pro postižené poruchami příjmu potravy.

P3: Domníváme se, že více než 50% dotazovaných nezná organizace, které pomáhají nemocným s poruchami příjmu potravy.

Důvodem teze byla domněnka, že problémy poruch příjmu potravy jsou spojovány zejména s modelkami. Veřejnost je obeznámena hlavně s následky onemocnění. Informace o prevenci a řešení anorexie nebo bulimie nejsou tak často slyšet. K tomuto předpokladu se vztahuje otázka č.6, kde celých 79% dotázaných uvedlo, že nezná žádné organizace, které se zmíněnou problematikou zabývají.

V otázce č.7 rozpoznalo centra pomoci 65 respondentů, z toho 37% dotázaných označilo Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. Dalších 20% identifikovalo Českou společnost pro duševní zdraví. Je možné, že Českou společnost pro duševní zdraví mohou respondenti znát i v souvislosti s jinou problematikou, než jsou poruchy příjmu potravy. Dotazovaní označili v počtu 14% E-clinic a 12% uvedlo společnosti Stop PPP a Občanské sdružení Anabell. SAPPP zná 5%.

Předpoklad č.3 se potvrdil.

Za cíl bylo stanoveno také zjistit, jaká je hlavní motivace respondentů hubnout.

P4: Domníváme se, že nejčastější motivací pro hubnutí dotazovaných je jejich rodina.

V otázce č.8 jsme se ptali, jestli se dotazovaní setkali s negativním hodnocením jejich postavy. Pokud odpověděli kladně, měli možnost napsat, kdo je tak hodnotil. Zkušenosti mělo 93 respondentů. Z toho 29% uvedlo rodinu, 26% kamarády, 22% okolí, 19% vrstevníky a 4% jejich trenéra. Tato zjištění mluví pro naše tvrzení, protože nejčastěji uváděli rodinu a dále své okolí.

Ptali jsme se žáků, od koho by jim nejvíce vadily poznámky na jejich postavu. Odpověď „nenechám se nikým rozhodit“ zvolilo 44%, dále 29% uvedlo rodinu a 27% vrstevníky. Častěji byla volena možnost „rodina“, což také potvrzuje předpoklad č.4. Zjištění, že 44% by se nenechalo hanlivými poznámkami rozhodit, vnímáme velmi pozitivně.

Dále jsme se ptali, zda porovnávají svou postavu s těmi ve filmech a časopisech. Na otázku odpovědělo negativně 67%. Z toho vyplývá, že média příliš nemotivují respondenty ke kontrole jejich vzhledu.

V otázce č.16 jsme zjišťovali, čí názory na jejich osobu preferují. Nejčastější odpovědí byla opět rodina, a to v 66% případů. Dále uváděli spolužáky (32%) a jen 2% se řídí radami v médiích.

Otázka č.14 je spíše doplňující a vychází z našeho předpokladu. Bylo zjištěno, že v 51% rodin již někdo redukční dietu dodržoval, což je významné zjištění zejména poté, co se potvrdil předpoklad, že největší motivací je pro respondenty právě rodina.

Čtvrtý předpoklad se potvrdil.

Dále jsme si kladli za cíl zjistit, zda se dotazovaní obávají toho, jak by přijalo jejich okolí, kdyby ztloustli.

P5: Domníváme se, že alespoň 50% dotazovaných by se obávalo reakce okolí v případě, že by přibrali na váze.

Na otázku č.9, která se k předpokladu vztahuje, odpovědělo jen 24%, že by se obávalo toho, jak by jejich okolí reagovalo. Dalších 29% by se obávalo jen částečně a 47% nemá žádné obavy.

Tím se pátý předpoklad nepotvrdil.

Jedním z našich cílů bylo také zjistit, jakým způsobem hodnotí dotazovaní vztahy v jejich rodině.

P6: Domníváme se, že 50% dotazovaných hodnotí vztahy v jejich rodině kladně.

Zeptali jsme se přímo, a to otázkou č.11, kde 86% uvedlo, že hodnotí vztahy v rodině jako kladné. V našem předpokladu nás utvrdily i následující otázky č.12 a 13. V první zmíněné uvedlo 87%, že se mohou bez obav svěřit jednomu z rodičů v případě nějakého problému. Dále jsme položili prohlubující otázku, a to, zda je v rodině respondentů kladen důraz na vynikající výsledky. Kladně odpovědělo 49%. Zbýlých 51% uvedlo, že se v jejich rodině na výsledky důraz neklade. Otázky č. 17 a 18 byly pro dokreslení a tedy spíše doplňující. Celkem 29% respondentů uvedlo, že se cítí často samo a 26%, že se trápí.

Šestý předpoklad se potvrdil.

Posledním cílem práce bylo porovnat problematiku poruch příjmu potravy ve městě a na vesnici.

P7: Domníváme se, že ve městech převládá u dotazovaných vyšší kontrola vlastní postavy.

V první otázce uvedlo dohromady 68% městských respondentů, že je se svou postavou spokojeno (27%) či spíše spokojeno (41%). Venkovští žáci uvedli to samé, v počtu 65% (35% bylo spokojeno a 30% spíše spokojeno). Z grafu č.2 vyplývá, že celkem 35% venkovských žáků je se svou postavou zcela nebo částečně nespokojeno (26% spíše nespokojeno a 9% nespokojeno). Stejně odpovědělo celkem 32% žáků z města (21% spíše nespokojeno, 11% nespokojeno).

V otázce č.2 uvedlo shodně 44% městských i venkovských žáků, že by mělo na své postavě něco změnit. Nicméně 41% městských respondentů by na sobě něco měnilo částečně a tuto odpověď zvolilo také 40% venkovských dotazovaných. Pouhých 15% městských a 16% venkovských dotazovaných by na své postavě nic neměnilo. Výsledky této otázky jsou si velmi blízké.

Zkušenosti s redukčními dietami, které jsou pro kontrolu vlastní postavy příznačné, má 33% venkovských a 25% městských respondentů. V tuto chvíli dodržuje 25% městských a 11% venkovských respondentů redukční dietu.

Venkovští respondenti mají větší zkušenosti s redukčními dietami. Dále se oba soubory shodují, že by na své postavě měli něco změnit a městští respondenti jsou se svou postavou ve větší míře spokojenější.

Náš předpoklad se nepotvrdil.

ZÁVĚR

Poruchy příjmu potravy jsou velice rozšířeným zdravotním problémem, který je třeba řešit a předcházet mu. Nemoc má plíživý nástup. Může se tedy stát, že okolí postiženého z počátku vůbec chorobu nezaznamená. Proto je důležité, aby rodiče věděli, jak své děti proti poruchám bránit nebo aby byli alespoň schopni vnímat jejich nástup dřív, než se plně rozvinou. Dále bychom měli informovat pedagogy o těchto chorobách.

Tématem bakalářské práce jsou právě poruchy příjmu potravy. Konkrétně se zabývá anorexií a bulimií. Zkoumá povědomí veřejnosti o této problematice.

Teoretická část mapuje historii chorob. Jsou zde zmíněné obecné poznatky a několik rizikových faktorů, které mohou zapříčinit rozvoj onemocnění. V práci se věnujeme jejich následkům, ale také možné diagnostice a terapii. Zmiňujeme i prevenci, která napomáhá předcházet vzniku těchto problémů.

Praktická část vychází z dotazníkového šetření. Výsledky výzkumu byly zpracovány do grafů. Ty nám pomohly zhodnotit získané informace. Pro účely naší práce jsme si stanovili šest cílů.

Prvním cílem bylo zjistit, jakým způsobem hodnotí dotazovaní svoji postavu. Jeden z našich předpokladů zněl, že se domníváme se, že alespoň 50% dotazovaných je se svou postavou spokojeno úplně nebo částečně. Zmíněný předpoklad se potvrdil, což napovídá tomu, že dotazovaní hodnotí svou postavu kladně. Je trochu zarážející, že v druhé otázce nejčastěji dotazovaní odpovídali, že by na své postavě měli něco změnit. Je ale možné, že si pod touto otázkou nepředstavovali jen svou váhu, ale i jiné tělesné rysy (např. dívky větší prsa apod.). Také jsme se domnívali, že alespoň 50% dotazovaných dodržuje nebo dodržovalo nějakou redukční dietu, což by svědčilo spíše o negativním hodnocení. Nicméně tato hypotéza se nepotvrdila a z toho plyne, že dotazovaní hodnotí svou postavu kladně.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké je povědomí dotazovaných o možné pomoci pro postižené poruchami příjmu potravy. Domnívali jsme se, že více než 50% dotazovaných nezná organizace, které pomáhají nemocným s poruchami příjmu potravy a tento předpoklad se potvrdil. Nejčastěji uváděli, že znají Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy (37%). Ve výsledku se však jednalo pouze o 24 respondentů. Informovanost

dotazovaných o dané problematice je nízká. Proto byl vytvořen informační leták, kde nalezneme kontakty na některé centra pomoci.

Třetím cílem bylo zjistit, jaká je u dotazovaných hlavní motivace hubnout. Domnívali jsme se, že nejčastější motivací pro hubnutí je jejich rodina a to se nám také potvrdilo.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda se dotazovaní obávají toho, jak by přijalo jejich okolí, kdyby ztloustli. Zajímalo nás strach z tloušťky, protože tento pocit jde ruku v ruce s mentální anorexií a bulimií. Pro tyto účely byl stanoven předpoklad, kde jsme se domnívali, že alespoň 50% dotazovaných by se obávalo reakce okolí v případě, že by přibrali na váze. Předpoklad se nepotvrdil. Dotazovaní se reakcí bojí spíše částečně a nebo vůbec.

Naším pátým cílem bylo zjistit, jakým způsobem hodnotí dotazovaní vztahy v jejich rodině. Byl stanoven předpoklad, ve kterém jsme se domnívali, že 50% dotazovaných hodnotí vztahy v jejich rodině kladně, což se nám i potvrdilo.

Jako poslední cíl jsme si stanovili porovnat problematiku poruch příjmu potravy ve městě a na vesnici. Mysleli jsme si, že ve městech převládá u dotazovaných vyšší kontrola vlastní postavy. To se nám k našemu překvapení nepotvrdilo. Na venkově mají dotazovaní o trochu více zkušeností s redukčními dietami. Městští žáci se také cítí být více se svou postavou spokojeni, než ti venkovští. Shodují se však, že by na své postavě měli něco změnit, a to v počtu 44% respondentů. Znalost organizací, které pomáhají nemocným s poruchami příjmu potravy je horší ve městě, kde nějakou zná jen 14%. Na venkově 28%. Nejznámější je na venkově Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, které identifikovalo 16 respondentů. Ve městě je na prvním místě Česká společnost pro duševní zdraví, kterou uvedlo 10 dotázaných. Oba soubory jsou nejvíce ovlivňovány rodinou. Výjimku tvoří desátá otázka, kde venkovští udávají ve větší míře, že by se obávali reakce vrstevníků na jejich případné tloušťnutí více než rodiny. Městští se více obávají reakce okolí na případné tloušťnutí, nicméně odpověď *částečně* uvedlo více venkovských žáků (31%). Situaci v rodině hodnotí kladněji městští respondenti. Ve větší míře uvedli, že jsou vztahy v jejich rodině dobré a mohou se rodičům svěřovat bez obav se svými problémy. Venkovští vykazují vyšší procento rodin, kde je kladen důraz na vynikající výsledky. Celkově se ale oba soubory ve výsledcích radikálně neliší.

LITERATURA A PRAMENY

1. **BRÖHM, Patricia.** *Jsem já ze všech nejkrásnější?*. Ilustroval Jiří SLÍVA, přeložil Jana VÁŇOVÁ. Praha: Amulet, 1999. Alfabet. ISBN 80-86299-17-1.
2. **ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA.** *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
3. **HALL, Lindsey a Leigh COHN.** *Rozlučte se s bulimií.* Brno: ERA Group, 2003. Psychoporadna. ISBN 80-86517-60-8.
4. **KOCOURKOVÁ, Jana, Jiří KOUTEK a Jan LEBL.** *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání.* Praha: Galén, c1997. Folia practica. ISBN 8085824515.
5. **KRCH, František David.** *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie.* Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 8071696277.
6. **KRCH, František David.** *Mentální anorexie.* Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
7. **KRCH, František David.** *Poruchy příjmu potravy.* 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 802470840x.
8. **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. HSU LK. *Epidemiology of eating disorders.* *Psychiat Clin North Amer.* 2004; 19: 681 – 700
9. **MIDDLETON, Kate.** *Eating disorders: the path to recovery.* Oxford: Lion, 2007. ISBN 074595278x.
10. **MIEBNER, Wolfgang.** *Perfektní domácí trénink.* Praha: Grada, 2009. Jak dokonale zvládnout. ISBN 978-80-247-2591-8.
11. **NOVÁK, Michal.** *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy.* Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
12. **PAPEŽOVÁ, Hana.** *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie).* Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-32-8.

13. **PAPEŽOVÁ, Hana.** *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie).* Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6.
14. **PAPEŽOVÁ, Hana, ed.** *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup.* Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
15. **PAPEŽOVÁ, Hana.** *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
16. **POLANSKÁ, Michaela, Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jarmila ŠVÉDOVÁ a Iva FARKAČOVÁ.** *Prevence relapsu poruchy příjmu potravy.* O.s. Anabell, 2007, 1-8.
17. **SVAČINA, Štěpán.** *Poruchy metabolismu a výživy.* Praha: Galén, c2010. ISBN 978-80-7262-676-2.
18. *Infopoint.anabell* [online]. Brno: Anabell, c2016 [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://infopoint.anabell.cz/>
19. *Metody urcovani optimalni telesne hmotnosti. epidemieobezity.upol.cz* [online]. [cit. 2017-02-11]. Dostupné z: <http://epidemieobezity.upol.cz/index.php/verejnost/>
20. *Poruchy-prijmu-potravy. prevence-praha.cz* [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/index.php/poruchy-prijmu-potravy?start=4>
21. *Prevence. ostrovzl.cz* [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://www.ostrovzl.cz/prevence/>
22. *Rozdeleni. anorexie.ordinace.biz* [online]. [cit. 2017-02-11]. Dostupné z: <http://anorexie.ordinace.biz/rozdeleni.php>

SEZNAM ZKRATEK

- MKN-10..... 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí
- DSM..... diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
- BMI..... body mass index
- MAO..... monoaminoxydáza

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Věk respondentů

Tabulka č. 2: Míra spokojenosti s postavou

Tabulka č. 3: Změna postavy

Tabulka č. 4: Zkušenosti s redukčními dietami

Tabulka č. 5: Dodržování redukčních diet v nynější době

Tabulka č. 6: Náhled respondentů na jejich váhu

Tabulka č. 7: Znalost organizací proti poruchám příjmu potravy

Tabulka č. 8: Znalost některých organizací proti poruchám příjmu potravy

Tabulka č. 9: Zkušenosti s negativním hodnocením postavy

Tabulka č. 10: Uvedení hodnotící

Tabulka č. 11: Obavy z reakce na případné tloustnutí

Tabulka č. 12: Obavy respondentů z reakcí od jednotlivých skupin

Tabulka č. 13: Posouzení vztahů v rodině

Tabulka č. 14: Důvěra respondentů k rodičům

Tabulka č. 15: Důraz na perfekcionismus v rodině

Tabulka č. 16: Četnost výskytu redukčních diet v rodině

Tabulka č. 17: Porovnávání se známými osobnostmi

Tabulka č. 18: Preferenze názorů

Tabulka č. 19: Pocity samoty

Tabulka č. 20: Strádání respondentů

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1: návratnost dotazníků
- Graf č. 2: míra spokojenosti s postavou
- Graf č. 3: změna postavy
- Graf č. 4: zkušenosti s redukčními dietami
- Graf č. 5: dodržování redukčních diet v nynější době
- Graf č. 6: náhled respondentů na jejich váhu
- Graf č. 7: znalost organizací proti poruchám příjmu potravy
- Graf č. 8: znalost některých organizací proti poruchám příjmu potravy
- Graf č. 9: zkušenosti s negativním hodnocením postavy
- Graf č. 10: uvedení hodnotící
- Graf č. 11: obavy z reakce na případné tloustnutí
- Graf č. 12: obavy respondentů z reakcí
- Graf č. 13: posouzení vztahů v rodině
- Graf č. 14: důvěra respondentů k rodičům
- Graf č. 15: důraz na perfekcionismus v rodině
- Graf č. 16: četnost výskytu redukčních diet v rodině
- Graf č. 17: porovnávání se známými osobnostmi
- Graf č. 18: preference názorů
- Graf č. 19: pocity samoty
- Graf č. 20: strádání respondentů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Jídelní záznam

Příloha č. 3: Jídelní plán

Příloha č. 4: Body mass index

Příloha č. 5: Měření kaliperem

Příloha č. 6: Procenta tělesného tuku

Příloha č. 7: Test bulimických postojů a chování

Příloha č. 8: Leták

Příloha č. 9: První souhlas s dotazníkovým šetřením

Příloha č. 10: Druhý souhlas s dotazníkovým šetřením

Příloha č. 11: Třetí souhlas s dotazníkovým šetřením

Příloha č. 12: Čtvrtý souhlas s dotazníkovým šetřením

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

- Pohlaví
 - dívka
 - chlapec
- věk.....
- škola.....
- třída.....

- Otázka č. 1 – Se svojí postavou jste:
 - Spokojeni
 - Spíše spokojeni
 - Spíše nespokojeni
 - Nespokojeni

- Otázka č. 2 – Domníváte se, že byste na své postavě měli něco změnit?
 - Ano
 - Částečně
 - Ne

- Otázka č. 3 – Pokoušeli jste se někdy ze své iniciativy formovat postavu pomocí nějaké redukční diety?
 - Ano
 - Ne

- Otázka č. 4 – Dodržujete právě v tuto chvíli nějakou redukční dietu?
 - Ano
 - Ne

- Otázka č. 5 – Domníváte se, že byste měli vážit méně než vážíte?
 - Ano
 - Ne

- Otázka č. 6 – Znáte nějakou organizaci, zabývající se pomocí lidem s poruchami příjmu potravy?
 - Ano
 - Ne

- Otázka č. 7 – Znáte některou z těchto institucí? (pokud ano, zaškrtněte je)
 - Stop PPP
 - Občanské sdružení Anabell
 - SAPPP
 - Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy
 - E-clinic
 - Česká společnost pro duševní zdraví

- Otázka č. 8 – Setkali jste se někdy ve svém okolí s názorem, který negativně hodnotil vaši postavu?
 - Ano
 - Ne
 - Pokud ano, kdo hodnotil?
- Otázka č. 9 – Obávali byste se reakce ze svého okolí v případě, že byste někdy přibrali na váze?
 - Ano
 - Částečně
 - Ne
- Otázka č. 10 – Více by mi vadily poznámky na mou postavu od:
 - vrstevníků
 - členů rodiny
 - nenechám se nikým rozhodit
- Otázka č. 11 – Myslíte si, že vztahy ve vaší rodině jsou dobré?
 - Ano
 - Ne
- Otázka č. 12 – Pokud máte nějaký problém, můžete se bez obav svěřit jednomu z rodičů?
 - Ano
 - Ne
- Otázka č. 13 – Domníváte se, že je ve vaší rodině kladen důraz na vynikající výsledky?
 - Ano
 - Ne
- Otázka č. 14 – Dodržoval někdo z vaší rodiny redukční dietu?
 - Ano
 - Ne
- Otázka č. 15 – Porovnáváte svoji postavu s postavami ve filmech nebo časopisech?
 - Ano
 - Ne
- Otázka č. 16 – Čí názor na vaše já preferujete?
 - rodičů
 - spolužáků
 - poslouchám rady médií

- Otázka č. 17 – Cítím se často sám
 - Ano
 - Ne

- Otázka č. 18 – Trápím se
 - Ano
 - Ne

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2: Jídelní záznam

Čas	Druh jídla, nápoje	Místo	Pocit	Z/P	Okolnosti a poznámky
06:45	černá káva	kuchyně			Bolí mě hlava, cítím se nafouklá, beztvářá, už nesmím víc jíst.
10:20	tyčinka Deli	práce	*		
12:00	minerálka	práce			
12:30	jedno sousto tyčinky Deli, minerálka	práce			Dnes se nesmím přejíst.
13:30	dvě sousta tyčinek Deli, dietní kola	práce			Mám chuť na sladké.
14:00	zbytek tyčinky Deli, dvě tyčinky Müsli, dietní kola	práce	*		Jsem unavená, myslím na to, že se doma přejím.
14:30	dvě dražé žvýkačky, minerálka	práce			
15:30	dvě dražé žvýkačky	práce			
17:15	dvě jablka	po cestě			Mám hrozný hlad.
17:45	350 ml jogurtu, rajče, trochu salátu	kuchyně			Nesmím víc jíst.
18:00	minerálka (0,75 l)	kuchyně			Zaplním si žaludek vodou.
18:30	250 g tvarohu	kuchyně	*	Z	Selhala jsem.
18:45	tyčinka Deli, dvě koblihy, pšt chlebů se sýrem, dva rohlík, salám, 100 g tvarohové čokoládové pěny, jeden polárkový dort	kuchyně		Z	Cítíla jsem se provinile, pak jsem si řekla, že už je to stejně jedno a cpala se vším, co bylo doma. Jsem sebou znechucená, bolí mě břicho. Petr mě už nikdy nesmí nechat doma samotnou.
21:00	pět jablek	v posteli	*		Už je to jedno.
22:00	sklenice vody	kuchyně			

Zdroj: KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 8024705273.

Příloha č. 3: Jídelní plán

Plán

7:30-8:00	snídaně
10:00	svačina
12:30-13:30	oběd (grilované kuře, s kamarádkou v restauraci)
15:30-16:30	svačina (ovoce nestačí!)
19:00-20:00	večeře (dva plátky vepřové šunky – koupí matka)

Z jídelních záznamů

7.45 kuchyně, u jídelního stolu

pomerančový džus – 1 dcl

miska müsli

jeden krajíček slunečnicového chleba s máslem a marmeládou

hrnek čaje

10.15 chodba ve škole

banán

12:45 u stolu v bufetu

¼ grilovaného kuřete (plán)

jeden krajíc chleba

jedna sklenice vody

Měla jsem strach. Bez kamarádky bych tam možná ani nedošla. Kuře bylo hrozně tučné, ale řekla jsem si, že sním i kůžičku. Byla dobrá, ale stále cítím tu vůni a je mi špatně. Musím zpátky do školy, nebudu zvracet.

17:00 s Jirkou, v parku na trávě

ovocný koláč (plán)

Myslela jsem, že už nebudu svačit. Stále jsem si vyčítala to kuře. Musela jsem si zopakovat, že jsem si ho naplánovala. Vydržela jsem to. Jsem dobá, jsem dobrá! Nakonec jsem ráda, že mi Jirka

přinesl koláč.

20:00 doma v jídelně u stolu s matkou

jeden krajíc chleba se sýrem

jeden krajíc chleba se šunkou (plán)

dvě rajčata

Po té události s kuřetem mi šunka tolik nevadila. Už jsem měla drůbeží šunku – ten rozdíl není velký. Mám dobrý pocit, že jsou vidět nějaké výsledky.

21:00 v kuchyni u stolu

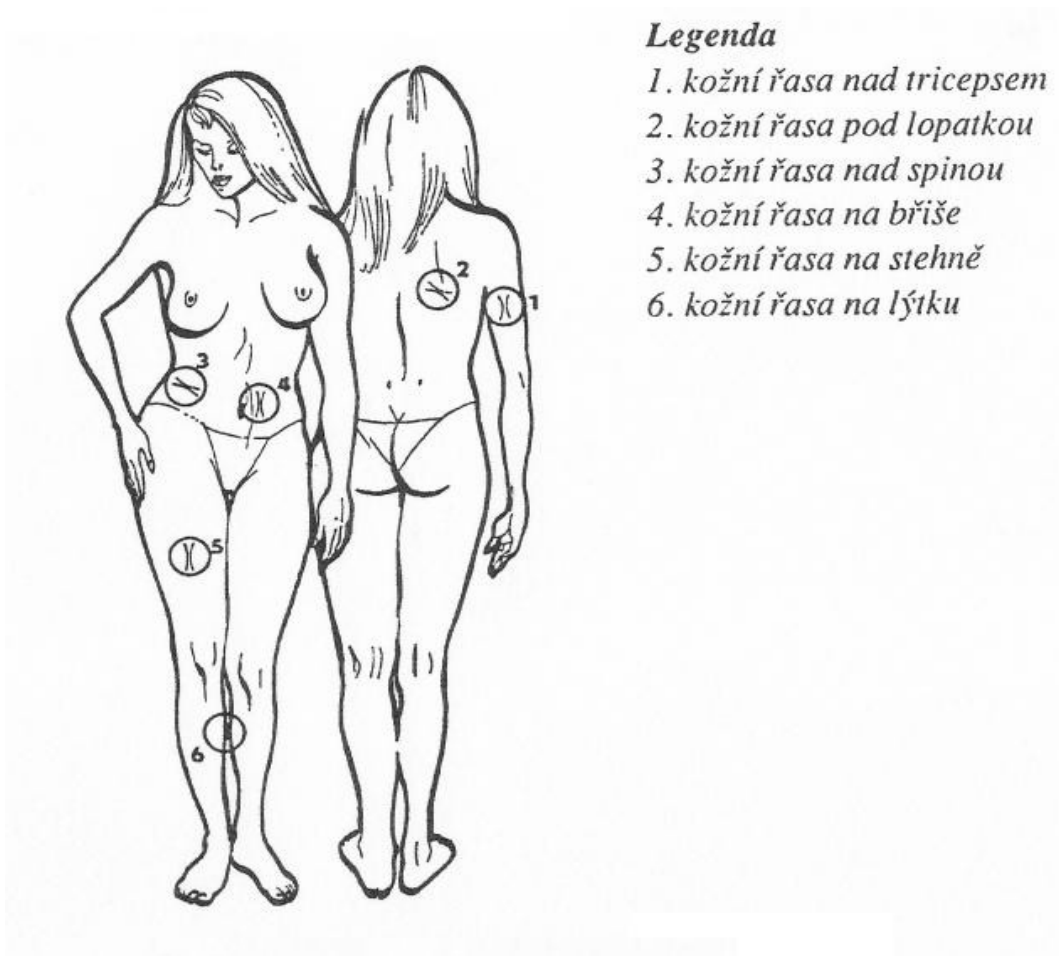
jedno jablko

sklenice kokakoly

Dělám si plán na zítra. Dnes to většinou vyšlo. Nezvracela jsem. Nesmím si ošklivit žádné jídlo, které si naplánuji.

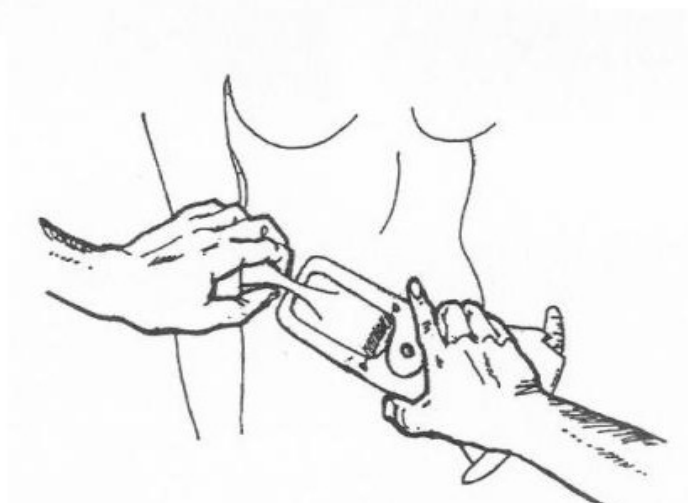
Zdroj: KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 8024705273.

Příloha č. 5: Měření kaliperem



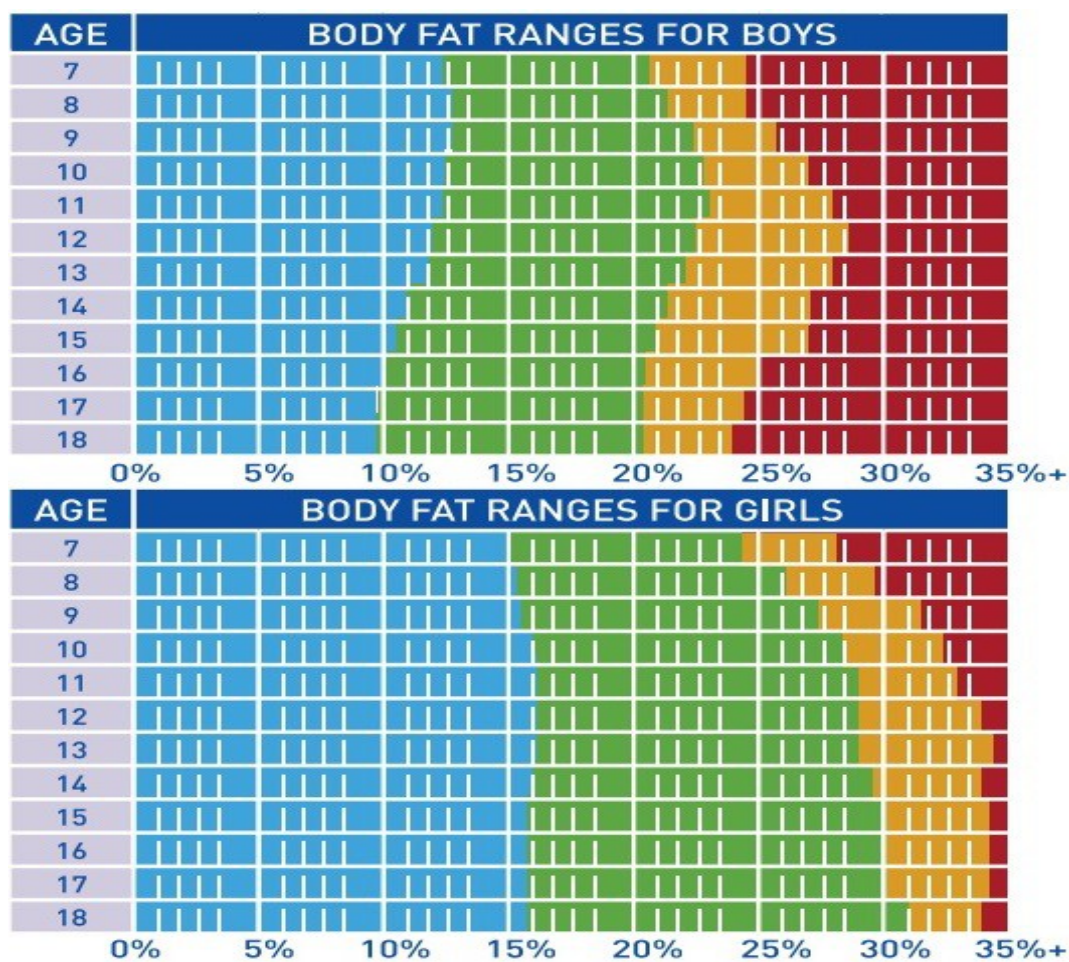
Legenda

1. kožní řasa nad tricipsem
2. kožní řasa pod lopatkou
3. kožní řasa nad spinou
4. kožní řasa na břicho
5. kožní řasa na stehně
6. kožní řasa na lýtku



Zdroj: <http://www.kaliper.cz/provedeni.html>

Příloha č. 6: Procenta tělesného tuku



Zdroj: <https://www.tanita-eshop.cz/zakladni-pojmy>

podvýživa	
norma	
nadváha	
obezita	

Zdroj: vlastní

Příloha č. 7: Test bulimických postojů a chování

1	Máte pravidelný jídelní režim?	Ano = 0, ne = 1
2	Držíte přísné diety?	Ano = 1, ne = 0
3	Cítíte selhání, i když jednou porušíte dietu?	Ano = 1, ne = 0
4	Počítáte kalorie u všeho, co sníte, i když dietu nedržíte?	Ano = 1, ne = 0
5	Držíte někdy hladovku celý den?	Ano = 1, ne = 0
6	Jak často držíte hladovky?	Jedinkrát = 1, občas = 2, 1x týdně = 3, 2-3x týdně = 4, obden = 5
7	Používáte někdy následující způsoby k redukci váhy? (Odpovězte odděleně na jednotlivé otázky a pak body sečtěte.) Berete léky na hubnutí? Berete diuretika? (léky na odvodnění organismu) Berete projímadla? Vyvoláváte zvracení?	Nikdy = 0, příležitostně = 2, 1x týdně = 3, 2-3x týdně = 4, denně = 5, 2-3x denně = 6, 5 a vícekrát denně = 7
8	Překáží vám pravidelný jídelní režim v životě?	Ano = 1, ne = 0
9	Řekla byste, že jídlo dominuje ve vašem životě?	Ano = 1, ne = 0
10	Jíte někdy tak dlouho, až vás přeruší fyzické obtíže?	Ano = 1, ne = 0
11	Jsou doby, kdy myslíte jen na jídlo?	Ano = 1, ne = 0
12	Jíte rozumně před ostatními a doháníte to v soukromí?	Ano = 1, ne = 0
13	Můžete vždy, když chcete, s jídlem přestat?	Ano = 0, ne = 1
14	Znáte ovládavou touhu jíst a jíst a jíst?	Ano = 1, ne = 0
15	Jíte hodně, když jste úzkostná?	Ano = 1, ne = 0
16	Děsíte se představ, že ztloustnete?	Ano = 1, ne = 0
17	Jíte někdy velké množství potravy mimo normální jídlo?	Ano = 1, ne = 0
18	Stdíte se za své jídelní návyky?	Ano = 1, ne = 0
19	Znepokojuje vás, že nemáte kontrolu nad tím, kolik jíte?	Ano = 1, ne = 0
20	Hledáte v jídle útěchu?	Ano = 1, ne = 0
21	Jste schopná na konci jídla nechat ještě nějaké jídlo na talíři?	Ano = 0, ne = 1
22	Jsou ostatní lidé zklamáni tím, kolik jíte?	Ano = 1, ne = 0
23	Řídí se množství jídla, které jíte, podle pocitu hladu?	Ano = 0, ne = 1
24	Přejídáte se někdy velkým množstvím jídla?	Ano = 1, ne = 0
25	Jestliže ano, cítíte se potom mizerně?	Ano = 1, ne = 0
26	Přejídáte se pouze, když jste sama?	Ano = 1, ne = 0
27	Když se přejídáte, jak je to často?	Zřídka = 1, 1x měsíčně = 2, 1x týdně = 3, 2-3x týdně = 4, denně = 5, 2-3x denně = 6
28	Jste schopna ujít velké vzdálenosti při touze po přejedení?	Ano = 1, ne = 0
29	Cítíte se provinile, když se přejídáte?	Ano = 1, ne = 0
30	Jíte někdy v tajnosti?	Ano = 1, ne = 0
31	Považujete své jídelní návyky za normální?	Ano = 0, ne = 1
32	Považujete se za kompulzivního jedlíka?	Ano = 1, ne = 0
33	Kolísá vaše váha více než 2,3 kg z týden?	Ano = 1, ne = 0
5 a více bodů – V současnosti máte pravděpodobně poruchu příjmu potravy.		
15 a více bodů – Máte myšlenky a postoje spojené s poruchami příjmu potravy, které vás stresují.		
Součet bodů z otázek 6,7 a 27 ukazuje na závažnost onemocnění.		

Zdroj: PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.



Zajímej se:

Občanské sdružení Anabell
Bratislavská 183/2, 602 00 Brno- střed
telefon: 542 210 285

SAPPP
Ke Karlovu 11, 121 08 Praha 2
telefon: 224 965 344

STOP PPP
Komenského 4, 344 01 Domažlice
telefon: 720 575 011

E-clinic
Kouřimská 2350/3, 130 00 Praha 3
e-mail: info@ecinstitut.cz

Česká společnost pro duševní zdraví
Zvonařova 6, 130 00 Praha 6
telefon: 723 569 523

Zdroj: vlastní

Příloha č.9: První souhlas s dotazníkovým šetřením

V Plzni dne

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření

Dovoluji si Vás požádat o povolení uskutečnit ve Vašem zařízení dotazníkové šetření v rámci mé bakalářské práce na téma:

„Za štihlostí až k smrti - problematika poruch příjmu potravy“.

Téma práce bylo schváleno ředitelstvem naší školy. Vedoucím bakalářské práce je MUDr Lenka Luhanová, se kterou mám dotazník prokonzultovaný a schválený.

Jedná se o krátký dotazník určený žákům základní školy (18 otázek). Domnívám se, že jeho vyplnění zabere pouze 10 – 15 minut a je anonymní.

Děkuji Vám za pomoc a těším se na spolupráci.

S pozdravem,

Lucie Menčíková
ZČU, fakulta zdravotnických studií

Zástupce školy:

Základní škola Chrást,
okres Plzeň-město, příspěvková organizace
náměstí Lepší 26, 310 03 Chrást ☎
tel.: 377 945 205, IČO: 70986916

Zdroj: vlastní

Příloha č.10: Druhý souhlas s dotazníkovým šetřením

V Plzni dne 13.3.2017

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření

Dovoluji si Vás požádat o povolení uskutečnit ve Vašem zařízení dotazníkové šetření v rámci mé bakalářské práce na téma:

„Za štihlostí až k smrti - problematika poruch příjmu potravy“.

Téma práce bylo schváleno ředitelstvem naší školy. Vedoucím bakalářské práce je MUDr Lenka Luhanová, se kterou mám dotazník prokonzultovaný a schválený.

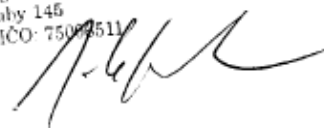
Jedná se o krátký dotazník určený žákům základní školy (18 otázek). Domnívám se, že jeho vyplnění zabere pouze 10 – 15 minut a je anonymní.

Děkuji Vám za pomoc a těším se na spolupráci.

S pozdravem,

Lucie Menčíková
ZČU, fakulta zdravotnických studií

Základní škola a Zástupce školy:
Mateřská škola Vseruby,
příspěvková organizace
330 16 Vseruby 145
tel./fax: 377915001, IČO: 75092511



Zdroj: vlastní

Příloha č.11: Třetí souhlas s dotazníkovým šetřením

V Plzni dne 23. 2. 2017

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření

Dovoluji si Vás požádat o povolení uskutečnit ve Vašem zařízení dotazníkové šetření v rámci mé bakalářské práce na téma:

„Za štíhlostí až k smrti - problematika poruch příjmu potravy“.

Téma práce bylo schváleno ředitelstvem naší školy. Vedoucím bakalářské práce je MUDr Lenka Luhanová, se kterou mám dotazník prokonzultovaný a schválený.

Jedná se o krátký dotazník určený žákům základní školy (18 otázek). Domnívám se, že jeho vyplnění zabere pouze 10 – 15 minut a je anonymní.

Děkuji Vám za pomoc a těším se na spolupráci.

S pozdravem,

Lucie Menčíková
ZČU, fakulta zdravotnických studií

Zástupce školy:

Mgr. Alena Menčíková
11. Základní škola
Plzeň, Bazarova 41
příspěvková organizace
301 00 PLZEŇ ©
tel. 378 028 601, fax 378 028 613

Zdroj: vlastní

Příloha č.12: Čtvrtý souhlas s dotazníkovým šetřením

V Plzni dne 13. 5. 2017

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření

Dovoluji si Vás požádat o povolení uskutečnit ve Vašem zařízení dotazníkové šetření v rámci mé bakalářské práce na téma:

„Za štíhlostí až k smrti - problematika poruch příjmu potravy“.

Téma práce bylo schváleno ředitelstvem naší školy. Vedoucím bakalářské práce je MUDr Lenka Luhanová, se kterou mám dotazník prokonzultovaný a schválený.

Jedná se o krátký dotazník určený žákům základní školy (18 otázek). Domnívám se, že jeho vyplnění zabere pouze 10 – 15 minut a je anonymní.

Děkuji Vám za pomoc a těším se na spolupráci.

S pozdravem,

Lucie Menčíková
ZČU, fakulta zdravotnických studií

Zástupce školy:
ZÁKLADNÍ ŠKOLA MÝTO,
okres Rokycany,
příspěvková organizace
Plzeňská 226, 388 05 Mýto
IČO 606 10 486 tel. 371 756 369

Zdroj: vlastní