

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2011 – 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kateřina Macháčková

Poruchy příjmu potravy.

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Tereza Vacínová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER PART TIME STUDIES

2011 – 2013

DIPLOMA THESIS

Kateřina Macháčková

Eating disorders.

Prague 2013

The Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Tereza Vacínová, Ph.D.

Motto: „*Necht' je lék potravou a potrava lékem.*“

Hippokrates

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Rakovníku dne 11. 3. 2013

Jméno autorky: Kateřina Macháčková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Tereze Vacínové, Ph.D. za odborné vedení práce, za pomoc a cenné rady při zpracování této práce. Dále děkuji rodině za podporu a trpělivost.

Anotace

Diplomová práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Zkoumá vliv poruch příjmu potravy na člověka, a také toho, do jaké míry tato zkušenost může ovlivnit a formovat další vývoj. Teoretická část obsahuje popis anatomie a fyziologie trávicího systému. Další kapitoly pojednávají o poruchách příjmu potravy včetně etiologie a somatických komplikací. Velká pozornost je věnována prevenci a léčbě nemocných. Práce nabízí i stručné seznámení se specializovanými pracovišti v České republice a také reflexi tohoto problému v médiích. Záměrem práce je zmapovat škodlivé faktory a posoudit, zda-li je možné se jich v současné společnosti vyvarovat. Teoretické poznatky jsou ověřeny v dotazníkovém výzkumu.

Klíčové pojmy

Diplomové práce, dotazníkové šetření, etiologie, mentální anorexie, mentální bulimie, léčba, poruchy příjmu potravy, prevence, příjem energie, somatické komplikace, trávicí soustava, záchvatovité přejídání.

Annotation

The diploma thesis focuses on the issue of eating disorders. The diploma thesis is divided into theoretical and practical section. It investigates the influence of the food intake disorders on human beings, as well as the extent in which this experience can affect and form their next evolution. The theoretical part contains the description of the anatomy and physiology of the digestive system. The further chapters deal with food intake disorders, including their etiology and somatic complications. The great attention was taken to the prophylaxis and treatment of patients. The thesis also offers a short outline of the specialized departments in the Czech Republic together with the reflection of this problem in the mass media. The aim of this thesis is to make a survey of the harmful factors and to consider whether it can be possible to avoid them in the contemporary society. The theoretical knowledge is verified by a questionnaire examination..

Key words

Anorexia nervosa, binge eating disorder, bulimia nervosa, digestive system, diploma thesis, eating disorders, energy intake, etiology, prophylaxis, somatic complications, treatment.

OBSAH

ÚVOD	12
1 PŘÍJEM POTRAVY U ČLOVĚKA	14
1.1 Význam příjmu potravy	14
1.2 Trávicí soustava	16
1.2.1 Dutina ústní (cavitas oris)	17
1.2.2 Zuby (dentes)	18
1.2.3 Jazyk (lingua)	18
1.2.4 Slinné žlázy (glandulae oris)	19
1.2.5 Hltan (pharynx)	20
1.2.6 Jícen (oesophagus)	20
1.2.7 Žaludek (ventriculus)	20
1.2.8 Tenké střevo (intestinum tenue)	22
1.2.9 Tlusté střevo (intestinum crassum)	22
1.2.10 Slinivka břišní (pancreas)	22
1.2.11 Játra (hepar)	23
1.2.12 Konečník (rectum)	23
1.3 Fyziologické trávení	25
2 NORMÁLNÍ PŘÍJEM POTRAVY	27
2.1 Příjem energie	27
2.2 Výdej energie	29
2.3 Příjem vs. výdej energie v potravě	30
2.4 Normální tělesná hmotnost	31

3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	34
3.1 Druhy poruch	35
3.1.1 Definice mentální anorexie	36
3.1.2 Definice mentální bulimie	40
3.2 Jiné nespecifikované poruchy příjmu potravy	45
3.2.1 Syndrom nočního přejídání	45
3.2.2 Záchvatovité přejídání	46
3.2.3 Orthorexie	46
3.2.4 Bigorexie	48
3.2.5 Drunkorexie	49
3.3 Historie poruch příjmu potravy	49
3.3.1 Historie mentální anorexie	50
3.3.2 Historie mentální bulimie	52
3.4 Kauzistika	53
3.4.1 Mentální anorexie	53
3.4.2 Mentální bulimie	54
4 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	56
4.1 Biologické faktory	56
4.2 Psychologické faktory	58
4.2.1 Deprese	58
4.2.2 Strach a úzkost	59
4.3 Sociokulturní faktory	59
4.3.1 Rodina	60
4.3.2 Dieta	62

5 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	64
5.1 Primární prevence	64
5.2 Sekundární prevence	65
5.3 Terciální prevence	65
5.4 Preventivní programy	66
6 SOMATICKÉ KOMPLIKACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	68
6.1 Kardiovaskulární komplikace	69
6.2 Renální (ledvinové) komplikace	70
6.3 Gastrointestinální (žaludečně – střevní) komplikace	70
6.4 Kosterní komplikace	71
6.5 Endokrinní komplikace	72
6.5.1 Menstruace	72
6.5.2 Plodnost	73
6.5.3 Těhotenství	74
6.6 Hematologické komplikace	75
6.7 Neurologické komplikace	75
6.8 Metabolické komplikace	75
6.9 Dermatologické komplikace	76
7 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	77
7.1 Osvěta a informace	78
7.2 Psychoterapie	78
7.3 Nutriční terapie	81
7.4 Hospitalizace	81
7.5 Denní stacionář	82

7.6 Ambulantní lékařská péče	83
7.7 Svépomoc, řízená pomoc a psychoedukace	83
8 SPECIALIZOVANÁ PRACOVISTĚ V ČR PRO LÉČBU	85
8.1 Anabell.....	85
8.2 Projekt Podpora profesionální prevence	86
8.3 Projekt V.I.P. E-learning	87
8.4 Stop PPP, o. s.	87
8.5 Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN Motol	87
8.6 Dejvické psychoterapeutické centrum	88
8.7 Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN	88
9 REFLEXE V MÉDIÍCH	89
10 POPIS VÝZKUMU	92
10.1 Cíl, zkoumané problémy a hypotézy výzkumu	92
10.2 Použité metody, techniky a postupy	94
10.3 Harmonogram postupu	95
10.4 Charakteristika souboru	95
10.5 Interpretace dat	97
10.6 Dílčí závěry	132
10.7 Formulace doporučení	134
ZÁVĚR	136
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	138
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	143
SEZNAM PŘÍLOH	147

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou dlouhodobě velice závažnou problematikou. Světová zdravotnická organizace (WHO) je v roce 1987 zahrnula do svého programu, neboť jsou jedním z hlavních problémů společnosti. Populace o nich příliš nemluví a má o nich i zkreslené představy. Mnozí se domnívají, že se jedná o rodinnou problematiku, která má zůstat před ostatními skryta. Má představovat určité soukromí, a jakákoliv záležitost s ní spojená, která je řešena na veřejnosti, je pouhým vniknutím do soukromí jiných. Tyto předsudky poruchy příjmu potravy ještě více prohlubují.

V současné společnosti se hovoří o postihu 8 milionů obyvatel. Česká republika vykazuje výskyt onemocnění u každé dvacáté ženy nebo dívky. Ale ani mužské části se toto onemocnění nevyhýbá. V laickém pohledu bývá přisuzováno modelkám, které se v časopisech prezentují svou vyhublostí. Pro některé představují symbol krásy a úspěchu. Toto smýšlení postupem let vybudovaly hromadné sdělovací prostředky, které prezentovaly vyhublé modelky, a tím nepřímou ovlivňovaly lidské smýšlení o nadváze, odmítaly ji, tvrdě kritizovaly, a osoby jí trpící odsuzovaly. Tím se do podvědomí většiny populace dostala vyhublá těla, která vyjadřují smyslnost, krásu a ideál. Tento módní trend byl důsledkem snahy mnoha lidí k pokusům o snížení tělesné hmotnosti. Pod nátlakem společnosti se lidé začali uchýlovat k redukčním dietám a odmítání potravy, jen aby si snížili svou tělesnou hmotnost, a přiblížili se tím ideálu krásy, který je synonymem nejen krásy, ale i úspěšnosti. Tím pak získávali respekt okolí. Tento trend stále přetrvává, pouze se mění nahlížení na něj a vnímání i možných rizik. V procesu snižování tělesné hmotnosti často lidé nevnímají varovné signály svého těla, a neuvědomují si ani možná rizika.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části je čerpáno z literárních pramenů. V první kapitole teoretické části je popsán příjem potravy u člověka, význam trávicí soustavy a fyziologické trávení. Druhá kapitola pojednává o vlivu příjmu a výdeji energie, třetí kapitola o poruchách příjmu potravy, jejich druzích, definicích a popisem včetně uvedených převzatých skutečných případů. Následující kapitola je zaměřena na etiologii poruch příjmu potravy. Pátá kapitola

pojednává o prevenci, šestá o somatických komplikacích, sedmá o léčbě poruch příjmu potravy. V osmé kapitole jsou popsána specializovaná pracoviště pro léčbu poruch v ČR a poslední kapitola obsahuje reflexe médií. Praktická část obsahuje dotazníkový výzkum mezi obyvateli Jindřichova Hradce a Horního Žďáru. Cílem výzkumu bylo využití teoretických poznatků a ověření jejich pravdivosti v praxi. V závěru práce je shrnutí získaných poznatků, dále se snažíme nastítnit možná řešení pro zlepšení současné situace.

Cílem této práce je komplexnější zmapování škodlivých účinků poruch příjmu potravy.

1. PŘÍJEM POTRAVY U ČLOVĚKA

Potrava patří k základním fyziologickým potřebám, provází nás životem od početí až po poslední dny. Nepodmíněný reflex představující pud obživy funguje od samého prvopočátku. Vyvíjející se embryo i plod přijímají prostřednictvím matky živiny a další potřebné látky nezbytné pro vývoj a stavbu organismu. S růstem je spojeno lepší poznávání a kontrola příjmu potravy, rozlišení chuťových vlastností jídel, jejich hodnocení není jen rozumové, ale i emoční. Vývoj umožňující poznání potravy s sebou přináší pozitivní a negativní zkušenosti, které jsou výsledkem pozdějších postojů k potravě nebo jejím složkám. Využití potravy se stává nedílnou součástí navazování, upevňování a usměrňování sociálních vazeb.

1.1 Význam příjmu potravy

Potrava je centrem žití a bez ní není život. Je spojena s činností člověka, s jeho chováním, komunikací, pracovními aktivitami, kulturními a sociálními poměry ve společnosti, souvisí s formováním osobnosti a cestou, která může přispívat k zdravému a harmonickému životu. Taktéž uchovává psychické i fyzické aktivity po celý život. Přestože souvisí s pudem sebezáchovy, není, jak se mnozí mylně domnívají, hlavním impulsem k uspokojení našich chutí. „*Chuť není jen výsadou nepočetné aristokracie, dvorské kultury evropské, arabské nebo čínské minulosti, ani zbrusu novou záležitostí současných labužníků. V dějinách lidské společnosti patří kalorický příjem, hrozba hladomoru a zásobování městských center mezi témata, která nám umožňují vytvořit si představu o zranitelnosti a obtížnosti preindustriálního života.*“¹ Smysl konzumace spočívá v dodání základních živin (bílkovin, sacharidů, tuků, vitamínů, minerálních látek) organismu, které jsou nezbytné pro jeho správnou

¹ FREEDMAN, P. *Jídlo - dějiny chuti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta a.s., 2008, ISBN 978-80-204-1847-0, s. 7.

funkci. Principem příjmu potravy je zabezpečení potřeby nejen energie, ale i dalších látek nezbytných pro probíhající činnosti, uchování přebytků sloužících jako rezerva pro případ nouze a pro časové úseky před další konzumací. Smyslem příjmu potravy není pouhé zamezení hladovění, které je schopen lidský organismus krátkodobě překonat vlastními zásobami, ani pocit naplnění prázdného žaludku.

Hlad je označován za fyziologický stav, způsobený nedostatkem potravy v žaludku. Nepřijímání potravy po dobu kratší 24 hodin se označuje jako lačnění, delší půst je považován za hladovění. „*Hladovění je stav organismu, kdy se jeho energetické výdaje vůbec nedoplňují zvenku a je tedy nucen existovat na úkor svých vnitřních zásob.*“² Doba, po kterou lidský organismus vydrží hladovět, závisí na zásobách potřebných látek v organismu.

Příjem potravy tvoří neoddělitelnou součást života, dlouhodobým nedostatkem potravy organismus chátrá, dostavuje se únava, vyčerpání, posléze závažnější zdravotní problémy. Řada obtíží souvisejících s příjmem potravy nejprve zahrnuje různé projevy nechutenství, odmítání jídla, vybíravost, abnormální zacházení s jídlem, poruchy chování při mentální anorexii či mentální bulimii a nadměrný příjem potravy plynoucí ze záchvatovitého přejídání. Některé z projevů narušeného procesu konzumace zasahují do fyzického i psychického vývoje člověka a mohou nezvratně narušit celý jeho vývoj.

Poruchy jsou doprovázeny buď dlouhodobým, nebo jen dočasným onemocněním, ale vždy změnou chování. Poruchy fyzického i psychického vývoje, jakožto i vznik dlouhodobých poruch chování vlivem potravy může mít mnoho příčin. Mezi hlavní patří nedostatečná nebo nevyvážená potrava a nevhodné stravovací chování či jídelní návyky.

² PARTYKOVÁ, V. *Hladovění pro zdraví*. Benešov: START, 1999, ISBN 80-86231-06-2, s. 31.

1.2 Trávicí soustava

„Trávicí ústrojí představuje spojení mezi zevním a vnitřním prostředím a připravuje živiny pro vstup do ECT.“³ Tou je odborně označena mimobuněčná tělní tekutina.

Hlavním úkolem trávicí soustavy je mechanické a chemické rozštěpení potravy. Cílem je trávení a vstřebávání živin z potravy do krevního oběhu společně s vyloučením nestravitelných zbytků. Počátečním úsekem trávicí soustavy je dutina ústní (cavitas oris), na ni navazuje vchod do hltanu (fauces) s hltanovou úžinou (isthmus faucium), hltan (pharynx), jícen (oesophagus), žaludek (ventriculus, gaster), tenké střevo (intestinum tenue), které je tvořeno dvanáctníkem (duodenum), lačníkem (jejunum) a kyčelníkem (ileum), tlusté střevo (intestinum crassum) tvořené slepým střevem (intestinum caecum), na jehož spodině je červovitý přívěsek a vzestupný, příčný, sestupný, esovitý tračník. Konečným úsekem je řitní otvor (anus).⁴

Z epitelu trávicí soustavy se v některých částech vytvořily žlázy, jejichž vývody ústí do trávicího traktu. Jedná se o slinné žlázy (glandulae oris), játra (hepar) a slinivku břišní (pancreas).⁵

Stěny trávicí trubice jsou tvořeny čtyřmi hlavními vrstvami – sliznicí, podslizničním vazivem, svalovinou a povrchovou vnější vrstvou.

³ SILBERNAGL, S. a A. DESPOPOULOS. *Atlas fyziologie člověka*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství s.p., 1984, s. 186.

⁴ HANZLOVÁ, J. *Základy anatomie soustavy trávicí, žláz s vnitřní sekrecí a soustavy močopohlavní*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006, ISBN 80- 210 -3962 -0, s. 3.

⁵ ČIHÁK, R. *Anatomie pro posluchače lékařství II: Gastropulmonální systém*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987, s. 15.

1.2.1 Dutina ústní (cavitas oris)

Dutina ústní sahá od štěrbiny ústní až k úžině hltanové, která začíná v zúženém přechodu do hltanu. Je součástí trávicí a dýchací soustavy, probíhají v ní procesy sání, kousání, polykání. Slouží k verbální i neverbální komunikaci, k vyjádření emocí, k dýchání, k příjmu potravy, ke smyslovému vnímání chutí, k složení potravy a vůni.⁶

Receptory na povrchu jazyka zaznamenávají chuťové vjemy a následně je posílají do mozkových center. V dutině ústní dochází ke zvlhčení potravy slinami, které má za následek štěpení živin. Dutina ústní se skládá z předsíně dutiny ústní a z vlastní dutiny ústní.⁷ Předsíň dutiny ústní je zevně ohraničena rty a tvářemi, vnitřně zubními oblouky a dásněmi. Dutinu ústní vyztužuje na svalovém dně sliznice, uprostřed je jazyk, měkké a tvrdé patro, slinné žlázy, zuby, hltanová branka a hltanová příklopka. Ta brání vniknutí potravy do dýchacích cest.⁸

Na zevní straně je ohraničena žvýkacími svaly, ty provádějí pohyb rtů, tváří a čelistí. Vnitřní část tvoří svaly, které jsou součástí měkkého patra (zvedač patra, napínač patra, čípkový sval, patrově jazykový a patrově hltanový sval) a svalstvo zajišťující pohyb jazyka. Tyto svaly společně umožňují cykly sání, kousání, žvýkání, polykání, dýchání a artikulaci.

„Pevná potrava se kouše řezáky, jazykem se posune ke stoličkám a k třenovým zubům, které ji nadrobno rozmělní.“⁹ Náležitě rozžvýkání potravy má důležitý význam pro proces trávení z důvodů dobré přístupnosti chemického působení trávicích šťáv a ochrany žaludeční sliznice. Předpokladem náležitého žvýkání je zdravý nebo sanovaný chrup a vyhovující činnost žvýkacích svalů.

⁶ FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1314-4, s. 118.

⁷ HANZLOVÁ, J. *Základy anatomie soustavy trávicí, žláz s vnitřní sekrecí a soustavy močopohlavní*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006, ISBN 80-210-3962-0, s. 8.

⁸ ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1988, s. 16 - 19.

⁹ SILBERNAGL, S., R. VINAŘICKÝ a Z. TREFNÝ. *Fyziologie člověka pro fakulty tělesné výchovy a sportu*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství n.p., 1983, s. 125.

1.2.2 Zuby (dentes)

Zuby jsou upevněny v kostěných lůžkách horní a dolní čelisti, které jsou pokryty dásněmi. Žvýkáme pomocí pohybů dolní čelisti nahoru a dolů, ze strany na stranu a také pomocí jazyka, který vtlačuje potravu mezi zuby. Ty těmito pohyby oddělují potravu a rozkládají ji na menší části.

Zub je tvořen z vyčnívající části nad dásní - korunkou, z části obklopující dásně - krčku a z části uložené v lůžku zubu - kořenu. Počet kořenů není u všech zubů jednotný. Některé mají jeden, jiné jich mají několik.¹⁰ Podle tvaru korunek se zuby dělí na řezáky, špičáky, třenové a stoličky.

Ve vývinu člověka dochází k prořezávání zubů ve dvou obdobích. V prvním se jedná o zuby dočasné, někdy též nazývané mléčné. Prořezávání probíhá většinou od 6. měsíce do 2 let. Dočasný chrup se skládá z 20 zubů, 10 na každé čelisti. Jedná se o čtyři řezáky, dva špičáky a čtyři stoličky na každém patře. Velikostně jsou menší než trvalé a pozbývají zuby třenové.¹¹ V druhém období hovoříme o stálých zubech. Jejich prořezávání začíná v 6 - 7 letech. Zdravý chrup obsahuje 32 zubů, jedná se o čtyři řezáky, dva špičáky, čtyři třenové zuby, šest stoliček na každé čelisti. Některé z nich v průběhu prořezávání doplňují dočasný chrup, jiné nahrazují již vypadlé zuby.

1.2.3 Jazyk (lingua)

Jazyk se nachází na spodině dutiny ústní a je tvořen svalovými vlákny. Představuje nezbytný prvek sloužící k chemickému a mechanickému zpracování potravy. V průběhu žvýkání jazyk uchopí potravu a vtlačí ji mezi zuby. Pohyby jazyka dochází k jejímu promíchávání se slinami, stává se hmotnou podobou potravy, kterou nazýváme soustem. Proces polykání je spojen s pohybem jazyka směrem dozadu a posunutím sousta do hltanové části. Nejedná se o jeho konečnou funkci.

¹⁰ HOLIBKOVÁ, A. a S. LAICHMAN. *Přehled anatomie člověka*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, ISBN 80-244-0495-8, s. 17.

¹¹ DÍTĚ, P., et al. *Gastroenterologie: Učební text pro studující lékařství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2000, ISBN 80-210-2379-1, s. 32.

Jazyk se podílí i na tvorbě řeči, napomáhá při tvorbě hlásek (k, d, t, l) a je sídlem receptorů chuti. Skládá se z kořene, ze střední části – těla a z přední části – hrotu. Povrch jazyka je tvořen sliznicemi s četnými výběžky, které jsou odborně nazývány papily.¹²

1.2.4. Slinné žlázy (glandulae oris)

Slinné žlázy vytvářejí sliny (saliva), sloučeniny vody, iontů, hleny a enzymů. Mají mnoho funkcí - zvlčují ústa, změkčují tvrdou a suchou potravu, čímž cítíme její chuť, zvlčují ji, spojují dohromady v sousto, napomáhají procesu polykání a mají i bakteriální účinek.¹³

Rozlišeny jsou dvěma druhy. Drobné rozptýlené žlázy ve sliznici dutiny ústní (tvárové, retní, patrové, stoličkové, jazykové – přední, zadní, hřbetní) a velké žlázy párové (příušní, podčelistní, podjazykové). Drobné žlázy produkují neustále sliny, čímž dochází k nepřetržitému zvlčení sliznice úst. Velké slinné žlázy naopak vyměšují velká množství slin při přijímání potravy do dutiny ústní. Příušní sliny jsou spíše řídké a vodnaté, podjazykové a podčelistní husté. Hustou slinou je sousto slepováno, dostává hladký povrch, tudíž snáze postupuje do dalších částí trávicího ústrojí. Řídké sliny částečně rozpouštějí rozmělněnou potravu.

Sliny jsou bezbarvou vazkou tekutinou, které lidský organismus denně vyprodukuje 1 - 1,5 litru. Činnost slinných žláz je řízena nervově. Tím se liší od jiných trávicích žláz.¹⁴

¹² SINĚLNIKOV, R.D. *Atlas anatomie člověka II.* 3. vyd. Praha: AVICENUM, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1980, s. 20.

¹³ MARIEB, E.N. a J. MALLAT. *Anatomie lidského těla.* 1. vyd. Brno: CP Books, a.s., 2005, ISBN 80-251-0066-9, s. 642.

¹⁴ SILBERNAGL, S., R. VINAŘICKÝ a Z. TREFNÝ. *Fyziologie člověka pro fakulty tělesné výchovy a sportu.* 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství n.p., 1983, s. 127.

1.2.5 Hltan (pharynx)

Společnou částí dýchacího a trávicího ústrojí je hltan. Dosahuje délky 12 – 14 cm, navazuje na dutinu ústní a nosohltan. Uložen je před krční částí páteře a hlubokými svaly krčními.

Hmotné sousto, tekutiny a vdechovaný vzduch při polykání prochází z dutiny ústní do ústní části hltanu, poté do hrtanové části hltanu. Hltan se dělí na tři úseky: horní nosní - nosohltan, střední - ústní část hltanu a dolní - hrtanový úsek hltanu, ve kterém se protíná dýchací a trávicí soustava.¹⁵

1.2.6 Jícen (oesophagus)

Trubicí dlouhou cca 25 cm spojující hltan se žaludkem je jícen. V klidovém stavu je uváděn průměr 1,5 cm, stěny na sebe naléhají. Průchodem sousta dochází až k dvojnásobnému roztažení. Horní část jícnu je uložena v oblasti krční, dále přechází do hrudníku, pokračuje do břišní části a do žaludku, ústí otvorem nazývaným česlo neboli kardiie. Zde je umístěn sval kardiální svěrač, který zabraňuje návratu kyselých žaludečních šťáv do jícnu.¹⁶

Jícen je rozdělen na část krční, hrudní a břišní. Pohledem ze strany je možné pozorovat jeho zakřivení v souladu s páteří.

1.2.7 Žaludek (ventriculus, gaster)

Nejširší částí trávicí trubice je žaludek. V prázdném stavu měří cca 25 cm a je považován za dutý orgán. Levá část je uložena vlevo pod brániční klenbou, pravá

¹⁵ KOPECKÝ, M. a M. CICHÁ. *Somatologie pro učitele*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, ISBN 80-244-1072-9, s. 147.

¹⁶ KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství II*. 1. vyd. Praha: INFORMATORIUM, spol. s.r.o., 2001, ISBN 80-86073-76-9, s. 131.

pod játry. Tvar a rozměry žaludku nelze jednoznačně určit, jsou proměnlivé a závisí na stupni naplnění, poloze těla, na funkčním stavu svaloviny stěn – smrštění, ochabnutí, na stupni roztažení tlustého a tenkého střeva. Obecně je přirovnáván k ohnutému vaku.

Odborná literatura rozlišuje dva specifické tvary - hákovitý nebo tzv. býčí roh. Hákovitý (někdy též sifónový) tvar představuje písmeno J, nápadnější je při stoji a po samotném naplnění. Žaludek tvaru býčího rohu je uložen šikmo prázdný u ležícího člověka. Tvary mají vrozený základ, vliv na něm má pohlaví, věk a tělesné dispozice. Žaludek pojme cca 1 - 2 litry zpracované potravy a je schopen uchovat rezervy potravy pro hladovějící stav. Skládá se z česla, fundu, těla a vrátníku. Česlo začíná otvorem spojujícím žaludek s jícnem v blízkosti kardie. Nalevo od kardie leží fundus neboli klenba. Nejširší částí je tělo, které přechází nahoru do fundu a vpravo se zužuje do kruhového svalu zvaného vrátník. Ten pokračuje na první část tenkého střeva.¹⁷

Stěny žaludku jsou tvořeny 4 vrstvami - sliznicí s množstvím žaludečních žlázek, podslizničního vaziva, hladké svaloviny, která má tři vrstvy svalových vláken: šikmé, podélné a kruhové. Směrem k vrátníku je svalovina zesílena, čímž vytváří objemný vrátníkový svěrač. Poslední vrstvu tvoří hladká, lesklá pobřišnice neboli serosní povlak. Žaludek plní funkci mechanického a chemického zpracovatele potravy.¹⁸

Po konzumaci je vyprazdňován 3 - 6 hodin, v závislosti na druhu potravy. Nejrychleji se tráví potrava obsahující sacharidy cca 2 - 3 hodiny, nejdéle tukové složení potravy, které může trvat až 6 hodin. V průběhu jednoho dne žaludek vyprodukuje 2 - 3 litry žaludečních šťáv.¹⁹

Žaludek lze označit za hlavní prvek sloužící k rozmělnění potravy, která je přeměněna na tráveninu. Její tuhá část postupuje do tenkého střeva, tekutiny ke slinivce, játrům a žlučovému měchýři.

¹⁷ MARIEB, E.N. a J. MALLAT. *Anatomie lidského těla*. 1. vyd. Brno: CP Books, a.s., 2005, ISBN 80-251-0066-9, s. 646.

¹⁸ LUKÁŠ, K. a J. ŠATROVÁ. *Vředy žaludeční a dvanácterníkové*. 1. vyd. Praha: TRITON, 1999, ISBN 80-7254-059-9, s. 8 - 11.

¹⁹ ŠIMEK, J. *Číslo o lidském těle a jak jim rozumět*. 1. vyd. Praha: VICTORIA PUBLISHING a.s., 1995, ISBN 80-85865-84-X, s. 60.

1.2.8 Tenké střevo (intestinum tenue)

Tenké střevo je trubicí dlouhou 3 - 5 m, širokou 3 - 4 cm navazující na žaludek. Jedná se o nejdelší část trávicí trubice, délka závisí na napětí hladkého svalstva. Tenké střevo je místem, kde probíhá hlavní, tedy i poslední etapa trávení a vstřebávání živin. Povrch tvoří výběžkovité klky zvětšující plochu, která umožňuje vstřebávání látek.²⁰ Tenké střevo se dělí na tři úseky: dvanáctník (duodenum), do něj ústí vývod žlučových cest a slinivky břišní (pancreas). Dalšími částmi jsou lačník (jejunum) a kyčelník (ileum).²¹

1.2.9 Tlusté střevo (intestinum crassum)

Poslední částí trávicí trubice je trubice dlouhá 1,2 - 1,5 m a široká 4 - 5 cm, která se nazývá tlustým střevem. Činností je přijímání z tenkého střeva obsahu, z něhož byly v tenkém střevě vstřebány živiny. Nestrávené zbytky zůstávají v tlustém střevě po dobu 12 - 24 hodin. V tlustém střevě se zahušťují zbytky vstřebáním vody a obsah formují ve stolici. Tlusté střevo je tvořeno slepým střevem (caecum), vzestupným tračníkem (colon ascendens), jaterním ohbím, příčným tračníkem (colon transversum), slezinným ohbím, sestupným tračníkem (colon descendens), esovitou kličkou (colon sigmoideum) a konečníkem (rectum).²²

1.2.10 Slinivka břišní (pancreas)

Žlázou s vnitřní a zevní sekrecí trávicího ústrojí je slinivka břišní. Měří 16 - 22 cm a váží 70 - 80 g. Nalézá se v oblasti žaludku a levého podžebří. Tvarem připomíná pulce, skládá se z hlavy (caput pancreatis), z těla (corpus pancreatis) a z ocasu (cauda

²⁰ TROJAN, S., et al. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada- Avicenum, 1994, s. 342.

²¹ MARIEB, E.N. a J. MALLAT. *Anatomie lidského těla*. 1. vyd. Brno: CP Books, a.s., 2005, ISBN 80-251-0066-9, s. 653.

²² FLEISCHMANN, J. a R. LINC. *Anatomie člověka*. 3. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1979, s. 57.

pancreatis). Slivka břišní je producentem enzymů, které se podílejí na trávení potravy v tenkém střevě a tvorbou dvou hlavních hormonů inzulínu a glukagonu regulujících hladinu cukru v krvi. Inzulín zjednodušuje pronikání cukrů do buněk srdečního a kosterního svalstva. Podáván je ve formě podkožní injekce.²³

1.2.11 Játra (hepar)

Největší žlázou trávicího ústrojí jsou játra. U průměrného člověka dosahují hmotnosti 1400 g, mají nařlovělou barvu a tvarem připomínají klobouk velké houby nebo klín. Nacházejí se v horní části dutiny břišní a převážně vpravo pod bránicí. Téměř celá játra jsou uložena v hrudním koši, který je chrání před roztržením.

Játra vykonávají 500 funkcí, základní trávicí funkcí je tvorba žluče, která se nachází ve žlučníku a je vylučována do dvanáctníku. Dále absorbují cukr z krve, zpracovávají tuky a aminokyseliny, uskladňují vitamíny, detoxikují léky a jedy z krve a vytvářejí krevní bílkoviny.²⁴

1.2.12 Konečník (rectum)

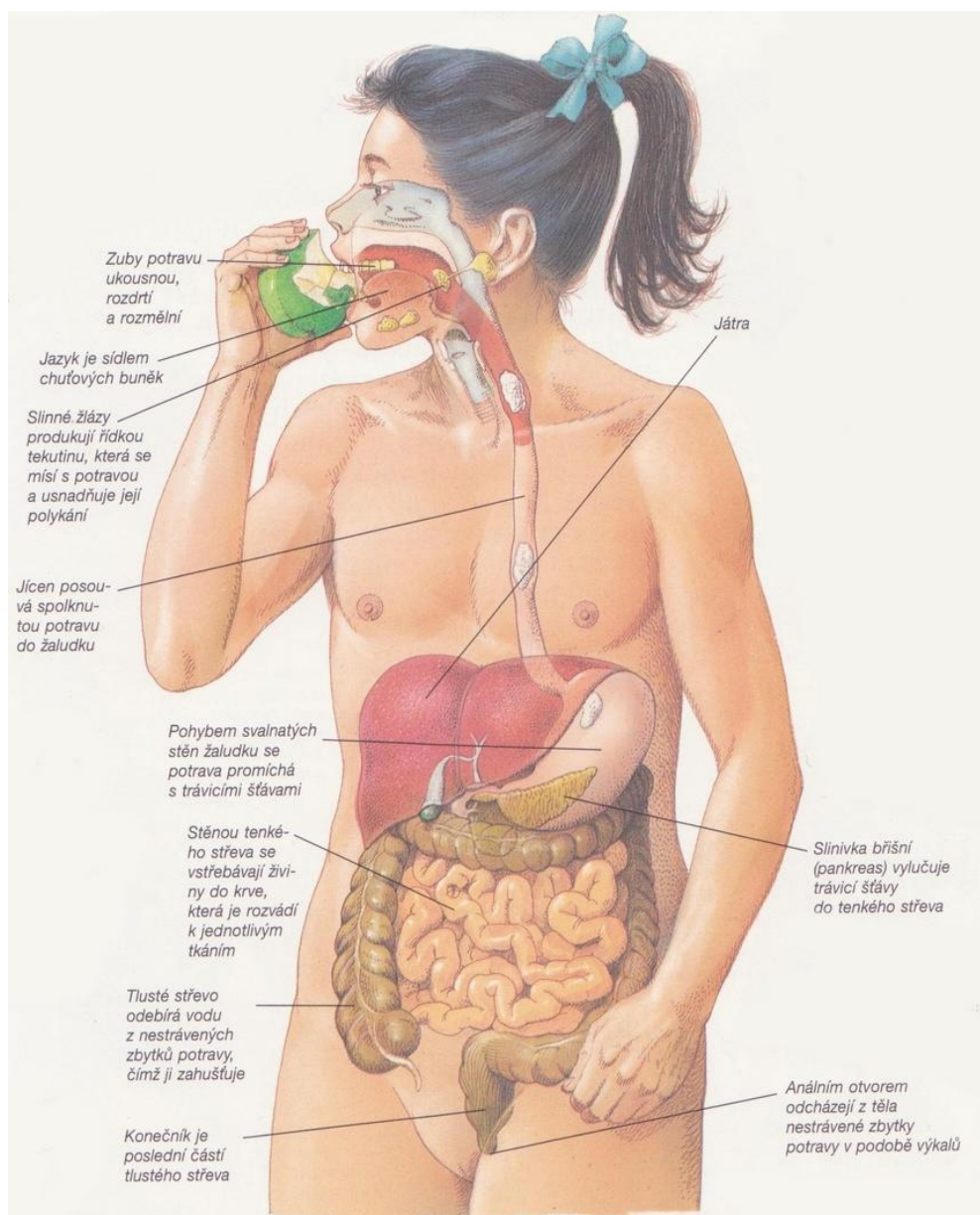
Konečník je posledním úsekem tlustého střeva. Měří 12 - 16 cm, široký je ve vyprázdněném stavu 4 cm a nalézá se před křížovou kostí. Skládá se ze dvou částí - širší konečnickové baňky sloužící k hromadění stolice a užší části - řitnímu kanálu. Podélná svalová stěna konečníku je dobře uzpůsobena pro vyvíjení silných stahů při vyprazdňování. To je odborně nazýváno defekací a vyústění konečníku na povrch

²³ Kolektiv autorů. *Domácí lékař*. 3. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1975, s. 53 - 55.

²⁴ FLEISCHMANN, J. a R. LINC. *Anatomie člověka*. 3. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1979, s. 58.

řit'. Řitní otvor je opatřen vnitřním a zevním svěračem řitním. Oba svaly zabraňují nechtěnému úniku vyprazdňování.²⁵

Obrázek 1: Trávicí soustava



Zdroj: Kolektiv autorů. Dětská ilustrovaná encyklopedie Živý svět II. Bratislava: Slovart, 1992, ISBN 80-7145-025-1, s. 116.²⁶

²⁵ HOLIBKOVÁ, A. a S. LAICHMAN. *Přehled anatomie člověka*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, ISBN 80-244-0495-8, s. 61.

²⁶ Kolektiv autorů. *Dětská ilustrovaná encyklopedie Živý svět II*. Bratislava: Slovart, 1992, ISBN 80-7145-025-1, s. 116.

1.3 Fyziologické trávení

Fyziologie je vědou zabývající se funkcí a činností živých organismů. Zkoumá průběh dějů, jejich vzájemné ovlivnění a souvislosti, včetně závislosti činnosti živých organismů na vnitřním a zevním prostředím.²⁷

Trávení je odborně nazýváno souborem fyziologických dějů, jejichž výsledkem se požívaná potrava stává součástí organismu, zdrojem růstové a pracovní energie. V průběhu trávicího procesu dochází k přeměně složitějších látek na jednodušší, které mohou být vstřebány a stát se součástí vnitřního organismu. Trávení probíhá v trávicí trubici, která má stěny pokryty vrstvou sliznice, je hranicí mezi vnitřním a zevním prostředím sloužícím k příjmu látek potřebných pro lidský organismus. K jejich přeměně přijímá živý organismus z vnějšího prostředí potravu dodávající mu živiny, minerály, vitamíny, vodu a další nezbytné látky. V trávicím traktu dochází ke zpracování sacharidů a jejich resorpci z buněk sliznice do oběhu krevními kapilárami, k trávení bílkovin a nukleových kyselin. Zpracování tuků je závislé na délce řetězce mastných kyselin. Voda, minerály a vitamíny jsou vstřebávány v různých částech trávicí soustavy.²⁸

Úprava potravy spočívá v mechanickém a chemickém trávení. Při mechanickém trávení se přijímaná potrava rozmělnuje a mísí s trávicími šťávami na hmotu, která dále postupuje trávicí trubici. Rozmělněná potrava přispívá k jednoduššímu chemickému trávení působením enzymů obsažených v trávicích šťávách, štěpících potravu na jednoduché složky, které jsou snadněji vstřebány a tělo jich dovede využít jakožto přísunu zdroje energie. Orgány trávicí soustavy se podílejí na trávicích cyklech: polknutí potravy, propulze neboli posunování potravy do dalších částí trávicí trubice, mechanickém trávení, chemickém trávení, vstřebávání a vyprazdňování.

Požítí potravy představuje její vzetí do dutiny ústní, kde je potrava mechanicky rozmělněna pomocí svalů měkkého patra a nosohltanu, následně dochází k procesu

²⁷ SILBERNAGL, S., R. VINAŘICKÝ a Z. TREFNÝ. *Fyziologie člověka pro fakulty tělesné výchovy a sportu*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství n.p., 1983, s. 7.

²⁸ ANTAL, J., et al. *Učebnice fyziologie pro studující lékařství*. 2. přeprac. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960, s. 71.

polknutí, které je zpočátku ovladatelné vůlí. Dále neovladatelně postupuje staženými a uvolněnými pohyby stěn svaloviny trávicí trubice do jícnu. Svalová stěna před vniknutím sousta do jícnu ochabuje, čímž dochází k jejímu uvolnění pro příjem. Za vpraveným soustem svalová stěna zmenšuje svůj rozměr, stahuje se, což vede k postoupení potravy do žaludku. Ten ji uskladňuje, mechanicky a chemicky zpracuje pomocí žaludečních šťáv. Poté se po malých částech přeměněná potrava posunuje do tenkého střeva. Zde dochází k rozkladu živin na jednodušší složky a jejich transportu do krve či mízních cév. Látky, které nejsou rozloženy v tenkém střevě, postupují do střeva tlustého. Tam jsou vstřebávány ionty, voda, uskladněny zbytky tráveniny, a dochází k produkci vitamínu K. Zahuštěná trávenina postupuje do konečníku, kde se pomocí dvou ovládaných svěračů - vnitřnímu a zevnímu vyloučí z těla.

Mechanické trávení připravuje potravu pro chemické trávení pomocí enzymů. Mezi mechanické procesy lze zahrnout: žvýkání, rozmělnění jídla v žaludku a segmentaci, během které se rytmicky střevo stahuje. Segmentačním procesem dochází k promíchání potravy s trávicími šťávami a zvýšení účinků vstřebávání živin opakovanými pohyby různých částí potravy podél střevní stěny. Chemické trávení má za úkol rozložit složité molekuly na základní chemické stavební jednotky.

2. NORMÁLNÍ PŘÍJEM POTRAVY

Činnost lidského organismu slouží k udržení základních tělesných funkcí nezbytných pro život, závisí i na složení a množství potravy, které by mělo být přizpůsobeno jeho potřebám. Látky nezbytné pro organismus jsou s výjimkou kyslíku přijímány potravou. Ta by měla být vyvážená s obsahem vitamínů, vody, tří základních druhů živin: bílkovin, sacharidů k nimž patří i pro život nepostradatelná vláknina, tuků, a dále minerální látky (sodík, draslík, vápník, atd.) a stopové prvky (zinek, železo, selen, měď, jód, atd.).²⁹

Omezení v příjmu potravy se projeví v menší či větší míře na zdraví člověka. Pro vykonání práce musí člověk vydat energii, jejíž množství se liší fyzickou náročností. Fyzicky nenáročná činnost vyžaduje méně energie než fyzicky náročná. Energie je získávána z potravy, její příjem a výdej by měl být v rovnováze.

2.1 Příjem energie

„Potřeba potravy k vyrovnané energetické bilanci je relativní; je ovlivňována vzrůstem, tělesnou konstitucí, charakterem práce, přidruženými chorobami, léky, ale také stravovacími zvyklostmi.“³⁰ Správným zdrojem energie je minimální množství bílkovin, obsahující aminokyseliny, cukry, mastné kyseliny, minerální látky, vitamíny, stopové prvky a dostatečné množství vody. Pro lidský organismus jsou tyto složky nezbytné. Důležité je i samotné množství, neboť všechny z nich mají svůj význam, proto je žádoucí, aby byly zastoupeny v určitém poměru. Ten je pevně stanoven. Sacharidy jsou přijímány v potravě formou cukrů a škrobů, ty jsou ukládány v játrech

²⁹ DOLEČEK, R. *Být štíhlým po česku aneb průvodce džunglí diet*. 1. vyd. Opava: OPTYS, 1994, ISBN 80-85819-15-5, s. 32.

³⁰ ŠONKA, J., A. ŽBIRKOVÁ a J. DOLEŽALOVÁ. *Pohybem a dietou proti otylosti*. 1. vyd. Praha: OLYMPIA, 1990, s. 18.

a svalech v podobě glykogenu, čímž jsou připraveny k okamžitému uvolnění energie přímo ve svalech. Energeticky nejvydatnější živinou jsou tuky, které poskytují energii i v malém množství. Ačkoliv je možné přeměnit sacharidy a bílkoviny na tuky, tukové přijímání je nezbytné především v oblastech vysokého energetického výdeje, tj. u sportovců a těžce pracujících. Výhodou tuků je možnost ukládání neomezených zásob. Při nevyužitím množství sacharidů a bílkovin dochází k jejich přeměně v tuk a v této podobě jsou ukládány. Bílkoviny jsou považovány za hlavní zdroj tepla, nikoliv energie. Jejich funkce spočívá v nejdůležitějším stavebním materiálu tělesných tkání, krve, enzymů, některých hormonů a ochranných látek, za které jsou považovány.

Tabulka 1: Energetická hodnota některých běžných jídel

Energetická hodnota některých běžných jídel	[kJ]
Rohlík, houska (40g)	490
Krajíc chleba s máslem	1470
Šunkový salám (100g)	800
Špekáček	590
Sekaná (100g)	1300
Vepřový bůček (100g)	2100 - 2300
Držková polévka (talíř)	880
Gulášová polévka (talíř)	1130
Hovězí roštěná, brambor	1850
Hovězí roštěná, rýže	2400
Hovězí guláš, knedlíky	2730
Svíčková na smetaně, knedlíky	3400
Vepřová, knedlík, zelí	3650
Smažený vepř. řízek, bram.salát	4100
Moravský vrabec, bram.knedlík, zelí	5600

Zdroj: DOLEČEK, R. *Být štíhlým po česku aneb průvodce džunglí diet*. 1. vyd. Opava: OPTYS, 1994, ISBN 80-85819-15-5, s. 42.³¹

³¹ DOLEČEK, R. *Být štíhlým po česku aneb průvodce džunglí diet*. 1. vyd. Opava: OPTYS, 1994, ISBN 80-85819-15-5, s. 42.

2.2.Výdej energie

Živý organismus představuje nepřetržitý výdej energie spojený s neustálou činností tělesných orgánů (srdce, dýchací svaly, játra, ledviny atd.), v klidovém fyzickém i psychickém stavu, ve spánku, při odpočinku vleže a za normální teploty zde dochází k základní přeměně látek neboli bazálnímu metabolismu, který vyjadřuje základní spotřebu energie. Ta představuje denní výdej energie. U mužů se jedná o 7 100 kJ, u žen 6 100 kJ. Ženský organismus obsahuje proporčně vyšší podíl tukové tkáně, která má nižší energetickou spotřebu než svalová tkáň.

Bazální metabolismus může být příčinou zvýšení tělesné hmotnosti, proto není dospělému jedinci doporučen spánek delší než 7 - 8 hodin denně a zbytečné lenošení. Energetický výdej je navyšován společně s běžnými činnostmi - stravováním, oblékáním, chůzí, fyzickou námahou, ale i sebemenší změnou organismu.

Zvýšením tělesné teploty o 1°C je navyšována energetická spotřeba o 14 %, která je přeměněna v teplo. Nejvyšší výdej energie je spojen s fyzickou činností, která je rozlišena podle náročnosti na: lehkou (administrativní činnost s energetickým výdejem 250 kJ/hod.), středně těžkou (činnost převážně vsedě s lehkou manuální prací – krejčí, sazeči s energetickým výdejem 400 kJ/hod.) a těžkou (fyzicky náročná manuální profese: horník, dřevorubec s energetickým výdejem 1 800 kJ a více/hod.). Úbytek energie je ve všech činnostech, spotřeba závisí na intenzitě, s jakou je činnost vykonávána, ale také na fyzické struktuře, výšce, věku a pohlaví jedince.³²

Nejvyšší energetický výdej je zaznamenán při intenzivních fyzických cvičeních.

U běžného jedince není ztráta alarmující. Pouze u vrcholových sportovců je zaznamenán vysoký výdej energie, z důvodu celodenních tréninků.

³² DOLEČEK, R. *Být štíhlým po česku aneb průvodce džunglí diet*. 1. vyd. Opava: OPTYS, 1994, ISBN 80-85819-15-5, s. 42

Tabulka 2: Výdej energie při různé činnosti mužů kJ/hod.

Výdej energie při různé činnosti mužů	kJ
Spánek	290
Sezení v klidu	380
Jízda autem (řidič)	550
Psaní na stroji	590
Zametání	710
Pomalá chůze	840
Vaření	980
Truhlářská práce	1050
Tanec - mírný, pomalý	1050
Tanec - intenzivní	1440
Jízda na kole	1680
Rychlá chůze	1260
Tenis	1680
Kopaná	2300
Chůze do schodů	1690
Běh (dle náročnosti)	5000
Lyžování (sjezd, běžky)	2940

Zdroj: DOLEČEK, R. *Být štihlým po česku aneb průvodce džunglí diet*. 1. vyd. Opava: OPTYS, 1994, ISBN 80-85819-15-5, s. 46.³³

2.3Příjem vs. výdej energie v potravě

V lidském mozku fungují nadřazená centra, která vyrovnávají příjem a výdej energie v rovnováze. Při poruše tohoto systému může docházet k nadváze nebo naopak podvýživě. Organismus je schopen v běžných situacích přivyknout určité dávce energie,

³³ DOLEČEK, R. *Být štihlým po česku aneb průvodce džunglí diet*. 1. vyd. Opava: OPTYS, 1994, ISBN 80-85819-15-5, s. 46.

kterou by za normálních okolností považoval za příliš vysokou nebo nízkou. Navyknutím si na nižší energetický příjem tj. menším dávkám potravy dochází ke zpomalení metabolismu, aniž by došlo ke snížení tělesné hmotnosti.³⁴

Tabulka 3: Trvání určité činnosti potřebné ke spálení energie obsažené v určitém druhu potravy

Potravina	[kJ]	Ležení [min]	Chůze [min]	Jízda na kole [min]	Plavání [min]	Běh [min]
Jablko (větší)	420	86	20	17	15	10
Rohlík	490	103	24	20	19	12
Vejce	340	69	16	14	12	8
Sachrův dort	840	171	40	34	30	20
Sklenice piva 12° (3dcl)	535	111	26	22	20	13
Sklenice mléka (3dcl)	750	154	36	31	27	18
Krajíc chleba s máslem	1470	300	70	60	53	35
Vepřová, knedlík, zelí	3650	746	174	149	131	87

Zdroj: DOLEČEK, R. *Být štíhlým po česku aneb průvodce džunglí diet*. 1. vyd. Opava: OPTYS, 1994, ISBN 80-85819-15-5, s. 48.³⁵

2.4 Normální tělesná hmotnost

Pravidelnou normální konzumací potravy a přiměřeným výdejem energie je tělesná hmotnost zbavena výrazných odchylek, čímž je udržován zdravý hmotnostní limit v rozmezí 2 - 4 kilogramů. Naše dispozice jsou dány především genetickou dědičností, tudíž konstituce a tělesné proporce jsou závislé na členech rodiny. Zcela přirozeným faktorem ovlivňujícím tělesnou hmotnost je i věk. S jeho růstem se obvykle

³⁴ DOLEČEK, R. *Být štíhlým po česku aneb průvodce džunglí diet*. 1. vyd. Opava: OPTYS, 1994, ISBN 80-85819-15-5, s. 46.

³⁵ Tamtéž, s. 48.

zpomaluje metabolismus, což přispívá k nárůstu tělesné hmotnosti. Přirozený vzrůst tělesné hmotnosti je nejvyšší v období dospívání.

„Největší vzrůst tělesné hmotnosti je v období mezi sedmým a šestnáctým rokem života, s maximem ve třinácti letech. V tomto věku děti nejvíce přibírají na váze. To je také věk, kdy se lidské tělo nejvíc změní a kdy dívky začínají menstruovat, protože podíl tělesného tuku dosáhne 17 až 20 % celkové tělesné hmoty.³⁶ „Tělesný tuk a tukové zásoby jsou pro mnoho mladých žen spojeny s představou zdravotního ohrožení. Přitom v přírodě neexistuje zdravější způsob, jak zabezpečit organismus proti nepohodě.³⁷ Zastoupení tuku v těle je u žen nezbytnou podmínkou umožňující reprodukci, jeho množství by se mělo pohybovat mezi 18 - 30 % celkové tělesné hmotnosti.

K posouzení hmotnostního optima je nejčastěji používán tzv. Queteletův index tělesné hmotnosti – body mass index (BMI). Výpočet je prováděn pomocí vzorce BMI:

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost}}{\text{výška}^2}.$$

„Všechny hodnoty BMI jsou rozděleny dle pohlaví, uspořádány do tabulky, z níž každý podle své hodnoty BMI na první pohled zjistí, zda má podváhu, normální váhu či nadváhu.“³⁸

Tabulka 4: Klasifikace tělesné hmotnosti BMI

Podvýživa	do 18,5
Normální tělesná hmotnost	18,5 - 25
Nadváha	25 - 30
Obezita I. stupně (mírná)	30 - 35
Obezita II. stupně (střední)	35 - 40
Obezita III. stupně (morbidní)	nad 40

Zdroj: SVAČINA, Š. Metabolický syndrom. 1. vyd. Praha: TRITON, 2001, ISBN 80-7254-178-1, s. 79.³⁹

³⁶ KRCH, F.D. Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. 2. doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0527-3, s. 61 - 62.

³⁷ KRCH, F., D. Mentální anorexie. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-598-9, s. 79.

³⁸ RECMANM, T. Malá knihovnička zdraví. Dieta a ozdravná hladovka. 1. vyd. Praha: Svojk&Co, 2003, ISBN 80-7237-678-9, s. 11.

³⁹ SVAČINA, Š. Metabolický syndrom. 1. vyd. Praha: TRITON, 2001, ISBN 80-7254-178-1, s. 79.

Dále jsou tabulky uspořádány podle věku s udáním žádoucí hodnoty BMI.

Tabulka 5: Věkové rozmezí BMI

Věk	Žádoucí BMI
19-24 let	19 - 24
25-34 let	20 - 25
35-44 let	21 - 26
45-54 let	22 - 27
55-64 let	23 - 28
od 65 let	24 - 29

Zdroj: RECMANM, T. *Malá knihovnička zdraví. Dieta a ozdravná hladovka*. 1. vyd. Praha: Svojk&Co, 2003, ISBN 80-7237-678-9, s. 12.⁴⁰

Použití BMI je celosvětově uznávaným měřítkem pro stanovení podvýživy a nadváhy, zároveň může sloužit i jako ukazatel životních prognóz a rizik většiny komplikací podvýživy, ale především nadváhy. Odborníci zabývající se zdravou výživou a redukčními metodami mají systém BMI důmyslněji propracován. Zaměřen je především na ženy, které mají při stejném BMI více tělesného tuku, tudíž častěji řeší svou tělesnou hmotnost než muži.

K určení tělesné hmotnosti se užívá i tzv. Broccova indexu (BI), který se vypočítává:

$$BI = \frac{\text{hmotnost (kg)} \times 100}{\text{výška nad 100 (cm)}}.$$

Tento index je nevhodný především proto, že koreluje s výškou a není vhodný pro malé a velké jedince.

⁴⁰ RECMANM, T. *Malá knihovnička zdraví. Dieta a ozdravná hladovka*. 1. vyd. Praha: Svojk&Co, 2003, ISBN 80-7237-678-9, s. 12.

3. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Každá společnost s sebou přináší své typické problémy a choroby, které jsou charakterizovány životním stylem a odrazem utrpení osob, kterým se nedaří přizpůsobit se nastavené kultuře. Nemoci jsou vyjádřeny shodností různých vlivů a podmínek, jež vedou k jejich vzniku a rozvoji. Módním odrazem 19. a 20. století byla hysterie, která je nahrazena neurózami a toxikomániemi se známými poruchami příjmu potravy.⁴¹

„Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a žen.“⁴² Onemocněním jsou zasaženi i muži, ale výskyt u žen je označen ve větším měřítku. „Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy i muže. Ženy vždy zajímal více tělesný tuk a krása, zatímco muže svaly a síla.“⁴³

„O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety. V jistém smyslu se u jídelních poruch jedná o závislost na jídle, podobnou jako je závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní.“⁴⁴

„Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a alimentačního chování.“⁴⁵

⁴¹ MÁLKOVÁ, I. a F.D. KRCH. *SOS nadváha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-521-0, s. 71.

⁴² KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 11.

⁴³ KRCH, F.D. *Bulimie jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2000, ISBN 80-7169-946-2, s. 27.

⁴⁴ MALONEY, M. a R. KRANZOVÁ. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: NLN, 1997, ISBN 80-7106-248-0, s. 7.

⁴⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-802-3, s. 463.

Poruchami příjmu potravy trpěli lidé již v dávné minulosti. Křesťanská víra a život křesťanů byl spojen s extrémním dodržováním půstu.⁴⁶

3.1 Druhy poruch

Nejznámějším druhem poruchy příjmu potravy je mentální anorexie následovaná mentální bulimií. Odborníci označují za poruchu příjmu potravy i záchvatovité přejídání, přestože dosud nebylo zahrnuto do Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN - 10). Ta ustanovila základní výčet poruch příjmu potravy:

1. Mentální anorexie (F 50.0);
2. Atypická mentální anorexie (F 50.1);
3. Mentální bulimie (F 50.2);
4. Atypická mentální bulimie (F 50.3);
5. Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F 50.4);
6. Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F 50.5);
7. Jiné poruchy jídla (F 50.8).⁴⁷

Ačkoliv jsou zmiňované poruchy odlišného charakteru, mají společných několik prvků - strach z tloušťky, omezení energetického příjmu, zvýšení energetického výdaje, snahu o dosažení štíhlosti a přílišnou pozornost věnovanou vlastnímu vzhledu. „Podle

⁴⁶ MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, ISBN 978-80-86991-09-2, s. 6.

⁴⁷ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 19 - 20.

odborníků vzniká anorexie i bulimie především na základě toho, že kino, televize a reklamy představují obrazy extrémně štíhlých modelek.“⁴⁸

3.1.1 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie (anorexie nervosa) je porucha vyznačující se úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. V mnoha případech se nejedná o primární důsledek, nýbrž sekundární, který je vyvolán dlouhodobým hladověním.⁴⁹

Výskyt pacientů s mentální anorexií je zaznamenán především v rozvinutých zemích, nejvíce ve vyšší a střední sociální třídě, a první projevy jsou zmapovány u dívek koncem dospívání, nejčastěji mezi 13. - 20. rokem. Věková hranice této poruchy je snižována, první projevy jsou známy již u osmiletých dívek. Význam je přikládán hromadným sdělovacím prostředkům, která prezentují extrémní štíhlost společně s nízkokalorickými dietami.⁵⁰ Mentální anorektici vědomě hubnou s cílem přiblížit se svému ideálu krásy. Důraz vkládaný na dokonale štíhlé tělo může vést k bezdůvodné dietě a sebetrýznění u lidí s normální tělesnou hmotností. Výsledkem je v převážné většině podvýživa, metabolické a endokrinní (Tyreotoxikóza - zvýšená činnost štítné žlázy, Hypotalamické funkce - sjednocení jednotlivých vnitřních orgánů do komplexních odpovědí, primární poruchy apod.) změny a narušení tělesných funkcí. Takto nemocný má zkreslené vidění svého těla, považuje se za obézního a omezuje se v příjmu potravy. Přetrvává u něj strach z vyšší tělesné hmotnosti způsobující tloušťku, dále hubne a v krajním případě zcela odmítá potravu, nikoliv z důvodu nechutenství, ale z neúměrného postoje k vlastnímu tělu.⁵¹

„Diagnostická kritéria lze shrnout do tří základních znaků:

⁴⁸ MELGOSA, J. *Žít naplno*. 1. vyd. Praha: Advent - Orion s.r.o., 1999, ISBN 80-7172-300-2, s. 104.

⁴⁹ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 14.

⁵⁰ SLADKÁ - ŠEVČÍKOVÁ, J. a M. POLANSKÁ. *Tři Pé aneb poruchy příjmu potravy od A do Z*. [CD - ROM] 1. vyd. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2007.

⁵¹ NAVRÁTILOVÁ, M., E. ČEŠKOVÁ a L. SOBOTKA. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: MAXDORF, 2000, ISBN 10-80-85912-33-3, s. 152.

1. *aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 15 % normální tělesné váhy, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI);*

2. *strach z tloušťky trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;*

3. *amenorhea u žen (porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky).*⁵²

Hlavním znakem mentální anorexie je podvýživa, na jejímž základě se často diagnostikuje onemocnění poruchy příjmu potravy. Nemocní touží po nižší tělesné hmotnosti. Té se snaží dosáhnout redukčními dietami, které jim zajistí nízký energetický příjem, intenzivním fyzickým cvičením, které je naopak vysokým zdrojem výdeje energie, vyprovokovaným zvracením, průjmy, užíváním anoretik a diuretik (močopudných látek). Výsledkem je alarmující podvýživa.

Nemocní odmítají jíst vysoce kalorickou potravu, s lživými tvrzeními, jak již jedli, nejsou hladoví, nemají právě na potravu chuť, jsou ve spěchu, proto nemají čas a navozeně zvrací. Mnohdy k vyšší podpoře snížení tělesné hmotnosti užívají prostředky podporující hubnutí nebo přímo projímadla. Hlavní charakteristikou mentální anorexie je strach z navýšení tělesné hmotnosti, která bývá nemocnými popírána a zaměňována za zdravý životní styl. Strach z případné obezity je výsledkem narušeného vnímání vlastního těla a odmítání závažnosti nízké tělesné hmotnosti. Nemocní trpící mentální anorexií nejprve ze svého jídelníčku vyřazují sladkosti, sladká, tučná a vysoce kalorická jídla. Postupně z něj mizí další potrava, především bílé pečivo, knedlíky, těstoviny a maso. Strava je složena z dietních potravin a zeleniny, která je nejčastěji podávána v syrovém stavu v množství malých soust.

Dle Kocourkové, Koutka a Lébla mentální anorektici zařazují do svého jídelníčku především žvýkačky a cigarety, kterými snižují kalorický příjem na nejnižší hranici. Při konzumaci potravy si dlouho prohlížejí její obsah, jedí pomalu, vybírají suroviny,

⁵² KRCH, F.D. *Bulimie jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0527-3, s. 19.

kteé nesnédí, považují za nutnost vychutnat si potravu nebo jíst v klidu, čímž záměrně prodlužují dobu konzumace, aby nestihli potravu sníst. Vyhýbají se konzumaci ve společnosti, podrážděně reagují na okolí, které je během konzumace sleduje nebo komentuje obsah jejich talíře. Lidé s prvotními příznaky mentální anorexie bývají zpočátku aktivní, činorodí, denně chodí dlouhé pěší trasy, běhají mnoho kilometrů, intenzivně fyzicky cvičí v několika vrstvách neprodyšného oblečení se snahou zpotit se a spálit co nejvíce energie. První výsledky hubnutí jsou spojeny s dobrou náladou a zvýšením sebevědomí nemocných. Pohyb je součástí jejich života, přináší jim poáitek v podobě spálených kalorií. Další postupné snižování tělesné hmotnosti je spojeno s únavou a vyčerpáním, které není překážkou v nadměrném zájmu o svou postavu a tělesnou hmotnost. Mentální anorektici tráví převážnou většinu dne před zrcadlem, zkoumají svou postavu, neustále se váží nebo se naopak bojí zjistit, jaká je jejich tělesná hmotnost. Stávají se otroky svého těla a především módních trendů, které jsou veřejnosti prezentovány na každém kroku. Taktéž mění mimo jiné i svůj styl oblékání, zahalují se do volného oblečení, nebo naopak nosí přiléhavý oděv, ve kterém vynikne jejich vyhublá postava.

Se zvyšující podvýživou se mění i jejich vnímání. Nemocní se straní okolí, uzavírají se do sebe, vyhýbají se rodině a přátelům, zvyšuje se jejich přecitlivělost, podrážděnost, zhoršuje nálada, přichází únava, apatie a vyčerpání.⁵³

Jedním z příznaků mentální anorexie u žen je amenorea, u mužů ztráta sexuální potence. Jestliže je počáteční fáze onemocnění před pubertou, může dojít u těchto jedinců k opožděnému růstu a vývoji pohlavních orgánů. V krajních případech je zcela zastaven.

Uzdravením se dochází k dokončení somatického vývoje, ten přesto nemusí být plnohodnotným. Nemocní jsou nižšího vzrůstu, dívky i chlapci mají nedostatečně nevyvinuté pohlavní orgány, čímž je ohrožena jejich žádoucí reprodukční funkce - muži mohou v dospělosti trpět neplodností, ženy neschopností otěhotnět.

⁵³ KOCOURKOVÁ, J., J. KOUTEK a J. LÉBL. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, ISBN 80-858-245-15, s. 41.

Krch rozděluje mentální anorexii na dva specifické druhy:

1. Nebulimistický (restriktivní) typ - průběh onemocnění není spojen s opakovaným přejídáním ani záchvatovitým zvracením nebo zneužíváním laxativ, diuretik nebo klyzmat;

2. Bulimistický (purgativní) typ - v průběhu onemocnění dochází u pacienta k opakovaným záchvatům přejídání a zvracení, k opakovanému zneužívání projímadel, diuretik, klyzmat, s úmyslem odstranit všemi dostupnými prostředky z organismu přijatou potravu.⁵⁴ Výsledkem není jen rychlé vyloučení již zpracovávané potravy, ze které nestihne lidský organismus odebrat potřebné látky, ale také významné ztráty vody. Dlouhodobé zneužívání projímadel může způsobit vážné zdravotní problémy, jejichž podstatou není jen nedostatek energie, vitamínů, hrozí i dehydratace, dále může nastat ztráta střevní mikroflóry, čímž dochází k oslabení obranyschopnosti, která může být následkem trvalých průjmů, zácp, nebo problémů souvisejících se vstřebáváním výživy.

Mentální anorexie se od svého počátku vyznačuje úmyslným odmítáním potravy. Později se tento stav může dostat do fáze, kdy už postižený jíst nemůže, byť by chtěl, neboť nedochází v jeho organismu ke správnému zpracování potravy. Jestliže nemocný nevykazuje ani jeden ze základních znaků mentální anorexie, hovoří se o tzv. atypické mentální anorexii. Pacientky s touto formou nemoci mají i přes svou nízkou tělesnou hmotnost pravidelnou menstruaci a nepodstupují hormonální léčbu. Přestože tento druh mentální anorexie nepředstavuje v počáteční fázi vysoké riziko, nesmí být v žádném případě lékařsky podceňován. Zanedbáním léčby se mohou zdravotní rizika prohloubit a pacient může podlehnout nejtěžší možné formě mentální anorexie, na jejímž konci je smrt.

Při stanovení diagnózy mentální anorexie je nutné vyloučit somatické a duševní poruchy, jež by mohly být původcem nechutenství, poruch příjmu potravy a nízké tělesné hmotnosti. Vyšší úbytek tělesné hmotnosti nemusí být vždy příznakem mentální anorexie, může být jedním z projevů nádorových onemocnění, tuberkulózy či depresivních poruch. Ke zvolení vhodné léčby je nezbytné včasné vyhledání lékaře.

⁵⁴ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 15.

3.1.2 Definice mentální bulimie

Mentální bulimie (bulimia nervosa) je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Mentální bulimie má podobný průběh jako mentální anorexie. Odlišuje se pouze doprovodnými stavy vynuceného zvracení, větším množstvím nemocných a nedostatečnou informovaností ze stran populace. Mentální bulimici vědí o své poruše, ale stydí se za ni, proto ji tají. Na rozdíl od mentální anorexie nevede mentální bulimie k závažnému hubnutí, pacienti netrpí podvýživou, spíše jsou zařazeni k lidem s normální tělesnou hmotností. Mentální bulimie postihuje nejvíce ženy mezi 20. - 30. rokem a dospívající ve věku 16 - 18 let. První příznaky se mohou objevit ke konci dospívání, ale i později. Podle odborné literatury trpí touto poruchou každá dvacátá žena, proto je tento rozsah hodnocen jako alarmující.⁵⁵ Typickým znakem mentální bulimie není jen nadměrné vnímání své postavy, ale i touha po kaloricky bohaté potravě.

Dle Krcha slouží k určení diagnózy tři hlavní znaky:

1. Opakované přejídání;
2. Nepřiměřená nebo nadměrně opakující se kontrola tělesné hmotnosti, spojená se strachem z jejího navýšení, které je důsledkem nepřírozeného vyvolání zvracení, zneužití projímadel a diuretik či jiných léků snižujících tělesnou hmotnost, hladověním a intenzivním fyzickým cvičením;
3. Nadměrný zájem o fyzický vzhled a tělesnou hmotnost, nízká sebedůvěra, zkreslené vnímání svého těla spojené s nízkým sebevědomím.⁵⁶

⁵⁵ SLADKÁ - ŠEVČÍKOVÁ, J. a M. POLANSKÁ. *Tři Pé aneb poruchy příjmu potravy od A do Z*. [CD - ROM] 1. vyd. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2007.

⁵⁶ KRCH, F.D. *Bulimie jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0527-3, s. 19 - 20.

„Přejedení je samo o sobě velmi relativní pojem. Každý z nás se někdy přejedl nebo měl pocit, že v určitých chvílích ztrácí kontrolu nad jídlem.

Přejíst se může znamenat, že:

- 1. sníte víc, než byste chtěli;*
- 2. sníte víc nebo něco jiného, než jste zvyklí nebo než je vám příjemné;*
- 3. sníte větší množství jídla, než je obvyklé anebo v nezvyklé kombinaci;*
- 4. ztrácíte během jídla kontrolu nad svým chováním.“⁵⁷*

Dle Krcha bývá přejedení v prvním a druhém případě součástí běžného života, setkal se s ním každý, kdo někdy držel dietu. Přejedení je relativní, obvykle se nejedná o nadměrný energetický příjem.⁵⁸

Přejídání spojené s mentální bulimií znamená nadměrnou konzumaci potravy v krátkém časovém horizontu v rozsahu dvou hodin. Nemocní mentální bulimií se vyznačují tím, že vkládají potravu do úst, ale téměř ji nežvýkají. Trpí pocitem ztráty kontroly nad potravou, kterou nedokáží přestat konzumovat nebo rozhodovat o jejím množství, případně druhu. Nelze proto správně definovat pocit přejedení. V některých případech se může jednat o nadměrnou konzumaci potravy, v jiných dochází k pocitu přejedení, ačkoliv zkonsumované množství bylo jen o něco málo větší, než jaké bylo původně zamýšleno, nebo takové, které bylo stanoveno jako zakázané. Tyto pocity napomáhají k prvotnímu impulzu přejídání. Začátek je zcela nevinný spojen se snahou zhubnout malou tělesnou hmotnost a dopřát svému tělu krátkodobou očistu v podobě ovocné a převážně zeleninové potravy. Ta je vystřídána rezolutní dietou s větší konzumací ovoce a zeleniny, jakožto nízkokalorické potravy, která může probíhat

⁵⁷ KRCH, F.D. *Bulimie jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0527-3, s. 16.

⁵⁸ Tamtéž, s. 16 .

i několik týdnů.⁵⁹ V tomto okamžiku dochází k poruše příjmu potravy, která má další dopady v podobě přejídání a zvracení. Jakmile není dodržen dietní režim, dostavuje se pocit viny a snaha o okamžitou nápravu. Tou je vyvolání zvracení prsty nebo předměty. V průběhu času lze na tomto principu vypěstovat návyk. Opakované zvracení může mít za následek dehydrataci, narušení rovnováhy látek v krvi, poškození zubní skloviny žaludečními šťávami, které přicházejí do kontaktu se zuby zvracením.⁶⁰

Frekvence a průběh bulimických záchvatů se liší. Nejtěžší případy vykazují záchvaty po každém jídle, jiné méně často a poslední skupina v určitou denní nebo noční dobu. Nejkritičtější dobou bývá večer, kdy jsou lidé sami doma, vyhladovělí s jídlem bez dozoru.

Dle Krcha mluvíme o záchvatovité bulimii v případě, že dochází minimálně ke dvěma záchvatovitým přejídáním během týdne po dobu tří měsíců.⁶¹

Melgosa uvádí, že s mentální bulimií jsou spojeny příznaky deprese. Lze je označit za příčinu nebo následek, neboť se objevují před poruchou nebo v jejím průběhu.⁶²

Přestože jsou si nemocní mentální bulimií vědomi svého chování, stydí se za něj, proto ho skrývají a jen někteří s velkým sebezapřením vyhledají odbornou lékařskou pomoc. Nejvíce ohroženy jsou ženy, neboť na sebe kladou vysoké nároky, které jsou jim prezentovány současnou společností. Začlenění se do kulturního ideálu pro ně znamená redukci tělesné hmotnosti pomocí diet, půstů a hladovek. Nedostatkem energetického příjmu lidský organismus trpí a podvědomě se dožaduje zakázané potravy. Při porušení zákazu se dostavuje okamžitý pocit úlevy, ten je brzy vystřídán pocitem viny, vzteku, zahanbení, znechucení, deprese a zoufalství z důvodu neovládnutí se. Vtíravý strach z přírůstku tělesné hmotnosti je kompenzován zvracením, které zajistí výdej větší části energetického přísunu. Na následky spojené s tímto nepřirozeným vyloučením pro lidský organismus nehledí.

⁵⁹ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011, ISBN 978-80-7367-908-8, s. 42.

⁶⁰ PETERS, D. *Complete Family Health Guide New Medicine*. 1. vyd. London: Dorling Kindersley Limited, 2005, ISBN 978-0756609337, s. 441.

⁶¹ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 18.

⁶² MELGOSA, J. *Žít naplno*. 1. vyd. Praha: Advent - Orion s.r.o., 1999, ISBN 80-7172-300-2, s. 105.

Záchvat bulimistického přejídání má několik fází. „*První okamžiky záchvatu jsou často popisovány jako příjemné, ale brzy se vytrácí jakýkoli pocit chuti a potěšení. Mnohé bulimičky zároveň pijí hodně tekutin, což přispívá k vzrůstajícímu pocitu plnosti a nadmutosti.*“⁶³ Mnoho z nich popisuje své záchvaty přejídání jako něco zoufalého a frenetického. Cítí silnou touhu po konzumaci, a ta je zcela ovládá. Dráždivý pocit k potravě bývá někdy označován za nutkavé nebo záchvatovité přejídání. Beznaděj, kterou nemocní mentální bulimií cítí, je nutí chovat se jinak, než jsou zvyklí - nemají problém zkonzumovat potravu přátelům, krást v obchodech nebo konzumovat potravu, která byla vhozena v odpadkových koších.

Krch dělí spouštěče záchvatovitého přejídání na vnější a vnitřní.

1. Vnějšími důvody přejedení je snadný přístup k potravinám v zaměstnání nebo doma, nevhodné stravovací návyky, jídelní režim, stolování, reakce a vliv okolí;

2. Z vnitřních důvodů se jedná o hlad a s ním spojený pokles hladiny cukru v krvi, porušení dietního režimu, myšlenky na potravu, pocit přejedení a plnosti, tlaky v žaludku a v břiše, změna tělesné hmotnosti, negativní nálady, pocity úzkosti, deprese, osamělosti nebo vzteku.⁶⁴

Hlavním znakem poruch příjmu potravy je strach z vysoké tělesné hmotnosti. Ten může mít mnoho podob a růst s pozorností, jaká je mu věnována. Mentální bulimici mají především strach ze sladkostí, strach ze snídaně, strach z oběda, strach konzumovat potravu v restauraci nebo v jídelně, strach z plného žaludku, strach zkonzumovat o několik soust více nebo strach začít vůbec jíst. Jejich obavy se postupně zvyšují a řešení této situace se pro ně zdá být bezvýchodné. Pozornost, kterou zaměřují na tělo, zkresluje jeho proporce, normální postava bývá vnímána jako obézní, běžná stravovací porce jako nadbytečná. Pouze nemocný, který trpěl nebo trpí poruchou příjmu potravy, zná posedlost po štíhlém těle, raději volí smrt než by zvýšil svou tělesnou hmotnost.⁶⁵ Proto mentální bulimici raději sáhnou k nepřírozenému výdeji energie v podobě

⁶³ COOPER, P.J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Praha: VOTOBIA, 1995, ISBN 80-85885-97-2, s. 21.

⁶⁴ KRCH, F.D. *Bulimie jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2000, ISBN 80-7169-946-2, s. 18.

⁶⁵ LADISCHOVÁ, C.L. *Strach z jídla*. 1. vyd. Ružomberok: Epos. s.r.o., 2006, ISBN 80-89191-53-3, s. 27.

vynuceného zvracení, nevyhýbají se ani lékům sloužícím ke snížení tělesné hmotnosti - anoretik, diuretik, laxativ, tyreoidálních léčiv nebo klyzmat.

Diabetici trpící poruchou příjmu potravy nepravidelně aplikují inzulin, ale téměř všichni hladovějí a intenzivně fyzicky cvičí. Pocit deprese spojený s tělesnou hmotností vede k nízkému sebevědomí, sociální izolaci a nenávisti svého těla. Na počátku i konci mentální bulimie je nejistota. Nejistota ze svého vzhledu, tělesné hmotnosti a příjmu potravy. Přílišná touha po dokonalosti jen zvyšuje riziko selhání.⁶⁶

Koch rozlišuje mentální bulimii na dva specifické typy:

1. Purgativní typ - charakterizuje se využíváním purgativních metod kompenzačního chování, tím je myšleno nepřírozené zvracení, zneužívání projímadel a diuretik;

2. Nepurgativní typ - nepoužívá pravidelné purgativní metody, zaměřuje se na přísné diety, hladovky a intenzivní fyzické cvičení.⁶⁷

Jestliže nemocný nenaplnuje zmíněné diagnózy, hovoříme o tzv. atypické mentální bulimii. Ani tu není radno podceňovat, je nutno jí věnovat plnou pozornost, neboť především psychický dopad na člověka může být katastrofální. A jak známo psychický stav souvisí s fyzickým.

⁶⁶ ŠEVČÍKOVÁ - SLADKÁ, J. *Z deníku bulimičky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-795-7, s. 8 - 13.

⁶⁷ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 18.

3.2 Jiné nespecifikované poruchy příjmu potravy

Mezi nejznámější poruchy příjmu potravy jednoznačně patří mentální anorexie a mentální bulimie. Poruchu příjmu potravy lze charakterizovat i jako změnu stravovacího režimu z důvodu nespokojenosti se svým tělesným vzhledem a tělesnou hmotností, zvýšeného zájmu o potravu, vzhled a tělesnou hmotnost. Tyto poruchy nejsou dosud zapsány v Mezinárodní klasifikaci nemocí, ačkoliv by tam právem našly své místo.

3.2.1 Syndrom nočního přejídání

Syndrom nočního přejídání není zahrnut v Mezinárodní klasifikaci nemocí ze své podstaty, neboť není zcela jasné, zda se o poruchu příjmu potravy spíše jedná, či nikoliv.

Rozlišení syndromu nočního přejídání je pomocí příčiny:

1. Syndrom nočního přejídání - charakteristickou příčinou onemocnění je porucha spánku. Nemocný si není vědom záchvatovitého přejídání;

2. Syndrom nočního přejídání - podstata tohoto onemocnění je z odborného hlediska závažnější, neboť má svou příčinu v poruše příjmu potravy. Pacient si plně uvědomuje své skutky spojené se záchvatovitým přejídáním, je si ho vědom, neumí ho ovládat a nezná způsob, kterým by ho vyléčil.

Klíčovými znaky tohoto syndromu bývají označovány noční hlad nebo večerní mentální anorexie, neschopnost spánku z důvodu prázdného žaludku, to je provázáno odbouráním tohoto pocitu až po konzumaci velkého množství jídla. Člověk trpící tímto syndromem chce ovládnout své tělo, svou mysl, tělesnou hmotnost a nutkání ve vztahu k jídlu.

3.2.2 Záchvatovité přejídání

*„Přejídání je chápáno jako jídelní epizoda mezi dvěma charakteristickými rysy. Za prvé, podle běžných měřítek je snědeno obrovské množství jídla. Za druhé, je jídlo provázeno subjektivním pocitem ztráty sebekontroly.“*⁶⁸ Průběh záchvatovitého přejídání je pro nemocné spojen s pocitem beznaděje nad ztrátou kontroly příjmu potravy. Konzumace probíhá rychleji, ve větším množství nikoliv z pocitu hladu, ale obvykle z přítomnosti potravy, situace nebo vnitřního impulzu, který se stává útočištěm v podobě potravy a její konzumace. Únik je vytvářen před pocitu stresu a napětí. V průběhu konzumace dochází k oproštění se od problémů, které po jejím skončení vystřídá pocit viny, zahanbení a deprese. Záchvatovité přejídání se vyznačuje opakující se pravidelností a frekvencí. Své počátky má u lidí trpících jednou z tradičních poruch příjmu potravy, nejčastěji mentální bulimií, neboť v obou případech jde o konzumaci většího množství potravy v krátkém časovém úseku.

Další možností tohoto onemocnění je pravidelný stravovací režim spojený s neúměrně velkým množstvím potravy. V záchvatovitém přejídání nedochází k jejímu nucenému vyloučení nepřirozenými způsoby, nelze ji tedy považovat za přímou destrukci lidského organismu, neboť zkonsumovaná potrava je ukládána v lidském těle. Ve střednědobém časovém horizontu hrozí obezita nebo přechod k mentální bulimii, kterou je potrava podpůrnými prostředky vyloučena z lidského organismu. Záchvatovité přejídání je charakteristické ve vztahu člověka k jídlu, nikoliv k jeho tělesné hmotnosti.

3.2.3 Orthorexie

Orthorexie (orthorexia nervosa) vyjadřuje patologickou závislost na zdravém stravování. Na rozdíl od mentální anorexie a mentální bulimie, které se zabývají množstvím a kalorickými hodnotami, orthorexie klade hlavní důraz na kvalitu konzumované potravy. Podstata spočívá v konzumaci biologicky čistých potravin, kterými lze dosáhnout zdravého lidského organismu, vymezení patologických příčin,

⁶⁸ COOPER, P.J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Praha: VOTOBIA, 1995, ISBN 80-85885-97-2, s. 20.

jakými je například nutková touha mít vše pod přísnou kontrolou, únik před strachem, touha po štíhlém těle, zvýšení sebevědomí a sebeúcty, hledání určité spirituality či duchovna prostřednictvím výživy a využívání potravy k utváření vlastní identity.

Orthorexie zcela vylučuje konvenční potravu, geneticky upravenou potravu, základem jsou biopotraviny. Nemoc postihuje ženy a muže bez rozdílu věku. Blíže k tomuto onemocnění mají lidé zabývající se alternativními způsoby stravování - makrobiotici, vegetariáni, vegani, frutariáni, lidé stravující se podle krevních skupin, příznivci přírodních produktů značky bio, odpůrci geneticky upravených potravin a umělci - herci, zpěváci, modelky nebo sportovci, kteří pod tlakem současného trendu propagující zdravý a fyzicky dokonalý vzhled, uchylují se k radikální změně výživových návyků směřujících k omezování se pouze na určitý druh potravy. Ortorektici vyznávají zdravý životní styl a jsou přesvědčeni o škodlivosti běžných potravin dostupných v obchodech. Zdravá potrava je zásadní součástí jejich života, věnují jí většinu času, nakupují pouze ve specializovaných obchodech označených logem zdravé výživy, nebo přistupují k vlastnímu pěstování potravy. Neustále zkoumají způsoby úpravy a zpracování potravin, řeší jejich kvalitu s obavou, zda nebylo použito chemických látek, postupně ze svého jídelníčku vyřazují další potravu, u které si nejsou zcela jisti původem a úpravou. Tím se sociálně izolují od běžné populace, mají vyhraněný styl konzumace, kdy odmítají běžnou potravu, jaká je podávána v restauracích.

Ortorektici nevnímají své onemocnění, působí jako zastánci zdravé potravy, propagují ji nejen v okolí, ale i u běžné veřejnosti. Postupně se sžívají s myšlenkou o škodlivosti veškeré potravy pro lidský organismus a rezolutně ji odmítají. Nedostatkem důležitých látek a energetického příjmu dochází k chýtrání lidského organismu, které v krajních případech může skončit smrtí, mentální anorexií nebo mentální bulimií.⁶⁹

⁶⁹ PETERS, D. *Complete Family Health Guide New Medicine*. 1. vyd. London: Dorling Kindersley Limited, 2005, ISBN 978-0756609337, s. 411.

3.2.4 Bigorexie

Bigorexie bývá v některých případech označována jako jedna z možných variant dysmorfofobie. Tou je charakterizována porucha vnímání vlastního těla, při které je nemocný přesvědčen o změně tělesného vzhledu k horšímu, kdy jej okolí vnímá odpudivě. S touto ideou se sžívá a hledá domnělý defekt. Nejedná se však o nespokojenost s vlastním tělem, která je u populace častá, ale o zaujetí nebo až chorobnou posedlost. Nemocný sám sebe vnímá jakožto drobného, slabého a nedostatečně svalově vyvinutého jedince, který musí trávit volný čas v posilovnách, užívat doplňky stravy především na bílkovinném základě, zneužívat anabolické steroidy, věnovat se náročným intenzivním fyzickým cvičením, kterými se snaží dosáhnout vzhledu, jenž je mediálně prezentován formou akčních snímků nebo časopisů pro kulturisty. Příčina bývá řazena do poruch hypochondrického rázu, neboť jí nemocný zbytečně přikládá přílišný význam.⁷⁰

Bigorexii lze považovat za opak mentální anorexie. Postihuje především muže, ale ohrožena je i ženská část, především sportovkyně. Lidé trpící bigorexií mají sklon k přejídání, proto velmi často trpí nadváhou, která zatěžuje lidský organismus. Nadměrný přísun bílkovin v doplňcích stravy negativně působí na funkci ledvin a jater. Životní styl nemocných je spojen s celou řadou zdravotních rizik, která mohou končit až smrtí, neboť anabolické steroidy jsou preparáty ohrožující lidský život.

Intenzivní fyzické cvičení se stává každodenním základem pro využití jejich veškerého volného času, zvyšují své cvičební dávky s cílem mít své tělo pod kontrolou a přiblížit se dokonalosti, kterou přinášejí hromadné sdělovací prostředky. Stávají se závislými na intenzivním fyzickém cvičení, nedostatkem volného času ztrácejí přátele a sociálně se izolují. V důsledku každodenního pravidelného cvičení často zanedbávají pracovní povinnosti, výrazně zvyšují své finanční výdaje za návštěvy posiloven, doplňků stravy a steroidů.⁷¹

⁷⁰ PETERS, D. *Complete Family Health Guide New Medicine*. 1. vyd. London: Dorling Kindersley Limited, 2005, ISBN 978-0756609337, s. 412.

⁷¹ SVACINA, Š. *Metabolický syndrom*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2001, ISBN 80-7254-178-1, s. 78 - 82.

3.2.5 Drunkorexie

Drunkorexie vyjadřuje opakované snižování příjmu potravy s cílem co nejvíce redukovat příjem kalorií a tím si dovolit vyšší konzumaci alkoholu. Ten obsahuje velké množství kalorií, jejichž následkem může dojít ke zvyšování tělesné hmotnosti a úzkostlivých stavů ze změny tělesných proporcí nebo celé postavy.⁷²

Jedná se i o cílené zvýšení výdeje energie na diskotéce nebo párty intenzivním tancem v kombinaci alkoholu s energetickými nápoji. Poruchou trpí převážně ženy. Výsledky amerických výzkumů ukázaly nepravidelný příjem potravy u žen ve věku 18 - 24 let z důvodu možné konzumace alkoholu.

Největším nebezpečím je rychlejší vstřebávání alkoholu do žaludku, kterým se zvyšuje účinnost alkoholu a jeho možné následky. Další riziko nastává kombinací míchání alkoholu s energetickými nápoji, při kterém dochází k prudkému nárůstu krevního tlaku, srdeční činnosti a snížení schopnosti vnímání, čímž hrozí kolaps nebo se zvyšuje riziko náhlé smrti.

3.3 Historie poruch příjmu potravy

Některé literární zdroje nepřesně označují poruchy příjmu potravy za novodobý jev, byť mají své základy v celé historii lidstva. Po dlouhá staletí dochází k poruchám příjmu potravy ať už ve formě odmítání potravy, vrácení rozkousaného sousta zpět do dutiny ústní k dalšímu žvýkání, touze po výstřední potravě nebo látkách, jež nejsou vhodné ke konzumaci, nebo extrémním přejídáním. Projevy poruch příjmu potravy zůstávají stejné, mění se pouze pohled na ně. Z důvodu různorodých druhů poruch příjmu potravy autorka zvolila nejznámější z nich - mentální anorexii a mentální bulimii.

⁷² PETERS, D. *Complete Family Health Guide New Medicine*. 1. vyd. London: Dorling Kindersley Limited, 2005, ISBN 978-0756609337, s. 421.

3.3.1. Historie mentální anorexie

Dlouhá staletí jsou popisovány nejrůznější formy poruch příjmu potravy. Odmítání potravy bývalo vždy součástí společenského života a nebylo považováno za patologický jev. Přehnané hladovění mělo vždy závažnou podstatu v hluboce věřících, zejména některých extrémně zbožných jedinců, kteří tvrdili, že život bez potravy je možný díky boží vůli.

Termín mentální anorexie pochází již ze středověku, v 2. století je popisován jeho význam jednou z nejvýznamnějších postav medicíny té doby - Galénem, poté Hippokratem, kteří projevy mentální anorexie považovali za symbol odmítání potravy. Období středověku změnilo pohled na jedince trpící touto poruchou, hladovění již nebylo závažným stavem, který by si zasloužil přílišnou pozornost. Hladovějící člověk nebyl chápán jako nemocný. Svou úlohu v tomto smýšlení mělo křesťanské pojetí. Půst nebyl ničím neojedinělým, naopak byl součástí křesťanského života a extrémní odmítání potravy mělo jedince více přiblížit k nejvyššímu - Bohu. Hladovění a fyzické strádání mělo očistit od hříchu nejen duši, ale také tělo. Tento životní styl byl oblíben převážně u šlechty, která byla obdivována prostým lidem. Zlom nastal příchodem nového období - renesance. 16. století představuje rozvoj vědy inspirovaný antickou. Lidé přestávají věřit, že žaludek je centrem všeho zla a dobrovolné odmítání potravy označují za nezdravý a nepřirozený stav.

Mentální anorexiu dlouho studoval i významný britský lékař Richard Morton, který v roce 1689 vydal dílo „Phthisiologia“. To pojednává o nervovém opotřebením, devastací organismu a skomírání způsobené jednak fyzickými příčinami, ale i emočním stavem u dcery jakéhosi pana Duka. Tím vznikla definice mentální anorexie. Dívka trpěla nechutenstvím, vyhublostí, amenorheou, emočními potížemi a záchvaty mdloby. Jelikož u dívky nebyla nalezena organická příčina jejího stavu, snažili se ji léčit, přestože odmítala odbornou pomoc. Její nemoc neměla dlouhého trvání, velmi brzy zemřela.

Termín mentální anorexie (anorexie nervosa) byl zaveden mnohem později, a to až v roce 1874 britským lékařem Sirem Williamem Witheyem Gullem, který popisuje etapy onemocnění - amenorhea, vyhublost a neklid bez zjevných organických příčin.

Bylo to v období, kdy se medicína začala zajímat o tehdy běžné obtíže dospívajících dívek a žen. Tyto lékařské obtíže byly nazývány chlorózou neboli bledničkou. Projevy byly zjevné na první pohled. Jednalo se o bledost, ztrátu chuti k jídlu, amenorheu, ztrátu menstruace, občasné přejídání, únavu a psychotické poruchy.

V 19. století dochází k vysokému zájmu o tuto poruchu, stává se součástí textů vnitřního lékařství, 20. století zaznamenává zvýšený počet nemocných díky ideologickému pojetí spojenému s kultem štíhlosti a stává se součástí učebnic psychiatrie. K tradičnímu klinickému obrazu nemoci přibýly další projevy: porucha vnímání vlastního těla, intenzivní snaha o dosažení štíhlosti nejrůznějšími způsoby (od odmítání potravy, přes její nepřirozený výdej až po intenzivní fyzické cvičení apod.), a podvolení se sociálním tlakům společnosti.⁷³

První polovina 20. století je pod vlivem propagace štíhlého ideálu krásy obohacena o knihy zabývající se dietami, do medicíny se dostává nový pojem - kalorie. Tím dochází ke změně stravovacích návyků, ze kterých ve většině případů, plynou poruchy příjmu potravy. 60. léta ještě více podporují kult štíhlosti s módní ikonou Twiggy. Vyhublé tělo se stává symbolem krásy, což vede k nárůstu nemocných.

Mentální anorexie je vnímána především jako nemoc slavných lidí, přesto díky hromadným sdělovacím prostředkům, která na každém kroku propagují štíhlost až přímo vyhublost, zasáhne i běžnou populaci. Větší rozmach poruchy je odrazem toho, že pod nápořem situace vznikají v roce 1979 první specializovaná pracoviště zabývající se léčbou poruch příjmu potravy. V 90. letech se odborná veřejnost prosazuje o náhled na nesmyslné a především závažné pohlížení na kult štíhlosti, který s sebou přináší zdravotní rizika. Smyslem je odmítání vyhublého těla a zavedení nových podpůrných programů v pomoci v boji s touto nemocí.⁷⁴

⁷³ KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, ISBN 80-247-0840-X, s. 61.

⁷⁴ Tamtéž, s. 71 - 91.

3.3.2 Historie mentální bulimie

Dějiny mentální bulimie jsou stejně staré jako dějiny mentální anorexie. Nenasytné přejídání bylo doménou především bohatých vrstev společnosti. Pojem bulimie pochází původně z antického slova bolimos.

Různily se názory na samotný vznik - někteří tvrdili, že vzniklo z pour limos - tedy polys limos, což vyjadřuje nadměrný hlad a přeneseně bylo přirovnáváno k zlému démonu. Jiní označovali základ ve slově bulimis, které je spojeno dvěma řeckými slovy bous (vůl) a limos (hlad). Tento termín má podle Galéna své opodstatnění. Člověk trpící touto poruchou má tak velký hlad, že by dokázal zkonzumovat zmiňované zvíře.

V minulosti bylo přejídání chápáno jako obžerství, neboť vždy nebyl dostatek potravy. Přejídání se stalo výsadou středověké šlechty, kdy se na hostinách prohýbaly stoly plné potravy, tím docházelo k přejídání a následné snaze o vyvolání zvracení a dalšího přejídání. Tento životní styl byl symbolem moci a bohatství. V dobách nedostatku potravin bylo přejídání kladným přístupem k životu. Při častějším opakování nebylo vnímáno jako psychické onemocnění, ale jako nemoc žaludku a špatného trávení.

V roce 1979 definoval britský psychiatr Gerald Russell termín bulimia nervosa - mentální bulimii s charakteristickými znaky silného a neovladatelného nutkání osob se přejídat, chorobného strachu z vyšší tělesné hmotnosti, zneužívání pročišťujících prostředků a zvracení. Zkoumáním onemocnění Gerald Russell dospěl k závěru, že mentální bulimie je odlišnou formou mentální anorexie, ale ne méně nebezpečnou.

V roce 1987 Světová zdravotnická organizace (WHO) uznala mentální bulimii samostatnou klinickou diagnózou.⁷⁵

⁷⁵ MÁLKOVÁ, I. a F.D. KRCH. *SOS nadváha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-521-0, s. 72.

3.4 Kauzistika

Sigmund Freud v minulosti prohlásil, že jedním z aspektů útěku do nemoci je snaha o získání mocenských nároků ega. Pacient přes nemoc získává moc a pocit sebeuplatnění, kdy si sám diktuje podmínky, nároky a uskutečňuje svá přesvědčení. Svě nejbližší svým stavem svazuje, oni jsou nuceni přistoupit na jeho stanoviska.

3.4.1 Mentální anorexie

„Pořádně si ani neuvědomuji, kdy to vše začalo. To asi tím, že se to zezačátku odehrávalo pouze v Petrovi a navenek se zase tak moc neprojevovalo. Možná je to také tím, že máma některé jeho výstřelky „omlouvala“ pubertou. Teprve až, když Petrovo jednání bylo stále agresivnější a zbrklejší, jeho tolerance klesla až k nule, o smyslu pro humor tu nelze ani mluvit, teprve tehdy jsem si začínala uvědomovat, že něco není v pořádku. Pár dní na to byl Petr u doktorky, a ta ho poslala s podezřením na mentální anorexii k psycholožce. Ihned po prvním sezení máma rozhodla, že k té „hloupé paní od k“ už nikdy nepůjde. A tak Petr zůstal se svou mentálkou zase sám. Jednou za čas přišel k psycholožce si jí postěžovat, a pak zase odešel. Snad jediná věc, kterou u ní pochopil, byla - NEPOUŠTĚT SI NIKOHO K TĚLU. A tak se začal Petr „mentálkou napaden“, skrývat za maskou Petra, který se léčí. Ale ani přetvařování mu nadlouho nepomohlo. Vlastně asi hlavně z tohoto důvodu Petr vypadal náladově: v jedné chvíli, jako by chtěl komunikovat, ale hned zase výbušně reagující. A tak se v naší rodině na nějakou dobu přestalo komunikovat, až se to nedalo vydržet - máma zařídila Petrovi „rekreační pobyt mezi mentálkami.“⁷⁶

⁷⁶ VOMASTEK, P. *Z deníku anoretika*. 1. vyd. Praha: Tomáš Houška, 2000, ISBN 80-86065-10-3, s. 46 - 47.

3.4.2 Mentální bulimie

„Probudila jsem se pozdě. Už je čtvrt na dvanáct a zmeškala jsem dopolední přednášky. Cítím se hrozně. Bolí mě hlava. V ústech mám sucho. Bolí mě v krku. Mám napuchlé oči. Zdá se mi, že mám oteklý obličej. Vstávám z postele a skoro omdlím, jak se mi točí hlava. Když si vzpomenu, jak jsem se večer přejedla a pak zvracela, jsem sama ze sebe znechucená a zahanbená. Proč to dělám? Jdu do koupelny a stoupám si na váhu. Pro jistotu se vážím třikrát. 57,5 kg... Od včerejška jsem přibrala 1 kg. To je strašné. Dneska nesmím absolutně nic jíst. Vypiji tři sklenice vody a je mi trochu líp. Jsem rozhodnutá celý den nejíst. Uvažuji o koupeli, ale nakonec se raději osprchuji, abych se nemusela dívat na svoje stehna rozvalená ve vaně. Usoudím, že jsem příliš tlustá na to, abych mohla vyjít ven. Chodím po pokoji, trochu uklízím a snažím se psát dopis matce, ale u ničeho nevydržím. Dokážu myslet jenom na to, jak jsem tlustá. Ve tři čtvrtě na dvě se znovu vážím. Třikrát. 57 kg... Hurá! Stavím se u kamarádky. Je v kuchyni. Jdu za ní, nabízí mi sušenky a já si jednu беру. Beru si další dvě. Jsem hrozně nervózní, protože bych neměla nic jíst. Omlouvám se, jdu na záchod, piji vodu z kohoutku, strkám si prsty do krku a zbavuji se těch sušenek. Je mi líp, ale jsem trochu roztřesená, protože se mi zdá, že začínám mít hlad. Hlavou se mi honí myšlenky na jídlo. Zjišťuji, že jít ven byla chyba, a vracím se zpátky k sobě. Po cestě míjím pekárnu. Okamžitě se mě zmocňuje touha se přejíst a moje odhodlání se hroutí. Kupuji si dva dánské koláčky a sýrový rohlík, tři koblihy a za rohem ještě dvě čokoládové tyčinky a velkou láhev limonády. Běžím do svého pokoje a všechno si to vyrovnam před sebe. Začínám jíst. Chuť koláčků je zpočátku nádherná. Jsem šťastná a zničená zároveň. Jím velmi rychle. Piji limonádu přímo z láhve, abych spláchla jídlo. Házím do sebe jídlo a už vůbec nevnímám jeho chuť. Během dvaceti minut je všechno pryč. Cítím se nepříjemně plná. Když se chci pohnout, cítím ostrou bolest v žaludku. Snažím se nedívat dolů, protože vím, že mi vyčnívá žaludek. Jdu na záchod, strkám si prst dozadu do krku a zvracím. Dělám to několikrát za sebou, abych se zbavila všeho jídla, které jsem snědla. Jdu do postele a lehám si. Myslím jenom na to, že jsem zase přibrala. Snažím se uklidnit, ale nedaří se mi to, a tak jdu a vážím se. 58 kg... Jsem zoufalá. Jdu zpátky do postele, lehnu si a pláču. Nenávídím se. Nenávídím svoje tlusté tělo. Jsem tak odporná. Na chvíli usínám. Když se probudím, cítím, že se musím najíst. Je večer. Jdu do obchodu na rohu. Připadám si skoro v transu. Nakupuji další jídlo. Čokolády,

chleba, balíček obilné kaše. Naštěstí mě tady v okolí nikdo nezná. Vracím se do svého pokoje a všechno to sním. Znovu zvracím. Cítím se strašně. Pláču a usínám.“⁷⁷

⁷⁷ COOPER, P.J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Praha: VOTOBIA, 1995, ISBN 80-85885-97-2, s. 17 - 18.

4. ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy negativně ovlivňují nejen somatický, ale i psychický stav člověka, a narušují jeho sociální vztahy. Etiologie nemoci je multifaktoriální, nemoc nevzniká v důsledku jedné příčiny, hovoří se o bio-psycho-sociální podmíněnosti. Přesné příčiny poruch příjmu potravy nelze stanovit, ale některé rizikové faktory jsou již známy.

„Podobně jako v případě jiných duševních poruch se na etiologii poruch příjmu potravy podílí celá řada různých faktorů, které je velmi obtížné hodnotit a klasifikovat.“⁷⁸ Lze hovořit o sociálně-kulturních a rodinných vlivech, těžkých životních událostech, osobnostních rysech, ale i o prvcích somatického vývoje.

Fairburn a Harrison charakterizují nejohroženější skupinou ženy v období dospívání nebo rané dospělosti, které žijí v ekonomicky vyspělé společnosti, trpí nízkou sebedůvěrou, perfekcionismem, úzkostnými stavy, a s nevyhovujícím rodinným zázemím.⁷⁹

4.1. Biologické faktory

Jak již bylo uvedeno, rizikovějším pohlavím poruch příjmu potravy jsou ženy. *„Stačí být ženou a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší. Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy a muže.“⁸⁰* Přestože významné vnímání vlastního těla bylo zaznamenáno u chlapců a dívek mladšího

⁷⁸ KRCH, F.D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-0840-X, s. 79.

⁷⁹ FAIRBURN, C.G. a P.J. HARRISON. *Eating Disorders*. The Lancet, 2003, vol. 361, ISBN 0140-6736, s. 401 – 416.

⁸⁰ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 62.

školního věku, nejrizikovější skupinou jsou dospívající v období puberty. Rychlá změna somatického vývoje spočívá v nárůstu tělesné hmotnosti, ale především v přibývání tělesného tuku, který je často základem počáteční nespokojenosti s vlastním tělesným vzhledem. Chlapci v tomto období pozitivně vnímají změny svých tělesných proporcí, které je přibližují k jejich svalově vypracovaným idolům. Spokojenost dívek se svým tělem ještě více po pubertě klesá a přetrvává až do období adolescence. V té době jsou vystaveny silnému tlaku tělesně vyzrálější dívky, které často vlivem okolností bývají oproti svým vrstevnicím menší, silnější, nespokojené se svou tělesnou hmotností jsou vystaveny neustálému stresu. Tělesný tuk žen je nejvíce uložen na bocích, stehnech a na hýždích, čímž se tělo přirozenou cestou připravuje na těhotenství a mateřství. Zvýšenou nespokojeností s vlastním tělem dochází zároveň ke snížení jejich sebevědomí.

Typickým obdobím vzniku poruch příjmu potravy je puberta. „*Významnou roli při zprostředkování adaptace dospívajícího na pubertu hraje jeho osobnost; pubertální dozrávání je ústředním stimulem při vzniku anorektické symptomatologie. Normální puberta trvá nejméně tři roky.*“⁸¹ Dívky ukončení puberty pocítují většinou příchodem první menstruace. V pubertálním období je malnutricí často přerušen somatický vývoj především zastavením tělesného růstu, objevují se emoční nespokojenosti se zvýšenými stavy podrážděnosti a vzdoru, doprovázenými hormonálními změnami. Dospívající věnuje nadměrnou pozornost svému tělesnému vzhledu, hodnotí jej a srovnává s ostatními.

V sociálně kulturních souvislostech snížená sebedůvěra vyústí ve snahu zlepšit svůj tělesný vzhled s použitím podpůrných prostředků snižujících tělesnou hmotnost s počátečními experimenty držení redukčních diet. Puberta a dospívání jsou považovány za kumulaci řady nejrozličnějších faktorů, které mohou vyvolat silné emoční postižení.

⁸¹ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 63.

4.2. Psychologické faktory

Krch uvádí, že se vznikem poruch příjmu potravy souvisejí osobnostní rysy - afektivní, kognitivní nebo specifické poruchy osobnosti. U pacientů s mentální anorexií se často vyskytují pochybnosti o sobě samém, úzkostlivé stavy, asertivnost, kognitivní rigidita, perfekcionismus nebo vyhýbavé chování. Nemocní mentální bulimií mají sklony k emoční labilitě, impulzivitě, oslabenosti kontroly, nutkavosti, depresivním náladám a nezdrženlivosti. Nutno je podotknout, že tyto stavy mohou přecházet jeden ve druhý podobně jako tomu je tomu u mentální anorexie a mentální bulimie. Většina psychologických dopadů se dostavuje jako sekundární příčina hladovění, lačnění, nebo jako součást nevhodných stravovacích návyků.⁸²

Dalším spouštěcím faktorem mohou být životní události. Nejčastěji jsou za ně považovány narážky a posměšky na tělesný vzhled, sexuální konflikty, životní změny, osobní a pracovní neúspěchy, nemoc, problémy v rodině nebo odloučení od ní. Dále je to zkušenost s omamnými nebo psychotropními látkami, alkoholem nebo jinou závislostí ať osobní, nebo týkající se nejbližších přátel nebo rodiny.

4.2.1 Deprese

Depresivní příznaky bývají spojovány s mentální anorexií. Nejvíce případů je známo v souvislosti s mentální bulimií, kterou doprovázejí pocity study, viny a zahanbení z důvodu podlehnutí pokušení potravy. Ačkoliv se odborníci zkoumání depresí věnují několik staletí, do této chvíle není jasné, zda je tento stav spouštěcím mechanismem nebo konečným dopadem v souvislosti s poruchami příjmu potravy.

Krch tvrdí, že symptomy depresivních stavů bývají charakterizovány jako důsledek somatických, psychických a sociálních problémů spojených s malnutricí,

⁸² KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 62.

nepřiměřenou sebekontrolou nebo neschopností zvládat své emoční stavy a lépe se kontrolovat. Deprese se v průběhu onemocnění poruchy příjmu potravy prohlubuje, neboť zvýšení tělesné hmotnosti vyvolává v pacientovi strach.⁸³

4.2.2. Strach a úzkost

Strach s úzkostí patří mezi základní znaky poruch příjmu potravy. Jejich podstata spočívá ve zvýšení tělesné hmotnosti. Dle Krcha se vyskytují ve 20 % u pacientů s mentální anorexií a 40 % u pacientů s mentální bulimií.⁸⁴ Výsledek je pochopitelný, neboť lidé s mentální bulimií po konzumaci potravy trpí stavy úzkosti a strachu z nedostatečné sebekontroly svého jednání, které se snaží vyřešit použitím podpůrných prostředků, kterými by zkonsumovanou potravu vyloučili z těla ven. Mentální anorektici se snaží vyhýbat pocitu strachu a úzkosti přísnou sebekontrolou. Obě jednání mohou vést k obsedantně kompulzivní poruše.

4.3. Sociokulturní vlivy

Největší význam poruch příjmu potravy lze přisoudit sociokulturním faktorům. Rychle se měnící kultura vyznávající vyhublost a nadměrnou kontrolu fyzického vzhledu jsou jedním ze základních prvků. Mediálně prezentovaný ideál krásy oslovuje především adolescenty, neboť štíhlost spojují s krásou a úspěchem. Hromadné sdělovací prostředky jsou odpovědné za šířící se názor, že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti.

⁸³ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 66.

⁸⁴ Tamtéž, s. 67.

Současné prezentované ideální proporce, postava a tělesná hmotnost jsou pro většinu populace biogeneticky nedosažitelné, a somaticky i psychologicky ohrožující. Stejně tak nepřiměřené a rizikové jsou i metody, kterými lze dosáhnout snížení tělesné hmotnosti. Mezi nimi jsou zahrnuty i redukční diety. Dietním trendům je stále více přizpůsobován potravinářský průmysl, který produkuje velké množství nízkotučných produktů pod označením light.

Krch uvádí, že dieta je přepychem, který může být prosazován pouze ve společnosti nadbytku. Zatímco ještě před 40 nebo 60 lety byly v populaci obávající se podvýživy a tuberkulózy oblíbené prostředky na zvýšení tělesné hmotnosti, dnešní komerční sdělení jednoznačně preferuje prostředky snižující tělesnou hmotnost.⁸⁵

Nadváha a přerušení redukčních diet jsou vnímány jakožto selhání, a v mnoha případech vedou k sociální diskriminaci, izolaci a poklesu sebevědomí.

4.3.1. Rodina

Dle Krcha většina pacientů a jejich rodinných příslušníků popisuje počátek a vývoj poruch příjmu potravy v termínech různých rodinných událostí. Jejich výskyt je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných žen považován za důležitý rizikový faktor. Klinické studie hovoří o výskytu poruch příjmu potravy mezi 3 - 10 % sourozenci pacientů. Mezi matkami pacientů se mohou onemocnění a s nimi spojené nevhodné stravovací návyky společně s nevhodným chováním vyskytovat mnohem častěji. Jelikož matka přináší dítěti první zdroj potravy, je s ní spojen i rozvoj stravovacích návyků dětí. Rodiny mentálních anorektiků jsou v mnohých případech charakterizovány jako hyperprotektivní, rigidní, obtížně vyjadřující emoce, dominantní, ale i vyhýbající se konfliktům a konfliktním rozhodnutím.⁸⁶

⁸⁵ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 69.

⁸⁶ Tamtéž, s. 96.

Dle Čačka jsou pro tyto rodiny příznačné čtyři znaky:

1. Složitě vztahy mezi nejbližšími členy rodiny, kde jsou hlavními kritérii blízkost a loajalita před samostatností a seberealizací;
2. Obtížné vyrovnaní se s konflikty, neochota je řešit, vyhýbání se jim;
3. Nadměrná citlivost k potřebám ostatních rodinných příslušníků vedoucí k ochrannému syndromu. Nemocný má tendenci chránit rodinu a neublížit jí;
4. Rodina má pevně stanovená pravidla, která nechce měnit ani přizpůsobovat dospívajícím.⁸⁷

Rodiny, které zaznamenaly výskyt poruch příjmu potravy, vykazují pětikrát vyšší riziko jejich návratu v dalších generacích, než je tomu u běžné populace. Vyhublost nebo nadváha jsou dalšími možnými příčinami rodinných anamnéz. Nevhodné rodinné stravovací návyky a způsoby stravování jsou zahrnuty mezi možnými riziky. Rodiny pacientů s mentální anorexií vykazují izolovanost, rigiditu, nepřizpůsobivost vývoji svých dětí, v rodině panují přesně stanovená pravidla a řád.

Mentální bulimici vyrůstají v konfliktní rodině s nevyzpytatelnými reakcemi, které jsou z pozic dětí úzkostlivě vnímány. V některých případech se hovoří o snaze dítěte strhnout na sebe pozornost i za cenu ublížení si. Dítě se cítí izolováno bez jakéhokoliv projevu lásky a porozumění.

Další rizika vycházejí z rodin, které kladou příliš vysoké nároky na své děti. Nepřiměřené sportovní požadavky směřující k výkonnosti dítěte, mohou být dalším faktorem snižujícím tělesnou hmotnost a přispívají ke vzniku poruch příjmu potravy.

⁸⁷ ČAČKA, O. *Přehled psychologie obecné, dospívání a pracovní výkonnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 1995, ISBN 80-210-0904-7, s. 46.

4.3.2. Dieta

Pojem dieta pochází z řečtiny z dob řeckého lékaře Hippokrata. Postupem staletí se význam tohoto slova měnil až do současné podoby, která vyjadřuje určitou formu výživy, sloužící na jedné straně k udržení zdraví a zvýšení vitality, a na druhé straně postupnému snižování tělesné hmotnosti. Dieta je způsobem léčby, který v mnoha případech aktivizuje samoléčivou schopnost organismu a podporuje proces léčení.⁸⁸

Vždy musí být doporučena somatickým lékařem, nesmí se držet dlouho, neboť základem redukčních diet je jedna hlavní potravina. Potrava je tak jednostranná a může vyvolat stavy nedostatku, které jen v ojedinělých případech nezpůsobí zdravotní problémy.

Velká část populace nedbá tohoto varování, a sama se nechává ovlivnit hromadnými sdělovacími prostředky přinášejícími fotografie vyhublých modelek s doprovodným textem o zdravé výživě a radách na zhubnutí. Hromadné sdělovací prostředky tudíž ovlivňují náš život na každém kroku a mohou napáchat rozsáhlé škody. Problematické médií se ovšem budeme věnovat v samostatné kapitole, ve které více nahlédneme do tohoto prostředí.

Somatictí lékaři doporučují v průběhu dietního režimu zřít se sportovních aktivit, neboť snížení energetického příjmu a zvýšení výdeje představuje sníženou výkonnost, ale zapříčiňuje somatické škody. Ty je možné vyvolat i v neodborně vedené redukční dietě, během níž dochází k drastickému stravovacímu omezení, počítání kalorií a vynechání potravin nutných k plnohodnotnému životu. Narušením stravovacího chování dochází k poškození metabolismu, a po skončení redukční diety dochází opět ke zvýšení tělesné hmotnosti, neboť naše tělo bylo během redukční diety donuceno uspokojovat se s málem. Pokud organismus začal přijímat plnohodnotnou potravu, tělo si okamžitě začne vytvářet tukové zásoby pro případ, že nastane nějaký další nouzový stav.

Průběh redukční diety spočívá v nedodání tělu obvyklého množství potravy, přičemž tělo okamžitě reaguje na fyziologické úrovni různými změnami. Nejprve

⁸⁸ RECMANM, T. *Malá knihovnička zdraví. Dieta a ozdravná hladovka*. 1. vyd. Praha: Svojk&Co, 2003, ISBN 80-7237-678-9, s. 8 - 32.

centrum hladu v mozku vyvolá nutnost potravy, současně s tím dochází k reakci orgánů, např. k bolestem žaludku, pocitům závratě a slabosti, kručení v břiše. „*Již po jednom až dvou dnech klesne hodnota pH krve a posune se do kyselé oblasti. Tělo již do této doby spotřebuje veškerou svou zásobu uhlohydrátů a pro získání energie musí začít spalovat tuky a bílkoviny.*“⁸⁹ V tomto okamžiku dochází k redukci tělesné hmotnosti. Tělo začíná snižovat zásoby tuku, které se v průběhu přejídání ukládaly ve formě tzv. tukových polštářků.

⁸⁹ RECMANM, T. *Malá knihovnička zdraví. Dieta a ozdravná hladovka*. 1. vyd. Praha: Svojka&Co, 2003, ISBN 80-7237-678-9, s. 12.

5. PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Prevence je charakterizována, jakožto soustava opatření chránící před negativními vlivy a předcházející nežádoucímu stavu. „*Jednoduchý způsob prevence není možný, protože jde o komplexní problém s mnoha příčinami.*“⁹⁰ Vhodným a zásadovým užitím je možno dosáhnout pozitivních změn nejen ve zdravotním stavu populace, ale i v jiných vědních oborech. V lékařském prostředí je prováděna ve dvou směrech. Prvním z nich je orientována na jedince, druhá celoplošně, dále se rozlišuje na tři základní druhy: primární, sekundární a terciální.

5.1 Primární prevence

Hlavním úkolem primární prevence je výzkum předpokladů, podmínek a příčin stavů, kterými je možná nejen ochrana před negativními stavy, ale také hledání nových způsobů k jejich předcházení. Lze ji charakterizovat jako souhrn činností nutných ke snížení množství nových nemocí. Z časového hlediska je řazena do období před vznikem nemoci a cílem je zabránit jejímu propuknutí.

Primární prevenci rozlišujeme na:

1. Specifickou, která má zabránit vzniku nemocí a poruch (např. anorexie, bulimie a obezity);
2. Nespecifickou, jenž představuje aktivity sloužící k posílení celého organismu a zlepšení životního stylu.

⁹⁰ BASHE, P., D. BENZANIA a E. SAENGER. *Complete Guide to Pain Relief*. New York: Reader's - Digest Association Inc., 2000, ISBN 0-7621-0278-0, s. 116.

5.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je zaměřena na včasné rozpoznání, prohlubování a šíření negativních stavů působících na lidský organismus. Nejvíce ohroženou skupinou jsou osoby s rizikovým faktorem vzniku nemoci nebo s výběrem vhodné léčby. Cílem sekundární prevence je předcházet negativnímu průběhu nemoci, kterým lze zabránit vzniku pozdějších komplikací.

5.3 Terciární prevence

Smyslem terciární prevence je minimalizace problémů v co největším měřítku a komplikace lidského organismu u již vzniklé nemoci. Jedná se o specifickou oblast, kterou se zabývají pouze specializovaní somatičtí lékaři.

Prevence je vždy nejvhodnější, nejúčinnější a nejpříjemnější formou ochrany zdraví. V oblasti poruch příjmu potravy dochází stále k jejímu opomíjení, tudíž hromadné sdělovací prostředky mohou nadále prezentovat nezdravou životosprávu, a stravovací návyky, které mohou mít za následek extrémní štíhlost až vyhublost, jakožto současný trend krásy.

První projevy poruch příjmu potravy bývají okolo třináctého roku, proto je nezbytné zaměřit prevenci na mladší věkové skupiny. „*Dospívání je totiž velmi křehké období, ve kterém se tělo výrazně mění a člověk hledá svou identitu. Je to věk výstřelků - včetně přístupu k jídlu.*“⁹¹ Svou roli by měla nést rodina, ale i škola. Společně by měly zavádět výchovná opatření působící na mládež. Přesto nejvýznamnější roli má rodina především ve formě kladného přístupu ke konzumaci, kterého je možné docílit příjemným stolováním v rodinném kruhu, posílením sebedůvěry, ale také k úctě sobě

⁹¹ CASSUTO, D.A. *Když chce dcera hubnout*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2008, ISBN 978-80-7367-357-4, s. 9.

samému. Škola by měla pouze doplňovat rodinná opatření a „využívat v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu všech možností a poskytovat žákům informace o příčinách, důsledcích, výskytu poruch příjmu potravy, podporovat sociální klima ve škole, vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj a pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování a vést žáky ke zdravým stravovacím návykům. Nutnost osvojení správných stravovacích návyků nesmí být v dětství opomíjena. Zvyklosti, které si dítě vybuduje často dodržuje po celý život.“⁹²

5.4 Preventivní programy

Preventivní programy jsou nejpříjemnější formou léčby; pro pacienta nejvhodnější a pro společnost nejméně finančně zatěžující. Postupem let se způsob a nahlížení na prevenci poruch příjmu potravy zvýšil, je tedy možné zvolit si nejvhodnější preventivní program.

White a Epsom rozděluje preventivní programy na:

Didakticko-edukační poskytující dospívajícím informační sdělení týkající se vhodného somatického vývoje, správných stravovacích návyků, prvotních znaků poruch příjmu potravy, jejich riziku a následcích;

Didakticko-psychoedukační informují o projevech poruch příjmu potravy, jejich riziku a následcích. Praktickým způsobem učí klienty zdravé postupy udržení si vhodné tělesné hmotnosti, snížení vyšší tělesné hmotnosti a obranu proti zvýšenému tlaku rodiny, přátel a okolních vlivů;

Kognitivně-behaviorální se zabývají kognitivními, emočními a behaviorálními činiteli vyvolávající nespokojenost se sebou samým, s vlastní postavou. Pomáhají

⁹² COHEN, R.M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2002, ISBN 80-7178-497-4, s. 101.

analyzovat nevhodný přístup jedince k sobě samému, pomáhají mu překonat bariéru sebepoznání, a společně tvoří vhodné stravovací návyky;

Mediálně gramotnostní učí klienty správné orientaci v hromadných sdělovacích prostředcích (v člancích, zprávách, časopisech, magazínech apod.), propagačních materiálech kosmetických a farmaceutických společností, audiovizuálních sdělení apod. prezentujících dokonalý vzhled v nadměrné štíhlosti. Smyslem preventivního programu je výuka hledání skrytých klamů, které jsou obsaženy v reklamách, a zhodnocení přílišně kritického pohledu klientů k sobě samým;

Interaktivní nabízejí informační sdělení, pomáhají vytvářet obranné prvky k přijetí sebe sama a zvládání zátěžových situací. Zároveň posilují sebedůvěru.⁹³

⁹³ WHITE, M. a D. EPSON. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton, 1990. ISBN 0-3937-0098-5, s. 16.

6. SOMATICKÉ KOMPLIKACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy způsobují mnoho somatických a psychických komplikací, které negativně ovlivňují život pacienta. Ten, jestliže nevnímá projevy svého těla a ignoruje varovné signály, vystavuje se vysokému riziku somatických a psychických obtíží spojených s nedostatečným příjmem potravy. „*Rozpor mezi biologickou potřebou organismu a tím, jak si lidé myslí, že by se mělo jíst, vede k nebezpečným experimentům s příjmem potravy.*“⁹⁴

Somatičtí a psychiatři odborníci ve většině případů neznají plné komplikace svých pacientů, což výrazně vede ke snížení účinků léčby, ohrožení života nemocných a zvýšení jejich úmrtnosti.

Prvními somatickými projevy poruch příjmu potravy bývají hlad, chuť, pocit sytosti nebo kardiovaskulární komplikace.

Ty v souvislosti s narušením elektrolytové rovnováhy nemocných v důsledku zvracení, užívání projímadel nebo diuretik a klyzmat nejčastěji přispívají k osudovému zakončení poruch příjmu potravy srdečním selháním a náhlou smrtí, způsobenou vlivem podvýživy lidského organismu.

Nemocní trpící mentální anorexií dosahují snížení tělesné hmotnosti omezením energetického příjmu karbohydrátů (cukrů), tuků, hladověním nebo intenzivním fyzickým cvičením. Nepřejídají se a nezvrací. Purgativní typ mentální anorexie má stejný průběh, ale je střídán záchvatovitým přejídáním s následným zvracením. Lidé s mentální bulimií nejsou podvyživení, často se přejídají, zvracejí, užívají projímadla a diuretika.

Většina nemocných mentální bulimií v minulosti trpěla mentální anorexií, přechod mezi oběma poruchami je běžný. Primární obtíže poruch příjmu potravy jsou způsobeny ztrátou tělesné hmotnosti, hladověním, redukčními dietami nebo vznikají v důsledku určitého chování (zvracení, užívání projímadel, diuretik apod.), které

⁹⁴ MÁLKOVÁ, I. a F.D. KRCH. *SOS nadváha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-521-0, s. 28.

představují vážná zdravotní rizika. Proto je nezbytné při prvním lékařském vyšetření zaznamenat pacientovu tělesnou hmotnost, výšku, provést EKG a laboratorní testy obsahující krevní obraz.

6.1 Kardiovaskulární komplikace

Téměř 90 % nemocných v průběhu onemocnění trpí kardiálními potížemi. Jedná se především o sinusovou bradykardii s frekvencí úderů méně než 60 za minutu. Užívání diuretik a projímadel může vést k narušení elektrolytové rovnováhy a k vyvolání srdečních arytmí, které jsou prvním příznakem obtíží, a jejich intenzita může být výsledkem smrtelné srdeční zástavy, ke které dochází hladověním. Podstata tkví v nedostatku fosfátů a rychlá náhrada tekutin může vyvíjet na srdeční sval nadměrné požadavky, které není schopen zvládnout.

Dalšími projevy jsou poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory a zhoršení činnosti srdečního svalu, změny krevního obrazu, změny v EKG. Náhlé úmrtí je ve většině případů způsobeno srdečními arytmiemi v důsledku narušení elektrolytové rovnováhy lidského organismu, jak již bylo zmíněno.⁹⁵

Somatičtí lékaři v průběhu léčby pravidelně kontrolují krevní tlak ve stoje, ale i vleže, a provádějí častá vyšetření EKG.

⁹⁵ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 96 - 97.

6.2 Renální (ledvinové) komplikace

Ledvinová abnormalita se objevuje u většiny nemocných, neboť příjmem dostatečného množství bílkovin dochází ke zvýšení hladiny urey v krvi. Mezi hlavní poruchy patří: hypokalémie, hyponatrémie, hypochlorémie a hypochlorní metabolická alkalóza, která se nejčastěji vyskytuje u dehydratovaných nemocných v důsledku užívání projímadel, diuretik a následném zvracení. Společně s nízkým výdejem moči dochází ke vzniku močových kamenů. Chronické nadužívání projímadel a diuretik může vést k chronickému renálnímu selhání a hypokalémické nefropatii. Chronické renální selhání znamená pro pacienta hemodialýzu nebo peritoneální dialýzu. Vhodnější je první volba, neboť její aplikace je přímo do krve, provádí se v somatických zařízeních. Peritoneální dialýzu si nemocný aplikuje v klidu doma, nutností je zachování hygienické čistoty a nevýhodou při dlouhém používání poškození slinivky břišní. Chronické selhání je možné vyřešit transplantací, nezbytné je však upozornit, že ne každý pacient je vhodný k této operaci.

Somatictí lékaři sledují u pacientů s poruchami příjmu potravy mimo jiné i ledvinové funkce - hladinu urey, elektrolytů, kreatininu, výdej moči a clearance kreatininu.

6.3 Gastrointestinální (žaludečně – střevní) komplikace

Z důvodu zvýšeného působení žaludečních šťáv dochází u lidí s poruchami příjmu potravy ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů. Tyto diagnózy se objevují především u osob trpících mentální bulimií. Charakterizovat je lze i u osob s mentální anorexií, které v průběhu své nemoci častěji zvrací. Poruchám příjmu potravy bývá mylně přisuzován vznik žaludečních vředů. Somatictí lékaři potvrdili jejich vznik u několika mentálních anorektiček, avšak přímá spojitost není potvrzena.

Dle Krcha všeobecně platí, že lidé s poruchami příjmu nevykazují příliš časté žaludeční komplikace. Zpomalení procesu vyprazdňování obsahu žaludku vyvolává pocity plnosti a nadmutosti i po konzumaci malého množství potravy, což pacientům způsobuje nepříjemné pocity. Ty si mylně vysvětlují jako činnost ukládání tuku v těle.⁹⁶

Komplikace v oblasti tlustého střeva, kromě zácpy, jsou spojeny s užíváním projímadel a diuretik, jež mohou prvotně vyvolat pocity nevolnosti, zvracení, střídání zácpy s průjmem.

Abnormalita funkce jater je spojena s podvýživou pacientů v důsledku nedostatku bílkovin, dochází ke snížení hladiny sériových bílkovin, zvýšené hladině lipidů a laktodehydrogenázy. Stavy hypoglykémie souvisejí s nedostatkem zásob jaterního glykogenu společně s nedostatečnou zásobou tuku pro glukoneogenezu.⁹⁷

6.4 Kosterní komplikace

Pacienti s počátkem poruch příjmu potravy během svého somatického vývoje mohou být fyzicky menší než jejich vrstevníci. Vyzrávání kostí se v průběhu poruch příjmu potravy zpomaluje, vývoj kostí může být na základě závažnosti poruchy i zastaven, jestliže došlo ke značnému tělesnému úbytku. U žen je tato ztráta spojena s amenorheou, posléze se ztrátou menstruace. Při odmítání konzumace mléčných produktů, které obsahují vitamín D a tuky, se výjimečně mohou vyskytnout případy osteomalacie. Prokázaným dopadem je snížení minerální denzity, a ještě častěji osteoporóza. V důsledku řídnutí kostí dochází k většímu nárůstu zlomenin, a to až sedminásobně. Osteoporóza vzniká u nemocných poruchou příjmu potravy během dvou let od prvních příznaků, a významně souvisí s délkou nemoci a s tělesným indexem hmotnosti. Obecně platí, že přiměřené intenzivní fyzické cvičení má ochranný

⁹⁶ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 98 - 99.

⁹⁷ ANTAL, J., et al. *Učebnice fyziologie pro studující lékařství*. 2. přeprac. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960, s. 87.

vliv na kosterní denzitu, neboť je snížen metabolický obrat kostní tkáně a zvýšena tvorba kostí. Snížením kostní denzity dochází k zvýšení riziku patologických zlomenin. Mentální anorektici neberou zřetel na tuto skutečnost a dále intenzivně fyzicky cvičí. Z průzkumů vyplývá, že 30 % profesionálních baletek trpí stresovými zlomeninami.

Somatičtí lékaři léčbu zaměřují na návrat k normální tělesné hmotnosti a obnovení menstruačního cyklu.

6.5 Endokrinní komplikace

Endokrinní komplikace jsou významným rysem počátků projevů poruch příjmu potravy. Hlavním příznakem je amenorhea, která se objevuje, jestliže úbytek tělesné hmotnosti klesne pod 15 % oproti normální tělesné hmotnosti a obsah tělesného tuku se sníží pod kritickou úroveň lidského organismu.⁹⁸

Významné jsou i jiné složky, neboť se amenorhea objevuje u mentálních anorektiček ještě před váhovým úbytkem. Zvýšením tělesné hmotnosti ještě nějakou dobu amenorhea přetrvává téměř u poloviny patientek, což zvyšuje názor o dysfunkci hypotalamu jakožto sekundární příčině. V některých výzkumech byla prokázána zvýšená hladina růstového syndromu a snížená reakce na inzulinem vyvolanou hypoglykemii. Jiné studie rozdílly nezaznamenaly. Některé vyhublé pacientky trpí infertilitou. Nutno podotknout, že většině mentálních anorektiček tento stav nevádí, neboť nechtějí děti.

6.5.1 Menstruace

Normální menstruace závisí na udržení podílu tuku v těle, který se pohybuje

⁹⁸ ANTAL, J., et al. *Učebnice fyziologie pro studující lékařství*. 2. přeprac. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960, s. 41.

okolo 20 % tělesné hmotnosti ženy. Bylo zjištěno, že ženy vážící o 10 % méně, než je jejich optimální tělesná hmotnost, mají nepravidelný menstruační cyklus, který může zapříčinit neplodnost. Pacientky s poruchou příjmu potravy vykazují závažné hormonální poruchy. Ty mají za následek dysfunkci hypotalamu, který připravuje lidský organismus na zvýšenou fyzickou a psychickou zátěž. Jedním z projevů je amenorhea, která vzniká ztrátou více než 15 % tělesné hmotnosti, snížením tuku v těle, hyperaktivitou, odchylkami v neurotransmiterech a chováním, jehož podstata vede k snížení tělesné hmotnosti.⁹⁹ Pacientky amenorheu nepovažují za nepříjemný stav, naopak většinou cítí úlevu. Somatičtí odborníci taktéž nepovažují tento sekundární stav za kritický, neboť v ozdravném období se menstruace většinou objeví, jakmile je navýšena tělesná hmotnost pacientky. Jestliže se ani při nárůstu tělesné hmotnosti pacientce nevrátí, jedná se o příznak nutriční nevyváženosti v důsledky omezování potravy, intenzivního fyzického cvičení a poruchového chování.

6.5.2 Plodnost

O vlivech hormonálních poruch na reprodukci člověka a těhotenství u žen s poruchami příjmu potravy se příliš mnoho neví. Mnoho z žen vnímá těhotenství jakožto stav ohrožující jejich tělesný vzhled, zvyšující tělesnou hmotnost a snižující sebeúctu. V dnešní moderní době prezentující ideál krásy ve formě vyhublých modelek a nezbytnosti držení redukčních diet je charakteristické, že se některé těhotné ženy trpící poruchy příjmu potravy snaží v průběhu těhotenství snížit energetický příjem. Průměrný tělesný nárůst zdravé ženy od početí do porodu je 12,5 kilogramů.

V průběhu nemoci trpí neplodností dvakrát více žen než v běžné populaci. Prakticky všechny ženy s mentální anorexií jsou neplodné, neboť mají sníženu sexuální aktivitu, případně hormonální poruchy (anovulace v důsledku morfologických změn vaječníků). Nicméně současná medicína dovoluje otěhotnět i ženám bez přítomnosti menstruace. Tento důvod by neměl být příčinou k úvaze žen o neustálém snižování

⁹⁹ ANTAL, J., et al. *Učebnice fyziologie pro studující lékařství*. 2. přeprac. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960, s. 42.

tělesné hmotnosti.

Somatičtí lékaři se snaží prezentovat přirozenou plodnost žen, avšak většina mentálních anorektiček raději volí život bez dětí.

6.5.3 Těhotenství

Poruchy příjmu potravy mohou mít na těhotenství žen různé vlivy. U mentálních anorektiček, které otěhotní v průběhu své nemoci, dochází k zesílení psychických symptomů včetně pocitů úzkosti a deprese. Obava ze ztráty kontroly tělesné hmotnosti může znamenat snahu o její nenavýšení. Dalšími varovnými riziky je strach z poškození dítěte při těhotenství nedostatečnou výživou nebo jiných činností mající za následek snížení tělesné hmotnosti. Z důvodu nízkého sebevědomí a nedostatečné kontroly převládá u většiny těchto žen strach z nepřípravenosti převzít rodičovskou roli a o dítě se postarat. Úzkostlivé vztahy způsobují zhoršení stavů poruch příjmu potravy a neutišitelné zvracení. Mnohdy bývá diagnostikována peremesis gravidarum, která vyjadřuje závažné stavy zvracení ve spojení s poruchami příjmu potravy.¹⁰⁰

V důsledku těhotenství pacientek s mentální anorexií hrozí zvýšené riziko spontánních potratů, narození dítěte s nižší porodní hmotností, s vyšším rizikem výskytu malformace nebo vyšší faktor úmrtnosti dítěte při narození. Jestliže onemocnění matky bylo v průběhu těhotenství v remisi nebo došlo k plnému uzdravení, lze předpokládat, že těhotenství bude bez komplikací a dítě bude zdravé.

Zvláštností zůstává, že jen třetina vdaných mentálních anorektiček je matkami.

Těhotenství u pacientek s mentální bulimií provázejí podobné úzkostné stavy v souvislosti ze strachu z navýšení tělesné hmotnosti, ztráty kontroly nad konzumovanou potravou, jako u žen s mentální anorexií. Mnoho z nich není schopno přestat s bulimistickým způsobem života, má obavu z péče o malé dítě, dostavuje se u nich pocit zahanbení a studu. Odborné studie navíc zaznamenaly vyšší

¹⁰⁰ ANTAL, J., et al. *Učebnice fyziologie pro studující lékařství*. 2. přeprac. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960, s. 116.

výskyt malformací u plodu a komplikovanějších porodů, než je tomu u běžné populace.

6.6 Hematologické komplikace

U více než poloviny nemocných poruchami příjmu potravy se vyskytují změny krevního obrazu a kostní dřeně. Stupeň klinické závažnosti se zvyšuje s úbytkem tělesné hmotnosti nemocných, dysfunkcí neutrofilů, jejichž funkce spočívá v obraně proti bakteriální infekci. Dále dochází ke zhoršenému stavu buněčné imunity.

Somatičtí lékaři při úvodním vyšetření věnují pozornost vyšetření celého krevního obrazu, tedy červeného i diferenciálně bílého.

6.7 Neurologické komplikace

Porucha elektrolytové rovnováhy způsobená užíváním projímadel, diuretik, zvracením a klystýry, může vyvolat mnoho neurologických obtíží, mezi kterými je zmatenost, svalová slabost, zvýšení šlachovitých reflexů a přechodnou ischemii mozku. Téměř polovina nemocných trpí celkovou svalovou slabostí, bolestmi hlavy, mohou se objevit stavy ztráty vědomí, dvojité vidění a snížení hybnosti.

6.8 Metabolické komplikace

Nemocní s poruchami příjmu potravy trpí poruchou termoregulace. Při setrvávání v chladném prostředí vykazují nadměrnou přecitlivělost na chlad.

Časté hladovění vede ke zmenšení žaludku, a jeho vyprázdnění bývá spojeno s nepříjemnými pocity plnosti a nevolnosti. Taktéž dochází ke zpomalení funkce střev, pacienti velmi často trpí zácpou. Působením žaludečních šťáv může dojít k překyselení žaludku nebo ke vzniku žaludečních vředů. Pacienti mají narušen metabolismus kalcia, více než polovina nemocných vykazuje zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. Dalším rozdílem je spánek. Odborné studie hovoří o méně hlubokém spánku podvyživených lidí s poruchou příjmu potravy, častěji se budí a celková doba jejich spánku je výrazně kratší. Tyto poruchy mizí se zvýšením tělesné hmotnosti.

Taktéž funkce střev je zpomalena, nemocní trpí zácpou, která často souvisí s nadměrným užíváním laxativ. Snížením tělesné hmotnosti se zhoršuje krevní oběh v rukou i nohou, ty bývají promodralé a oteklé. Dochází k možnému vzniku nebezpečí podchlazení.

6.9 Dermatologické komplikace

Dermatologické komplikace nemocných trpících poruchami příjmu potravy mají mnoho důvodů, od nedostatečné výživy projevující se dermatologicky suchou, šupinatou, zažloutlou kůží, zvýšeným nárůstem ochlupení, zvracením spojeným s mnohočetným tečkovitým krvácením do kůže, modřinami, mozoly, kožními vyrážkami a ekzémy z užívání projímadel a diuretik. Jemné ochmýření se objevuje i v oblasti obličeje, na tvářích, končetinách a trupu. Kvalita vlasů je snížena, ty se snadno lámou, třepí a vypadávají.

7. LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

„Mnoho lidí, kteří mají problémy se zvládáním jídla, dokáže své potíže překonat bez profesionální pomoci. U některých se problémy objevily poměrně nedávno, a proto se z nich ještě nestal návyk. Jiní mají obtíže celá léta, ale nikdy se nedostali k tomu, aby se vážně pokusili o nápravu.“¹⁰¹

Někteří svůj návrat k normálním stravovacím návykům řeší tak, že začnou rozumně a celkem jednoduše jíst, neboť si uvědomují, že správná funkce lidského organismu závisí na složení a množství potravy, která by měla být přizpůsobena jeho potřebám a podmínkám, ve kterých žije. Mění se v souvislosti s věkem, klimatickými podmínkami, ale také se způsobem života. Jedná se o poměrně složitý a vzájemně podmíněný vztah potravy, lidského organismu a způsobu života. Přestože léčba poruch příjmu potravy není snadná, podobně jako mnoho jiných závislostí, lze je vyléčit.

Dle Sladké – Ševčíkové se úspěšnost léčby mentální anorexie pohybuje v 50 %, mentální bulimie dokonce v 60 %.¹⁰² Hlavní podstata léčby spočívá ve všestranném přístupu, který bere zřetel na biologické, psychologické a sociální potřeby. Základem je psychoterapie společně s nutriční terapií, podkladem pak je somatický výsledek případného poškození orgánů. S včasnou léčbou dochází ke snížení zdravotních komplikací a poškození, které se s delším časovým intervalem zvětšují. Důležitým faktorem je i vzájemná důvěra a motivace mezi nemocným, jeho okolím a lékařskými odborníky. Výběr léčby posuzuje lékař na základě zdravotního a psychického stavu pacienta, typu poruchy příjmu potravy, ale i dalších okolností.

¹⁰¹ COOPER, P.J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Praha: VOTOBIA, 1995, ISBN 80-85885-97-2, s. 85.

¹⁰² SLADKÁ - ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003, ISBN 80-7178-795-7, s. 9 - 11.

7.1 Osvěta a informace

Prvním důležitým krokem je poskytnutí informací prostřednictvím odborné literatury a informačních brožur týkajících se poruch příjmu potravy ve formě specifických sdělení o charakteristice problémů nemocného. Informace pomáhají překonat pocity viny, studu, zahanbení, dostavuje se pocit sounáležitosti a pochopení. Jasně vymezení typu poruchy, možnost léčby a následných rizik z jejího odmítnutí vede k demystifikaci onemocnění. Poruchy příjmu potravy ohrožují zdraví člověka v každém věku.

7.2 Psychoterapie

Poruchy příjmu potravy jsou pro svůj průběh jedním z nejčastějších psychiatrických onemocnění, proto základem léčby je psychoterapie. Ta může být nemocniční, ambulantní, ve specializovaném centru, apod. Cílem je zhodnocení problému a naleznutí jeho řešení.

Raboch a Pavlovský uvádějí, že podle počtu účastníků rozlišujeme:

Individuální psychoterapii, při které je přítomen nemocný s terapeutem;

Párovou psychoterapii, jež není založena jen na terapeutu a nemocném, ale i na partnerovi pacienta;

Rodinnou psychoterapii, při které je přítomen terapeut, pacient a jeho rodina. Jedná se o první volbu převážně mladých pacientů, kteří žijí ve společné domácnosti s rodinou. Tento způsob je velmi úspěšně praktikován, neboť nemocný sdílí domov společně s lidmi, kteří za něj mohou mít odpovědnost. „*Rodinní terapeuti jsou*

přesvědčení, že poruchy příjmu potravy mohou odrážet určité dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině. ¹⁰³;

Vícerodinnou psychoterapii, které je přítomno obvykle 5 - 6 rodin se 3 - 4 terapeutů. Tato forma je využívána, jakožto doplňující léčba individuální a rodinné psychoterapie. Více terapeutů se snaží zlepšit motivaci pacientů, podpořit psychicky nejen je, ale i jejich rodinné příslušníky;

Skupinovou psychoterapii účastníci se několik nemocných se stejným problémem. Její význam spočívá v posílení vzájemné interakce a vztahů mezi pacienty. ¹⁰⁴

Léčbu psychoterapií lze rozlišit i podle směrů a základních charakteristických rysů:

Hlubinná psychoterapie klade důraz na spojení psychiky, paměti a tělesné schránky. Výchozí myšlenkou jsou psychické problémy vycházející z minulosti, a cíl jejich vyřešení pomocí nalezení příčiny. Metodou hlubinné psychoterapie je psychoanalýza;

Dynamická a interpersonální psychoterapie související s hledáním příčin problémů v minulosti, přítomnosti, založením mezilidských vztahů a interpersonálních konfliktů pacienta.

Rogerovská psychoterapie vytváří pouto důvěry k pacientovi, terapeut působí jako morální podpora;

Behaviorální psychoterapie je založena na změnách patologického chování, mezi které patří nevhodné stravování a životospráva. Léčba je v krátkodobém časovém horizontu;

Kognitivní psychoterapie má základ v racionálně-emoční psychoterapii a kognitivně behaviorální psychoterapii, působí krátkodobě a direktivně. Tento způsob

¹⁰³ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 132.

¹⁰⁴ RABOCH, J. a P. PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2001, ISBN 80-7254-156-0, s. 31.

léčby je vhodný pro pacienty se středně těžkými a vážnými příznaky. Vytváří teoretické základy pro značnou část léčby poruch příjmu potravy. Zdůrazňuje vedení záznamů o jídle a myšlenkách na něj, pravidelnou kontrolu tělesné hmotnosti nemocného, změnu jídelního chování - kontrolu redukčních diet, zavedení konzumace jídel, které byly v minulosti vyloučeny z jídelníčku, plánování potravy a její konzumace;

Komunikační a systematická psychoterapie spočívá v interakci nemocného s rodinou a jejím fungováním;

Gestalt psychoterapie vyjadřuje emoční prožívání vlastního těla;

Existenciální a humanistická psychoterapie vyjadřuje současné chování a stav, komunikaci s rodinou. Snaží se hledat smysl života a vyhýbá se pohledu do minulosti;

Feministická psychoterapie dává do pozadí potřeby nemocného, vše je zcela v kompetenci terapeutky. Mnoho názorů feministických terapeutek zásadním způsobem ovlivnilo používání jiných forem psychoterapie. Tento způsob psychoterapie je ženami volen jako první;

Farmakoterapie využívá komplexní přístup k poruchám příjmu potravy, ve kterých může být medikace zahrnuta do způsobu léčby. Tato psychoterapie by neměla být jediným způsobem léčby;

Arteterapie vyjadřuje emoce prostřednictvím výtvarného ztvárnění;

Muzikoterapie je sebevyjádření formou hudby a tance;

Dramaterapie znázorňuje dramatické a divadelní postupy.¹⁰⁵

Mezi další možné doplňky léčby lze praktikovat relaxační techniky, zájmové činnosti, rekreační sport apod.

¹⁰⁵ RABOCH, J. a P. PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2001, ISBN 80-7254-156-0, s. 71.

7.3 Nutriční terapie

Hlavní cíl nutriční terapie je stanoven již na počátku léčby, jedná se o návrat k normálním stravovacím návykům a potravě. Ta musí obsahovat dostatečné energetické hodnoty, neboť důraz je kladen na vytvoření vhodné tělesné hmotnosti a zamezení nepřírozeného vyloučení potravy v podobě zvracení. Základem je pevné stanovení příjmu potravy, její zpracování, a snaha o vyloučení negativních pocitů spojených se strachem z vyšší tělesné hmotnosti. Pacient si musí uvědomit významnost léčby, nelze ji praktikovat samostatně. Využívána je v kombinaci s nejvhodnější formou psychoterapie.

7.4 Hospitalizace

Hospitalizací je vyjádřen pobyt pacienta v nemocnici za účelem ošetření, vyšetření a léčby složitějšími metodami, které nelze provádět ambulantně. Rozhodnutí o nutnosti hospitalizace může být prvním signálem, při kterém si nemocný začne uvědomovat, že není zdravotně v pořádku.

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších onemocnění, na které umírá nejvíce adolescentů a mladých žen. Proto je nutné nepodceňovat tuto nemoc a v závažných případech navrhnout nemocnému hospitalizaci. Ta by se měla zvažovat v průběhu každé fáze léčby.

Její doporučení je stanoveno, jestliže úbytek tělesné hmotnosti klesne pod 25 %, dochází k dehydrataci, oběhovému selhávání vyznačujícím se pomalým tepem, nízkým krevním tlakem, špatným periferním oběhem, přetrvávajícím zvracením nebo zvracením krve, zneužíváním projímadel, přítomností těžkých depresivních stavů, sebepoškozováním nebo zneužíváním psychoaktivních látek.

Důvodem hospitalizace je potřeba lékařské stabilizace pacienta, při níž dochází

k zajištění komplexní léčby. Jedná se o spolupráci celého týmu odborníků, kteří se podílejí na léčbě nemocného. Psychiatři se starají o jeho farmakoterapeutickou léčbu, specializovaní terapeuti a psychologové mají na starost realizaci terapeutických programů a výběr vhodné volby psychoterapií. Léčba somatických lékařů a zdravotnického personálu spočívá ve zlepšení tělesného stavu pacienta, léčby podvýživy a dalších případných následků. Úspěšnost léčby zvyšuje aktivní spolupráce lékařů a pacienta. Délka hospitalizace může být krátkodobá nebo dlouhodobá. Při podvýživě je volena dlouhodobá hospitalizace, která má nemocného uměle vyživit a postupně obnovit jeho stravovací režim. S úspěšným zvládnutím dlouhodobé hospitalizace a vhodné motivaci pacienta lze při stabilizovaném stavu ukončit pobyt v nemocnici, a přistoupit k ambulantní formě. Krátkodobá hospitalizace je volena u dostatečně motivovaných pacientů k dobrovolné léčbě s aktivní spoluprací. Krátkodobá hospitalizace zdravotně stabilizuje pacienta, poskytuje mu psychoterapie, a pomáhá mu překonat nejtěžší období. Vhodná následná léčba by měla probíhat kombinací ambulantní lékařské péče s denním stacionářem.

7.5 Denní stacionář

Pro většinu nemocných je vhodnější formou léčby denní stacionář. Ten poskytuje různou strukturu pomoci v podobě kontroly stravovacího režimu a intenzivních psychoterapií podobných v průběhu hospitalizace. Liší se pouze poskytováním služeb. Zatímco hospitalizace je zaměřena na nemocné po celý den, v denním stacionáři nezůstávají přes noc. Hospitalizace klade důraz na somatickou léčbu podvyživených, a nemocných se sklony k sebepoškozování. Denní stacionář má klidnější průběh a poskytuje možnost kombinace léčby i v jiných zařízeních.

7.6 Ambulantní lékařská péče

„Existují někteří chroničtí nebo nepoddajní pacienti, kteří prošli během několika let různými formami léčby a nakonec dospěli k bodu, kdy už nechtějí podstoupit další léčbu nebo souhlasí s tím, že další psychoterapie má jen velmi malou naději na úspěch.“¹⁰⁶ V takovém případě je volena léčba spočívající v navrácení nemocného do somatické a psychické stability, a jejíž průběh může být individuální, skupinový, s týdenními konzultacemi a pod lékařským dohledem.

Somatičtí lékaři by v průběhu léčby měli neustále kontrolovat tělesnou hmotnost pacienta, elektrolyty a některé další životně nezbytné faktory stavu lidského organismu. Skupinová terapie umožňuje pacientům vzájemnou podporu mezi sebou samými a snaží se o vyhledání počátku podstaty problému. Ambulantní péče je druhem léčby, při které nemocný dochází do zdravotnického zařízení, ale jeho zdravotní stav nezbytně nevyžaduje hospitalizaci.

7.7 Svépomoc, řízená pomoc a psychoedukace

Nemocní s relativně mírnými příznaky poruch příjmu potravy mohou dojít ke značnému nebo úplnému uzdravení svépomocí, nebo edukativní (osvětovou) intervencí. Se svépomocí je spojena celá svépomocná skupina, která je chápána jako nutná součást léčby. Cílem skupiny je zachování pravidelného kontaktu s nemocnými, podpora stravovacího režimu, láska k vlastnímu tělu a zvýšení sebevědomí.

Řízenou svépomocí se rozumí léčba pomocí svépomocné příručky a odborné literatury věnující se poruchám příjmu potravy a způsobům jejich překonání. Nejčastěji si nemocní vybírají k léčbě svépomocí osobu, ke které mají důvěru a věří, že právě ona

¹⁰⁶ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 130.

jim může pomoci na této složité cestě. Přestože velmi často nemocní oslovují nejbližší okolí, dle posledních průzkumů největší úspěchy vykazují nemocní s osobami, které příliš neznají, neboť prožitek stavů není tolik intenzivní, jako u rodiny a přátel. I proto je obecně doporučována osoba, která sice bude nemocnému oporou, ale nebude emočně postavena stejně jako nemocný. „*I když pro většinu pacientů není svépomoc jako jediný způsob léčby dostačující, existuje významná podskupina, která má užitek z této velice úsporné intervence.*“¹⁰⁷

¹⁰⁷ KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7, s. 131.

8. SPECIALIZOVANÁ PRACOVÍŠTĚ V ČR PRO LÉČBU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Cílem léčby poruch příjmu potravy je oslabení základních příznaků, mezi které patří změna stravovacího chování, zbavení strachu z vyšší tělesné hmotnosti a z potravy, zvýšení tělesné hmotnosti u vyhublých pacientů, snížení vnímání vlastního těla a jeho sebekritiky, ale i posílení sebevědomí.

Cesta k uzdravení není vůbec jednoduchá. Někomu trvá dva týdny, jinému měsíc a další se může intenzivně léčit i několik let. Významným prvkem je však započetí léčby. Nemocný by si měl již v samém začátku léčby uvědomit, že každý z nás je jedinečný, má jinou postavu, proto je nezbytné stanovit si zásadní prioritu - uzdravení se. Za posledních několik desítek let došlo ze strany společnosti ke změně vnímání nemocných poruchami příjmu potravy. Hlavní posun nastal k přístupu k nim a v možnosti odborné léčby v psychoterapeutických zařízeních.

V České republice fungují instituce a sdružení, na která se jedinci trpící poruchami příjmu potravy mohou obrátit s žádostí o pomoc.

8.1 Anabell

Občanské sdružení Anabell vzniklo v roce 2002 v Brně a zabývá se pomocí lidem s poruchami příjmu potravy. Smyslem existence sdružení je realizace poradenské činnosti spadající pod zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Nemocní trpící poruchami příjmu potravy se mohou kdykoliv na pracovníky tohoto sdružení obrátit a požádat je o pomoc. Smyslem není jen samotná pomoc nemocným, ale i informovanost populace, která má působit coby prevence. Anabell má své pobočky po celé České republice a zaměřuje svou činnost i na zvyšování vzdělanosti

pedagogických pracovníků, kteří přispívají v rámci svých hodin k preventivním opatřením.¹⁰⁸

8.2 Projekt Podpora profesionální prevence

Podpora profesionální prevence, častěji známá pod zkratkou PPP byla realizována občanským sdružením Anabell v Brně v období od 1. dubna 2009 do 30. června 2011 s cílem zvýšení vzdělanosti pedagogů a prezentace vhodných metodik prevence poruch příjmu potravy.

Cílem projektu byly následující schopnosti a dovednosti proškolených pedagogů:

1. Orientace v problematice poruch příjmu potravy, v oblasti správných stravovacích zvyklostí dle poznatků lékařské vědy formou aktivního přístupu k tvorbě vlastních metodických plánů;
2. Umění zpracovat podle těchto metodických listů a následně prezentovat zážitkovou, srozumitelnou a interaktivní formou problematiku poruch příjmu potravy žákům a studentům;
3. Schopnost rozpoznat rizikové faktory onemocnění.¹⁰⁹

¹⁰⁸ *Občanské sdružení Anabell*. [on-line]. © 2002 – 2012 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>

¹⁰⁹ *Sekce PPP: Sekce poruchy příjmu potravy při České psychiatrické společnosti JEP*. [online]. © 2007 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://www.sekkeppp.eu/>

8.3 Projekt V. I. P. E-learning

Projekt V.I.P. E-learning je spolufinancován z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky. Smyslem je vzdělávání neboli výcvik, inovace informace a profesionální podpora pedagogickým pracovníkům. Zaměřen je právě na školské pracovníky v Moravskoslezském kraji. Cílem je poskytnutí vzdělání pedagogickým pracovníkům v oblasti prevence poruch příjmu potravy a vzdělávání cílové skupiny v oblasti zdravého životního stylu. Projekt je realizován specializovanými učebními bloky sestavenými do dvou seminářů a workshopu vztahujícího se k ovlivňování sebevědomí žáků a studentů formou hromadných sdělovacích prostředků.

8.4 Stop PPP, o.s.

Tato forma neziskové organizace sídlí v Domažlicích, a podobně jako sdružení Anabell, snaží se o prevenci v problematice poruch příjmu potravy. Součástí jsou programy pro žáky základních a středních škol, a také jejich pedagogy. Hlavním cílem sdružení je dostupnost informací spojených s touto problematikou a resocializace nemocných.

8.5 Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN Motol

Jedná se o pražské kliniky disponující odbornými pracovníky v oblasti poruch příjmu potravy. Výhodou je zřízení centra pedopsychiatrické péče. Přestože hlavní

význam tkví v diagnostice dětského autismu, neopomíjí ani tuto oblast. Léčba probíhá formou hospitalizace nebo ambulantně.

8.6 Dejvické psychoterapeutické centrum

Pražské centrum disponuje odborníky nejen z oblasti léčby poruch příjmu potravy. Nemocným nabízí kompletní psychoterapeutické ambulantní služby formou vlídného individuálního přístupu. Na přání nemocných mohou přistoupit i k rodinné terapii nebo skupinovým programům.

8.7 Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN

Tyto pražské kliniky působí jakožto centra v léčbě poruch příjmu potravy. Nemocní mají možnost využít ambulantní péče nebo hospitalizace, případně denní stacionář, kam nemocní dochází po dobu 3 měsíců. Mezi další služby patří klub pro rodinné příslušníky, rodinné terapie nebo klub pro nemocné a zájemce o léčebné programy. Členové klubu získají informace o průběhu poruch příjmu potravy, o rizicích onemocnění a o možnostech léčby. Další výhodou je možnost komunikace online prostřednictvím internetové diskuse.

Psychiatrické a psychoterapeutické kliniky dávají větší důraz na léčbu z lékařského pohledu.

9. REFLEXE V MÉDIÍCH

Každý člověk respektuje určitá pravidla, normy a vzory. V souladu s nimi pohlíží na svět, hodnotí ho a podřizuje se mu. Prochází procesem socializace, přejímá zvyky a nastavené společenské normy, praktické i estetické. Každá společnost má však jiné estetické ideály a ideál krásy je v různých společnostech zcela jiný.

Krásou však nelze označit pouze příjemný výsledek estetického vnímání, ale i mravní a duševní dokonalost (v náboženství je spojována s nejvyšším, tedy Bohem, jehož přirovnává k ideálu krásy), nebo společenského postavení, kdy vlivní lidé bývají idealizováni a ovlivňují nejen společnost, ale i módní trendy. To přineslo společnosti spojení krásy s úspěšností.

Kromě idealizování štíhlé postavy v euroamerické společnosti dochází ke skandalizaci nadváhy, dramatizaci žebříčku hodnot, které jsou stále více orientovány na vnější znaky existence lidí (úspěch, krása, peníze apod.).

Zvyšující se množství případů poruch příjmu potravy bývá často spojováno se západní euroamerickou kulturou moderní doby. První zmínky o poruchách příjmu potravy jsou známy již od antiky, ale největší nárůst zaznamenaly až ve 20. století. Současnou společnost ovlivňují hromadné sdělovací prostředky, které prezentují symbol krásy. Ten byl od počátků lidstva vnímán rozdílně, od silných boků a baculaté postavy vyjadřující zdraví a plodnost, která je stále považována za ideál krásy v muslimských zemích. V zemích s nedostatkem potravy je silná postava vnímána jako znak blahobytu a zdraví, vyhublost značí chudobu a nemoc.

70. léta 20. století přinesla zásadní zlom v euroamerické společnosti ve formě nového ideálu krásy, kterým se stala malá, značně podvyživená modelka Lesley Hornby známá pod přezdívkou Twiggy, která při výšce 168 cm vážila pouhých 41 kg. Pro mnoho žen se rázem stala nedostižným symbolem krásy. Ženy, dříve napodobující styl Marilyn Monroe, Claudie Cardinale, Sophie Loren nebo Brigitte Bardot, měly o nový ideál krásy postaráno. Její míry 79 - 56 - 81 byly znakem vytříbenosti a elegance té doby.

80.léta 20.století prezentují ideál krásy v podobě přirozeně štíhlých, zdravých topmodelek, jakými byly Cindy Crawford, Claudia Schiffer, Naomi Campbell a Karen Mulder. V devadesátých letech byly vystřídány vychrtlými modelkami, které si svou nadváhu zachovaly dodnes.

Módní trend štíhlosti je tak patrný především v kontrastu s nadváhou, která bývá často nadhodnocována, zatímco riziko sníženého příjmu potravy a redukčních diet je veřejně opomíjeno. Lidé s nadváhou bývají považováni za nevykonné, pomalé a líné. Byť tyto předsudky nejsou opodstatněny. Smutnou skutečností zůstává, že fyzický vzhled hraje ve společenském životě velmi důležitou roli. Vnímání estetického vzhledu využívají především kosmetické a farmaceutické společnosti, které předkládají společnosti „zázračné“ produkty, díky kterým může být každý štíhlý, krásný a zdravý. Štíhlá postava je spojena s krásou, neboť odstraňuje nedokonalost, ošklivost a neohrožuje zdraví nadváhou. Je tedy chápána jako prvek přinášející štěstí.

Řada komerčních společností volí reklamní sdělení nabízející spokojený život snížením tělesné hmotnosti ve formě zázračných diet, zeštíhlujících a kosmetických produktů. Nesplnitelné sliby vedoucí k navýšení finančního kapitálu komerčních společností vedou k zoufalým snahám větší části populace o neustálé vylepšování estetické stránky svého vzhledu.

Někteří díky vysokému tlaku společnosti neunesou svou funkci ve společnosti a unikají do světa poruch příjmu potravy. Ty se nevyhýbají ani známým osobnostem. K poruchám příjmu potravy se v minulosti přiznala například princezna Diana, rakouská císařovna Alžběta Amálie Evženie Bavorská známá pod přezdívkou Sissi, zpěvačka Victoria Beckham, Audrey Hepburn nebo Jane Fonda. Z čehož vyplývá, že nemoc může postihnout každého a není výsadou pouze některých skupin. Vše začíná nevinnou snahou o snížení tělesné hmotnosti.

Časopisy přináší mnoho článků o zdravé výživě a nejrůznějších tipech na zhubnutí. Redukční diety a podpůrné prostředky umožňující snížení energetického příjmu se tak stávají běžnou součástí dnešního moderního stylu a módního trendu. Normální žena raději sní několik jogurtů s označením light, než jeden normální, který má nižší energetickou hodnotu než dva zmíněné. Dietní průmysl se tak díky

hromadným sdělovacím prostředkům stává jedním z nejmocnějších společenských sil, které podporují kult krásy ve formě štíhlého těla. Iluze je součástí reklamních sdělení a současná doba natolik pokročila, že i některé produkty vytváří dojem, že si spotřebitel kupuje zdraví, krásu a mládí.

„Slavná modelka Christy Turlingtonová v interview pro časopis Elle jasně řekla, že v módních časopisech není jediná fotografie, která by nebyla změněna retušem: „Je to legrační Když ženy vidí fotky modelek, pomyslí si: Takhle já nikdy vypadat nebudu. Vůbec je přitom nenapadne, že bez pomoci počítače takhle nikdo skutečně vypadat nemůže.“¹¹⁰ Pod náporem rozvíjejících se hnutí snažících se omezit spolupráci dietního průmyslu s hromadnými sdělovacími prostředky začaly nejprve ženské anglické časopisy otiskovat články, které varují před nebezpečím redukčních diet. Pod tlakem britské vlády se v roce 2000 sešli šéfredaktoři vlivných módních časopisů, aby se dohodli na pravidlech, která by měla omezit prezentaci anorektických modelek v hromadných sdělovacích prostředcích. Snahou bylo ukončit spolupráci s agenturami, které budou nabízet vyhublé modelky. Tento skutek se setkal s vysokým ohlasem, ale neměl bohužel dlouhého trvání. Majitelé novin své šéfredaktory propustili, na jejich místo nastoupili noví lidé, kteří pokračují v dlouholeté tradici.

¹¹⁰ MÁLKOVÁ, I. a F.D. KRCH. *SOS nadváha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-521-0, s. 47.

10. POPIS VÝZKUMU

10.1 Cíl, zkoumané problémy a hypotézy výzkumu

Cílem praktické části je konfrontovat nejpodstatnější teoretické poznatky a ověřit jejich pravdivost v praxi. Zkoumané problémy se týkají stravovacích návyků a znalosti problematiky poruch příjmu potravy.

Zkoumané problémy a hypotézy:

P1: Jakou úlohu hraje u respondentů strava? Problém je řešen otázkou č. 5.

H1: Většina lidí považuje příjem potravy za přirozenou součást života sloužící k nasycení., tudíž příliš stravu neřeší.

P2: Jaký prvek nejvíce ovlivňuje současné stravovací návyky respondentů? Problém je řešen otázkou č. 6.

H2: Většina populace si stravovací návyky vytváří v rodinném prostředí.

P3: Jsou respondenti spokojeni se způsobem svého stravování? Problém je řešen otázkami č. 7, 8.

H3: Lidé nejsou spokojeni se svým způsobem přijímání potravy, neboť k němu ne vždy mají vhodné podmínky. Největším faktorem neumožňujícím jim vyhovující stravování je čas.

P4: Koupili by si respondenti geneticky upravované potraviny? Problém je řešen otázkou č. 9.

H4: Spotřebitelé jsou spíše konzervativní a nemají rádi „experimenty“.

P5: Má dotazovaný soubor obavy z dovážených potravin? Problém je řešen otázkou č. 10.

H5: Společnost kladně přijímá možnost nákupu zahraničních produktů.

P6: Považují respondenti redukční diety za zdroj zdravotních problémů? Problém je řešen otázkou č. 11.

H6: Alespoň polovina oslovených nepovažuje diety za zdraví škodlivé, neboť v dnešní populaci téměř každý vyzkoušel tento způsob konzumace.

P7: Setkali se dotazovaní s poruchy příjmu potravy? Problém je řešen otázkou č. 12.

H7: Toto onemocnění je stále zahaleno tajemstvím, proto mnoho lidí nepřizná ani svému okolí, že trpí nebo trpěli tímto onemocněním.

P8: Setkali se dotazovaní s poruchy příjmu potravy v rodině? Problém je řešen otázkou č. 13.

H8: V české společnosti stále převládá částečné tabu o poruchách příjmu potravy, proto mnoho lidí nepřizná poruchy příjmu potravy v rodině.

P9: Jak poruchy příjmu potravy ovlivňují rodinné a přátelské vztahy? Problém je řešen otázkou č. 14.

P9: Domníváme se, že poruchy příjmu potravy naruší rodinné vztahy. Nejčastěji došlo ke zklamání ze stran okolí a největší podpora vzešla ze strany rodičů. Podporu rodiny formou rodinné léčby mají především nemocní s dobrým rodinným zázemím.

P10: Považují respondenti poruchy příjmu potravy za života ohrožující? Problém je řešen otázkou č. 15.

H10: Lidé stále podceňují možné dopady, proto je nepovažují za rizikový faktor.

P11: Domníváte se, že výskyt poruch příjmu potravy je jen u některých skupin obyvatel? Problém je řešen otázkou č. 16.

H11: Poruchy příjmu potravy nebudou dle respondentů zastoupeny ve všech skupinách.

P12: Jaká by byla reakce respondenta v přímém setkání s poruchami příjmu potravy? Snažil by se proniknout do problematiky, oslovil by rodinu nemocného, nereagoval by nebo by reagoval jinak? Problém je řešen otázkou č. 17.

H12: Většina respondentů by se obrátila na rodinné příslušníky nemocného.

P13: Znají respondenti neziskové organizace poskytující pomoc lidem trpícím poruchami příjmu potravy? Problém je řešen otázkou č. 18.

H13: Neziskové organizace jsou mediálně často prezentovány, proto převážná většina vzorku bude alespoň jednu z nich znát.

10.2 Použité metody, techniky a postupy

Pro účely diplomové práce byla použita forma kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum se vyznačuje vyšší reliabilitou a nižší validitou ve srovnání s kvalitativním výzkumem. Výsledky lze zobecnit na populaci v případě, že vzorek výzkumu je velký. Při kvantitativním výzkumu získáváme jen omezené množství dat. Pro jejich sběr byl použit dotazník. „*Dotazník je soubor otázek předkládaný osobám ve standardizované podobě za účelem zjištění specifických údajů.*“¹¹¹ Tato metoda získává poznatky o trvalejších charakteristikách osobnosti, o jejích postojích, zvyklostech atd. Výhodou je finanční nenáročnost a také to, že lze v krátké době získat potřebné údaje. Další výhodou je poměrně jednoduché vyhodnocení a zpracování. Nevýhodou dotazníku je získání potřebného množství respondentů, především neochota zúčastnit se dotazování a uvedení nepravdivých informací. Úvod dotazníku obsahuje odůvodnění a cíl dotazníkového šetření. Nechybí samozřejmě instrukce k vyplnění a poděkování respondentům na začátku dotazníku. Dotazník se skládá z otázek, přičemž některé mají spíše informační funkci. Otázky jsou srozumitelně prezentovány bez složité terminologie z důvodu, aby jim všichni respondenti porozuměli. Dotazník obsahuje uzavřené otázky, kdy respondent vybíral ze dvou či tří variant odpovědí. Některé otázky jsou polouzavřené, respondent mohl svou odpověď doplnit či vyjádřit svůj názor v přidané variantě „jiné“. Druhá otázka je otevřená a zjišťuje charakteristiku vybraného vzorku dat.

¹¹¹ KLUGEROVÁ, J. – I. PRÁZOVÁ a T. VACÍNOVÁ. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2009, ISBN 978-80-86723-72-3, s. 28.

Data jsou zaznamenána do tabulek a grafů, které přehledně ukazují početní a procentní zastoupení každé varianty odpovědi u celého souboru. Použit byl column chart neboli sloupcovitý graf, který znázorňuje procentní zastoupení odpovědí u celého souboru respondentů.

10.3 Harmonogram postupu

a) **přípravná fáze** - v této fázi byl nejprve vytvořen dotazník, poté bylo nezbytné zajistit dostatečný počet respondentů.

b) **realizační fáze** - z důvodu rozlišných respondentů autorka vybrala vzorek respondentů v nákupním supermarketu Kaufland v Jindřichově Hradci a pro větší rozmanitost ve vesnici Horní Žďár. Posléze vytipovala respondenty, u kterých předpokládala, že znění otázek pochopí a dotazník svědomitě vyplní. Dotazníkový výzkum probíhal od 6. 1. do 8. 1. 2013 v prostorách supermarketu Kaufland v Jindřichově Hradci a ve vesnici Horní Žďár. Dotazníky byly předány vybraným respondentům, po jejich vyplnění byly vybrány autorkou této práce. Ta zkontrolovala sběr dat a zpracovala jej na počítači. Autorka data zaznamenala do tabulek a grafů.

c) **vyhodnocovací fáze** - v této fázi autorka zpracovaná data analyzovala a výsledek slovně zhodnotila.

10.4 Charakteristika souboru

Zkoumaným vzorkem pro dotazníkový výzkum bylo 260 respondentů nakupujících v supermarketu Kaufland v Jindřichově Hradci a ve vesnici Horní Žďár. Jednalo se o 160 žen a 100 mužů, kteří byli z věkové skupiny od 15 do 80 let.

Věková hranice respondentů:

15 – 20 let.....	6
21 – 30 let.....	37
31 – 40 let.....	51
41 – 50 let.....	69
51 – 60 let.....	67
61 – 70 let.....	19
71 – 80 let.....	11

Zkoumaný vzorek byl zastoupen všemi stupni vzdělání. Od nejnižšího základního, přes středoškolské po nejvyšší vysokoškolské.

Vzdělání respondentů:

ZŠ.....	31
SŠ.....	176
VŠ.....	53

Autorka dbala na anonymitu zkoumaného souboru. Z dotazníkového šetření nelze tedy určit konkrétní místo bydliště.

Bydliště dle počtu obyvatel:

1 – 100.....	1
101 – 1 000.....	91
1 001 – 10 000.....	28
10 001 – 100 000.....	140
100 001 – více.....	0

10.5 Interpretace dat

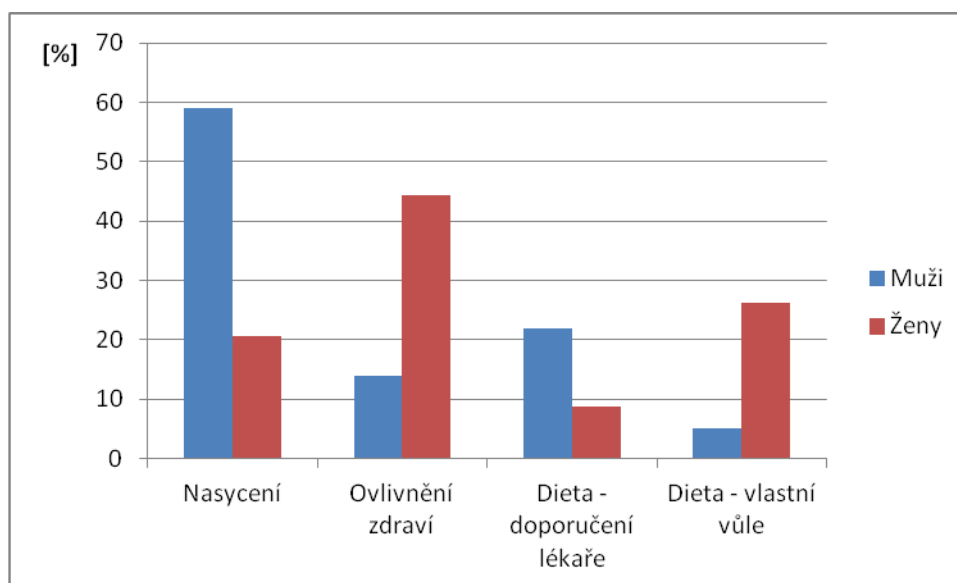
Otázka č. 1: Jakou úlohu hraje strava ve Vašem životě?

Tabulka 6: Úloha stravy dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Nasycení	59	59 %	33	20,62 %
Ovlivnění zdraví	14	14 %	71	44,38 %
Dieta - doporučení lékaře	22	22 %	14	8,75 %
Dieta - vlastní vůle	5	5 %	42	26,25 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹¹²

Graf 1: Úloha stravy dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹¹³

¹¹² Autorka práce (vlastní šetření).

¹¹³ Tamtéž.

Z výsledků vyplývá, že 59 % dotazovaných mužů a 21 % žen funkci potravy vnímá spíše ze somatického hlediska jako normální součást života sloužící k prostému nasycení organismu. 14 % oslovených mužů a 44 % žen považuje proces konzumace jako možný prvek, kterým mohou ovlivnit své zdraví. Na základě lékařského doporučení a svého nepříznivého somatického stavu drží dietu 22 % mužů a 9 % žen. Z vlastního přesvědčení pět mužů (5 %) a 42 žen (26 %). Odpovědi respondentů ukazují, že muži jsou spíše zastánci primární úlohy potravy, konzumace jim přináší energetický příjem, který je nutný pro činnost organismu. Ženy více přemýšlejí nad budoucností, snaží se pečovat o své zdraví a vnímají vhodnou potravu jako další možný faktor, kterým je možné ovlivnit zdraví. Z odpovědí respondentů vyplývá, že 22 % mužů z dotazovaného vzorku je v dietním režimu na základě lékařského doporučení. Procentní počet mužů je vyšší než žen. Důvodem může být první faktor - prosté nasycení organismu. Muži více nepřemýšlejí nad složením potravy, což může vést ke zdravotním onemocněním, která končí doporučenou lékařskou dietou. 26 % žen považuje dietní stravu za vydatnější, zdravější, ale i vyváženější, která je zdrojem vysokého množství přijaté energie, a nezatěžuje organismus. Ženy si připadají zdravější, výkonnější a krásnější.

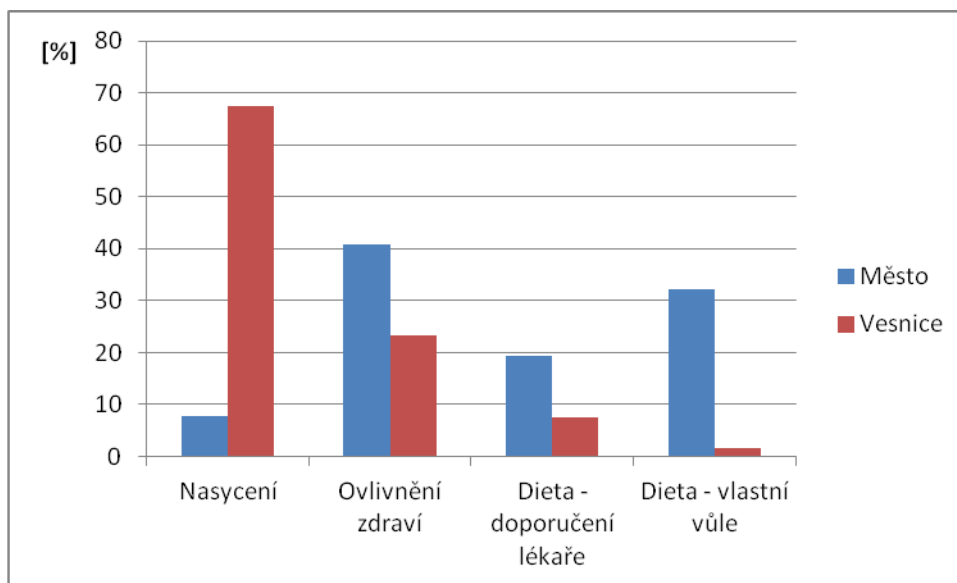
Tabulka 7: Úloha stravy dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Nasycení	11	7,86 %	81	67,50 %
Ovlivnění zdraví	57	40,71 %	28	23,33 %
Dieta - doporučení lékaře	27	19,29 %	9	7,50 %
Dieta - vlastní vůle	45	32,14 %	2	1,67 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹¹⁴

¹¹⁴ Autorka práce (vlastní šetření).

Graf 2: Úloha stravy dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹¹⁵

Více než polovina (68 %) respondentů žijících na vesnici, a 8 % z městských respondentů, vnímá funkci potravy jakožto pouhé nasycení organismu, které je součástí života. Z dotazovaného vzorku 41 % lidí z města a 23 % z vesnice uvádí, že potrava ovlivňuje zdraví člověka, proto se snaží jíst co nejzdravěji, aby si jej uchovali. Domníváme se, že respondenti z vesnice považují produkty prodávající se v obchodních sítích za nezdravé, způsobující somatická onemocnění. I proto dávají přednost domácí potravě, kterou vypěstují - ovoci, zelenině a chovu skotu. Omezení potravy na lékařské doporučení uvádí 19 % respondentů z města a 8 % z vesnice. Důvodem může být stres, nezdravá kvalita potravy a stravovací návyky. 32 % dotazovaných z města vyznává dietní stravu, která jim přináší elán, posílení zdraví, považují se za schopnější a fyzicky krásnější. Tento názor sdílí 2 respondenti (2 %) z vesnice.

Otázka č. 2: Jaké faktory ovlivňují Vaše stravovací návyky?

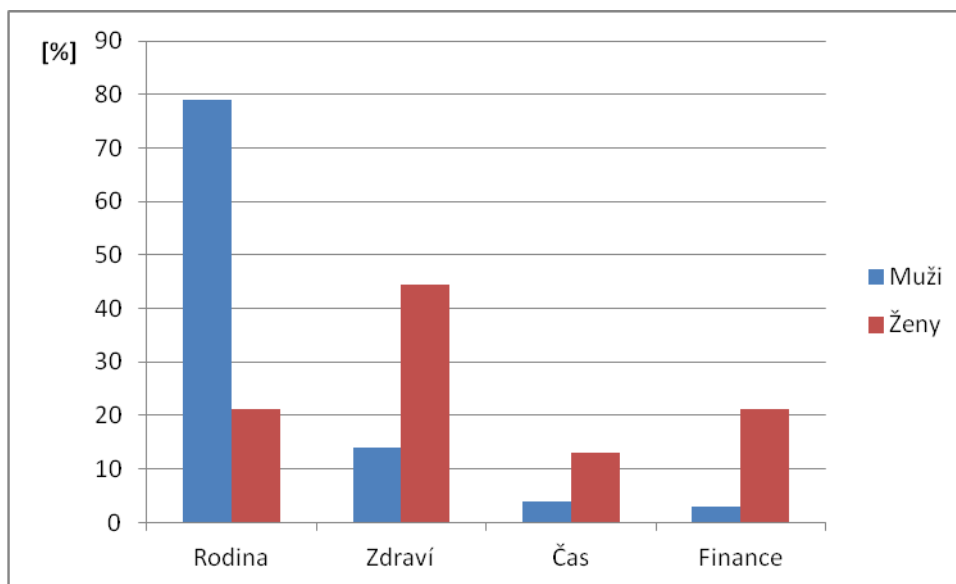
¹¹⁵ Autorka práce (vlastní šetření).

Tabulka 8: Ovlivnění stravovacích návyků dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Rodina	79	79 %	34	21,25 %
Zdraví	14	14 %	71	44,37 %
Čas	4	4 %	21	13,13 %
Finance	3	3 %	34	21,25 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹¹⁶

Graf 3: Ovlivnění stravovacích návyků dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹¹⁷

Stravovací návyky z osloveného mužského vzorku nejvíce ovlivňuje rodina, a to ze 79 %, u žen jen 21 % z nich si přijaly stravovací návyky z dětských let. Ženy (44 %) považují za nejdůležitější faktor svých stravovacích návyků zdraví, které muži (14 %) uvádějí až na druhém místě. Časové faktory uvádí 4 % mužů a 13 % žen. Z výsledků usuzujeme, že se jedná především o osoby, které mají časově velmi náročné povolání a nemají možnost věnovat dostatečný čas potravě, nebo si tuto časovou investici nemohou dovolit. Finance ovlivňují 3 % mužů a 21 % žen. Tento faktor je

¹¹⁶ Autorka práce (vlastní šetření).

¹¹⁷ Tamtéž.

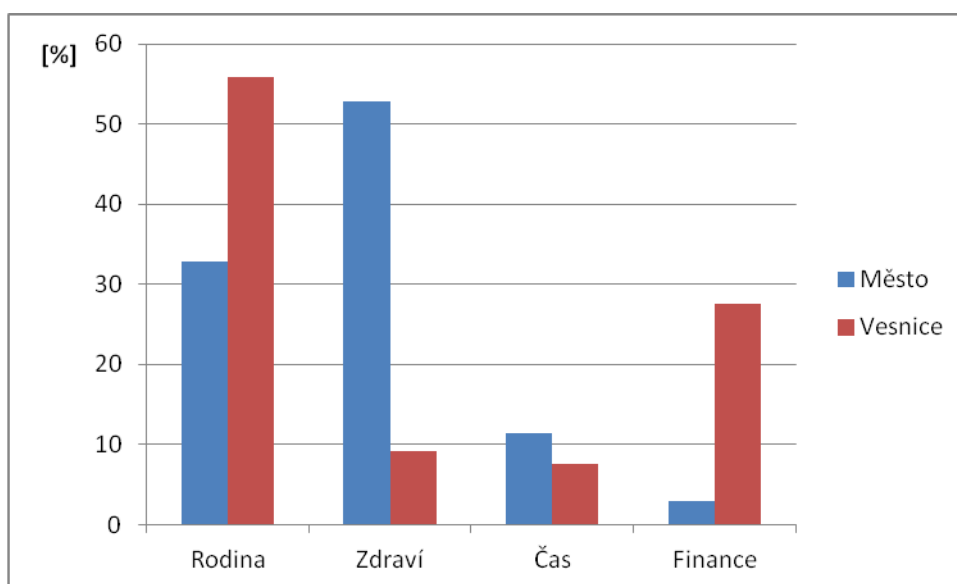
nejrizikovějším u osob s nízkým finančním příjmem, ze kterého musí zaplatit všechny výdajové položky a využít jej i na potravu.

Tabulka 9: Ovlivnění stravovacích návyků dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Rodina	46	32,86 %	67	55,83 %
Zdraví	74	52,86 %	11	9,17 %
Čas	16	11,43 %	9	7,50 %
Finance	4	2,86 %	33	27,50 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹¹⁸

Graf 4: Ovlivnění stravovacích návyků dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹¹⁹

¹¹⁸ Autorka práce (vlastní šetření).

¹¹⁹ Tamtéž.

Stravovací návyky ve městě nejvíce ovlivňuje zdraví, a to z 53 %. Lidé jsou pod větším stresem a žijí hektickým životem, proto se snaží co nejvíce pečovat o své zdraví i ve formě příjmu potravy. Na vesnici se jedná pouze o 9 % dotazovaných. Soubor vzorku z vesnice v 56 % uvádí, že nejdůležitějším prvkem je rodina, na kterou je v poklidném prostředí kladen největší důraz, ve městě je ze zmiňovaných možností druhým nejpočetnějším faktorem (33 %). Výsledky se dají přisuzovat skutečnosti, že lidé ve městě mají větší možnosti než na vesnici, a často mění své zvyky. Na vesnici je menší dostupnost potravin, složitější podmínky pro diety (spojené s diabetem, při celiakii apod.). Ovlivnění časem vyjádřilo 11 % respondentů z města a 8 % z vesnice. Lidé z měst jsou vystaveni většímu shonu, proto si musejí rozmýšlet své časové plány. Finanční důvody uvádí 4 dotazovaní z města a 33 z vesnice. Výsledky se dají přisoudit vyšším výdělkům ve městě a rozmanitějšímu výběru nákupu za nižší ceny než na vesnici. Ve vesnici je obvykle pouze jeden obchod, který má omezený výběr s vyššími cenovými položkami. Obyvatelé vesnic tedy občas musí do většího města na nákup, což si žádá cestu autem nebo autobusem. Ačkoliv je ve městě větší rozmanitost, nedá se určit, zda jsou potraviny kvalitnější než na vesnici. Obyvatelé vesnic využívají více vlastní zdroje. Čím přímo ovlivňují kvalitu těchto produktů.

Otázka č. 3: Jste spokojeni se svým stravováním?

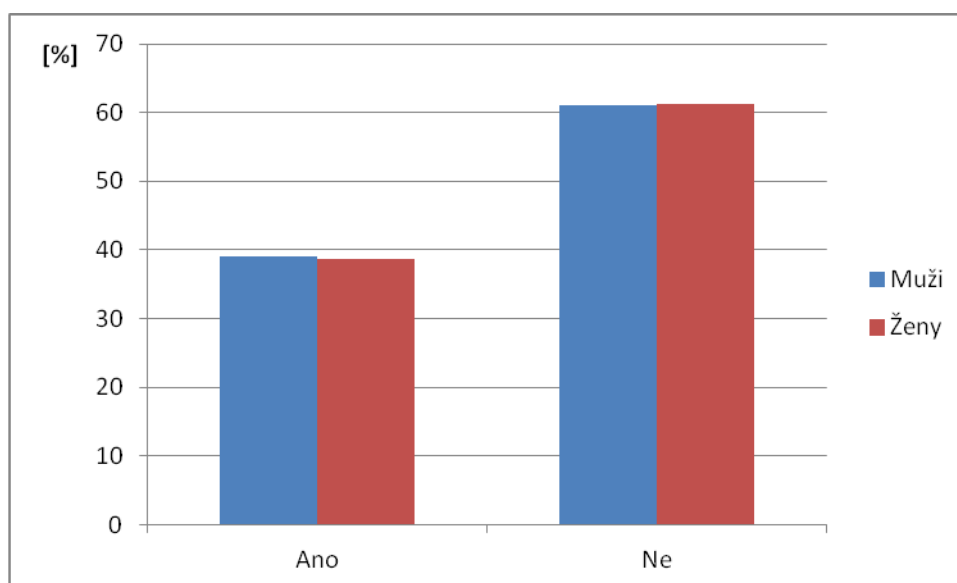
Tabulka 10: Spokojenost se stravováním dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Ano	39	39 %	62	38,75 %
Ne	61	61 %	98	61,25 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹²⁰

¹²⁰ Autorka práce (vlastní šetření).

Graf 5: Spokojenost se stravováním dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹²¹

Se způsobem svého stravování je spokojeno 39 mužů a 62 žen. Ti vyjadřují spokojenost s velkým výběrem nákupu hotových jídel v obchodech a v restauracích, s životním stylem a kvalitou potravy. Nespokojeno je více lidí obou pohlaví. Dá se usuzovat, že důvody jsou především finanční, časové a rodinného charakteru. Většina lidí má náročné povolání, které jim nedovoluje stravovat se zdravě, nemají na konzumaci dostatek volného času, jedí ve stresu a mnohdy nejedí vůbec.

Tabulka 11: Spokojenost se stravováním dle bydliště

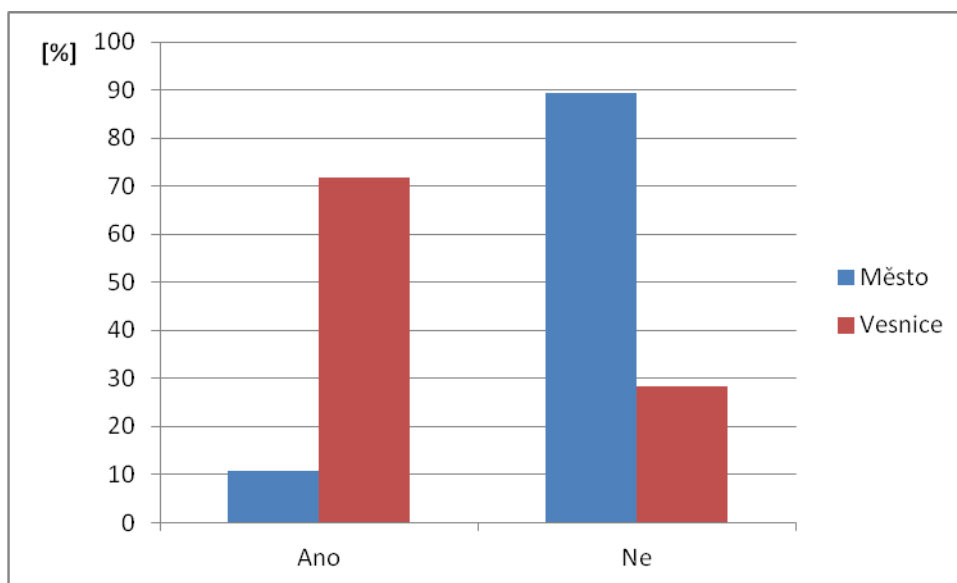
	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Ano	15	10,71 %	86	71,67 %
Ne	125	89 %	34	28,33 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹²²

¹²¹ Autorka práce (vlastní šetření).

¹²² Tamtéž.

Graf č. 6: Spokojenost se stravováním dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹²³

Se svým způsobem stravování je nespokojeno 89 % z oslovených respondentů ve městě. Předpokládáme, že příčinou je městský hektický životní styl. Jídlo, které si mohou zakoupit, je většinou chemicky upraveno, a respondenti nemají příliš velkou důvěru k výrobcům. Každopádně je pro ně nemyslitelné část potravy nahradit svými produkty - pěstováním ovoce, zeleniny, chovem skotu, apod. To jim neumožňuje městské prostředí nebo malé bytové prostory. Naproti tomu 86 respondentů z vesnice je spokojeno se svým stravováním. Vyvozujeme, že důvodem jejich spokojenosti je klid, méně stresu, více vnímají konzumovanou potravu a mnoho složek z ní řeší vlastními vypěstovanými produkty. 15 respondentům z města současné stravování vyhovuje, neboť si kupují prověřené potraviny, často již předvařené, proto samotnou přípravou jídla tráví méně času než by museli. 34 dotazovaných z vesnice si stěžuje na vysoké finanční náklady vynaložené při koupi potravy, která je navíc chemicky upravena.

Otázka č. 4: Proč jste nespokojeni se svým stravováním?

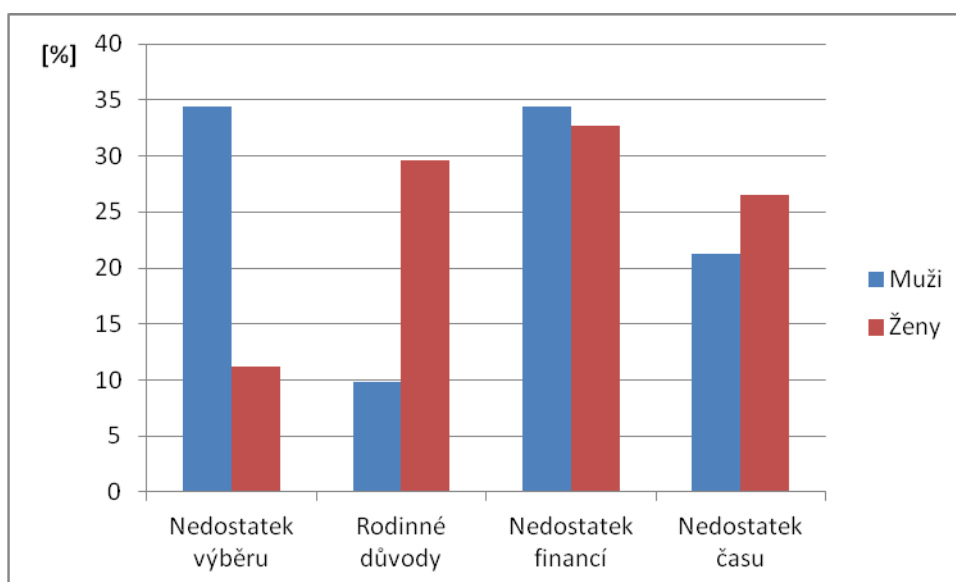
¹²³ Autorka práce (vlastní šetření).

Tabulka 12: Nespokojenost se stravováním dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Nedostatek výběru	21	34,42 %	11	11,22 %
Rodinné důvody	6	9,84 %	29	29,59 %
Nedostatek financí	21	34,43 %	32	32,66 %
Nedostatek času	13	21,31 %	26	26,53 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹²⁴

Graf 7: Nespokojenost se stravováním dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹²⁵

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří nejsou spokojeni se způsobem svého stravování. Z celkového počtu se jedná o 68 mužů a 98 žen. Výzkum ukázal překvapivou shodnost dvou variant odpovědí u mužů. 21 z nich (34 %) označilo nespokojenost s nedostatečným výběrem a stejný počet zvolil nedostatek financí. Rodinné důvody uvedlo 10 % mužů a časové zaneprázdnění 21 %. Nejvíce žen (33 %) odůvodňuje špatné stravování nedostatkem financí. Usuzujeme, že je tomu ze stále se navyšujících cen potravin a nízkého finančního příjmu. V důsledku toho často lidé

¹²⁴ Autorka práce (vlastní šetření).

¹²⁵ Tamtéž.

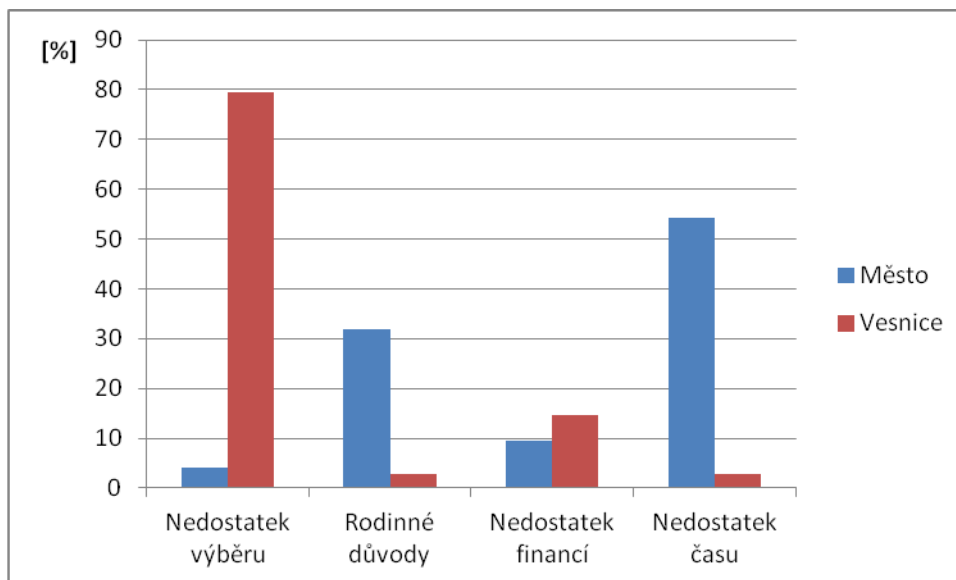
nakupují levné potraviny, které tolik nezatěžují rozpočet. Kvalitní produkty se pro ně stávají nedostupnými. Rodinné důvody uvádí 30 % žen. Příprava více jídel pro ně není možná z finančních, ale i časových důvodů. Časový faktor označuje 27 % vybraných žen. 11 % oslovených žen poukazuje na nedostatečný výběr potravin.

Tabulka 13: Nespokojenost se stravováním dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Nedostatek výběru	5	4 %	27	79,41 %
Rodinné důvody	40	32 %	1	2,94 %
Nedostatek financí	12	9,60 %	5	14,71 %
Nedostatek času	68	54,40 %	1	2,94 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹²⁶

Graf 8: Nespokojenost se stravováním dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹²⁷

¹²⁶ Autorka práce (vlastní šetření).

¹²⁷ Tamtéž.

Výpovědi dotazovaného souboru ukazují největší (79 %) nespokojenost lidí na vesnici s nedostatkem výběru potravin. Předpokládáme, že v místě bydliště mají možnost nákupu v jednom obchodě, který neposkytuje dostatečný výběr produktů. Obyvatelé vesnice jsou proto nuceni využívat k nákupům městské obchody, které nabízejí nepřeberné množství produktů za výhodnější ceny než je tomu na vesnici. Lidé z města si v 54 % stěžují na časovou zaneprázdněnost. Městský styl života klade na občana vyšší nároky, je spojen s uspěchanou dobou. Zatímco na vesnici vládne především klid a pohoda. To je také jedním z důvodů, proč je pouze jeden respondent z vesnice nespokojen v důsledku nedostatku času. Finance jsou u lidí z vesnice zastoupeny 5 lidmi, kteří si stěžují na vysoké ceny potravin a velmi nízké finanční příjmy. Proto je pro ně nemyslitelné denně nakupovat na vesnici, kde jsou ceny potravin několikanásobně vyšší než ve městě. Na nedostatek financí ve městě si stěžuje 10 % lidí. Kvalitnější potraviny jsou dražší, proto častěji volí levnější varianty i za cenu snížené kvality. Rodinné důvody udává 32 % lidí z města. Nedostatkem času, ale i financí si nemohou dovolit připravovat více druhů jídel, proto se v rodinách stravují jednotně. To lidé na vesnici jsou více benevolentní.

Otázka č. 5: Koupili byste si geneticky upravené potraviny?

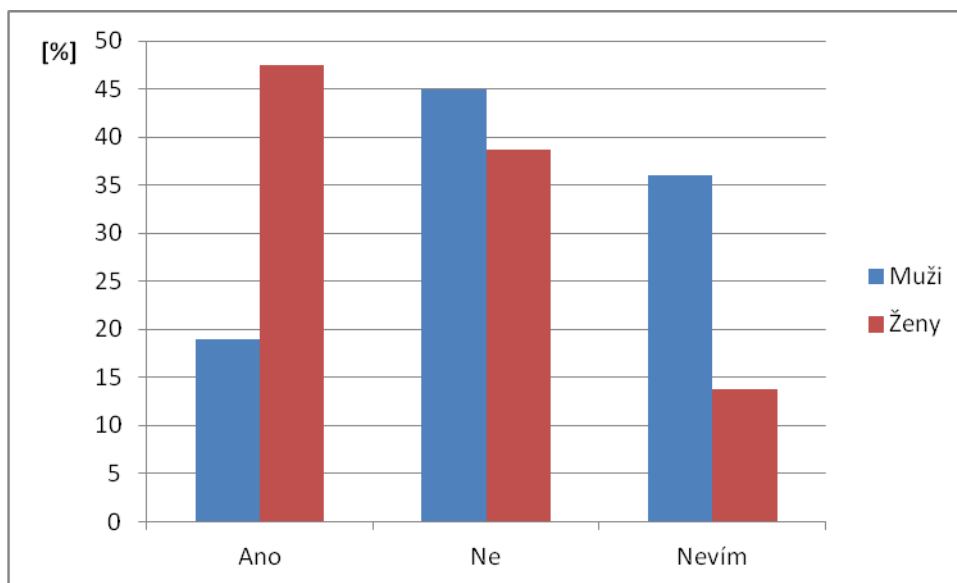
Tabulka 14: Nákup geneticky upravených potravin dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Ano	19	19 %	76	47,50 %
Ne	45	45 %	62	38,75 %
Nevím	36	36 %	22	13,75 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹²⁸

¹²⁸ Autorka práce (vlastní šetření).

Graf 9: Nákup geneticky upravených potravin dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹²⁹

Výsledky znázorňují, že 45 % mužů a 39 % žen by si geneticky upravené potraviny nekoupili. Za příčinu lze považovat škodlivost pro zdraví a navození zdravotních problémů jejich konzumací. Dále to mohou být negativní dopady na přírodu v průběhu pěstování. Odpověď nevím zvolilo 36 dotazovaných mužů a 22 žen. Tento výsledek je možné chápat tak, že se tito respondenti nikdy nezajímali o modifikovanou potravu. Novým věcem je otevřeno 19 % mužů a 48 % žen. Ti považují pěstování genetických potravin za efektivnější a zastávají názor, že tato potrava je naší budoucností. Připouštějí, že její pěstování může negativně zatížit přírodu, ale zároveň dodávají, že se tomu děje i u mnohých běžných potravin, které spotřebitelé velmi dlouho konzumují. Geneticky upravené potraviny mohou obsahovat více prospěšných látek pro lidský organismus. Přesto chápou, že ne všichni spotřebitelé jsou nakloněni této upravené formě potravin. Důvodem může být neznalost a neochota přizpůsobovat se novým věcem.

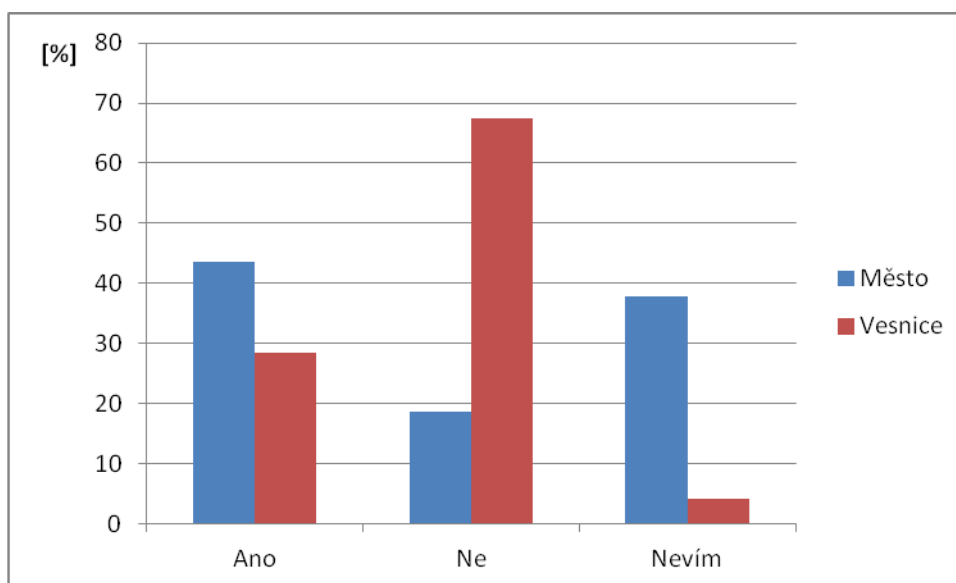
¹²⁹ Autorka práce (vlastní šetření).

Tabulka 15: Nákup geneticky upravených potravin dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Ano	61	43,57 %	34	28,33 %
Ne	26	18,57 %	81	67,50 %
Nevím	53	37,86 %	5	4,17 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹³⁰

Graf 10: Nákup geneticky upravených potravin dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹³¹

Vyhodnocení odpovědí ukázalo, že 44 % občanů z města a 28 % vesnice je připraveno zakoupit si a následně konzumovat tuto potravu. Nepovažují za pravdivá rizika, o kterých se hovoří ve spojitosti s pěstováním a následnou konzumací geneticky upravených potravin. Odpověď ne zvolilo 26 obyvatel města a 81 z vesnice. Předpokládáme, že jsou to zastánci klasické přírodní stravy, která je zdrojem co nejmenších zdravotních rizik. Lidé z vesnic mohou preferovat potravu, kterou si sami vypěstují, neboť znají prostředky vynaložené na konečný produkt. Geneticky upravené potraviny pro ně znamenají značné dopady na životní prostředí a vznik

¹³⁰ Autorka práce (vlastní šetření).

¹³¹ Tamtéž.

možných alergií. Proto k ní mohou mít odmítavý postoj. K odpovědi nevím se přiklonilo 38 % lidí z města a 4 % z vesnice. Ti si zřejmě nestačili udělat názor na tuto formu potravy.

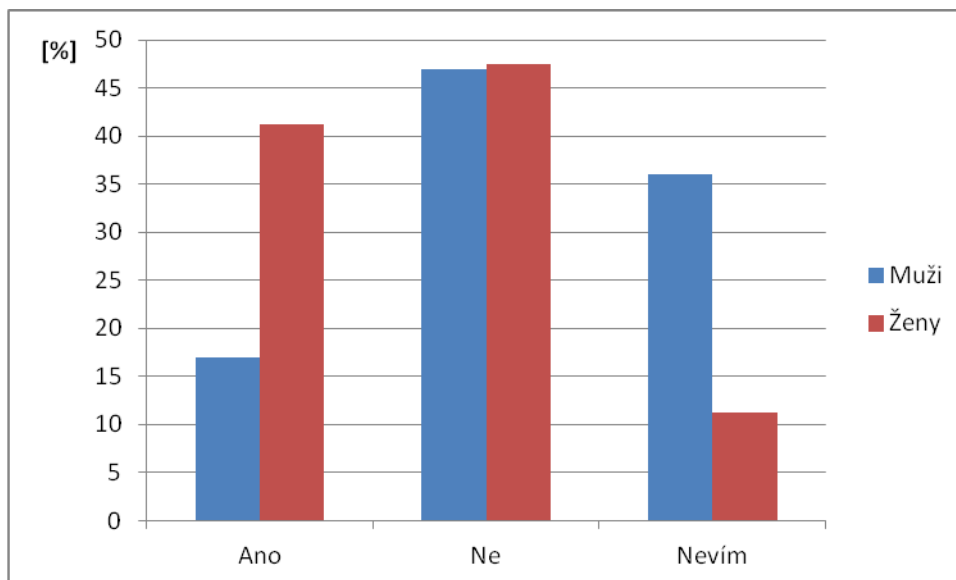
Otázka č. 6: Máte obavy z dovážených potravin?

Tabulka 16: Obavy z dovážených potravin dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Ano	17	17 %	66	41,25 %
Ne	47	47 %	76	47,50 %
Nevím	36	36 %	18	11,25 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹³²

Graf 11: Obavy z dovážených potravin dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹³³

¹³² Autorka práce (vlastní šetření).

¹³³ Tamtéž.

17 % mužů a 41 % žen se obává dovážených potravin. Nejsou si jisti, zda se jedná o zdravotně nezávadnou potravu, v jakých podmínkách byla pěstována, a zda nemůže způsobovat zdravotní rizika nebo vyvolávat alergie. Neznají ani v jakých hygienických podmínkách byla přepravena do České republiky. Jsou zastánci domácích českých produktů, u kterých lze z českých etiket přečíst i výrobce a zkontaktoval se s ním. Zahraniční výrobky mají velmi často malou přelepku, ze které nelze přečíst ani základní údaje o složení. Dovážené potraviny se nebojí 47 respondentů a 76 respondentek. Domníváme se, že zahraniční potraviny považují za kvalitnější, nabízející spotřebitelům větší výběr nákupu za mnohdy přijatelnější ceny. Zároveň se může jednat o velmi specifické produkty, které vyžadují podmínky, jaké nelze v České republice zajistit. Spotřebitelé by v případě zákazu dovozu zahraniční potraviny přišli o tyto produkty. V minulosti nad touto otázkou nikdy nepřemýšlelo 36 % mužů a 11 % žen z osloveného vzorku. Přestože jsou zastánci názoru, že vše má svá pro a proti, přiklonit se jen k jedné odpovědi nedokázali. Otázka je velmi složitá a k její přesné odpovědi by museli znát přesnější fakta o výrobě českých a zahraničních potravin, aby se dokázali jednoznačně rozhodnout, zda spíše prosazují dovoz potravin ze zahraničí či nikoliv. Skutečností zůstává, že jejich zákazem by se velmi zmenšil výběr potravin, které by se daly na českém trhu zakoupit.

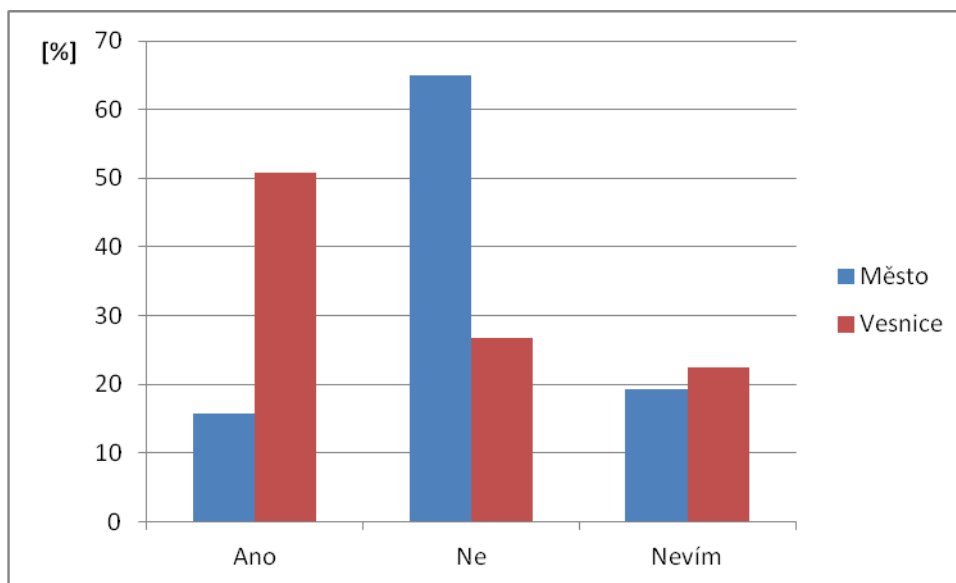
Tabulka 17: Obavy z dovážených potravin dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Ano	22	15,71 %	61	50,83 %
Ne	91	65 %	32	26,67 %
Nevím	27	19,29 %	27	22,50 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹³⁴

¹³⁴ Autorka práce (vlastní šetření).

Graf 12: Obavy z dovážených potravin dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹³⁵

Největší nedůvěru k dováženým potravinám má oslovený vzorek z vesnice (51 %). Tento výsledek si vysvětlujeme využíváním vlastních vypěstovaných produktů, u kterých mohou ovlivnit složení, a nedůvěře k zahraničnímu zboží, o kterém neví, z jakých podmínek pochází, jakými prošlo procesy atd. Dále mohou být přesvědčeni, že dovážené potraviny jsou nekvalitní a nenašly by své spotřebitele v zemi původu. Lidé z města v 16 % nevyznávají zahraniční zboží, ale zároveň dodávají, že dnes je velmi obtížné sehnat pouze české potraviny, neboť obchody jsou zahlceny především zahraničními produkty. 91 respondentů z vesnice a 32 z města vítají možnost nákupu zahraničního zboží, neobávají se žádného možného rizika. Odpověď nevím zvolilo 19 % respondentů z města a 23 % z vesnice. Ti jsou přesvědčeni o tom, že zahraniční potraviny umožňují větší výběr nákupu, zároveň připouštějí možnost nevyhovujícího zboží, které omlouvají tím, že české produkty nejsou v mnoha případech bezchybné.

Podotázka: V této podotázce jsme zjišťovali, ze které země se respondenti nejvíce obávají potravin. Odpověď mohli vybrat z nabízených možností či napsat vlastní odpověď v prostoru jiná.

¹³⁵ Autorka práce (vlastní šetření).

Odpovědi na tuto otázku jsou následující.

Turecko 0 odpovědí

Pákistán 0 odpovědí

Maroko 0 odpovědí

Ačkoliv se jedná o problémové země, nikdo z osloveného souboru nezvolil žádnou z možných variant, ani nevyužil jinou zemi. Důvodem mohou být především vybrané znamenité potraviny, které si z těchto zemí získaly ve světě svůj věhlas. Turecko je známé svými cukrovinkami, Pákistán zmrzlinou, byť mu je vytýkána přílišná sladkost a Maroko svými citrusovými plody. Toto mohlo ovlivnit odpovědi respondentů.

Otázka č. 7: Jsou redukční diety škodlivé?

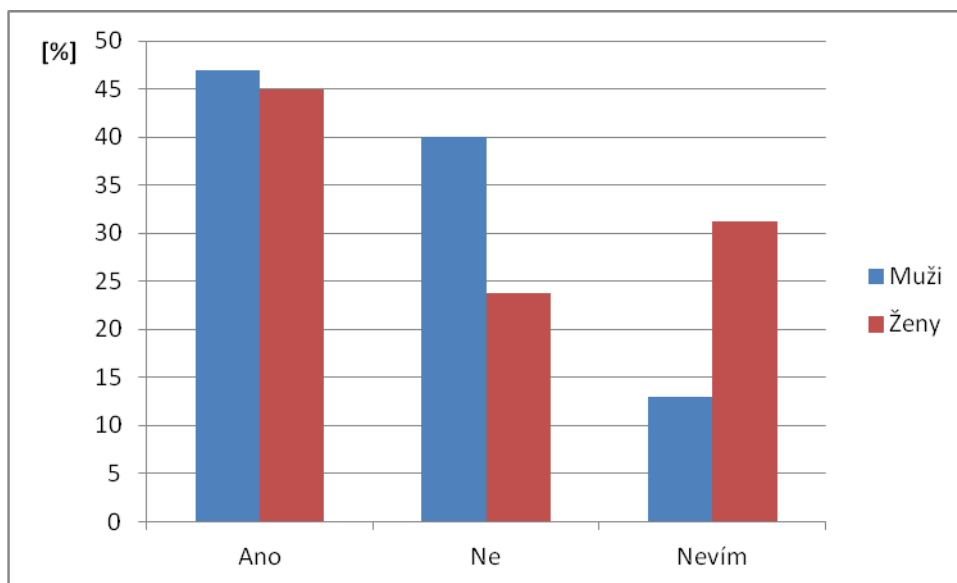
Tabulka 18: Redukční diety zdroj zdravotního onemocnění dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Ano	47	47 %	72	45 %
Ne	40	40 %	38	23,75 %
Nevím	13	13 %	50	31,25 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹³⁶

¹³⁶ Autorka práce (vlastní šetření).

Graf 13: Redukční diety zdroj zdravotního onemocnění dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹³⁷

Poměrně vyrovnaná skupina 47 % mužů a 45 % žen zastává názor, že redukční dieta může být zdrojem nemoci, neboť lidský organismus nedostává všechny potřebné látky k jeho plné funkci. A to se pochopitelně projeví na lidském zdraví. 40 mužů a 38 žen je přesvědčeno, že redukční dieta nepřináší žádná zdravotní rizika. Zdravá strava a správná životospráva mohou naopak pomoci lidskému tělu. Nezatěžují jej a dodávají mu energii. Byť se jedná o jednostrannou potravu, která je tělu podávána v omezeném a velmi malém množství. Tuto odpověď nepochybně zvolili i lidé, kteří na základě lékařského doporučení drží dietu. Odpověď nevím zvolilo 13 % mužů a 31 % žen. Jejich nerozhodnost může být důsledkem zkušenosti s redukční dietou, při které nezaznamenali žádné vážné zdravotní problémy, ale pouze přechodná onemocnění, která se návratem k původnímu jídelníčku vyléčila.

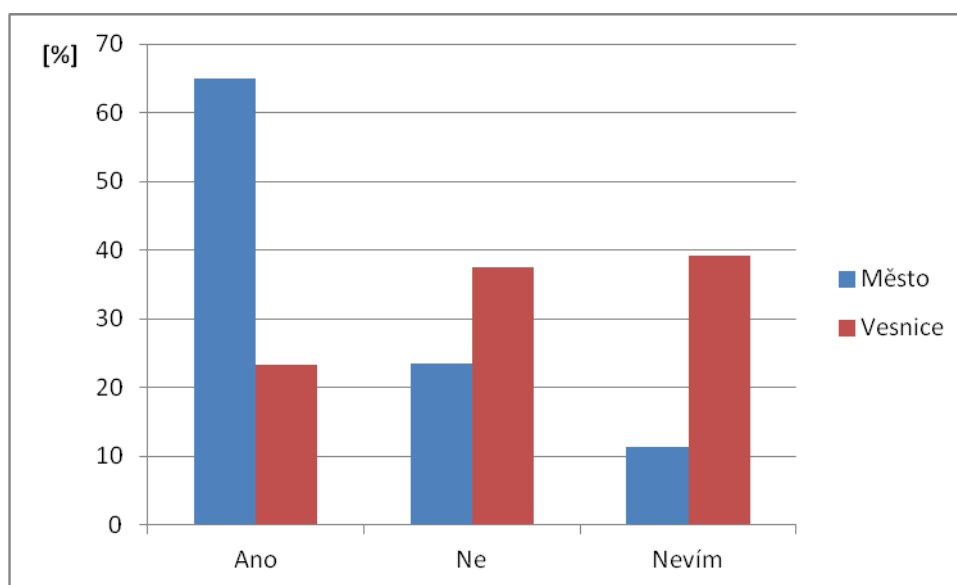
¹³⁷ Autorka práce (vlastní šetření).

Tabulka 19: Redukční diety zdrojem zdravotních onemocnění dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Ano	91	65 %	28	23,33 %
Ne	33	23,57 %	45	37,50 %
Nevím	16	11,43 %	47	39,17 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹³⁸

Graf 14: Redukční diety zdrojem zdravotních onemocnění dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹³⁹

Zdravotní rizika spojená s dietou zvolilo 65 % lidí z města a 23 % z vesnice. Nesouhlas se spojitostí nemocí a diet vyjádřilo 33 občanů z města, 45 z vesnice. Vyhodnocení odpovědí bylo pro náš výzkum překvapující, neboť jsme předpokládali, že většina lidí na vesnici bude souhlasit s tvrzením, že redukční diety negativně ovlivňují lidské zdraví. Tělu se nedostávají látky potřebné k životu. Občané z vesnice se stravují spíše z domácích přirozených zdrojů, proto jsme předpokládali, že omezení příjmu potravy pro ně bude nežádoucí a spojeno se zdravotními komplikacemi.

¹³⁸ Autorka práce (vlastní šetření).

¹³⁹ Tamtéž.

K odpovědi neví se přiklonilo 11 % obyvatel města a 39 % z vesnice. Usuzujeme, že dlouhodobě nedrželi redukční dietu, proto nedokáží hodnotit možné následky zdravotního stavu.

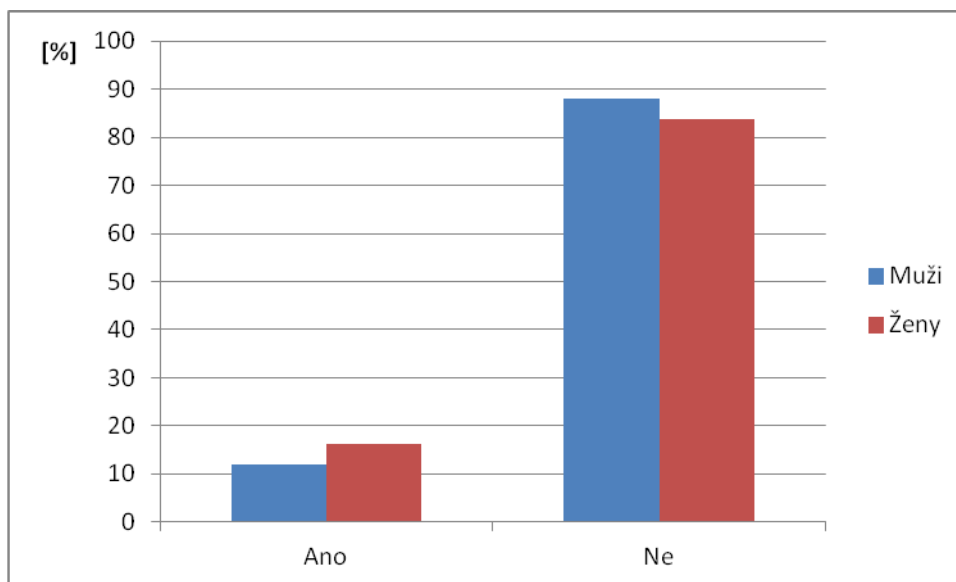
Otázka č. 8: Setkali jste se s poruchami příjmu potravy?

Tabulka 20: Osobní setkání s poruchami příjmu potravy dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Ano	12	12 %	26	16,25 %
Ne	88	88 %	134	83,75 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁴⁰

Graf 15: Osobní setkání s poruchami příjmu potravy dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁴¹

¹⁴⁰ Autorka práce (vlastní šetření).

¹⁴¹ Tamtéž.

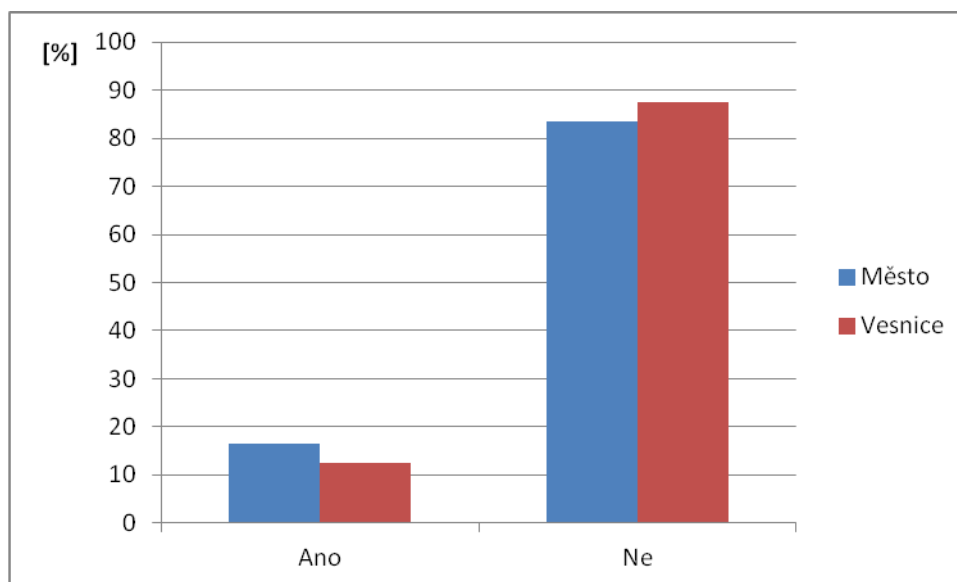
Z výsledků vyplývá, že převážná část našeho vzorku (88 mužů a 134 žen) se osobně s poruchami příjmu potravy nesetkala. Předpokládáme, že toto téma je stále ještě u některých tabu, a nepřiznali by se k němu. Za úvahu tedy stojí, jak moc jsou odpovědi pravdivé. Taktéž usuzujeme, že větší část populace nedokáže přímo stanovit, kdy se jedná o poruchu příjmu potravy. Pro 12 % mužů a 16 % žen nejsou poruchy příjmu potravy neznámým pojmem.

Tabulka 21: Osobní setkání s poruchami příjmu potravy dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Ano	23	16,43 %	15	12,50 %
Ne	117	83,57 %	105	87,50 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁴²

Graf 16: Osobní setkání s poruchami příjmu potravy dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁴³

¹⁴² Autorka práce (vlastní šetření).

¹⁴³ Tamtéž.

Velmi vyrovnané výsledky přinesly srovnání města a vesnice v otázce osobního setkání respondentů s poruchami příjmu potravy. S nimi se setkala 16 % lidí z města a 13 % z vesnice. Do kontaktu s poruchami příjmu potravy nepřišlo dle odpovědí 117 námi dotazovaných z města a 105 z vesnice. Přemýšlíme nad uvedenými výsledky, jak moc jsou správné. Zda lidé odpovídali pravdivě a nestydí se přiznat tento jev.

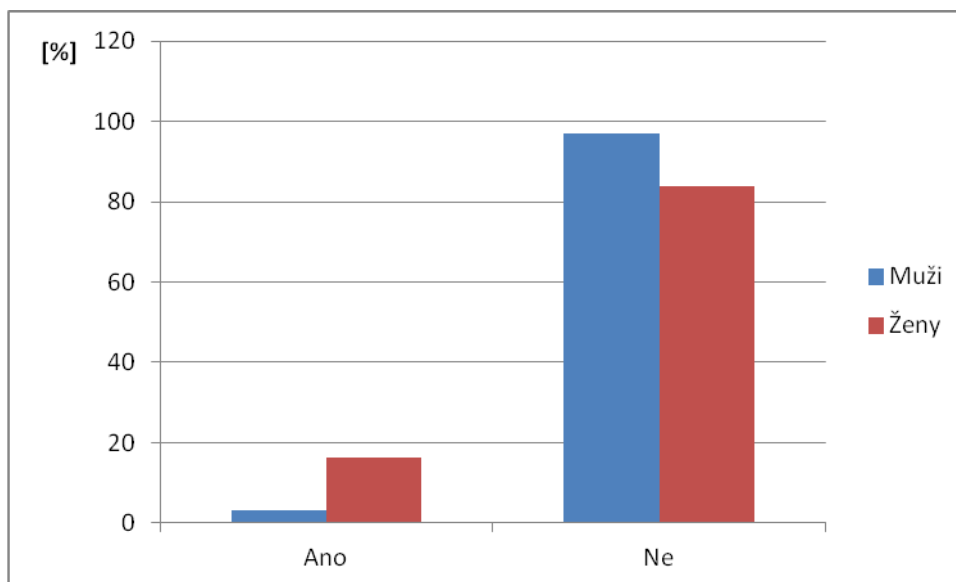
Otázka č. 9: Setkali jste se s poruchami příjmu potravy v rodině?

Tabulka 22: Poruchy příjmu potravy v rodině dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Ano	3	3 %	26	16,25 %
Ne	97	97 %	134	83,75 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁴⁴

Graf 17: Poruchy příjmu potravy v rodině dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁴⁵

¹⁴⁴ Autorka práce (vlastní šetření).

¹⁴⁵ Tamtéž.

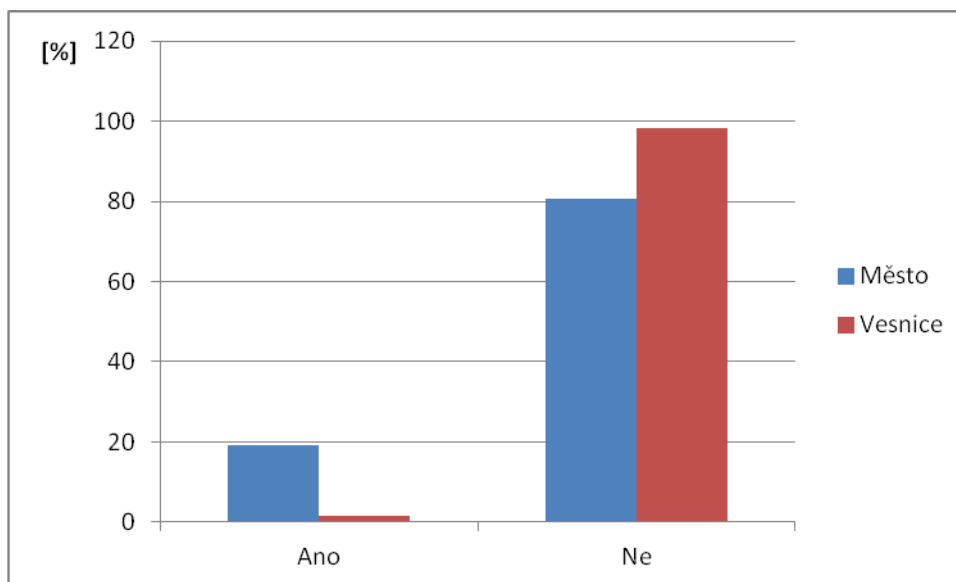
Vyhodnocení odpovědí ukázalo, že námi oslovení 3 muži (3 %) a 26 žen (16 %) se setkali s poruchami příjmu potravy v rodině. 97 mužů a 134 žen uvedlo, že se v jejich kruhu rodinném poruchy příjmu potravy neobjevily. Mnozí respondenti mohli posuzovat výskyt poruch příjmu potravy v rodině, ve které v současné době žijí, kterou si založili. Nikoliv v té, ve které vyrůstali. I to mohl být faktor, který ovlivnil odpovědi.

Tabulka 23: Poruchy příjmu potravy v rodině dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Ano	27	19 %	2	1,67 %
Ne	113	81 %	118	98,33 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁴⁶

Graf 18: Poruchy příjmu potravy v rodině dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁴⁷

¹⁴⁶ Autorka práce (vlastní šetření).

¹⁴⁷ Tamtéž.

Z odpovědí vyplývá, že z celkového vybraného vzorku 81 % obyvatel města a 98 % z vesnice se s poruchami příjmu v rodině nesetkalo. Otázkou však zůstává, zda respondenti dokáží správně vyhodnotit různou formu tohoto onemocnění, znají jeho projevy, možné následky a také, zda by se k němu otevřeně přiznali. Poruchou příjmu potravy může onemocnět kdokoli, ale ne každý by dokázal o této nemoci hovořit. Nebo ji dokonce přiznat. Velmi často bývá opomíjena, skryta před ostatního a částečně mezi nejbližšími zahalena i tajemstvím. Veřejné přiznání nemocného nebo jeho rodiny by mohlo představovat u některých skupin obyvatel pohoršení a odsouzení. Odpověď ano označilo 27 lidí z města a 2 z vesnice. Z výsledku vyplývá, že větší výskyt zaznamenali obyvatelé města. Usuzujeme, že je tomu z důvodu většího ovlivnění reklamními sděleními a prezentací různých diet z moderních časopisů, televize, ale i z internetu. Lidé ve městě jsou pod větším mediální tlakem hromadných sdělovacích prostředků, ale i mezi sebou samými, proto jsou snadněji ovlivnitelní než lidé na vesnici.

Otázka č. 10: Jak ovlivňují vztahy poruchy příjmu potravy?

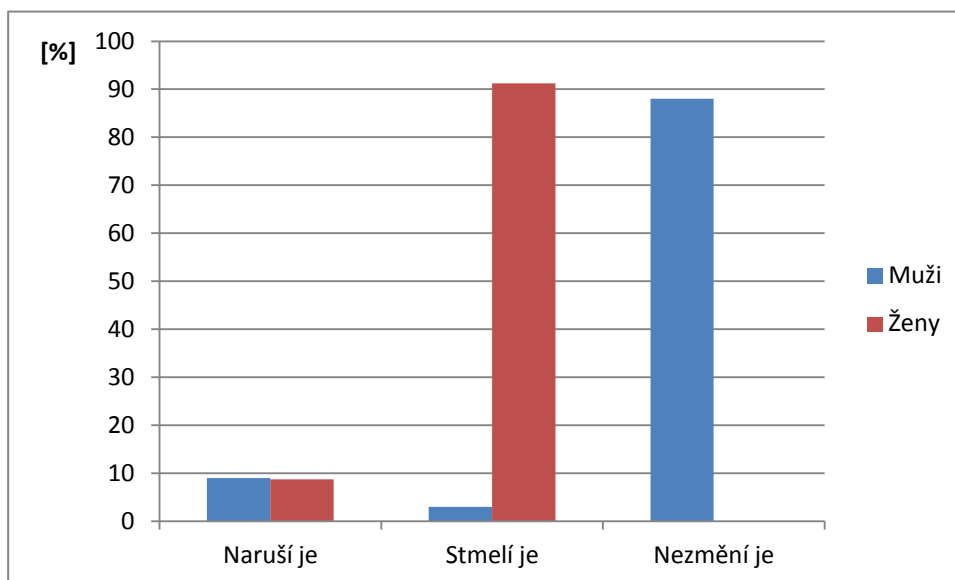
Tabulka 24: Ovlivnění vztahů poruchami příjmu potravy dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Naruší je	9	9 %	14	8,75 %
Stmelí je	3	3 %	146	91,25 %
Nezmění je	88	88 %	0	0 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁴⁸

¹⁴⁸ Autorka práce (vlastní šetření).

Graf 19: Ovlivnění vztahů poruchami příjmu potravy dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁴⁹

Výsledky ukázaly, že 88 % mužů si myslí, že vztahy zásahem poruch příjmu potravy nejsou ovlivněny. Výsledek této varianty si vysvětlujeme, že muži příliš tímto onemocněním netrpí, proto ho nemusí považovat za ohrožující. Závažnost z jejich strany může být podceněna. K této variantě se nepřiklonila ani jedna žena. Ty jsou naopak v 91 % přesvědčeny, že dochází k stmelení a utváření pospolitosti. S tím souhlasí 3 % mužů. O negativním zásahu do vztahů je přesvědčeno 9 % mužů a 9 % žen. Odpověď narušení vztahů chápeme tak, že lidé jsou podrobeni většímu stresovému zátěží, ne každý je umí zvládat. Dále může docházet k projevům zklamání nad nemocným, výčitkami, kde se stala chyba, čímž je situace komplikovanější a léčba složitější. Z množství odpovědí stmelení vztahů vyvozujeme, že lidé pocítují snahu pomoci nemocnému v léčbě a psychicky jej podpořit. Oba se mohou zaměřit i na příčinu vzniku této poruchy. Komplikovaná situace může obnovit vztahy mezi nemocným a okolím, neboť v průběhu onemocnění u většiny nemocných dochází k uzavření se do sebe a sociální izolaci. Nově vzniklá situace může výrazně zlepšit narušené vztahy a pomoci nemocnému získat zpět důvěru v lidi, které v průběhu nemoci odmítal, ale kteří jsou nyní připraveni pomoci mu.

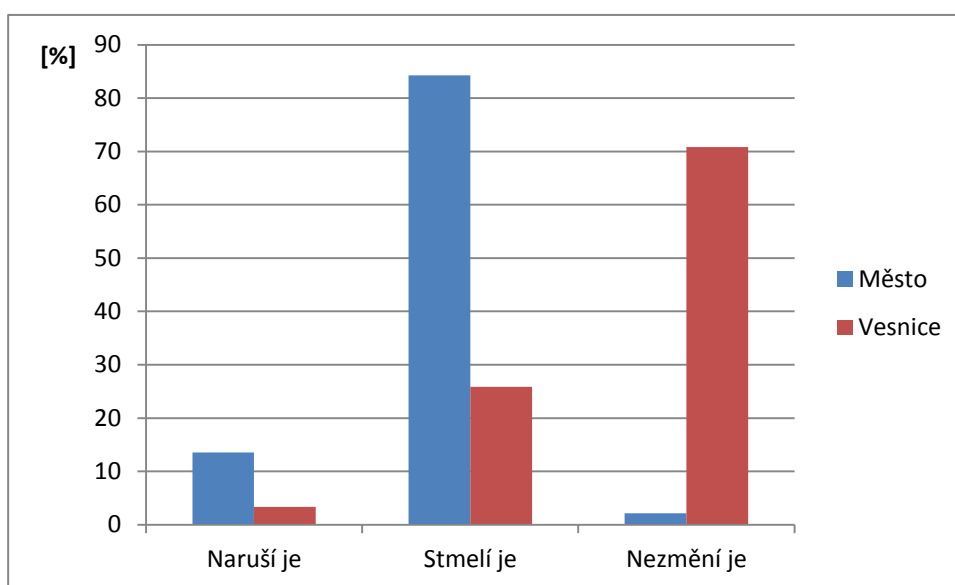
¹⁴⁹ Autorka práce (vlastní šetření).

Tabulka 25: Ovlivnění vztahů poruchami příjmu potravy dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Naruší je	19	13,57 %	4	3,33 %
Stmelí je	118	84,29 %	31	25,83 %
Nezmění je	3	2,14 %	85	70,84 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁵⁰

Graf 20: Ovlivnění vztahů poruchami příjmu potravy dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁵¹

Nejvíce lidí (84 %) ve městě si myslí, že poruchy příjmu potravy vztahy stmelí. S touto odpovědí souhlasí 26 % vybraných respondentů z vesnice. Narušení vztahů vyjádřilo 14 % lidí z města a 3 % z vesnice. Neměnnost vztahů uvedli 3 obyvatelé města a 85 z vesnice. Překvapivé výsledky chápeme tak, že lidé na vesnici mají mezi sebou více pospolitější vztahy než lidé ve městě. Ti si naopak myslí, že vzájemné problémy jim pomáhají najít cestu jeden k druhému.

¹⁵⁰ Autorka práce (vlastní šetření).

¹⁵¹ Tamtéž.

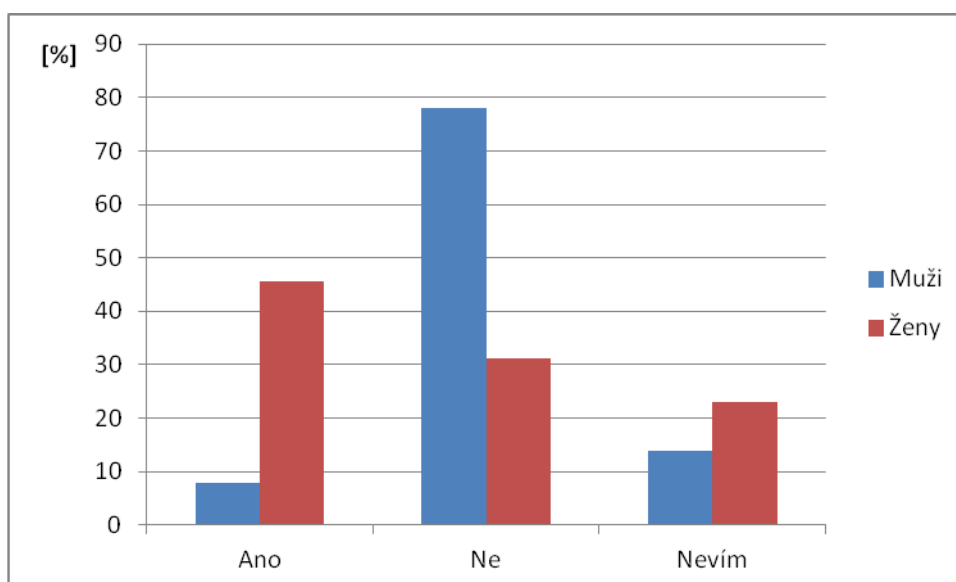
Otázka č. 11: Ohrožují zdraví poruchy příjmu potravy?

Tabulka 26: Poruchy příjmu potravy ohrožení zdraví dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Ano	8	8 %	73	45,62 %
Ne	78	78 %	50	31,25 %
Nevím	14	14 %	37	23,13 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁵²

Graf 21: Poruchy příjmu potravy ohrožení zdraví dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁵³

Muži z vybraného souboru v 78 % uvedli, že poruchy příjmu potravy nejsou ohrožující pro lidské zdraví. S touto variantou souhlasilo pouze 31 % žen. Možnost onemocnění připustilo 8 mužů a 73 žen. Odpověď nevím vyjádřilo 14 % mužů a 23 % žen. Vyhodnocení této otázky ukázalo, že většina mužů podceňuje riziko poruch příjmu

¹⁵² Autorka práce (vlastní šetření).

¹⁵³ Tamtéž.

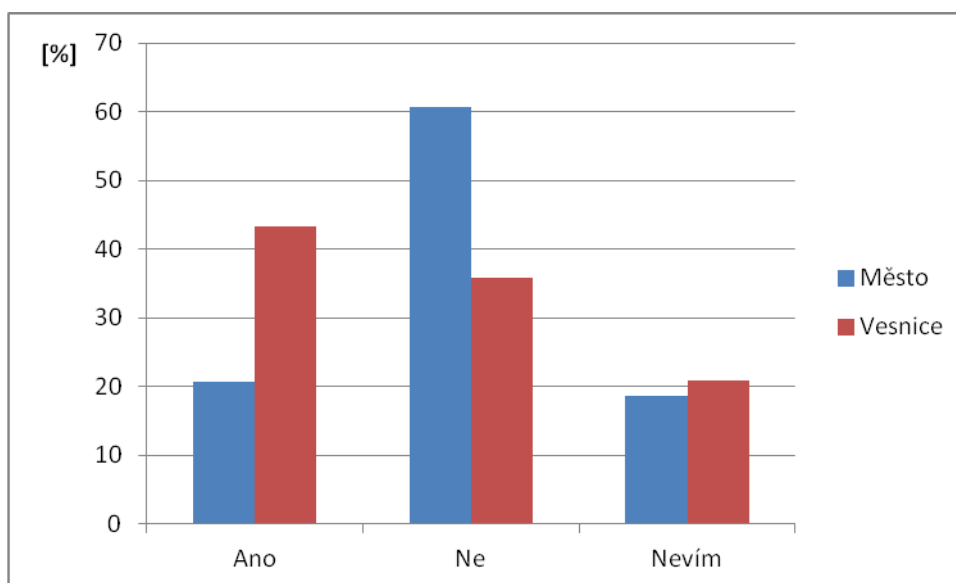
potravy a onemocnění nepovažuje za závažné. Ženy jsou přesvědčeny, že onemocnění poruch příjmu potravy může negativně ovlivnit zdraví člověka.

Tabulka 27: Poruchy příjmu potravy ohrožení zdraví dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Ano	29	20,71 %	52	43,33 %
Ne	85	60,72 %	43	35,83 %
Nevím	26	18,57 %	25	20,84 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁵⁴

Graf 22: Poruchy příjmu potravy ohrožení zdraví dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁵⁵

Vybraní obyvatelé z města v 61 % zvolili negativní odpověď, a k ní se přiklonilo 36 % dotazovaných z vesnice. Poruchy příjmu potravy za zdraví ohrožující nemoc považuje 29 lidí z města a 52 z vesnice. Neutrální odpověď vyjádřilo 19 % obyvatel města a 21 % z vesnice. Z výsledků vyvozujeme, že lidé ve městě faktory poruch příjmu

¹⁵⁴ Autorka práce (vlastní šetření).

¹⁵⁵ Tamtéž.

potravy nepovažují za ohrožující. Z jejich strany dochází k podcenění situace, která může být způsobena hektickým a stresovým prostředím. Na vesnici vládne pohoda, klid a lidé více pociťují negativní faktory, které jim mohou negativně ovlivnit zdraví.

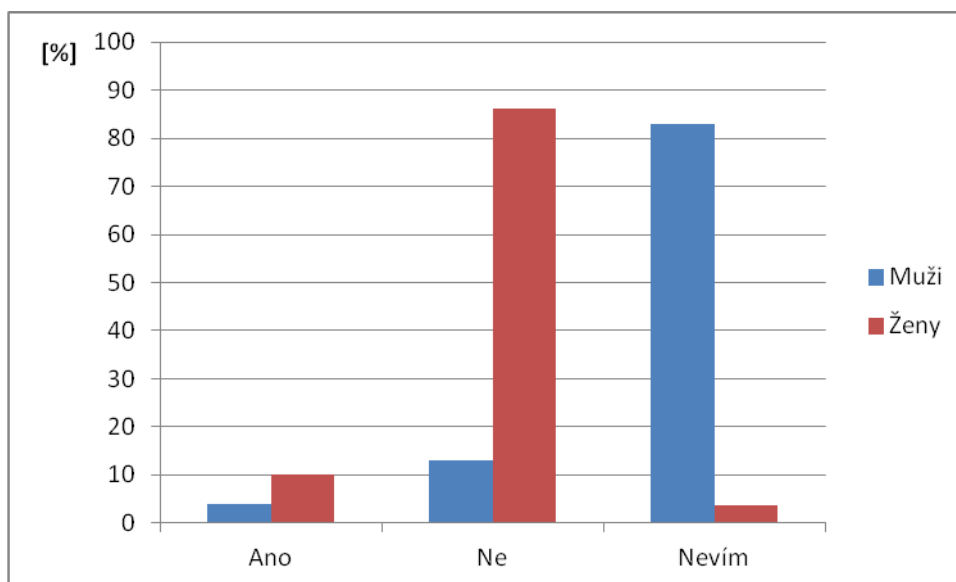
Otázka č. 12: Vyskytují se poruchy příjmu potravy jen u některých skupin?

Tabulka 28: Poruchy příjmu potravy jen u některých skupin dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Ano	4	4 %	16	10 %
Ne	13	13 %	138	86,25 %
Nevím	83	83 %	6	3,75 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁵⁶

Graf 23: Poruchy příjmu potravy jen u některých skupin dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁵⁷

¹⁵⁶ Autorka práce (vlastní šetření).

¹⁵⁷ Tamtéž.

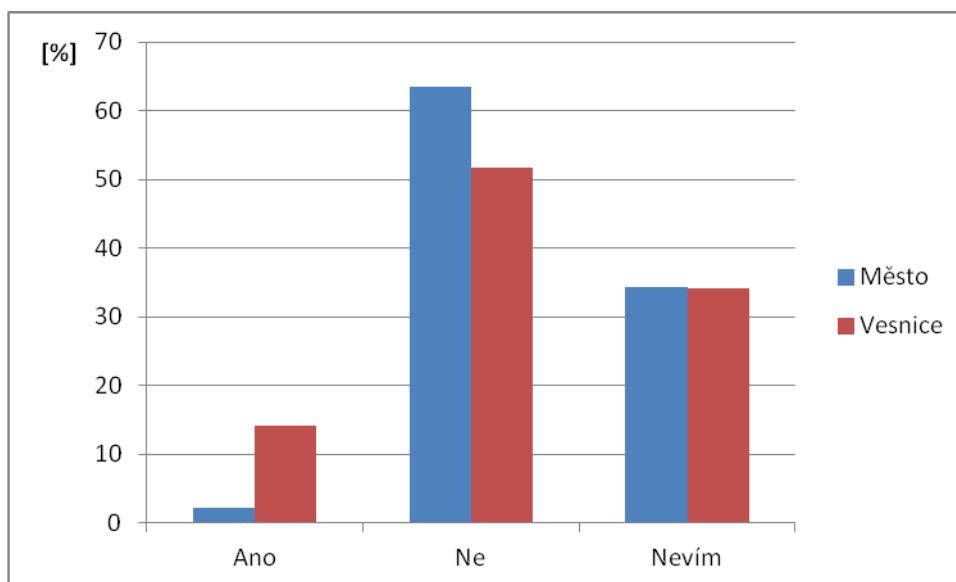
13 % mužů a 86 % žen uvedlo, že poruchy příjmu potravy nejsou zaměřeny jen na určité skupiny obyvatelstva. V opačném případě by dle nich nebylo tolik nemocných s těmito poruchami. Zastávají názor, že poruchy příjmu potravy nemají svého jmenovatele, mohou se objevit u každého člověka. Naopak 4 muži a 16 žen zastávají názor, že poruchy příjmu potravy propukají z důvodu špatného životního stylu nebo na nátlak rodiny. 83 % mužů a 4 % žen nedovedou charakterizovat skupinu s výskytem poruch příjmu potravy.

Tabulka 29: Poruchy příjmu potravy jen u některých skupin dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Ano	3	2,14 %	17	14,17 %
Ne	89	63,57 %	62	51,67 %
Nevím	48	34,29 %	41	34,16 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁵⁸

Graf 24: Poruchy příjmu potravy jen u některých skupin dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁵⁹

¹⁵⁸ Autorka práce (vlastní šetření).

¹⁵⁹ Tamtéž.

Výsledky ukazují, že naprostá většina námi oslovených lidí ve městě (64 %) i na vesnici (52 %) nepovažuje za možné zařadit poruchy příjmu potravy k určité skupině obyvatel. Dle nich mohou postihnout kohokoliv, kdo začne experimentovat s redukčními dietami. Ty jsou dle dotazovaného souboru prvním impulzem vzniku poruch příjmu potravy. Opačný názor mají 3 obyvatelé města a 17 z vesnice. Ti označují za cílovou skupinu známé osobnosti, které se prezentují veřejnosti. Důvodem může být mediální tlak, který je na ně vytvářen. Všemi dostupnými způsoby se snaží zůstat v záři reflektorů, že mnohdy volí prostředky, které jsou prvotními činiteli pro vznik poruch příjmu potravy. Nejčastější výskyt je dle námi oslovených u modelek, u nichž je vkládám důraz na extrémní štíhlost, přímo vyhublost. K odpovědi nevím se přiklonilo 34 % lidí z města a 34 % z vesnice. Ti si ještě nestačili vytvořit názor, neboť problematika je příliš závažná. Zároveň dodávají, že těmito poruchami trpí nejvíce veřejně známé osobnosti a modelky. Tento oslovený vzorek je domnívá, že se lze v každé skupině vyhnout tomuto onemocnění. Možností je konzumace menších porcí v častější intervalu a intenzivní fyzické cvičení, které zabraňuje zvýšení tělesné hmotnosti.

Otázka č. 13: Jak byste reagovali na výskyt poruchy příjmu?

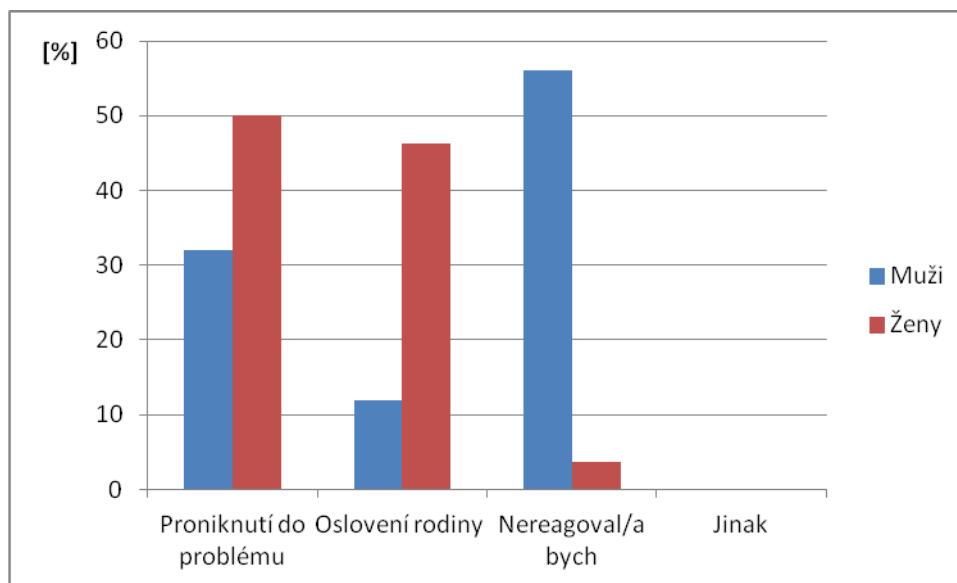
Tabulka 30: Reakce na poruchy příjmu potravy dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Proniknutí do problému	32	32 %	80	50 %
Oslovení rodiny	12	12 %	74	46,25 %
Nereagoval/a bych	56	56 %	6	3,75 %
Jinak	0	0 %	0	0 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁶⁰

¹⁶⁰ Autorka práce (vlastní šetření).

Graf 25: Reakce na poruchy příjmu potravy dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁶¹

Nejvíce mužů (56 %) by do problému nezasahovala. Tuto odpověď zvolilo i 4 % žen, neboť dle nich nemocní bývají podráždění, mohou mít sklony k agresivnímu jednání. Proto jsou zastánci toho, aby si sami zvolili způsob, jakým se chtějí vydat. 50 % žen a 32 % mužů by se naopak snažilo proniknout do problému, získat informace týkající se této problematiky a pomoci nemocnému. Důvodem může být přílišná somatická i psychická slabost nemocných, která většině z nich brání kontaktovat organizaci, která by jim pomohla. Řešení v oslovení rodiny považuje 12 mužů a 74 žen. Usuzujeme, že důvodem je znalost nemocného, mohou jej tedy lépe motivovat k léčbě a pomoci mu s ní, neboť se jedná o velmi složitou problematiku. Jiný způsob nenavrhli žádný člověk z dotazovaného souboru. Neboť se domnívají, že nevhodný způsob pomoci by mohl ještě více nemocnému uškodit, proto si bez rady odborníků netroufají navrhnout jiné řešení.

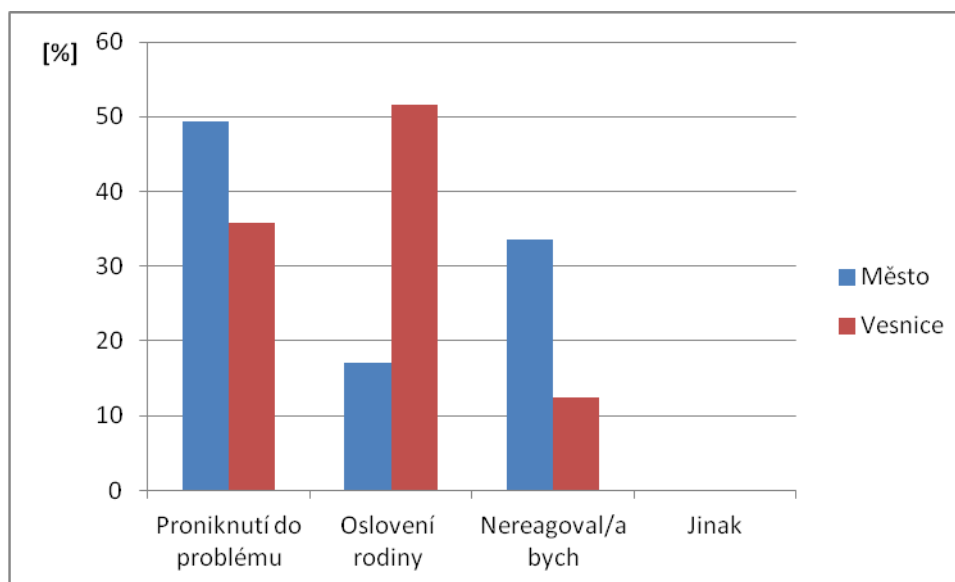
¹⁶¹ Autorka práce (vlastní šetření).

Tabulka 31: Reakce na poruchy příjmu potravy dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Proniknutí do problému	69	49,29 %	43	35,83 %
Oslovení rodiny	24	17,14 %	62	51,67 %
Nereagoval/a bych	47	33,57 %	15	12,50 %
Jinak	0	0 %	0	0 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁶²

Graf 26: Reakce na poruchy příjmu potravy dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁶³

Podle výsledků odpovědí respondentů vyplývá, že 49 % lidí z města a 36 % z vesnice by se snažilo proniknout do problematiky poruch příjmu potravy. Důvodem může být špatná zkušenost s činností státních institucí nebo nezájmu jiných. Závažnost situace by pro ně byla natolik urgentní, že by se snažili nemocným pomoci a tím zabránit dalším možným nepříjemnostem, kterým by mohl být vystaven. O tom, že situace je závažná a je nutno nemocnému pomoci spojením se s rodinou, je

¹⁶² Autorka práce (vlastní šetření).

¹⁶³ Tamtéž.

přesvědčeno 17 % dotazovaných z města a 52 % z vesnice. Argumentem byla skutečnost, že nejbližší okolí zná nemocného nejlépe, snáze mu tedy může pomoci. 47 obyvatel z města a 15 z vesnice by do problematiky vůbec nezasahovalo, neboť jsou toho názoru, že by nemocný měl sám vyhledat pomoc. Jiné řešení nenavrhli nikdo, neboť poruchy příjmu potravy jsou natolik komplikovanou oblastí, že není snadné nalézt zdárné řešení.

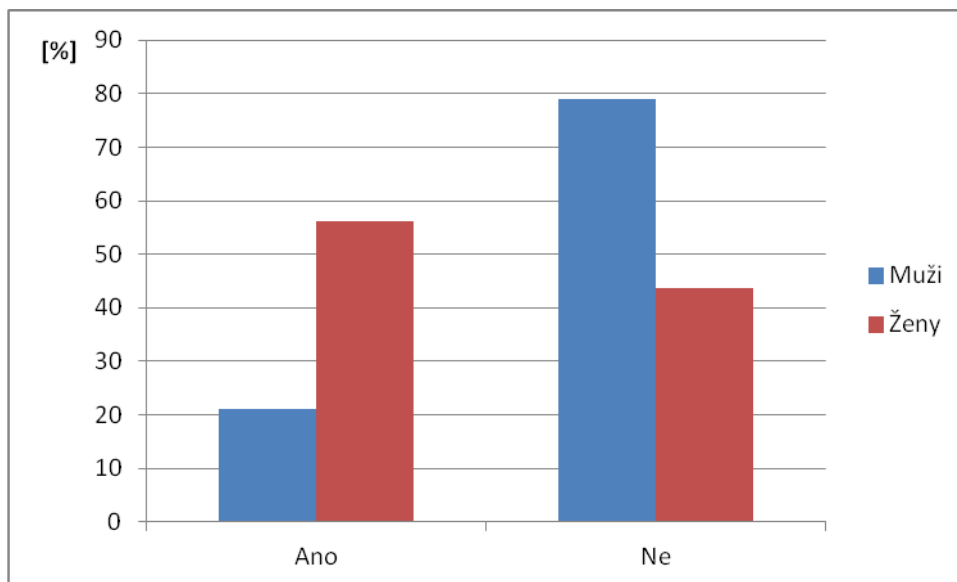
Otázka č. 14: Znáte neziskovou organizaci věnující se poruchám příjmu potravy?

Tabulka 32: Znalost neziskových organizací dle pohlaví

	Muži	Podíl	Ženy	Podíl
Ano	21	21 %	90	56,25 %
Ne	79	79 %	70	43,75 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁶⁴

Graf 27: Znalost neziskových organizací dle pohlaví



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁶⁵

¹⁶⁴ Autorka práce (vlastní šetření).

¹⁶⁵ Tamtéž.

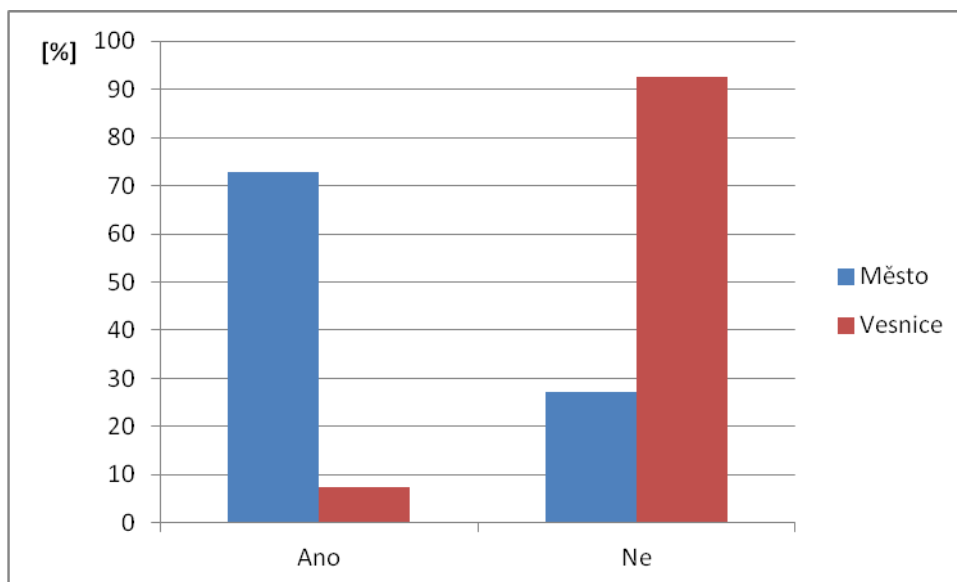
21 mužů a 90 žen znají alespoň jednu neziskovou organizaci mající v předmětu činnosti oblast poruch příjmu potravy. Zápornou odpověď uvedlo 79 % mužů a 44 % žen z osloveného souboru. Domníváme se, že prezentace organizací s činností řešení poruch příjmu potravy je v hromadných sdělovacích prostředcích spíše pro ženy. Informativní sdělení mohou být natolik oslovující, že si je ženy zapamatovaly. Dalším faktorem může být skutečnost, že využily služeb některé z nich.

Tabulka 33: Znalost neziskových organizací dle bydliště

	Město	Podíl	Vesnice	Podíl
Ano	102	72,86 %	9	7,50 %
Ne	38	27,14 %	111	92,50 %

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁶⁶

Graf 28: Znalost neziskových organizací dle bydliště



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)¹⁶⁷

¹⁶⁶ Autorka práce (vlastní šetření).

¹⁶⁷ Tamtéž.

Ze vzorku dotazovaných zná 73 % lidí z města a 8 % z vesnice alespoň jednu neziskovou organizaci, která se zabývá poruchami příjmu potravy. Důvodem může být využití jejích služeb. Neznalost takové organizace uvedlo 38 obyvatel z města a 111 z vesnice. Z výsledků usuzujeme, že větší mediální prezentace neziskových organizací zabývajících se poruchami příjmu potravy je ve městě. Lidé z vesnice tudíž nemají možnost být tak často osloveni jejich sdělením. Pokud se s touto problematikou vůbec setkají.

10.6 Dílčí závěry

První zkoumaný problém se týkal úlohy potravy. Hypotéza H1 se potvrdila. Většina respondentů považuje nasycení za součást svého života a hlavní úlohu potravy.

Dále jsme se zabývali stravovacími návyky. Hypotéza H2 je pravdivá. Největší část respondentů si stravovací návyky vytváří v rodině. Ať současné nebo té, ve které se narodili.

Hypotéza H3 je částečně pravdivá. Nejvíce respondentů se svým stravováním spokojeno není. V tomto problému oceňujeme zpracování dat nejen ve vztahu k pohlaví, ale i k bydlišti. Ze zpracovaného souboru z celkového vzorku jsou muži a ženy nespokojeni v důvodu financí. Zařazením dle bydliště byla zaznamenána nejvyšší nespokojenost s nedostatkem výběru potravin. Odhadovali jsme, že nejvíce odpovědí obdrží varianta z nedostatku času.

Čtvrtý zkoumaný problém se týkal nákupu geneticky upravených potravin. Byla vyslovena hypotéza s jejich nesouhlasem. Hypotéza H4 se potvrdila. Potvrdilo se, že většina respondentů je konzervativních a nerada zkouší nové druhy potravin za cenu možného ublížení zdraví. Někteří nesouhlasí se způsobem pěstování, neboť z výzkumných studií vyplývá, že mají negativní dopad na přírodu.

Pátý zkoumaný problém se týkal obavy z dovážených potravin. Hypotéza H5 se potvrdila. Respondenti vítají možnost většího výběru potravin. Zahraniční potraviny považují cenově i kvalitně přijatelnější.

Šestý zkoumaný problém se týkal redukčních diet jako zdroje onemocnění. Byla vyslovena hypotéza, že redukční diety bude více než polovina považovat za možné příčiny somatických a psychických problémů. Hypotéza H6 se potvrdila.

Osobní setkání s poruchami příjmu potravy byl další zkoumaný problém. Hypotéza H7 se potvrdila. Většina z námi osloveného vzorku se s poruchami příjmu potravy nesetkala.

Osmý zkoumaný problém se týkal výskytu poruch příjmu potravy v rodině. Hypotéza H8 se potvrdila. Respondenti se s výskytem poruch příjmu potravy v rodině většinou nesetkali.

Devátý zkoumaný problém se zabýval ovlivnění rodinných a přátelských vztahů poruchami příjmu potravy. Byla vyslovena hypotéza, že alespoň polovina vzorku si myslí, že poruchy příjmu potravy vztahy naruší. Hypotéza H9 se nepotvrdila. Nejvíce respondentů si myslí, že toto onemocnění vztahy více stmelí, neboť se okolí snaží nemocnému pomoci s léčbou a motivovat ho k uzdravení.

Desátý zkoumaný problém se týkal ohrožení zdraví poruchami příjmu potravy. Hypotéza H10 se potvrdila. Většina obyvatel stále podceňuje možné důsledky pramenící z těchto onemocnění.

Jedenáctý zkoumaný problém byl zaměřen na výskyt poruch příjmu potravy u některých skupin společnosti. Hypotéza H11 se potvrdila. Převážná většina lidí si nemyslí, že problém se týká jen určitých skupin obyvatelstva.

Reakce na přímá setkání s poruchami příjmu potravy byly obsahem dvanácté hypotézy. Hypotéza H12 není pravdivá. Nejvíce respondentů by se snažilo pomoci nemocnému a proniknout do problematiky poruch příjmu potravy. Menší část by kontaktovala rodinu a informovala je o stavu nemocného.

Poslední zkoumaný problém se týkal znalosti neziskových organizací. Hypotéza H13 se nepotvrdila. Odpovídající soubor rozdělen na pohlaví a na bydliště odmítl znalost neziskových organizací. Respondenti věří, že se zlepší informovanost o tomto závažném problému.

Dotazníkový výzkum se v devíti odpovědích shodoval s hypotézami. Z praktického výzkumu vyšlo najevo, že význam potravy a poruch příjmu potravy je stále částí populace opomíjen a mnozí si myslí, že se skutečně jedná o soukromý, ne příliš závažný jev. Proto by měl být řešen v soukromí. Samotná řešení však nejsou jednoduchou záležitostí, neboť nemocný většinou odmítá léčbu a nepřipouští si onemocnění. Ačkoliv se stát snaží pomáhat prevencí, ale i samotnou léčbou nemocných, legislativa není stále ještě dostatečnou.

Soubor dotazovaných respondentů byl relativně v pořádku, ale pro lepší jednoznačná potvrzení či vyvrácení teoretických poznatků bychom museli oslovit větší vzorek. Výsledky dotazníku nelze zobecnit na jihočeskou populaci, přesto bylo zajímavé provést výzkum a porovnat výsledky s teorií uvedenou v odborné literatuře. Ty se poměrně shodují a výzkum můžeme považovat za úspěšný.

10.7 Formulace doporučení

Následující doporučení jsou reakcí na teoretické poznatky. Autorka z nich vyvozuje jistá východiska, která by mohla přispět ke zlepšení současné situace.

Ke snížení výskytu poruch příjmu potravy by jistě napomohla lepší informovanost o důležitosti příjmu vyvážené potravy pro organismus a rizicích spojených s omezením nebo vyloučením některých složek. Společnost si utváří systém norem a pravidel, která určují a vymezují obecně uznávané formy chování. Tyto normy a pravidla dávají společnosti řád, a umožňují soužití velké skupiny lidí.

Hromadné sdělovací prostředky prezentují ideál krásy ve formě vyhublých těl, která jsou propagována společně s opakujícím se sloganem, že cestou úspěchu je přitažlivý vzhled. Ten je odrazem štíhlosti až vyhublosti. Výsledkem je vznik poruch příjmu potravy u postiženého člověka.

Léčba onemocnění se v dnešním pohledu zlepšila možností ambulantní léčby, volbou nejrozumnějších terapií až po komplexní hospitalizaci zaměřenou nejen na somatický stav, ale i na stav psychický.

Individualizace je velice důležitá v průběhu samotné léčby v programu zacházení s nemocným. Nezbytností jsou individuální léčebné programy s terapeutickými prvky, které by byly prováděny speciálními psychology a dalšími odbornými terapeuty. Je bezpodmínečné působit na osobnostní a povahové rysy nemocných. Ti by měli reflektovat chyby, kterých se v minulosti dopustili, a které je v samém důsledku přivedly k poruchám příjmu potravy. Tento individuální přístup k nemocným by mohl kladně působit na jejich volní vlastnosti. V případě uvolnění finančních prostředků doporučujeme zvýšit počet specialistů, kteří by vytvořili a uskutečňovali propracované prevenční programy. Samozřejmostí zůstává, že psychoterapeutické působení by bylo účinné jen u části nemocných. U osob s výskytem vyšších sklonů k výskytu poruch příjmu potravy by ani cílené prevenční a léčebné metody nemusely přinést kladné výsledky.

Podmínky v hospitalizačních zařízeních by měly být co nejvíce podobné životu „venku“, na který jsou pacienti připravováni. Prostory léčebných zařízení by měly být vhodně upraveny. Tak, aby nemocní měli možnost trávit léčbu v přijatelných podmínkách. Nemocným by měl být převážně v počátku hospitalizace umožněn větší kontakt s rodinou. Návštěvy i telefonní kontakty by měly být frekventovanější. Tím by došlo k zachování vztahů, které jsou pro nemocné důležité jak při hospitalizační léčbě, tak po vyléčení a propuštění z ní. Tento způsob života by se více přibližoval životu ve společnosti, na který je jedinec připravován. Zlepšení by mohlo dále nastat v informovanosti dětí ze stran neziskových organizací, prováděním preventivních programů zaměřených na druhý stupeň žáků základních škol. Tyto instituce by mohly více spolupracovat. Zlepšující se osvětou by si nejrizikovější a nejsnadněji ovlivněná skupina dětí mohla uvědomit možné následky. Možností by bylo přiblížení těchto

nemocí v průběhu občanské výchovy. Třídní nástěnky by mohly být opatřeny letáčky léčebných center a varovnými signály. Autorka po návštěvě několika základních škol s lítostí zjistila, že nic takového v rámci škol neprobíhá. Děti mají možnost dozvědět se o poruchách příjmu potravy od výchovného poradce nebo z pedagogicko-psychologické poradny, kde je v rámci péče o dítě zaměřena činnost i na tuto problematiku. Nejsnazším způsobem je utváření stravovacích návyků, mediální gramotnosti s využitím správné reflexe na vyhublé modelky, a uvědomění si, že reklama je klam.

ZÁVĚR

V této práci jsme se pokusili přiblížit význam příjmu potravy, problematiku poruch příjmu potravy a možná rizika z ní vyplývající. Shrneme-li teoretické a praktické poznatky, docházíme k závěru, že negativní vlivy působící na nárůst poruch příjmu potravy převažují nad pozitivními.

Poruchy příjmu potravy jsou rozsáhlým onemocněním, které mnohonásobně převyšuje množství nemocných různými formami rakovin či drogově závislých. Společností bývají přehlíženy, neboť většina populace nepovažuje potravu za problémový prvek. Ve svém důsledku bývají podceňovány, proto statistiky zaznamenávají zvyšující se počet nemocných v obou pohlavích. Populaci nejvíce postihuje mentální anorexie a mentální bulimie. Ačkoliv se jedná o rozdílné formy onemocnění, ve svém průběhu může jedna přecházet v druhou, čímž je lidský organismus vystaven ještě větší zátěži. Současná společnost vykazuje 7% výskyt poruch příjmu potravy v populaci. Zvyšující se množství je neblahým důsledkem podceňování závažnosti onemocnění, které má svůj zdroj především v hromadných sdělovacích prostředcích, která nám prezentují kult krásy formou vyhublého těla. Dalším faktorem jsou reklamní sdělení komerčních farmaceutických a kosmetických společností, která pod vidinou finančního zisku slibují používáním svých produktů dosažení krásného a zdravého těla. Velká část populace si není vědoma rizika, která užíváním produktů podstupují, nevnímají jej, nebo na ně nereagují. Reklamní klam je vymyšlen natolik úderně, že nového spotřebitele zcela pohltí. Ten si přestává uvědomovat možná rizika spojená s užíváním, vnímá pouze negativní reakce na svou osobu, čímž je položen základ pro vznik poruch příjmu potravy. Ačkoliv záměrem spotřebitele je pouhé přiblížení se k ideálu krásy, v průběhu změny dochází k vypěstování si nezdravých stravovacích návyků. Jídlo se pro něj stává hrozbou.

Zamezením stále se zvyšujícího počtu nemocných je nezbytné rozsáhleji zaměřit osvětovou činnost společně s preventivními programy především na děti, které jsou nejohroženější skupinou. Počáteční postih onemocnění je patrn nejvíce u adolescentů a v průběhu puberty. Z důvodů stále se snižující věkové hranice je nutné zaměřit hlavní

informativně - preventivní činnost na žáky základních škol, kteří jsou nejrizikovější skupinou. Samotným zviditelněním problematiky je možné zamezit dalšímu vyššímu nárůstu.

Vyšší podpora by měla působit i z legislativy a rozšířením organizací, jejichž činností je řešení poruch příjmu potravy. V těchto směrech vykazuje česká společnost značné nedostatky. Účinná prevence taktéž představuje velmi komplikovaný faktor z důvodu stále se zvyšujícího mediálního tlaku, který se společenskými normami a rodinou může negativním způsobem ovlivňovat psychiku a sociální vztahy. Někteří hledají ve své složité situaci útěchu formou konzumace potravy. Jídlo se pro ně stává zbraní. Tou, kterou bojují proti okolním nepříznivým vlivům, tou, která jim pomáhá zapomenout na starosti, problémy, a poskytuje jim pocit bezpečí. Postupný návyk značně zvyšuje energetické příjmy, jejichž výsledkem se zvyšuje tělesná hmotnost. Tou se snaží předcházet podpůrnými prostředky vylučujícími zpracovanou potravu z těla.

Výsledky praktického výzkumu ukázaly, že poruchy příjmu potravy nejsou dostatečně mediálně prezentovány, k čemuž přispívá i názor autorky, která provedla několik návštěv základních škol, přičemž žádná z nich se problematice poruch příjmu potravy nevěnovala na svých nástěnkách nebo formou letáčku. Nezbytným řešením není jen léčebná forma, ale především preventivní, která má ukázat rizika, bojovat proti původcům a naučit každého mít rád své tělo. Takové, jaké je.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ANTAL, J., et al. *Učebnice fyziologie pro studující lékařství*. 2. přeprac. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960.

CASSUTO, D.A. *Když chce dcera hubnout*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2008, ISBN 978-80-7367-357-4.

COHEN, R.M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2002, ISBN 80-7178-497-4.

COOPER, P.J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Praha: VOTOBIA, 1995, ISBN 80-85885-97-2.

ČAČKA, O. *Přehled psychologie obecné, dospívání a pracovní výkonnosti*. Brno: Masarykova univerzita, 1995, ISBN 80-210-0904-7.

ČIHÁK, R. *Anatomie pro posluchače lékařství II: Gastropulmonální systém*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987.

DÍTĚ, P., et al. *Gastroenterologie: Učební text pro studující lékařství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2000, ISBN 80-210-2379-1.

DOLEČEK, R. *Být štíhlým po česku aneb průvodce džunglí diet*. 1. vyd. Opava: OPTYS, 1994, ISBN 80-85819-15-5.

FLEISCHMANN, J. a R. LINC. *Anatomie člověka*. 3. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1979.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1314-4.

HANZLOVÁ, J. *Základy anatomie soustavy trávicí, žláz s vnitřní sekrecí a soustavy močopohlavní*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006, ISBN 80-210-3962-0.

HOLIBKOVÁ, A. a S. LAICHMAN. *Přehled anatomie člověka*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, ISBN 80-244-0495-8.

KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství II*. 1. vyd. Praha: INFORMATORIUM, spol. s.r.o., 2001, ISBN 80-86073-76-9.

KLUGEROVÁ, J. – I. PRÁZOVÁ a T. VACÍNOVÁ. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2009, ISBN 978-80-86723-72-3.

KOCOURKOVÁ, J. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, ISBN 80-247-0840-X.

KOCOURKOVÁ, J., J. KOUTEK a J. LÉBL. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997, ISBN 80-858-245-15.

Kolektiv autorů. *Dětská ilustrovaná encyklopedie Živý svět II*. Bratislava: Slovart, 1992, ISBN 80-7145-025-1.

Kolektiv autorů. *Domácí lékař*. 3. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1975.

KOPECKÝ, M. a M. CICHÁ. *Somatologie pro učitele*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, ISBN 80-244-1072-9.

KRCH, F.D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7.

KRCH, F.D. *Bulimie jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing, 2000, ISBN 80-7169-946-2.

KRCH, F.D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 2. doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, F.,D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, ISBN80-7178-598-9.

KRCH, F.,D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-0840-X.

LADISCHOVÁ, C.L. *Strach z jídla*. 1. vyd. Ružomberok: Epos. s.r.o., 2006, ISBN 80-89191-53-3

LUKÁŠ, K. a J. ŠATROVÁ. *Vředy žaludeční a dvanácterníkové*. 1. vyd. Praha: TRITON, 1999, ISBN 80-7254-059-9.

MÁLKOVÁ, I. a F.D. KRCH. *SOS nadváha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-521-0.

MALONEY, M. a R. KRANZOVÁ. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: NLN, 1997, ISBN 80-7106-248-0.

MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, ISBN 978-80-86991-09-2.

MARIEB, E.N. a J. MALLAT. *Anatomie lidského těla*. 1. vyd. Brno: CP Books, a.s., 2005, ISBN 80-251-0066-9.

MELGOSA, J. *Žít naplno*. 1. vyd. Praha: Advent - Orion s.r.o., 1999, ISBN 80-7172-300-2.

NAVRÁTILOVÁ, M., E. ČEŠKOVÁ a L. SOBOTKA. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: MAXDORF, 2000, ISBN-10: 80-85912-33-3.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011, ISBN 978-80-7367-908-8.

PARTYKOVÁ, V. *Hladovění pro zdraví*. Benešov: START, 1999, ISBN 80-86231-06-2.

RABOCH, J. a P. PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2001, ISBN 80-7254-156-0.

RECMANM, T. *Malá knihovnička zdraví. Dieta a ozdravná hladovka*. 1. vyd. Praha: Svojka&Co, 2003, ISBN 80-7237-678-9.

SILBERNAGL, S. a A. DESPOPOULOS. *Atlas fyziologie člověka*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství s.p., 1984.

SILBERNAGL, S., R. VINAŘICKÝ a Z. TREFNÝ. *Fyziologie člověka pro fakulty tělesné výchovy a sportu*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství n.p., 1983.

SINĚLNIKOV, R.D. *Atlas anatomie člověka II*. 3. vyd. Praha: AVICENUM, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1980.

SLADKÁ - ŠEVČÍKOVÁ, J. a M. POLANSKÁ. *Tři Pé aneb poruchy příjmu potravy od A do Z*. [CD - ROM] 1. vyd. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2007.

SLADKÁ - ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003, ISBN 80-7178-795-7.

SVACHINA, Š. *Metabolický syndrom*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2001, ISBN 80-7254-178-1.

ŠIMEK, J. *Čísla o lidském těle a jak jim rozumět*. 1. vyd. Praha: VICTORIA PUBLISHING a.s., 1995, ISBN 80-85865-84-X.

ŠONKA, J., A. ŽBIRKOVÁ a J. DOLEŽALOVÁ. *Pohybem a dietou proti otylosti*. 1. vyd. Praha: OLYMPIA, 1990.

TROJAN, S., et al. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada- Avicenum, 1994.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-802-3.

VOMASTEK, P. *Z deníku anoretika*. 1. vyd. Praha: Tomáš Houška, 2000, ISBN 80-86065-10-3.

Seznam použitých internetových zdrojů

Občanské sdružení Anabell. [on-line]. © 2002 - 2012 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z : <http://www.anabell.cz/>

Sekce PPP: Sekce poruchy příjmu potravy při České psychiatrické společnosti JEP. [online]. © 2007 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://www.sekkeppp.eu/>

Seznam použitých zahraničních zdrojů

BASHE, P., D. BENZANIA. a E. SAENGER. *Complete Guide to Pain Relief*. New York: Reader's - Digest Association Inc., 2000, ISBN 0-7621-0278-0.

FAIRBURN, C.G. a P.J. HARRISON. *Eating Disorders*. The Lancet, 2003, vol. 361, ISBN 0140-6736.

PETERS, D. *Complete Family Health Guide New Medicine*. 1. vyd. London: Dorling Kindersley Limited, 2005, ISBN: 978-0756609337.

WHITE, M. a D. EPSON. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton, 1990, ISBN 0-3937-0098-5.

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Trávicí soustava	24
-----------------------------	----

Seznam grafů

Graf 1: Úloha stravy dle pohlaví	96
Graf 2: Úloha stravy dle bydliště	99
Graf 3: Ovlivnění stravovacích návyků dle pohlaví	100
Graf 4: Ovlivnění stravovacích návyků dle bydliště	101
Graf 5: Spokojenost se stravováním dle pohlaví	103
Graf 6: Spokojenost se stravováním dle bydliště	104
Graf 7: Nespokojenost se stravováním dle pohlaví	105
Graf 8: Nespokojenost se stravováním dle bydliště	106
Graf 9: Nákup geneticky upravených potravin dle pohlaví	108
Graf 10: Nákup geneticky upravených potravin dle bydliště	109
Graf 11: Obavy z dovážených potravin dle pohlaví	110
Graf 12: Obavy z dovážených potravin dle bydliště	112
Graf 13: Redukční diety zdroj zdravotního onemocnění dle pohlaví	114
Graf 14: Redukční diety zdroj zdravotního onemocnění dle bydliště	115
Graf 15: Osobní setkání s poruchami příjmu potravy dle pohlaví	116

Graf 16: Osobní setkání s poruchami příjmu potravy dle bydliště	117
Graf 17: Poruchy příjmu potravy v rodině dle pohlaví	118
Graf 18: Poruchy příjmu potravy v rodině dle bydliště	119
Graf 19: Ovlivnění vztahů poruchami příjmu potravy dle pohlaví	121
Graf 20: Ovlivnění vztahů poruchami příjmu potravy dle bydliště	122
Graf 21: Poruchy příjmu potravy ohrožení zdraví dle pohlaví	123
Graf 22: Poruchy příjmu potravy ohrožení zdraví dle bydliště	124
Graf 23: Poruchy příjmu potravy jen u některých skupin dle pohlaví	125
Graf 24: Poruchy příjmu potravy jen u některých skupin dle bydliště	126
Graf 25: Reakce na poruchy příjmu potravy dle pohlaví	128
Graf 26: Reakce na poruchy příjmu potravy dle bydliště	129
Graf 27: Znalost neziskových organizací dle pohlaví	130
Graf 28: Znalost neziskových organizací dle bydliště	131

Seznam tabulek

Tabulka 1: Energetická hodnota některých běžných jídel	28
Tabulka 2: Výdej energie při různé činnosti mužů kJ/hod.	30
Tabulka 3: Trvání určité činnosti potřebné ke spálení energie obsažené v určitém druhu potravy	31
Tabulka 4: Klasifikace tělesné hmotnosti BMI	32
Tabulka 5: Věkové rozmezí BMI	33
Tabulka 6: Úloha stravy dle pohlaví	96

Tabulka 7: Úloha stravy dle bydliště	98
Tabulka 8: Ovlivnění stravovacích návyků dle pohlaví	100
Tabulka 9: Ovlivnění stravovacích návyků dle bydliště	101
Tabulka 10: Spokojenost se stravováním dle pohlaví	102
Tabulka 11 Spokojenost se stravováním dle bydliště	103
Tabulka 12: Nespokojenost se stravováním dle pohlaví	105
Tabulka 13: Nespokojenost se stravováním dle bydliště	106
Tabulka 14: Nákup geneticky upravených potravin dle pohlaví	107
Tabulka 15: Nákup geneticky upravených potravin dle bydliště	109
Tabulka 16: Obavy z dovážených potravin dle pohlaví	110
Tabulka 17: Obavy z dovážených potravin dle bydliště	111
Tabulka 18: Redukční diety zdroj zdravotního onemocnění dle pohlaví	113
Tabulka 19: Redukční diety zdroj zdravotního onemocnění dle bydliště	115
Tabulka 20: Osobní setkání s poruchami příjmu potravy dle pohlaví	116
Tabulka 21: Osobní setkání s poruchami příjmu potravy dle bydliště	117
Tabulka 22: Poruchy příjmu potravy v rodině dle pohlaví	118
Tabulka 23: Poruchy příjmu potravy v rodině dle bydliště	119
Tabulka 24: Ovlivnění vztahů poruchami příjmu potravy dle pohlaví	120
Tabulka 25: Ovlivnění vztahů poruchami příjmu potravy dle bydliště	122
Tabulka 26: Poruchy příjmu potravy ohrožení zdraví dle pohlaví	123
Tabulka 27: Poruchy příjmu potravy ohrožení zdraví dle bydliště	124
Tabulka 28: Poruchy příjmu potravy jen u některých skupin dle pohlaví	125

Tabulka 29: Poruchy příjmu potravy jen u některých skupin dle bydliště	126
Tabulka 30: Reakce na poruchy příjmu potravy dle pohlaví	127
Tabulka 31: Reakce na poruchy příjmu potravy dle bydliště	129
Tabulka 32: Znalost neziskových organizací dle pohlaví	130
Tabulka 33: Znalost neziskových organizací dle bydliště	131

PŘÍLOHA

Příloha – Dotazník

Dotazník

Vážení respondenti,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění následujícího krátkého dotazníku na téma Poruchy příjmu potravy.

Pokyny k vyplnění dotazníku: při vyplňování dotazníku vždy zaškrtněte jednu odpověď, která je Vám nejbližší. Odpověď na otázku Váš věk zodpovězte číslem odpovídajícím Vašemu věku v letech. Výsledky tohoto dotazníku budou zpracovány anonymně a poslouží jako podklad pro diplomovou práci.

Děkuji za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku.

1. Vaše pohlaví:

- ☐ muž
- ☐ žena

2. Váš věk:

3. Vaše vzdělání:

- ☐ základní
- ☐ středoškolské
- ☐ vysokoškolské

4. Vaše bydliště podle počtu obyvatel:

- ☐ 0 -100
- ☐ 100 – 1000
- ☐ 1000 – 10000
- ☐ 10001 – 100000

☐ 100001 - a více

☐ Město

☐ Vesnice

5. Jakou úlohu hraje ve Vašem životě strava?

☐ prosté nasycení

☐ snažím se s ní ovlivnit své zdraví

☐ držím dietu na základě doporučení lékaře

☐ držím dietu na základě vlastního přesvědčení

6. Co nejvíce ovlivňuje Vaše stravovací návyky?

☐ rodina (návyky z dětství x současná rodina)

☐ zdravotní stav

☐ čas

☐ finance

7. Jste spokojeni se svými stravovacími návyky?

☐ ano

☐ ne

8. Pokud se nestravujete tak, jak byste chtěli, proč?

☐ nemožnost výběru

☐ rodinné důvody (nemožnost přípravy dvou druhů jídel)

☐ nedostatek financí

☐ nedostatek času

9. Koupili byste geneticky upravované potraviny?

☐ ano

☐ ne

☐ nevím

10. Máte obavy z dovážených potravin?

☐ ano

☐ ne

☐ nevím

☐ Pokud ano, ze které země?

- ☐ Turecko
- ☐ Pákistán
- ☐ Maroko

Jiné

11. Považujete redukční diety za zdroj zdravotních problémů?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

12. Setkali jste se s poruchami příjmu potravy?

- ☐ ano
- ☐ ne

13. Setkali jste se s poruchami příjmu potravy v rodině?

- ☐ ano
- ☐ ne

14. Jak podle Vás poruchy příjmu potravy ovlivňují rodinné a přátelské vztahy?

- ☐ naruší je
- ☐ stmelí je
- ☐ nezmění je

15. Považujete poruchy příjmu potravy za života ohrožující?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

16. Domníváte se, že výskyt poruch příjmu potravy je jen u některých skupin obyvatel?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

17. Jak byste reagovali, pokud by se ve Vašem okolí vyskytly poruchy příjmu potravy?

- ☐ Snažil/ a bych se proniknout do problému
- ☐ Oslovil/ a bych rodinu
- ☐ Nereagoval/ a bych

Jinak

18. Znáte některou z neziskových organizací, která se věnuje poruchám příjmu potravy?

☐ ano

☐ ne

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Kateřina Macháčková

Obor: Sociální a mediální komunikace

Forma studia: Kombinované studium

Název práce: Poruchy příjmu potravy.

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 131

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů českých použitých zdrojů: 47

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 4

Počet internetových zdrojů: 2

Vedoucí práce: PhDr. Tereza Vacínová, Ph.D.