

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra speciální pedagogiky Pedagogické fakulty

**NEDOSTATKY V JÍDELNÍM CHOVÁNÍ
JAKO MOŽNÝ RIZIKOVÝ FAKTOR PORUCH PŘÍJMU
POTRAVY**

**DEFICIENCY IN EATING BEHAVIOUR
AS A POSSIBLE RISK FACTOR OF EATING
DISORDERS**



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: **Lucie Košťálová**
Vedoucí práce: **MUDr. Anežka Ticháčková**

OLOMOUC
2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím literatury a dalších pramenů, jež jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

26. března 2009 v Olomouci

.....

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat zejména MUDr. Anežce Ticháčkové za odborné vedení této diplomové práce, ale také všem učitelům, studentům i žákům, kteří mi umožnili zrealizovat pedagogický výzkum tím, že vyplnili dotazníky.

Anotace

Autor: Lucie Košťálová

Fakulta: Pedagogická

Katedra: Speciální pedagogiky

Vedoucí práce: MUDr. Anežka Ticháčková

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 16 a 8 internetových odkazů

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy, diagnostická kritéria, Mezinárodní klasifikace nemocí, Americká psychiatrická asociace, Body Mass Index, zdravý životní styl

Název: Nedostatky v jídelním chování jako možný rizikový faktor poruch příjmu potravy

Obsah

Úvod.....	7
1. Zdravý životní styl (normální funkce).....	9
1.1. Jídlo a stravování.....	11
1.1.1. Obživný pud.....	12
1.1.1.1. Hlad.....	13
1.1.2. Příjem a výdej.....	14
1.1.2.1 Body Mass Index (BMI).....	15
1.1.3. Obezita.....	16
1.1.3.1. Příčiny obezity.....	17
1.1.3.2. Zdravotní obtíže při obezitě a jejich rizika.....	18
1.1.4. Stravování v dětství.....	18
1.1.4. Stravování v dospívání.....	20
2. Poruchy příjmu potravy (patologické odchylky v jídelním chování).....	22
2.1. Náhled na poruchy příjmu potravy z hlediska historie.....	24
2.1.1. Mentální anorexie z hlediska historie (tzv. anorexia nervosa).....	24
2.1.2. Mentální bulimie z hlediska historie (tzv. Bulimia nervosa).....	25
2.2. Rizikové vlastnosti osobnosti pro vznik poruch příjmu potravy.....	26
2.3. Příčiny vzniku poruch příjmu potravy.....	27
2.4. Mentální anorexie (MA).....	31
2.4.1. Diagnostická kritéria MA podle MKN- 10.....	33
2.5. Mentální bulimie (MB).....	34
2.5.1. Diagnostická kritéria MB podle MKN- 10.....	36
2.6. Srovnání charakteristik mentální anorexie a mentální bulimie.....	37
2.7. Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy.....	38
2.7.1. Podle MKN-10.....	38
2.7.2. Podle DSM-IV.....	39
2.8. Výskyt v ČR.....	40
2.9. Průběh a prognóza.....	42
2.10. Doprovodné obtíže a důsledky.....	44
2.10.1. Zdravotní obtíže.....	44
2.10.2. Ostatní obtíže.....	47
2.10.3. Sexualita a plodnost.....	48
2.11. Terapie.....	50
2.12. Základní rady pro učitele.....	53
3. Kvantitativní pedagogický výzkum.....	55
3.1. Dotazník pro žáky / studenty.....	58
3.2. Výzkum zaměřený na výskyt jednotlivých symptomů poruch příjmu potravy a na jídelní chování, návyky a postoje u žáku škol.....	61
3.2.1. Srovnání výskytu symptomů a jídelního chování, návyků a postojů u žáků městské základní školy a obecní základní školy.....	61
3.2.2. Srovnání výskytu symptomů a jídelního chování, návyků a postojů u žáků základní školy a žáků nižšího stupně gymnázia.....	66
3.2.3. Srovnání výskytu symptomů a jídelního chování, návyků a postojů u žáků vyššího stupně gymnázia a žáků středního odborného učiliště.....	71
3.2.4. Celkový výskyt symptomů a jídelní chování, návyků a postojů žáků škol.....	77
3.3. Dotazník pro učitele.....	82
3.4. Výzkum zaměřený na informovanost o problematice PPP u pedagogických pracovníků škol.....	83

3.4.1. Informovanost pedagogických pracovníků základní školy v obci.....	83
3.4.2. Informovanost pedagogických pracovníků základní školy ve městě.....	84
3.4.3. Informovanost pedagogických pracovníků gymnázia.....	85
3.4.4. Informovanost pedagogických pracovníků středního odborného učiliště.....	86
3.4.5. Celkový stav informovanosti pedagogických pracovníků škol.....	88
4. Případová studie.....	89
4.1. Osobní anamnéza:.....	89
4.2. Rodinná anamnéza:.....	89
4.3. Průběh onemocnění.....	90
4.4. Důsledky onemocnění.....	91
Závěr.....	92
Resumé.....	94
Seznam zkratk.....	95
Použité prameny.....	96
Příloha 1.....	98
Příloha 2.....	99

Úvod

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila problematiku poruch příjmu potravy, jednak proto, že mě dané téma zajímá a je pro mě přitažlivé, a jednak proto, že v dnešní době je velmi aktuální, neboť případů stále přibývá. I přes aktuálnost problematiky mi však připadá, že informovanost laické veřejnosti o příčinách, projevech, důsledcích a dalších okolnostech poruch příjmu potravy je stále nedostatečná.

Problematika obezity a její negativní důsledky jsou denně omílány ve všech sdělovacích prostředcích, zatímco extrémní nezdravá vyhublost je jimi spíše propagována. Za příklad jsou všem neustále předhazovány téměř anorektické modelky. Tomuto „psychickému nátlaku“ nejčastěji podléhají mladé dívky, které se snadno zhlédnou v hubené postavičce, jejíž dosažení bývá pro většinu žen biologicky nemožné. Jsou přesvědčeny, že pokud zhubnou, budou všemi více uznávány, všichni je budou mít raději a celkově budou mít snadnější život, bohužel opak většinou bývá pravda. Propadnutí této chorobě život pouze komplikuje a znesnadňuje, v závažných případech i ohrožuje.

Stále větší hubenost je současným trendem a obezita není považována pouze za estetický nedostatek, ale zároveň za selhání a zpronevření se kulturnímu ideálu. Ve všech možných časopisech můžete číst o velkém množství „zaručených“ diet, před jejichž riziky vás však nikdo nevaruje.

Poruchy příjmu potravy představují závažná onemocnění, jejichž důsledky zasahují do všech oblastí lidského fungování. S tělesnou konstitucí jedince se mění také jeho chování a prožívání, mezilidské vztahy a v naprosté většině případů i zdravotní stav v negativním slova smyslu.

Patologické jídelní chování jedince neovlivňuje a nemění pouze jeho život, ale i životy jeho nejbližších.

Tato tematika jistě zaslouží pozornost nejen odborníků, ale také celospolečenské veřejnosti, neboť lidé s takovým problémem žijí v našem okolí a úspěšnost léčby je jistě i otázkou včasného rozpoznání choroby.

Ve svém výzkumu jsem se rozhodla zjistit, jaká je informovanost o problematice poruch příjmu potravy především z hlediska pedagogické praxe, tudíž jak jsou informováni pedagogové, kteří s mladými lidmi trpícími tímto problémem do kontaktu přicházejí, a jestli a jakým způsobem se snaží tyto problémy řešit.

Jako hlavní úkol své práce jsem si stanovila zjištění stávajícího přehledu pedagogických pracovníků dvou základních škol, gymnázia a středního odborného učiliště o problematice poruch příjmu potravy pomocí dotazníkového šetření.

Dále bych ráda zjistila, zda je významnější rozdíl v jídelním chování, návycích a postojích mezi žáky základní školy ve městě a základní školy v obci. Dalším stanoveným cílem této práce je porovnání stravovací situace mezi žáky základní školy a studenty nižšího stupně gymnázia a mezi studenty vyššího stupně gymnázia a středního odborného učiliště.

Mou snahou bylo také poskytnout pedagogickým pracovníkům i žákům (studentům) dvou základních škol, gymnázia a středního odborného učiliště základní informace o problematice mentální anorexie a mentální bulimie, jejich projevech, negativních důsledcích a léčbě formou stručné brožurky, kterou jsem pro tyto účely vypracovala. Její součástí je i zmínka o institucích, které poskytují v rámci této problematiky poradenství i odbornou pomoc a kontakty na některé z nich.

Klíčové pojmy: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy, diagnostická kritéria, Mezinárodní klasifikace nemocí, Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace, Body Mass Index, zdravý životní styl

1. Zdravý životní styl (normální funkce)

Podle definice WHO je „*zdraví stav naprostého fyzického, psychického a sociálního blaha, přičemž tento stav je proměnlivý v čase.*“

(Hartl P., Hartlová H., 2004, str. 701-702)

Zdravý životní styl zahrnuje mnoho faktorů, které v konečném výsledku značně ovlivňují náš zdravotní stav i celkový život. Mezi tyto faktory se řadí především strava, aktivní pohyb, nezbytný odpočinek a spánek, důležité je i vyhýbat se stresu a návykovým látkám (př. cigarety, alkohol, drogy atd.) apod. Pro účely této práce je podstatná především strava, proto se jí budeme v první části blíže zabývat. Je však nutné podotknout, že i ostatní faktory mohou s poruchami jídelního chování, které jsou podstatou této práce, souviset:

V souvislosti se stravovacími návyky narušuje spánek tzv. Syndrom nočního přejídání. Lidé postižení tímto syndromem se v noci budí s nutkáním něco sníst, které je natolik silné, že nemohou znovu usnout bez toho, aby si dopřáli něco k snědku. Často konzumují vysoce kalorické a nezdravé potraviny, a tak většinou již přes noc spořádají velkou část z denního „kalorického přídělí“. Ráno nemají žádnou chuť k jídlu. Z hlediska příčin nočního přejídání můžeme uvést:

- Syndrom nočního přejídání se vztahem k poruchám příjmu potravy (Lidé, kteří přes den hladoví, mohou v noci trpět záchvaty vlčího hladu. Pokud jej nezvládnou a přejedí se, druhý den nemají na jídlo ani pomyšlení, opět vyhladoví a vše se opakuje.)
- Syndrom nočního přejídání se vztahem k poruchám spánku (Vyskytuje se převážně u depresivních a úzkostných pacientů, kteří si svůj noční výlet k ledničce často vůbec neuvědomují a pokud ano, je pocit sytosti nezbytný k navození pocitu bezpečí a jistoty, který jim umožní opět usnout.)¹

1 http://zdravi.idnes.cz/jite-v-noci-mozna-trpите-syndromem-nocniho-prejidani-p03-/vase-telo.asp?c=A080704_134752_hubnuti_bad 12.3. 2009;
<http://www.vareni.cz/trendy/nocni-prejidani/>, 12.3.2009

Vše souvisí se vším. Na naše stravování má nezanedbatelný vliv pochopitelně i náš psychický stav. Stres působí na každého individuálně. Existují přirozeně lidé, jejichž jídelníček a množství snědené potravy se ve stresu podstatně neliší od běžného, ale naopak jsou i lidé, jejichž přísun potravy se mění ve směru snížení, nebo zvýšení množství a může se měnit i skladba jídelníčku (např. někteří lidé si „posilují nervy“ zvýšenou konzumací sladkého).

Někdo se ve stresu dostává do jakéhosi křečovitého sevření a prakticky není schopen cokoli pozřít, na druhé straně existují lidé, kteří si naopak kompenzují stres nepřiměřeným přejídáním, a vyvolávají si tím pocit klidu a bezpečí. I to může souviset s nočním přejídáním, protože stres nahromaděný za celý den se nejvíce projevuje právě večer. Člověk se nají a tím se zvyšuje prokrvení trávicího traktu, krev se přesouvá tam, kde je jí třeba, a snižuje se prokrvení mozku, nastává pocit uvolnění, až otupení.²

Logické spojení je i mezi stravováním a aktivním pohybem, neboť aktivním pohybem se urychluje metabolismus a člověk spaluje energii, přijatou prostřednictvím stravy. Aktivní pohyb úzce souvisí i s poruchami příjmu potravy, protože osoby, které těmito poruchami trpí se všemožně snaží zhubnout a využívají k tomu nejrůznějších prostředků. Některé z nich využívají právě neúměrného aktivního pohybu. Z toho důvodu například stojí, i když mají možnost si sednout apod.

I zneužívání návykových látek může mít přímý vliv na stravu. Jistě jste si někdy všimli, že kuřáci bývají velmi hubení, i když to nemusí být pravidlo. Cigarety a drogy všeobecně totiž oslabují pocit hladu. Proto také velké procento kuřáků, poté co přestane kouřit, nabere na váze.

2 <http://www.vareni.cz/trendy/nocni-prejidani/>, 12.3.2009

1.1. Jídlo a stravování

Jídlo jako takové je důležitý zdroj tělesné energie a živin nezbytných pro správnou funkci organismu, tedy podmínkou somatického zdraví, ale i zdraví psychického. Patří mezi přirozené biologické potřeby a slouží také pudu sebezáchovy. Člověk tedy musí jíst už jen proto, aby přežil. Tomuto přirozenému a vrozenému vyhledávání, získávání a příjmu potravy se říká obživný pud. (viz. Kapitola 1.1.1. Obživný pud)

Každá živá bytost k životu potřebuje energii, a tudíž také přísun potravy. Potraviny jsou složeny ze tří základních složek, jimiž jsou tuky, cukry a bílkoviny a z nichž ani jednu nelze opomíjet. Všechny tyto složky jsou nezbytné pro zachování zdraví. Optimální poměr jednotlivých živin v jídelníčku je předmětem rozsáhlých studií. Kromě těchto základních složek potravy jsou důležité i další např. vitamíny, stopové prvky a spousta dalších. Podle toho bychom si také měli vybírat, kombinovat a různě doplňovat stravu.

„Nedostatek energie nebo některých živin může být příčinou závažných poruch a naopak změny v chuti k jídlu, v příjmu potravy a v tělesné hmotnosti mohou signalizovat rozvoj somatické a duševní poruchy od banální únavy a nachlazení až po závažná onemocnění.“

(Krch F. D., 1999)

Přesto zaujímají lidé k jídlu různé postoje. Jedna skupina lidí si jídlo vyloženě užívá a má s ním spojený jakýsi pocit slasti a uspokojení. Někteří z těchto lidí si jen těžko dokáží představit, proč nárůst na váze může někoho vyprovokovat až k hladovění a je spojen s tak negativními pocity, vždyť stres a bolest způsobené nedostatkem jídla snáší většina lidí velmi špatně. Další skupina lidí jídlo považuje jen za jakési nutné zlo, jen za nevyhnutelný zdroj životodárné energie.³

„V průběhu života tedy získává jídlo různý psychologický a sociální význam. Stává se odměnou, únikem před samotou, programem nebo způsobem komunikace.“

(Krch F. D., 1999)

³ Krch F. D., 1999

1.1.1. Obživný pud

„Pudy jsou vrozené a relativně stálé reakce na podněty z vnějšího prostředí či vnitřního prostředí organismu. Jsou to vrozené stereotypy. Ve světě zvířat jsou výchozími impulzy ke konání a jejich prostřednictvím se uskutečňuje řada biologických potřeb. U člověka mohou být rozvinuty málo nebo naopak nadměrně. Základními pudy jsou: pud výživy, pud sebezáchovy, pud pohlavní, pud rodičovský a pud sociální.“

(<http://sestrylf3.unas.cz/obsahpschr.html>, 14.3.2009)

Určujícím stimulem, který vyvolává projevy obživného pudu je biochemické složení krve daného člověka. Poruchy obživného pudu dělíme na kvantitativní a kvalitativní.

Kvantitativní poruchy dále rozdělíme na patologické snížení a patologické zvýšení obživného pudu:

- **Patologické zvýšení obživného pudu-** do této kategorie řadíme:
 - A.) Polyfágie (hyperorexie)-** Je potřeba jíst zvýšené množství potravy, bez pocitu sytosti.
(může být doprovodným projevem např. při hyperinzulinizmu, hypertyreoidizmu, psychozách, rekonvalescenci po somatických onemocněních, po hladovění)
 - B.) Bulimie („vlčí hlad“)-** Záchvaty zvýšené a nutkavé „žravosti“, která postiženého nutí sníst vše, co je dostupné a požitelné. (nejčastěji u mentální bulimie, ale často se vyskytuje i u mentální retardace, demence, tumoru CNS)

- **Patologické snížení obživného pudu-** do této kategorie řadíme:
 - A.) Sitofobie-** Porucha charakteristická odmítáním potravy z důvodu chorobného strachu z jídla, který je spíše spojován s psychotickými bludy. Tyto bludy spočívají ve strachu před otrávením nebo s představami, že jídlo není zasloužené. Někdy bývá řazena do poruch nutričního chování pro své vnější znaky. (např. u depresí, schizofrenií atd.)
 - B.) Anorexie (nechutenství)-** Prvotně je mentální anorexie řazena do poruch příjmu potravy. Naučené nechutenství se často vyskytuje u dětí, které jsou úzkostnými rodiči nuceny do jídla. Dále se nechutenství může vyskytovat při stresových situacích, horečnatých onemocněních, snížené funkci štítné žlázy apod.⁴

4 <http://sestrylf3.unas.cz/obsahpschr.html>, 14.3.2009

Kvalitativní poruchy- vyjadřují změny preference potravy, které jsou patologické. Řadíme sem:

- **Trichofagii-** požívání vlasů, může se vyskytovat jako součást impulzivních poruch (trichotillomanie)
- **Onychofagii-** kousání nehtů
- **Koprofagii-** požívání výkalů, pití moči (častá u mentální retardace)
- **Kanibalismus-** požívání lidského masa. U některých kultur se vyskytuje jako součást rituálového chování, jen výjimečně je spojován s psychotickým onemocněním. V extrémních případech jako je třeba ztroskotání lodí, byl zaznamenán jako projev sebezáchovného pudu.⁵

1.1.1.1. Hlad

Tělo si o přísun potravy a tedy o energii říká pocitem hladu, „*což je pocit, který vzniká , když hladina glykogenu v krvi poklesne pod určitou hranici, která je regulovaná částí mozku zvanou hypotalamus. Organismus ve snaze opět doplnit potřebnou hladinu vykonává proces v podobě přijímání potravy.* „

(<http://cs.wikipedia.org/wiki/Hlad>, 12.10.2008)

Hladina krevního cukru se s přísunem potravy zvýší, na což reaguje slinivka břišní produkcí inzulínu, krevní cukr je postupně zpracován, jeho hladina se sníží a nastává opět pocit hladu.

5 Svoboda M., 2006, str. 85

1.1.2 Příjem a výdej

Denní strava by se měla energetickou hodnotou přibližně rovnat dennímu energetickému výdeji daného člověka. Jednoduše řečeno, když člověk denně více energie přijme, než vydá, přibírá, jeho metabolismus tedy nestačí přijatou energii spalovat a ta se ukládá ve formě podkožní tukové zásoby. Když naopak přijme méně energie, než za den vydá, hubne, lidské tělo tedy při nedostatku přijaté energie musí energii čerpat z uložených zásob.

Při snaze o zhubnutí by však neměl denní energetický příjem bez lékařského dohledu klesnout pod 4000 kJ.

V dnešní době se člověk snadno může ocitnout v situaci, kdy je jeho energetický příjem vyšší než výdej a dochází k energetické nerovnováze, která má za důsledek nadměrné hromadění tukových zásob v organismu.

Existují určitá všeobecně známá doporučení, která člověku radí kdy, jak a kolik jíst, aby k této nerovnováze pokud možno nedocházelo.

Například se doporučuje jíst pomalu, protože cholecystokinin, což je peptid vyvolávající pocit sytosti, se uvolňuje až při přechodu potravy ze žaludku do střev. Proto člověk jí, jí, pořád má pocit hladu a pak je najednou z ničeho nic přejedený.⁶

Ve skutečnosti je lidský žaludek přibližně velikosti pěsti a právě tolik potravy by nám mělo postačit k nasycení. Ale položme si otázku: Stačí nám to? Opravdu nejsme zvyklí jíst více a přejídat se?⁷

V současné době je typický sklon k extrémům, lidí se zdravou tělesnou hmotností ubývá a setkáváme se stále častěji s obézními lidmi nebo naopak s lidmi podvyživenými.

Většina lidí se nezatěžuje počítáním nutričních hodnot potravin a tak se snadno stane, že se jim jejich tělesná hmotnost začne zvyšovat a může u nich nastat problém obezity se všemi zdravotními riziky a také estetickými aspekty. Tento problém nastává většinou hlavně u osob, které mají sedavé zaměstnání a nemají mnoho pohybu, urychlujícího metabolickou přeměnu.

6 Hartl P., Hartlová H., 2000

7 Pinckneyová C., 1995

Opačným pólem a extrémem obezity je „porucha“, která postihuje zejména mladá děvčata, ale výjimečně i chlapce a je způsobena spíše přehnanou kontrolou a hlídáním své tělesné hmotnosti, která má charakteristicky spíše snižující se tendenci. Tyto poruchy jsou pro tuto práci směrodatné a blíže se jimi budeme zabývat v 2. části.

Oba tyto extrémy jsou však pro člověka nebezpečné a rizikové. K vyhodnocení tělesné hmotnosti slouží tzv. Body mass index (jinak BMI)

1.1.2.1 Body Mass Index (BMI)

Jinak se používá také pojmu Queteletův index hmoty těla.

„BMI, (Body Mass Index), neboli index tělesné hmotnosti, je číslo používané jako měřítko obezity. Slouží pro statistické srovnávání obezity populace, zanedbává však velké množství faktorů (svalstvo, kosti apod.).“

(<http://www.zdrava-strava.com/bmi-index/>, 11.3.2009)

Výpočet BMI se odvozuje od výšky a váhy jedince: $BMI = \text{hmotnost [kg]} / \text{výška [m]}^2$

Číslo, které nám výjde jako výsledek, vložíme do následující tabulky:

Kategorie	Rozsah BMI
Těžká podvýživa	$BMI \leq 16,5$
Podváha	16,5 - 18,5
Ideální váha	18,5 - 25
Nadváha	25 - 30
Mírná obezita	30 - 35
Střední obezita	35 - 40
Morbidní obezita	$BMI > 40$

(<http://www.zdrava-strava.com/bmi-index/>, 11.3.2009)

1.1.3. Obezita

Je to tělesná hmotnost o 20% vyšší, než jaká by byla úměrná k tělesné konstituci a výšce člověka.⁸

Obezita je problematikou přímo opačnou, než o které v celé práci pojednáváme, v žádném případě však není méně závažnou ani nebezpečnou. Žijeme v době, která přímo vychovává k extrémům v jídelním chování. Na jedné straně považuje za ideál krásy vysoké, vyhublé postavy, na straně druhé však v době technologického rozvoje přímo vede k životu bez pohybu, k vysedávání u televize či počítače.

V minulosti lidé žili jiným způsobem života. Obecně vzato, většina dospělých pracovala na polích, což bylo hlavním zdrojem jejich obživy. Práce v hospodářství byla velmi náročná na fyzickou aktivitu a energetický výdej. Také děti po příchodu ze školy trávily čas aktivně, například pomáhaly rodičům, hrály si venku, běhaly, skákaly a podobně. Stravovací návyky v tehdejší době byly jiné. Lidé jedli převážně to, co si vypěstovali. Potrava byla určena k rychlé konzumaci, a proto nebylo zapotřebí potraviny konzervovat. Strava byla zdravější proto, že se nepoužívalo tolik umělých hnojiv a konzervantů, rychlosolí atd. jako v dnešní době.

Pro současnou dobu je typická uspěchanost. Díky tomu lidé nemají čas ani snahu připravit si kvalitní a vyváženou stravu a hlad zahánějí občerstvením z „fast foodu“, instantními pokrmy, které jsou sice rychle připravené ke konzumaci, ale velmi nezdravé a energeticky hodnotné. Značná část pracující populace má sedavé zaměstnání a ani po práci netráví čas příliš aktivně.

Děti přes den sedí ve škole, pohybu je věnováno jen pár hodin v tělesné výchově, které jsou absolutně nedostatečné. Po příchodu ze školy se děti zabaví počítačem nebo televizí a aktivnímu pohybu příliš času nevěnují.

Nutno také přiznat, že k obezitě značnou mírou přispívá i to, pokud člověk jí u televize. Je dokázáno, že nezáleží pouze na tom co jíte, ale také kde a v jaké situaci jíte. Při vysedávání u televize má totiž člověk tendenci neustále něco konzumovat. Nejvíce jsou k tomu náchylné děti, ale ani u dospělých to není žádnou výjimkou. Je dokázáno, že člověk který je zvyklý jíst u televize nevnímá pocit sytosti a má tendenci se přejídat. Sní až třikrát tolik, kolik by ten samý člověk snědl, pokud by se věnoval pouze jídlu.

⁸ Hartl P., Hartlová H., 2000

Vliv mívá i rychlost jídla. Většina lidí s nadváhou jí rychle, do úst si vkládá velká sousta, netrápí se tolik poctivým žvýkáním a rovnou sousta polyká. Takový člověk toho tudíž sní velké množství, než se dostaví pocit sytosti, který nastává až při průchodu snědené potravy ze žaludku do střev. Z toho samého důvodu se doporučuje krájet si jídlo na malé části, aby vypadalo, že je toho více a člověk byl rychleji zasycen.

Všeobecně známým doporučením je také nakupovat sytý, neboť když je člověk hladový, nakoupí daleko více potravin, které by třeba v sytosti ani nekoupil, podléhá více chutím, kterým nemůže odolat.

Rozlišujeme dva druhy obezity:⁹

- Ženská, tzv. hruškovitého tvaru- rizikové partie, kde se hromadí tuk, jsou převážně na hýždích a stehnech
- Mužská, tzv. jablkovitého tvaru- tuk se hromadí převážně v partiích hrudi a břicha. (z hlediska zdravotního rizika je tento typ považován za nebezpečnější)

1.1.3.1. Příčiny obezity

Samozřejmě, že jednou z možných příčin obezity mohou být genetické dispozice, se kterými se člověk již narodí a které jsou dané a nedají se ovlivnit. V tomto případě má jedinec větší sklon k přibírání na váze a k obezitě. Podle mého názoru je však většina případů obezity spíše ovlivněna nedostatkem pevné vůle, nadměrnou konzumací vysoce kalorických potravin, nedostatečným pohybem, přejídáním či pozdní dobou jídla apod.

Přibírání na tělesné hmotnosti je značně individuální záležitostí, což si můžeme demonstrovat na případu dvou jedinců, kteří by teoreticky při stejné hmotnosti, přísunu i výdeji energie pravidelně ve stejnou denní dobu mohli nabývat různých hmotnostních hodnot. Tato odlišnost by byla dána rychlostí metabolických pochodů u konkrétního jedince.

Obezitu mohou ovlivnit i další méně časté faktory, například hormonální změny. U malého procenta jedinců (uvádí se asi 1 % případů) může vzniknout obezita jako důsledek nemoci.¹⁰

Dalšími faktory ovlivňujícími zvýšený apetit k jídlu může být užívání některých léků, nebo psychický stav jedince apod.

9 Hártl P., Hártllová H., 2000

10 <http://www.obezita-info.cz/priciny-obezity/>, 15.3.2009

1.1.3.2. Zdravotní obtíže při obezitě a jejich rizika

„Je jisté, že obezita zvyšuje riziko vzniku některých chronických chorob (diabetu, hypertenze aj.). Ale ne všechny souvislosti mezi obezitou a negativními zdravotními důsledky jsou dostatečně prozkoumané a prokázané. To se např. týká i často používaného argumentu, že obezita zvyšuje předčasnou mortalitu¹¹. Většina studií, které se touto otázkou zabývaly, zjistila, že křivka vyjadřující závislost mezi indexem tělesné hmotnosti (BMI) a celkovou mortalitou je: předčasně umírají nejen obézní lidé s vysokým BMI, ale i hubení jedinci s hodnotami BMI pod 20 kg/m². V některých studiích sice byla zjištěna pozitivní korelace mezi vysokými hodnotami BMI a mortalitou, zato v jiných nebyla tato souvislost nalezena vůbec.“
(http://www.zdrava-rodina.cz/med/med1100/med1100_29.html, 15.3.2009)

Přesto však obezita zůstává výrazným rizikovým faktorem, který se přinejmenším podílí na vzniku a rozvoji nejrůznějších chorob. Některé z těchto chorob mohou jedince ohrozit i na životě.

Sem bychom mohli zařadit například kardiovaskulární onemocnění, cukrovku 2. typu apod. Na druhé straně se podepisuje i na vzniku zdravotních obtíží, které se nejeví tak závažně, např. dýchací obtíže, obtíže s držení těla, s klouby a svaly atd.¹² Pochopitelně, že ve výčtu zdravotních obtíží souvisejících s obezitou není tato kapitola nijak vyčerpávající, šlo pouze o to tuto problematiku zhruba nastínit.

1.1.4. Stravování v dětství

Dítě čerstvě narozené se samo nedokáže nakrmit a je odkázáno na hlavního poskytovatele stravy, což je ve většině případů matka. Na pocity nedostatku naplnění některé z potřeb, tedy i jídla, reaguje pláčem, a tím se na ně snaží upozornit. Matka naopak musí reagovat na tyto signály, aby dítěti poskytla to, co mu schází.¹³

Nejpřirozenější a nejvhodnější stravou dítěte je mateřské mléko. S mateřským mlékem, které obsahuje všechny potřebné výživné látky, se do těla dítěte dostávají zároveň i protilátky z těla matky, a tím se dítě stává obranyschopnější. Bylo prokázáno, že děti, které kojeny

¹¹ Mortalita= úmrtnost

¹² <http://www.obezita-info.cz/rizika-obezity/>, 16.3.2009

¹³ Elliott J., Place M., 2002

nebyly, nebo byly jen krátce, trpí častěji různými virovými onemocněními apod. než děti, které kojeny byly. Proto je matce většinou doporučováno kojit co nejdéle.

Jsou známy i případy, kdy matka dítě kojila i několik let, ale naopak i případy kdy například dítě mateřské mléko odmítalo, nebo matka ztratila mléko z důvodu onemocnění apod.

Krmení je velmi intimní záležitostí, která upevňuje vztah mezi matkou a dítětem a pokud je nějakým způsobem narušeno, mívá to hluboký dopad jak na dítě, tak na matku.

V počátečních dvou měsících života se novorozenec učí přijímat potravu a pokud nastanou v tomto období nějaké potíže, bývají většinou tělesného, střevního nebo respiračního rázu. Dítě je totiž ještě nemotorné a neumí zkoordinovat pohyby při krmení, nebo mu respirační potíže ztěžují sání. Potíže jsou ve většině případů způsobeny špatnou technikou krmení, což se většinou prokáže při lékařském vyšetření.

Mezi druhým a šestým měsícem se u dítěte prostřednictvím krmení rozhodujícím způsobem začínají rozvíjet emoční vazby k matce. Tyto vztahy mohou odrážet možné problémy tohoto období. Může se například rozvinout deprese matky nebo mohou potíže pramenit z vyčerpání matky, nočního vstávání apod. V těchto případech může matka na dítě reagovat podrážděně nebo na něj dokonce nereagovat vůbec, což negativně poznamenává aktuální vztah dítěte s matkou. Dítě na „ignoraci“ matky reaguje buď odcizením, nebo se o to více snaží si matčinu pozornost vynutit sílícím odporem i za cenu, že bude potrestáno.

Tzv. Syndrom špatného prospívání z neorganických příčin je zjevný u dětí, které jsou na pohled malé a podvyživené, když však změní prostředí a nejsou v péči rodičů, výrazně přiberou na váze a jejich růst se rázem zrychlí. Přetrvávající potíže s jídlem mohou mít dokonce neblahý vliv na vývoj intelektuálních schopností. Jediným možným řešením může být náprava původních interakčních problémů. Pozitivní intervencí může být pozitivní interakce mezi dítětem a matkou při hře.¹⁴

14 Elliott J., Place M., 2002

1.1.4. Stravování v dospívání

Dospívání je životní období, ve kterém dochází k velkým změnám, jak ve stravovacích návycích, tak ve vnímání vlastního těla, proto je většinou považováno za rizikové pro vznik poruch příjmu potravy.

Většina případů poruch příjmu potravy začíná kolem čtrnáctého roku věku, avšak již osmiletá děvčata uvádějí, že nejsou spokojena se svou postavou a tato věková hranice se stále snižuje.¹⁵

Jejich vznik může být podmíněn různými vnějšími i vnitřními předpokládanými faktory, které se vzájemně znásobují, přesto však jejich příčiny nejsou jednoznačně určeny.

Často může být hladovění extrémní reakcí na osobní nespokojenost, nízké sebevědomí nebo neúspěch ve společnosti s naivní představou, že štíhlý člověk tyto problémy řešit nemusí, je všemi uznávaný a oblíbený.

Nespokojenost s vlastní postavou je v dnešní době velmi častým jevem a z části je jistě zapříčiněna dnešním trendem, ve kterém se identifikujeme s hodnotami a ideálem západního světa, tedy s tím, že za ideál krásy se považují vyhublé, až anorektické postavy.

Dalo by se říci, že jsou za to částečně zodpovědné mimo jiné i sdělovací prostředky, ve kterých jsou tyto „ideální“ proporce prezentovány. Zdravotní výhody štíhlosti jsou přeceňovány a škodlivým následkům není věnována pozornost.

Už od malička je nám vštěpováno, že dietní chování je jedinou normou pro příjem potravy, příkladem mohou být vyhublé panenky, které jediné jsou na trhu k sehnání (např. oblíbená panenka Barbie viz. Příloha 2, obrázek č. 6).

Také proto adolescenti často přebírají názor, že hodnota člověka je v tom, že je štíhlí.

Další možnou příčinou mohou být nevhodné a nelichotivé komentáře od okolí, které se strefují do tělesných proporcí. Jedním z možných ovlivňujících faktorů může být i odmítání dívky převzít životní roli ženy, nebo snaha ji alespoň co nejvíce oddálit. U vyhublých dívek totiž dochází ke zpomalení tělesného vývoje, a tedy mimo jiné i sekundárních pohlavních znaků, jako je například růst prsů, pubického ochlupení a také menstruační cyklus se dostává později apod.¹⁶

15 Marádová E., 2007

16 Krch F. D., 2005

Období tělesného vývoje a změn spojených s dospíváním je velmi energeticky náročné a od toho se odvíjí zvýšená potřeba energeticky hodnotné stravy. Příjem stravy by se však měl také následně přizpůsobit snižující se potřebě v závislosti na věku a fázi puberty.

„V průběhu dospívání dochází k dramatickým změnám v proporcích lidského těla i v činnosti jednotlivých orgánů. Zatímco chlapci přibývají především na svalové hmotě a tím se přibližují kulturnímu ideálu tělesné krásy, děvčata přibývají především na tukové hmotě a vzdalují se anerektickým proporcím současného světa módy.“ (Marádová E., 2007)

2. Poruchy příjmu potravy (patologické odchylky v jídelním chování)

„Mentální anorexie a mentální bulimie představují ve svých projevech mezní polohy nutričního chování od život ohrožujícího omezování příjmu potravy až po přejídání spojené s tzv. pročišťováním (projímadla, diuretika a především zvracení) nebo hladověním.“

(Krch F. D., Marádová E., 2003)

Přesto však spolu úzce souvisí, vzájemně se mohou prolínat a v průběhu přecházet jedna ve druhou. Mají mnoho společných charakteristických znaků, jako například strach z tloušťky (někteří autoři dokonce hovoří o pojmu „fobie z nadváhy“), aktivní úsilí o dosažení a udržení abnormálně štíhlé postavy a nespokojenost sama se sebou a především se svou postavou. Neustále se zabývají svým vzhledem. Intenzivně se snaží snížit vlastní tělesnou hmotnost nebo přinejmenším zabránit jejímu vzrůstu. Častý je zvýšený pitný režim, čímž dojde k roztáhnutí žaludku. Obě tyto poruchy vznikají a rozvíjejí se pozvolna a nenápadně, avšak pokud nejsou zastaveny v počátcích, projevy stále nabírají na síle a intenzitě a jídelní chování se stává stále více vyhrocené.

Někdy mohou situaci zhoršovat další souběžné psychiatrické diagnózy nebo časté zneužívání návykových léků a dalších látek. U obou poruch je vlivem hormonálních změn častá emoční labilita a depresivní stavy.

V některých případech může být nesnadné určit, jestli byla všechna kritéria naplněna (např. pacienti někdy popírají strach z tloušťky).¹⁷

17 Krch F. D., 2005

Rozdílnost mezi oběma poruchami je v úbytku na váze. U mentální bulimie není pokles tak markantní jako u mentální anorexie, přesto dochází k sekundárnímu rozvoji somatických obtíží a při zvracení dochází k narušování metabolické rovnováhy. Anorexie je však považována za závažnější, nebezpečnější, v některých případech je život ohrožující a může končit i letálně.

Proto vyžaduje většina případů profesionální pomoc (např. lékařskou, psychologickou, psychiatrickou) a někdy je nutný i odborný dohled formou hospitalizace. Pro laickou veřejnost může být obtížné v co nejkratší době vyhledat vhodnou pomoc a ihned se zorientovat v organizaci, jak pro samotného potencionálního pacienta, tak pro někoho z okolí, kdo se s jeho problémem rozhodne něco udělat.

Proto jsou v posledních letech, kdy se tato problematika dostává do zájmu nejen odborné, ale také laické veřejnosti, vydávány nejrůznější příručky s radami, jak se zachovat a co podniknout. Vždy je však důležité, aby chtěl pomoci sám nemocný a sám se snažil tento problém překonat, aby byl přístupný radám i odborné pomoci.

Je důležité si uvědomit, že poruchy nutričního chování nejsou projevem paličatosti nebo zlomyslnost, ale vyjádřením zoufalství. Není tedy řešením přikazovat jídlo pod pohrůzkou trestu.¹⁸

18 Krch F. D., 2005

2.1. Náhled na poruchy příjmu potravy z hlediska historie

První zmínky o problémovém jídelním chování byly nalezeny v lékařských záznamech z roku 895 n. l., kdy se nevolnice Frigida, poté co zvracela z důvodu přejedení, rozhodla, že bude dodržovat přísný půst. Od té doby jsou známy četné případy, které jsou charakterem velmi podobné dnešnímu pojetí poruch příjmu potravy. Například pro křesťany bylo hladovění nezbytnou součástí zbožného života, protože se především mezi ženami věřilo, že hladovějící bude v očích Božích ctnostnější. Předpokládáme sice, že v současnosti je tato problematika rozšířenější, s určitostí to však nevíme, protože neexistují jednoznačné důkazy, které by to prokazovaly.

2.1.1. Mentální anorexie z hlediska historie (tzv. anorexia nervosa)

Termín anorexia lze nalézt již ve starověkých lékařských pramenech a označoval stav celkové únavy a apatie. Galén, jeden z nejvýznamnějších starověkých lékařů, tento pojem užíval v užším slova smyslu, jako absenci chuti jíst. Tehdejší chápání tohoto pojmu se od dnešního zásadně neliší. Odchyłka je pouze v tehdejší soustředěnosti převážně na somatické projevy. Za příčinu byly dlouhou dobu považovány porušené funkce žaludku.

Odmítání potravy je odjakživa jedním z možných příznaků somatických poruch a také psychiatrických syndromů, avšak ne vždy bylo považováno toto chování samo o sobě za patologické. Původně bylo součástí nejrůznějších sebetrestajících nebo asketických praktik mnoha zbožných křesťanů. Později bylo toto chování spojováno spíše s teoriemi o působení různých nadpřirozených sil a vlivu ďábla a nakonec byly některé zvláště nezvyklé formy pokládány za známku duševní poruchy.

Jak už bylo řečeno, zejména v období pozdního středověku měl půst významnou úlohu v životě věřícího lidu. Postupně však začalo takto postících se žen ubývat, neboť církve v novověku výrazně omezila počet kanonizovaných svatých. V této době přišly se svým tvrzením, že téměř vůbec nebo vůbec nejedí, převážně adolescentní dívky, neboli tzv. „zázračné panny.“ Odborníci a lékaři to z počátku považovali za zázrak.¹⁹

¹⁹ Krch F. D., 2005

S vývojem civilizace se názory uchýlily ke střízlivějším teoriím než bylo působení nadpřirozených sil. Jednou z hláсанých teorií byl názor, že jsou tyto dívky schopny přežívat pouze z „výživných částic“ ze vzduchu. Až v devatenáctém století se objevila tendence považovat tyto projevy za patologické a prokazující chorobu.

2.1.2. Mentální bulimie z hlediska historie (tzv. Bulimia nervosa)

Názory filozofů se v otázce původu termínu bulimie různí. Podle Plutarcha pochází tento termín z pojmu bolimos. Bolimos (zlý démon) označoval velký hlad. Podle druhé (pozdější) teorie vychází tento termín ze dvou řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad). Ve volném překladu měla tato teorie na mysli, že člověk trpí tak velkým „*hladem, že by byl schopen sníst celého vola.*“ (Krch F. D., 2005, str. 29)

Přejídání existovalo podobně jako odmítání potravy odnepaměti. Zmínky o bulimii bychom mohli najít již ve 4. století př.n.l. v díle řeckého dramatika Timokla. Bulimie však byla pojata obšírněji, než je v současnosti. Byly do ní zahrnuty i mdloby a slabosti způsobené vinou hladu. Za příčinu těchto obtíží byla považována dysfunkce zažívacího ústrojí a byly rozlišovány různé druhy. Toto odlišné pojetí bulimie přetrvávalo až do začátku moderní doby. Stále více však byly brány v potaz emocionální souvislosti.

Termín bulimia nervosa byl poprvé použit v roce 1979 britským psychiatrem. Bulimie získala novou tvář přetrvávající doposud. Je definována jako silné neovladatelné nutkání se přejídat, po kterém následuje pocit viny a strach z tloušťky, a z toho důvodu je jedinec nucen zvracením nebo zneužíváním pročišťujících prostředků či jejich kombinací se přibírání na váze vyhýbat.²⁰

20 Krch. F. D., 2005

2.2. Rizikové vlastnosti osobnosti pro vznik poruch příjmu potravy

Jedinci s určitými rysy osobnosti jsou ohroženější skupinou pro vznik poruch příjmu potravy než skupiny jedinců, které tyto typické povahové rysy nemají. Jedná se především o perfekcionalismus (snaha stát se dokonalým) , který je hnacím motorem pro toto patologické chování. Nepřiměřená sebekritičnost a nízké sebevědomí způsobuje nespokojenost se svým vzhledem, proporcemi, hmotností atd. Poruchy příjmu potravy mohou být motivovány i jako sebetrestající mechanismus, kterým se člověk trestá za jakékoliv sebemenší provinění (mohou se trestat například za to, že nevědí, jak se vypořádat se svým problémem apod.). Dalšími typickými rysy jsou cílevědomost a paličatost, které jedince nutí v tom dále pokračovat, překonávat sama sebe a vlastní potřeby, dokázat si, že je to v jeho silách.²¹

Rizikovou skupinou mohou být i jedinci s určitými zájmy nebo profesemi (např. modelky nebo tanečnice), jejíž postava a proporce má pro výkon této činnosti rozhodující význam.

21 Papežová H., 2000

2.3. Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Obečně platná příčina poruch příjmu potravy doposud nebyla zjištěna přesto, že existuje mnoho různých hypotéz. Ani jedna však neosvětluje veškeré možné varianty příčin. „*Obečně lze říci, že anorexie a bulimie jsou důsledkem vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů.*“

(Marádová E., 2007)

Určení příčin není jednoduché už jen proto, že u mnohých případů splývají příčiny s důsledky (není mezi nimi jasná hranice), a proto nelze jednoznačně určit, co je příčinou a co důsledkem.

Mezi odborníky, zabývajícími se touto problematikou, panuje přesvědčení, že za jedinou možnou jednoznačnou příčinu lze označit redukční diety, které se vyskytují u většiny pacientů.

Do koncepcí možných příčin problémového jídelního chování bylo zařazováno množství možných vlivů od nejrůznější stresujících událostí, přes konfliktní vztahy s širším okolím a rodinou až po neurohumorální komplikace a spoustu dalších. Multifaktoriální koncept je podporován většinou autorů, kteří se shodují na bio- psycho-sociální podmíněnosti.

V sociálním a kulturním kontextu hraje jednu z nejvýznamnějších rolí identifikace se západním kulturním ideálem. Tento ideál je charakteristický „na kost“ vyhublou postavou, která je spojována s vysokým uznáním a sociální prestiží. V sociálním prostředí je vyvíjen sociální tlak na dodržování štíhlosti a obezita je považována za selhání, za zpronevěření se kulturnímu ideálu. Tento trend nejvíce postihuje a motivuje adolescenty. Tito mladí lidé vidí ve štíhlosti jedinou cestu k úspěchu, věří, že hodnota člověka je dána jeho proporcemi. Někteří autoři připisují tento fakt médiím a módnímu průmyslu, které nekriticky oslavují stále větší vyhublost jako ideál ženské krásy přesto, že je pro většinu žen taková hubenost biologicky nemožná a nedosažitelná.

Zdravotní rizika obezity jsou projednávána ve všech sdělovacích prostředcích, zatímco nebezpečnost redukčních diet a dalších dietních opatření je podceňována. Sdělovací prostředky poskytují mnoho „zaručených“ rad, jak zhubnout a tím napomáhají stálému rozšiřování výskytu patologického jídelního chování.²²

Na dietní trendy se adaptuje i potravinářský průmysl, který má velkou poptávku po dietních tzv. light potravinách, jako jsou nízkotučné jogurty, mléko apod.

Tlak je na ženy vyvíjen také ve vztahu s pracovním uplatněním, kde se od nich očekává kromě pracovních schopností a rychlé adaptace také jakási tradiční přitažlivost.

Snaha dosáhnout extrémní hubenosti může být spojena i s odmítáním ženských tvarů a převzetí ženské role. V tomto názoru se však některé zdroje rozcházejí, neboť někteří autoři naopak tvrdí, že vyhublost je extrémní snaha o dosažení ženskosti. Já bych se však spíše přikláněla k první teorii.

Příčiny vzniku poruch příjmu potravy mohou být zakotveny i v **biologických souvislostech**. Určitý rizikový faktor představuje ženské pohlaví, neboť ženy jsou desetkrát náchylnější pro vznik těchto poruch než muži.

Je zásadní rozdíl mezi mužskými a ženskými tělesnými proporcemi, který se umocňuje v období dospívání (na ženské proporce je kladen větší důraz), i v jejich vývojové tendenci. Zatímco chlapcům v době dospívání přibývá zvláště svalové hmoty a přibližují se požadované mužské postavě, u dívek dochází k přibývání podkožního tuku a od ideálu ženské postavy se vzdalují. Z tohoto hlediska mohou být rizikovou skupinou pro vznik patologického jídelního chování brzy vyzrálé dívky, které bývají silnější a menšího vzrůstu.

S přibývajícím tělesnou hmotností u žen vzrůstá také nespokojenost s vlastní postavou. Bylo zjištěno, že velmi důležitá je i okolnost, ve kterých partiích je tuk nejvíce nahromaděn (distribuce tuku). Z tohoto hlediska, jsou nejrizikovější skupinou ženy, jejichž problémovými partiemi jsou především boky, hýždě a stehna. Tato skupina vykazuje procentuálně významější výskyt poruch příjmu potravy než ostatní skupiny.

V situaci, kdy jedinec ubývá na váze se spolu s tukovou zásobou odbourává i svalová hmota. Závažnějším se jeví, pokud tělená hmotnost kolísá, neboť jedinec získává v první řadě tuk, tím dochází ke kvalitativní změně složení těla.²³

22 Krch F. D., 2005

23 Krch F. D., 2005

Zajímavé jsou také souvislosti vzniku poruch v jídelním chování s menstruačním cyklem. Při jakémkoliv snížení energetického příjmu dochází k endokrinním změnám, proto amenorea většinou předchází výraznějšímu úbytku na váze. Velký vliv může mít i snížený přísun bílkovin a emoční stres. Do souvislosti se také dává změna intenzity projevů mentální anorexie s fází menstruačního cyklu, ale také s užíváním antikoncepce. Některé pacientky udávají, že startovacím mechanismem byl nárůst na váze po nasazení hormonální antikoncepce. Bylo také zjištěno, že po vysazení antikoncepce u některých bulimiček se příznaky zlepšily. Ve spojitosti s těhotenstvím a porodem bývá pro patologii v přísunu jídla nejrizikovější skupina maminek do třetího měsíce po porodu, do šestého se však situace upravuje. Klesá sledování proporcí těla, ale narůstá zaobírání se tělesnou hmotností.

Převážná většina poruch příjmu potravy začíná v pubertě a dospívání. V tomto období se kumuluje celá řada rizikových faktorů. Jedním z nich je, že v pubertě o sobě jedinec začíná více přemýšlet, zabývá se sám sebou, svým vzhledem, srovnává se s ostatními a může o sobě začít pochybovat. Nízké sebehodnocení a snaha stát se lepší představují už jenom krůček od možného propuknutí problému. Dívky mají větší sklon k sebedoceňování a vnitřní nejistotě, a z toho důvodu jsou pro tyto choroby relativně snadnou obětí. Pokud redukční diety nevedou k žádnému výsledku a dívka nehubne, propadá ještě větší panice, má pocit neschopnosti a sebevědomí se snižuje.

Toto období je typické také přílišnou emotivitou, vztahovačností, emoční labilitou jež jsou způsobené hormonálními změnami, které v pubertě probíhají.

Problémové jídelní chování může vzniknout i v návaznosti na určitou životní situaci (např. nemoc nebo ztráta někoho blízkého, nepříjemné narážky okolí na proporce nebo hmotnost dotyčného, nějaká významná životní změna nebo konflikty s okolím, vlastní nemoc nebo jiné problémy a další) Okolnost, která se promítá do budoucího života jedince a výrazně jej ovlivňuje v negativním slova smyslu je určitá dysfunkce rodiny, jako je například týrání, zneužívání dítěte, jeho opuštění rodičem atd. Tyto zkušenosti a ne zrovna šťastné vzpomínky provází dítě po celý život a mohou být, kromě jiných psychických poruch, také startovacím mechanismem poruch příjmu potravy. Vzhledem k tomu, že jsou tyto vlivy zkoumány až zpětně, zůstává otázkou do jaké míry jsou tyto informace spolehlivé.²⁴

24 Krch F. D., 2005

Podle zkušeností odborníků se jeví velmi rizikové pro vznik poruchy, pokud se v rodině dítěte nachází někdo, kdo má nebo měl s mentální anorexií nebo mentální bulimií vlastní zkušenost. Na druhou stranu může jisté riziko představovat i výskyt obezity v rodině, které se může chtít dotyčná osoba vyvarovat. Mnoho autorů popisuje různé vlivy na vznik poruchy v rodině, vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy, jak častý je výskyt poruch příjmu potravy u sester a matek pacientek, a mnoho dalšího. Tyto údaje se však u jednotlivých autorů podstatně liší a nebyla prokázána obecná platnost. Předpokládá se, že určitý vliv mají i genetické predispozice, i když není jednoznačně prokázána míra genetické podmíněnosti. Toto tvrzení lze prokázat na studiích výskytu poruch u jednovaječných dvojčat, které mají stejnou genetickou výbavu a u kterých se současné poruchy příjmu potravy ve většině případů vyskytují častěji než u dvojvaječných dvojčat, která mají genetickou výbavu rozdílnou stejně jako je tomu u sourozenců.

Ve vztahu ke vzniku jídelních abnormalit mohou mít vliv i **emocionální faktory**. Velmi často se u pacientek s mentální anorexií nebo mentální bulimií můžeme setkat s depresivními a úzkostnými projevy. Ještě častěji než u mentální anorexie se vyskytují známky deprese u bulimie (20- 80 %), neboť k nim může docházet v souvislosti s malou schopností ovládat své potřeby a s pocity viny.

U bulimiček stres může způsobovat opakované přejídání a další a další pocity viny, u anorexie může naopak způsobovat hladovění. Někteří autoři se dokonce domnívají, že deprese a poruchy příjmu potravy mají společnou příčinu, nebo že je patologické jídelní chování variantou primární depresivní poruchy.

Další autoři to popírají s argumentem, že poruchy příjmu potravy mají jinou dynamiku než deprese, téměř nikdy nevznikají současně a k ústupu depresivních projevů dochází většinou z časového hlediska dříve. Opět je zde tedy názorová nejednotnost. Přes to všechno je jisté, že poruchy nálady jsou faktory, které se velmi často současně s poruchami příjmu potravy vyskytují a zároveň je významně ovlivňují, jsou považovány za rizikové. Spolu s depresivními rysy byly někdy zaznamenány i obsedantní projevy.²⁵

25 Krch F. D., 2005

2.4. Mentální anorexie (MA)

Mentální anorexie je charakterizovaná jako dlouhodobé, úmyslné odmítání potravy až hladovění za účelem snížení vlastní tělesné hmotnosti. Nepostihuje pouze ženy a mladé dívky, ale i chlapce, i když v menší míře. Nejčastěji vzniká kolem puberty nebo v adolescenci. Řadíme ji mezi psychosomatická onemocnění, neboť je primárně psychické, postupně začíná zasahovat i do somatické stránky a to zpětně zhoršuje psychický stav.

Je charakteristická panickým strachem z tloušťky a neschopností udržet si zdravou váhu. Tito lidé neodmítají potravu z toho důvodu, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst. „ *Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce.*“ (Krch F. D., 2005, str.14)

U některých případů však po dlouhodobém hladovění opravdu sekundárně dojde k oslabení chuti k jídlu. Pokud přece jen něco jедí, jejich tempo je velmi pomalé, po malých soustech a jednotlivá sousta dlouho žvýkají a žmoulají v ústech. Strach z tloušťky postupně prostupuje celý život člověka a ovládá ho.

Existuje mnoho teorií o příčinách, které mohou chorobu nastartovat. Jsou to však spíše jednotlivé faktory, které v poruchu mohou vyústit, ale také nemusí. To je značně individuální záležitostí. Většinou jde o souhru více faktorů a životních situací, které ji u toho konkrétního člověka vyvolají jako reakci. Za možnou teorii vzniku jsou považovány a zdůrazňovány psychogenní faktory jako jsou například úzkostné stavy, kompenzační nebo sebetrestající mechanismy, protestní reakce, odmítání převzetí role ženy, vliv módního průmyslu, který určuje aktuální ideál krásy, ale také mohou vzniknout jako reakce na určité životní situace jako je např. rozvod rodičů, smrt nebo ztráta někoho blízkého, závislost rodičů apod. Příčiny však mohou být podmíněny nejen psychologickými vlivy, také vlivy biologickými a sociálními. Tyto vlivy se navíc mohou různě kombinovat, zvýrazňovat i podmiňovat.

Pacient místo toho, aby energetický příjem přizpůsobil své denní potřebě, neustále přizpůsobuje celý svůj život svým jídelním postojům. Před okolím nemocní hladovění často popírají, schovávají nebo vyhazují nesnědené svačiny a podobně. Většinou popírají nebo zlehčují své potíže a neuvědomují si jejich závažnost.²⁶

26 Krch F. D., 2005; Krch F. D., Marádová E., 2003; Marádová E.,

Nejbližší okolí si toho někdy všimne až s enormním úbytkem na váze dotyčného. Rodiče si potom často kladou otázku, co zanedbali nebo udělali špatně. Avšak zmatené není pouze okolí, nybrž i samotná osoba poruchou trpící. Je rozpolcená a řeší dilema, jestli poslechnout své nejbližší, kteří ji prosí, aby konečně začala jíst, a neustále opakují, že to s ní myslí dobře, a nebo svůj vnitřní hlas, který jí našeptává opak.

Metody snižování tělesné hmotnosti jsou velmi rozmanité. Některé pacientky omezují příjem potravy a intenzivně cvičí, další mohou zvracet, používat odvodňovací a projímavé prostředky nebo různá dietní opatření. Některé například polykají vatu namočenou ve vodě nebo mléku, která v žaludku nabyde na objemu. Podle závažnosti bychom mohli odlišovat lehčí případy, kdy je pokles na váze mezi 15-20 % původní hmotnosti, a těžšími případy, kdy jde o pokles větší než 25 % původní hmotnosti.

Někdy může být tato porucha doprovázena zvýšeným zájmem o jídlo (např. sbírají recepty, rádi vaří, myslí na jídlo apod.), zvýšenou nebo změněnou chutí. Takto postižené osoby mívají také narušený vztah k vlastnímu tělu a narušené sebevnímání, které se projevuje především tím, že neustále vidí samy sebe tlusté. Mají tendenci své tělesné proporce a hmotnost přeceňovat.

Při diagnostikování mentální anorexie je nezbytné vyloučit somatické i psychické choroby, které mohou mít za následek nechutenství a pokles tělesné hmotnosti (může se vyskytnout např. u některých nádorových onemocnění, tuberkulózy, depresivních poruch apod.) S nechutenstvím se můžeme setkat i například u kuřáků a toxikomanů.

Jak už bylo zmíněno, mentální anorexie je svými projevy podobná mentální bulimii. I během epizody mentální anorexie může, stejně jako u bulimie, opakovaně docházet k záchvatovitému přejídání a podle toho, zda k němu dochází či nikoli, rozlišujeme (podle DSM-IV) dva specifické typy:

- Nebulimický (restriktivní) typ- nedochází k přejídání
- Bulimický (purgativní) typ- dochází k přejídání²⁷

27 Krch F. D., 2005

„U anorektiček bulimického (purgativního) typu se obvykle můžeme setkat s mnohem bohatší obecnou psychopatologií od poruch nálady až po závislost na alkoholu a někdy i s odlišnou osobnostní strukturou. S tím souvisí komplikovanější a dlouhodobější průběh poruchy, častější relapsy a menší odezva na terapii.“ (Krch F. D., 2005, str.16)

Anorektičky bulimického typu jsou více emočně labilní a také proto mají větší sklon k užívání návykových látek a k sebepoškozujícímu a sebevražednému chování. Z toho důvodu je v některých případech potřebná i hospitalizace, zcela odlišný, individuální přístup a také terapie.

2.4.1. Diagnostická kritéria MA podle MKN- 10

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anoretik a diuretik, nadměrné cvičení.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy).
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo- hypofyzo- gonádovou osu se projevuje u žen, jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

(Krch F. D., 2005, str.15)

2.5. Mentální bulimie (MB)

Mentální bulimie bývá někdy považována pouze za zvláštní variantu mentální anorexie. *„Zatímco dívky trpící mentální anorexií často disimulují a mají uspokojení z některých příznaků choroby, je v případě mentální bulimie situace spíše opačná.“*

(Krch F. D., 2005, str. 38)

Jak už bylo řečeno, mentální bulimie je další poměrně častou poruchou jídelního chování. Nejčastěji začíná v adolescenci nebo mladším dospělém věku. Je charakteristická opakovanými, nezřízenými záchvaty tzv. „vlčího hladu“ a přejídání, po kterých následují výčitky svědomí, tíživý pocit ze ztráty kontroly nad jídlem a strach z příbytku na váze, což přechází až v aktivní snahu ze sebe snědenou potravu nějakým způsobem dostat pryč nebo přijatou energii alespoň co nejrychleji spálit prostřednictvím neúměrného cvičení.

K tomuto účelu je používáno nejrozličnějších prostředků a jejich různých kombinací. V lehčích případech se dotyčná osoba uchýlí k dietám nebo již zmíněnému neúměrnému cvičení. V těch závažnějších se to snaží řešit drastičtějšími metodami, jako je vyvolávání zvracení, používání projímadel, léků na odvodnění, mezi méně časté metody patří vyplivování potravy před polknutím apod.

Z jednoho pokusu o vyřešení této situace se snadno stane návyk a vše se opakuje jako v začarovaném kruhu. Dotyčná osoba opět nezvládne touhu přejíst se, ale uklidňuje ji vědomí, že se tohoto „závaží“ zase brzy zbaví. Opakované zvracení má většinou za následek konzumaci stále většího množství jídla při dalších epizodách. Proto u bulimie tělesná hmotnost člověka výrazně kolísá. Na rozdíl od anorexie si nemocný bulímií většinou uvědomuje, že jeho počínání je patologické, ale přesto je jeho nutkání k tomuto chování většinou silnější než zdravý rozum. Někdy se jedinec snaží záchvat zastavit sebepoškozováním, které slouží k uvolnění napětí. Zvyšuje se jeho práh bolesti, sebepoškozování po čase už nemusí pomáhat a proto někteří mohou v krajních případech přistoupit k suicidii většinou s volbou bolestivého způsobu.²⁸

²⁸ Krch F. D., 2005; Krch F. D., Marádová E., 2003, Krch F. D.,

Zvracení a používání projímadel není bezpodmínečným kritériem pro diagnostikování mentální bulimie. Některé bulimičky se snaží snížit svou tělesnou hmotnost „pouze“ držením hladovky nebo nadměrnou fyzickou zátěží a cvičením. A podle těchto specifík klasifikujeme (podle DSM-IV) mentální bulimii do dvou skupin:

- Purgativní typ- ve snaze zabránit příbytku na váze využívá pacient nuceného zvracení, projímadel, laxativ, diuretik apod.
- Nepurgativní typ- pacient se neuchyluje k tak drastickým metodám, aby zabránil zvýšení tělesné hmotnosti, dodržuje přísné diety či hladovky nebo intenzivně a nadměrně cvičí.

Dříve byly pro diagnostikování mentální bulimie podstatné purgativní rysy a jejich intenzita. Tím, že se zde zařadil i typ nepurgativní, se značně zvýšil počet případů.

K stanovení diagnózy mentální bulimie musí být naplněna základní kritéria:

- Opakující se záchvatovité přejídání (tzv. Binge eating) s negativním prožitkem ze ztráty kontroly nad jídlem, který je v diagnóze určující. (množství snědené potravy nemusí být určující)
- Opakující se přehnaná kontrola své tělesné hmotnosti, k čemuž je užíváno různých prostředků.
- Charakteristický nadměrný zájem o svůj vzhled, tělesné proporce, hmotnost apod.

S celkovým nárůstem případů poruch příjmu potravy se však úměrně zvyšují také případy atypické, u kterých nejsou splněny všechny z uvedených kritérií. Přesto však mohou i tyto atypické případy způsobovat řadu zdravotních i psychických obtíží a po čase se mohou naplno rozvinout v celé škále příznaků.

Aby mohla být mentální bulimie diagnostikována, musí být vyloučena neurologická porucha i všechny zdravotní obtíže vedoucí ke zvracení.

Pokud jsou naplněna kritéria pro mentální bulimii i anorexii současně, má přednost diagnostikování mentální anorexie.²⁹

29 Krch F. D., 2005

2.5.1. Diagnostická kritéria MB podle MKN- 10

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost)
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik (diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem).
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

(Krch F. D., 2005, str. 17)

2.6. Srovnání charakteristik mentální anorexie a mentální bulimie

V úvodní kapitole 2. části zvané Poruchy příjmu potravy jsme se již zmínili, že mentální anorexie a mentální bulimie jsou si přes zdánlivou protichůdnost velmi podobné. Mezi základní společné rysy patří především strach z tloušťky, nadměrné zabývání se vlastním vzhledem, tělesnými proporcemi a tělesnou hmotností, aktivní úsilí o snížení vlastní tělesné hmotnosti nebo přinejmenším její udržení apod.

Existují však také znaky, ve kterých se mentální anorexie a mentální bulimie rozcházejí. Jejich výčet je následující:³⁰

	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	výrazný (u dětí může dojít k zastavení hmotnostního přírůstku)	mírný, může být jak ve směru snížení, tak naopak i zvýšení hmotnosti
Amenorea (nedostavení se menstruace)	60- 100 %, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10- 30 %
Navozené zvracení	15- 30 %	75- 90 %
Sebekontrola	vysoká	nízká
Jídelní chování	pomalou žvýká a polyká malá sousta, snížený příjem tekutin	rychle polyká velká sousta, někdy větší příjem tekutin
Počátek obtíží	nejčastěji kolem 13- 20 roku věku, ale není podmínkou	nejčastěji kolem 16- 25 roku věku, ale není podmínkou
Pohlaví nemocných muži : ženy	(10- 15): 1	20: 1
Výskyt v rizikové populaci (ženy 15- 30 let)	0,5- 0,8 %	2,5- 6 %
Deprese	10- 60 %	20- 90 % (často spojené s nepříjemným prožíváním ztráty kontroly nad jídlem aj.)
Užívání alkoholu	spíše výjimkou	relativně časté
Významné zlepšení	20- 75 %	60- 85 %
Náhled chorobnosti	velmi nízký, vzrůstá s rostoucími komplikacemi	vyšší u přejídání, nízký u diet
Uvědomění si své situace (problému)	své problémy si neuvědomuje, popírá je	Své problémy si uvědomuje a chce se jich zbavit
Motivace k léčbě	většinou z donucení (okolnostmi nebo okolím)	úsilí zbavit se přejídání, někdy snaha zhubnout

³⁰ Krch F. D., 2008

2.7. Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Do této kategorie se řadí poruchy, které nevykazují všechna ze stanovených diagnostických kritérií, ale které jsou často stejně závažné jako diagnostikované poruchy příjmu potravy. I zde může časem dojít k plnému rozvoji všech specifických příznaků. Není jim však věnovaná dostatečná pozornost, kterou by zasluhovaly.

2.7.1. Podle MKN-10

*„Desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí nabízí možnost diagnózy **Atypické mentální anorexie (F50.1)** nebo **Atypické mentální bulimie (F50.3)**. Tyto kategorie by se měly užívat u pacientů, u nichž chybí jeden nebo více základních příznaků poruchy, ale které vykazují téměř typický klinický obraz.“*

(Krch F. D., 2005, str.19)

Dalšími kateogremi atypických a nespecifických poruch jsou tzv. **Jiné poruchy jídla (F50.8)**

Do této skupiny řadíme například neorganické **Pojídání nejedlých látek** dospělými (**pica**)- pacient požívá např. písek nebo omítku. Může se vyskytovat u osob s duševními poruchami jako je schizofrenie nebo demence. Spojitost můžeme vidět i s některými těhotnými ženami i malými dětmi, které také mívají podivné chutě.

Kategorie (**F 50.4**) tzv. **Přejídání spojené s psychotickými poruchami (Psychogenní přejídání)**- Je to přejídání způsobené psychogenními vlivy, stresovými situacemi, jako např. smrt blízké osoby apod.

Kategorie (**F 50.5**) tzv. **Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami** Vyskytuje se většinou u disociativních poruch a hypochondrické poruchy.³¹

31 <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>, 11.3.2009; Krch F. D., 2005

2.7.2. Podle DSM-IV

Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace narozdíl od MKN-10 nerozlišuje nespecifické a atypické poruchy. Ty jsou ve své podstatě zahrnuty do kategorie **Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy** neboli Eating Disorders Otherwise Specified (EDNOS), kam lze zařadit případy:

- pacientka má pravidelnou menstruaci, přestože jsou naplněna všechna kritéria mentální anorexie
- jsou splněna všechna kritéria pro mentální anorexii včetně poklesu tělesné hmotnosti, přesto je však tělesná hmotnost stále v pásmu normy
- jsou splněna všechna z kritérií mentální bulimie, ale záchvaty přejídání nejsou pravidelné (nedochází k nim příliš často) nebo jídlo nemocný nepolyká, pouze žvýká a vyplivuje

Pod EDNOS můžeme dále zařadit „**syndrom nočního přejídání**“, o kterém už jsme se zmiňovali v 1. části (v kapitole o zdravém životním stylu) a opakované přejídání bez držení hladovek nebo purgativního rysu, často spojené s nějakým stupněm nadváhy, které by se dalo klasifikovat do navrhované kategorie „**záchvatovitého přejídání**“.³²

„V navrhované definici je záchvatovité přejídání definováno obdobně jako záchvatovité přejídání u mentální bulimie (kritérium A), pouze je blíže specifikováno: B) Epizody přejídání jsou spojeny alespoň se třemi z následujících charakteristik: 1) člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé, 2) dokud se necítí nepříjemně plný, 3) aniž by pociťoval hlad, 4) o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho, 5) po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován nebo se cítí velmi provinile; C) v souvislosti se záchvaty přejídání se objevuje pocit úzkosti; D) k záchvatům přejídání dochází alespoň dvakrát týdně po dobu 6 měsíců; E) záchvatovité přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním.“ (Krch F. D., 2005, str. 20)

Uvádí se sice, že výskyt záchvatovitého přejídání je vyšší u žen, procento mužů je však vyšší než v jakémkoliv jiné poruše příjmu potravy. A nejčastěji se projevuje až v pokročilejším věku.

³² Krch F. D., 2005

2.8. Výskyt v ČR

Zlomovým bodem v celospolečenském posuzování ideálních ženských proporcí byla 60. léta, kdy extrémně vyhublá modelka s nevyvinutými křivkami a krátce střiženými vlasy Twiggy odstartovala vlnu zájmu o extrémní hubenost.³³ Stala se symbolem a vzorem pro mladé dívky, každá chtěla vypadat jako ona. Výzkumy dokazují, že výskyt této problematiky v posledních letech stále narůstá, proto je tohle téma neustále diskutováno a probíráno ze všech stran odbornou i laickou veřejností. V dnešní době bychom jen těžko hledali člověka, který o této problematice nikdy neslyšel a kdo nezná pojmy mentální anorexie a mentální bulimie.

„Skupina nemocných s poruchami příjmu potravy je velmi různorodá a různý je i průběh poruchy.“ (Marádová E., 2007, str. 9)

V populaci České republiky trpí přibližně každá dvacátá dospívající dívka mentální bulimií (4-6 %). Mentální anorexie je méně častá, její výskyt dosahuje v ČR přibližně hodnoty 1 % mladých dívek. Rizikovou skupinou pro vznik poruch příjmu potravy mohou být například dívky, které mají zkušenosti s tímto nutričním chováním z rodiny. Pokud celý život vidí, že její matka, sestra, babička nebo kdokoliv jiný hladoví, může to považovat za normu. V těchto statistikách hovořím o dívkách, neboť jak známo, trpí těmito poruchami desetkrát až dvacetkrát častěji než muži. U muže se můžeme častěji setkat s tzv. **Adonisovým komplexem**. Tito muži jsou sice také zaujatí vlastní postavou, nadměrně cvičí, omezují příjem potravy a tekutin, ale spíše v tom smyslu, že usilují o dosažení maximální fyzické zdatnosti, atletické postavy a o zbytnění svalů.

Mentální bulimie ve většině případů propuká později než mentální anorexie. Zatímco mentální anorexie vzniká nejčastěji mezi třináctým a dvacátým rokem, mentální bulimie zpravidla až v rozmezí mezi šestnáctým a pětadvacátým rokem. Je však možné setkat se s nástupem choroby i po třicátém a výjimečně i čtyřicátém roku věku.

33 <http://absolventi.gymcheb.cz/2006/miskocil/prvni.html>, 3.3.2009

Úspěšnost léčby je relativní. V některých případech může dojít k úplnému odbourání příznaků a jakýchkoliv následků (u MA 50 %, u MB 2/3 nemocných), u jiných dojde jen k částečné remisi a některé symptomy přetrvávají po zbytek života (u MA 20 %). Ve zvláště závažných případech může dojít i k úmrtí (u MB 0-2 %, u MA 2-8 %). Časná mortalita mentální anorexie se především u srdeční zástavy a suicidia zvyšuje až na 20 %. (V různých literaturách jsou však uváděny rozdílné údaje s poměrně velkými odchylkami)³⁴

U poruch nutričního chování se poměrně často můžeme setkávat s komorbiditou.³⁵ Podle různých studií a výzkumů se často může pojít s poruchami nálady, úzkostnými poruchami, může se ve zvýšené míře vyskytovat u ADHD, zejména pokud jsou spojena s obezitou a impulzivním nebo nočním přejídáním. V těchto případech může docházet k propuknutí bulimického chování a existuje určité riziko výskytu další komorbidity.³⁶

34 Krch F. D., Marádová E., 2003

35 Komorbidita= současný výskyt další choroby

36 Krch F. D., 2005

2.9. Průběh a prognóza³⁷

Jak už bylo řečeno v předchozí kapitole, prognóza u jednotlivých případů může být různá. Ovlivňuje ji mnoho faktorů, ale především faktory demografické (počátek onemocnění, pohlaví, sociální postavení apod.), klinické (nízká hmotnost, zvracení a laxativa apod.) a psychologické. K pozitivním prediktorům bývá řazen časný počátek poruchy, krátká doba jejího trvání, hysterické rysy osobnosti apod. Faktory, které prognózu zhoršují jsou například nižší minimální váha nebo její výrazné výkyvy, častější zvracení, neúspěšnost předchozího léčení, komorbidita zejména pokud je spojena se závislostmi, sebepoškozování, horší kvalita života nebo narušené rodinné vztahy. Je však potřeba dodat, že uvedené vlivy jsou relativní a nelze podle nich spolehlivě stanovit budoucí vývoj a předpoklad úspěšnosti.³⁸

Dluhodobé zkušenosti dokazují, že dobrou prognózu má asi 50 % nemocných mentální anorexií a téměř 2/3 nemocných mentální bulimií.³⁹ I u těch pacientů, kteří podstoupí úspěšnou léčbu a dojde k vymizení symptomů, však ještě není vyhráno, neboť existuje poměrně vysoké riziko relapsu. (Podle výzkumu z roku 2002 dojde k relapsu asi u 44 % do čtyř měsíců po léčbě.)⁴⁰

Aniž bych chtěla jakýmkoli způsobem podceňovat průběh a obtíže spojené s bulimií, je z hlediska prognózy podstatně příznivější než mentální anorexie.

„Mentální anorexie a bulimie mohou proběhnout jako jediná epizoda s úplnou remisí nebo velmi dlouhodobým průběhem, nebo ve formě epizod po mnoho let se opakujících.“

(Krch F. D., 2005)

Malým krůčkem ke vzniku poruch příjmu potravy jsou nejrůznější stále přitvrzující se redukční diety, které mohou vycházet i z lékařské indikace (např. žloutenka). Tyto diety mohou následně přerust v jednu z již zmiňovaných poruch příjmu potravy. Proto také můžeme někdy nalézt v osobní anamnéze pacientek obezitu.⁴¹ Především ženy hodnotí „nějaké to kilo navíc“ z estetického hlediska velmi negativně (pokud pomineme možné zdravotní komplikace). Nadváha může ovlivňovat celkové prožívání člověka, vztahy a kontakty, ale především jeho vlastní sebevědomí a sebehodnocení. Z těchto důvodů přistupuje člověk k nejrůznějším dietním opatřením.

37 Progóza= je to očekávaný budoucí vývoj objektivní reality, který je podložen vědeckými poznatky

38 Krch F. D., 2005

39 Krch F. D., Marádlová E., 2003

40 Papežová H., 2000

41 Krch F. D., 2005

Z hlediska délky trvání se oddělují dlouhodobě nemocní, kteří tvoří specifickou skupinu vyžadující specifický přístup i léčbu. O chronicitě (v dnešní době se doporučuje užívat termín „dlouhodobý průběh“, který sice vyjadřuje totéž, ale na rozdíl od chronicity není automaticky spojován s rezignací pacienta i terapeuta) se u poruch příjmu potravy pojednává až po deseti až patnáctiletém trvání choroby.⁴²

42 Krch F. D., 2005

2.10. Doprovodné obtíže a důsledky

Naš život ovlivňují veškeré životní události, které nás v životě potkají. Avšak každý se s těmito okolnostmi vyrovnává po svém a individuálně originálním způsobem. Některé situace do života člověka zasahují méně významně, některé ho mohou kompletně změnit nebo ho alespoň velmi ovlivnit.

Poruchy příjmu potravy život člověka podstatně ovlivňují. Zasahují nejen do zdravotního a psychického stavu, které spolu úzce souvisí a vzájemně se ovlivňují, ale také do celého osobního života, do vztahů s rodinou, do práce a pracovních vztahů, do partnerský vztahů a soužití.

V některých případech ohou ovlivňovat nejenom přítomnost, ale i budoucí život.

2.10.1. Zdravotní obtíže

Poruchy příjmu potravy na sebe ve většině případu po čase navazují řadu zdravotních komplikací, vycházejících především z výrazného úbytku na váze a z nedostatečně vyvážené stravy, které v krajních případech mohou vést i ke smrti (Riziko mentální anorexie je velké, vede nejčastěji ze všech psychických poruch k úmrtí). Čím je člověk mladší a čím má nižší tělesnou hmotnost, tím hrozí větší riziko podvýživy a dehydratace.

Ze zkušeností odborníků se dá říci, že pravděpodobně nejobvyklejšími zdravotními komplikacemi vyskytujícími se u poruch příjmu potravy jsou kardiovaskulární obtíže, které v souvislosti s narušením vnitřní elektrolytové rovnováhy (způsobené zvracením, užíváním projímadel, diuretik aj.) mohou končit tragicky.

Poruchy příjmu potravy na sebe váží od reletivně méně závažných komplikací až po komplikace život ohrožující.

Mezi méně zavažné komplikace můžeme zařadit celou řadu obtíží, jako je například suchá, svraštělá kůže, kvalitativní zhoršení pleti, kožní vyrážky, zhoršení kvality vlasů a vypadávání vlasů, lámání nehtu, otoky, úbytek svalové hmoty, zvýšená citlivost na chlad, nevolnosti, které následují i po snědení malého množství jídla, únavnost, typické je husté černé ochlupení atd.⁴³

43 Krch F. D., Marádová E., 2003

Mezi závažnější zdravotní komplikace můžeme řadit osteoporózu, oslabený krevní oběh (především v končetinách, z toho důvodu jsou často promodralé a studené), snížení krevního cukru a zvýšení cholesterolu v krvi, nebo již zmiňované srdeční a cévní obtíže, zastavení vývoje a růstu, zeslabení kostí, celkové snížení imunity, ochablost svaloviny střev, tím je zpomalena jejich funkce a vzniká zácpa (když se potrava ve střevech dlouho nehýbe, může podléhat kvasným procesům), poškození jater, způsobené nedostatkem potřebných živin, chudokrevnost, endokrinní abnormality, naleptání jícnu a zubní skloviny žaludečními šťávami při zvracení, u žen ztrátu nebo nepravidelnost menstruace (k pravidelné menstruaci je většinou zapotřebí alespoň 15 % tělesného tuku) a spoustu dalších.⁴⁴

Zvracení a užívání projímadel, ačkoliv vypadá relativně neškodně, znamená pro člověka velké nebezpečí. Většina nemocných, využívajících zvracení ke kontrole své tělesné hmotnosti si vůbec neuvědomuje možné následky svého jednání. Nejvíce poškozené jsou zuby, ledviny a střeva.

Většina bulimiček si zvracení vyvolává prstem nebo jinými předměty, při tom může dojít k poranění krku, které je jednak velmi bolestivé a jednak se rána může snadno zanítit.

Zvracení i zneužívání projímadel narušuje vnitřní rovnováhu tekutin a solí v organismu. Tato nerovnováha sice není na první pohled zřejmá, ale o to je závažnější. Poškozuje srdce, mozek a ledviny. Dochází k snižování hladiny draslíku, který je nezbytný k udržení pravidelného srdečního rytmu, způsobuje tedy srdeční arytmii.

Dalšími negativními důsledky mohou být neurologické potíže, jako například křeče, ztráta vědomí, závratě aj. Jícen a zubní sklovina jsou naleptávány žaludečními šťávami. To vede k nadměrné citlivosti a kazivosti zubů. Častým zvracením může dojít k otoku slinných žláz pod čelistí, které vyvolává dojem nateklého, kulatého obličej. Tato změna může nemocného ještě více utvrzovat v stále rostoucím kontrolování tělesné hmotnosti a k dalšímu purgativnímu jednání.

V některých případech může dojít k poškození a krvácení žaludku, které je taktéž velmi nebezpečné.⁴⁵

44 Krch F. D., 11/2007; Krch F. D., Marádová E., 2003

45 Krch F. D., Marádová E., 2003; Papežová H., 2000

U jedinců zneužívajících projímadla dochází k odvodnění, které zatěžuje a poškozuje ledviny. Odvodnění také poškozuje střeva a způsobuje zácpu a nadýmání. Poškození střevní stěny následně vede k narušenému vstřebávání živin. Dochází k velkým výkyvům hmotnosti a narušení iontového a vodního metabolismu. Nebezpečná je také skutečnost, že projímadla a diuretika způsobují závislost a k dosažení požadovaného účinku je nutné stále zvyšovat dávky. Dochází k zadržování tělesných tekutin, které paradoxně vede ke zvýšení hmotnosti.⁴⁶

Cvičení je jedním z nejvyužívanějších metod zvláště u nemocných mentální anorexií. U lidí s velmi nízkou tělesnou hmotností spočívá riziko cvičení především v nedostatku energie, v důsledku kterého dochází k poklesu krevního cukru a může vést ke komatu a smrti. Anorexií postižení lidé jsou často velmi perfekcionistačtí, důslední a paličatí, snaží se překonat sami sebe a proto cvičí do naprostého vyčerpání i přes to, že cítí únavu a slabost. Takovou nepřiměřenou zátěží trpí svaly i klouby, proto je nereálné očekávat nárůst svalové hmoty. „*Přílišné cvičení v kontextu s hladověním svaly ničí. Tělo spotřebovává vlastní svaly.*“ (Papežová H., 2000, str. 49)

Zneužívání různých léků a „zaručených“ dietních prášků je dalším závažným faktorem. Tyto léky vedou k odvodnění organismu a nestabilitě vnitřní rovnováhy podobně jako u zvracení a užívání projímadel. Toto odvodnění organismu neúměrně přetěžuje ledviny a může dojít k jejich poškození. Dietní prášky nabuzují organismus a nedovolují utlumení, proto mohou způsobovat nespavost. To může vést i k rozvoji epileptických záchvatů.⁴⁷

46 Krch F. D., Marádová E., 2003

47 Papežová H., 2000

2.10.2. Ostatní obtíže

Poruchy příjmu potravy mají kromě zdravotních komplikací i jiné negativní důsledky. Mají výrazný vliv na psychiku jedince a na veškerý jeho kontakt s okolním prostředím.

Tito jedinci podléhají častým změnám nálad, v závislosti na aktuální hmotnosti a stupni sebekontroly. Nespokojenost s vlastní hmotností a neschopnost se maximálně ovládat vede k úzkosti, depresivním stavům a podrážděným reakcím na okolí. Zprvu bývá situace spojená s mentální anorexií jedincem vnímána spíše pozitivně, neboť má dobrý pocit z toho, že se mu daří kontrolovat se v jídle a hubne. S tímto zjištěním ve většině případů vzroste sebevědomí. Postupem času jak anorexie sílí, přibývá nejistot a úzkostných prožitků. Úzkostná potřeba kontroly nad sebou s časem narůstá a toto napětí se může přenášet i do jiných aktivit (např. úzkostné uklízení apod.) U bulimie je situace spojena s negativními prožitky z neschopnosti sebekontroly, pocity viny, selhání a vlastní neschopnosti, depresí a úzkostnými stavy prakticky od samého počátku.

Myšlenky nemocného neustále směřují k jídlu. Po čase se už nemocný nemůže spolehnout na své vnitřní pocity spojené s příjmem potravy, jako je pocit hladu, sytosti a chuti, protože se přestává orientovat ve svých vnitřních potřebách a tyto pocity se stávají nespolehlivé.

Dochází ke zhoršování schopnosti koncentrace pozornosti, tempo činností se zpomaluje. Člověk je malátný a apatický.

Nemocní jsou vysílení, unavení a slabí, ztrácí chuť a sílu cokoli podnikat, scházejí se s přáteli, ztrácí smysl pro humor atd. Snižuje se zájem o všechno včetně toho, oč jedinec před vypuknutím nemoci zájem měl, pokud se to netýká jídla. Snižuje se zájem o lidi, věci, zájmy, jedinec je zaměřen spíše egocentricky.

Vztahy s lidmi se vlivem choroby mění. Nejbližší okolí o jedince většinou nepřiměřeně pečuje, je úzkostlivé, a tím podporuje zvyšující se závislost jedince. Hrozí riziko, že někteří jedinci se na tuto roli nemocného adaptují a začnou jisté úlevy a podporu okolí očekávat a vyžadovat. Ve vztazích rovněž může narůstat napětí a mohou vznikat konflikty.

V případech, kdy se hubnutí nedaří, mohou jedinci přistupovat k dalším riskantním pokusům. Mohou začít experimentovat s látkami způsobujícími závislost a očekávat, že sníží chuť k jídlu.⁴⁸

48 Krch F. D., Marádová E., 2003

2.10.3. Sexualita a plodnost

Sexualita a plodnost je další oblastí, do které poruchy příjmu potravy mohou zasahovat a v mnoha případech také zasahují. Typické je vyhýbání se důvěrným vztahům i poruchy sexuální touhy a určité zábrany, které bývají dávány do souvislosti se strachem z dospívání. Ani v této oblasti se však autoři neshodují. Něktří dokonce popisují sexuální chování přesně opačné, blížící se spíše promiskuitnímu. Shodují se pouze v tom, že u většiny pacientek dochází v důsledku podvyživenosti k útlumu činnosti pohlavního systému, s čímž souvisí i snížený sexuální zájem.

V poslední době se stále častěji uvažuje o traumatizaci ze sexuálního zneužívání jako o příčinné souvislosti se vznikem poruch příjmu potravy. Avšak ani v tomto nejsou názory zcela jednotné, a to z více důvodů. Jeden z důvodů je, že poruchy příjmu potravy jsou heterogenním onemocněním a okolnosti (závažnost, počátek, délka trvání, komorbidita aj.) jsou individuálně odlišné.

Poruchy příjmu potravy (zejména mentální anorexie) vedou v mnoha případech, z důvodů hormonálních poruch a v souvislosti s narušením funkce hypotalamu, k poruchám menstruace (amenoree). Přesný princip jejich vzniku však přes snahu odborníků není úplně jasný.

Amenorea je v základních definicích považována nejen jako negativní důsledek, ale také jako symptom nezbytný k diagnostikování poruch příjmu potravy. Zatímco u mentální anorexie se předpokládá, že amenorea je způsobena sníženým množstvím tuku v těle, u mentální bulimie je spíše spojena s opatřeními vedoucími k snížení hmotnosti.

Amenorea většinou není pacientkami prožívána zcela negativně, naopak mohou tyto ženy pocítit úlevu.

Po úpravě tělesné hmotnosti se většinou menstruace sama vrátí. Pokud se neobnoví, jedná se o narušení nutriční rovnováhy způsobené přetrváváním patologického jídelního chování. Obnovení menstruace však neznamená automatickou úpravu ovulační funkce. Z toho důvodu je vhodné podrobit se ultrazvukovému vyšetření.⁴⁹

49 Krch F. D., 2005

Mnoho žen v kultuře, ve které je požadované a kulturní dietní chování, se obává těhotenství z důvodu narůstání na váze, změny tělesných proporcí atd. Některé z těchto žen mají strach ze změny své postavy v těhotenství, některé mají spíše obavy, že se jim po porodu nepodaří snížit hmotnost na původní.

V průběhu onemocnění mentální bulimií si na problémy s otěhotněním stěžuje dvakrát více žen než je tomu v běžné populaci.

V průběhu onemocnění mentální anorexií je teoreticky nemožné otěhotnět bez přítomnosti menstruace, existují však výjimky.

Po vyléčení poruch příjmu potravy se plodnost neliší od plodnosti běžné populace, některé ženy však raději dobrovolně zvolí bezdětný život.⁵⁰

50 Krch F. D., 2005

2.11. Terapie

Jako u všech nemocí je i v tomto případě důležité včasné odhalení poruchy a včasná intervence, ve kterém hraje klíčovou úlohu lékař, který se s pacientkou vykazující příznaky mentální anorexie nebo mentální bulimie setkává jako první. Většinou to bývá praktický lékař, pediatr nebo gynekolog. Hlavním symptomem, který by měl lékaře na daný problém upozornit je výrazný úbytek na váze (podváha) jedince nebo v případě bulimie kolísání hmotnosti. Mezi další faktory, které mohou být z hlediska diagnostiky důležité, patří věk a pohlaví (rizikovou skupinou jsou mladé dívky), povolání (např. modelka, tanečnice apod.), zaměření na zdravou stravu a další. Lékař by však měl být připraven na to, že mu jeho přesvědčení bude pacientka vyvracet a bude jej přesvědčovat, že to není nic vážného, že jí to žádné problémy nečiní a spoustu dalších výmluv. Je velmi nepravděpodobné a v žádném případě se na to nedá spoléhat, že diagnózu sama pacientka podpoří a své potíže přizná. Po určení diagnózy tento lékař rozhoduje o následném léčebném postupu, který je nutné přizpůsobit tělesnému stavu, motivaci, osobní zralosti a dalším individuálním specifikám pacienta.

Motivace je pro tyto účely nezbytná, neboť *„při nedostatečné motivaci pacientky zajišťují pouze symptomatologickou léčbu a vedou k chronickému průběhu.“*

(Papežová H., 2007)

Terapie je dlouhodobým procesem (trvá v průměru kolem šesti let) s nejistým výsledkem (jen asi jedna třetina nemocných se zcela vyléčí). Vyžaduje komplexní pojetí a dohled nad pacientem, který s sebou nese nepříjemná, ale nezbytná omezení. Je zde nutná spolupráce specializovaných odborníků (např. psychologů, psychiatrů, gynekologů a dalších).

Léčba je zaměřena na tři oblasti, které spolu souvisí a ovlivňují se. Prvním postupem je léčba poškozených funkcí organismu, vzniklých podvýživou, zvracením, užíváním projímadel a dalších prostředků. Druhým postupem je psychoterapie zaměřená na odstranění patologických vzorců jídelního chování, k pomoci pacientovi pochopit okolnosti a souvislosti jeho onemocnění. Poslední, třetí postup je orientován na vytvoření a vžití nových stravovacích návyků a celkovou změnu pacientova životního stylu.⁵¹

51 Papežová H., 2007

V terapii je nezbytná spolupráce s rodinou a případně i se školou, kterou pacientka navštěvuje (pokud nějakou navštěvuje). Důležité je rodiče přesvědčit, aby nehledali, v čem udělali chybu, ale aby veškeré své úsilí soustředili na pomoc svému dítěti.

Lehčí případy lze řešit ambulantně nebo v programech denních center. U mentální bulimie je tato forma léčby častější. Hospitalizace většinou nebývá nutná, pokud není doprovázena suicidálními pokusy, alkoholismem, či jinou závislostí a dalšími komplikacemi.

V některých závažných případech je hospitalizace nezbytná, a to především tehdy, pokud se jedná o dítě nebo adolescenta, pokud je pacient velmi podvyživený (více než 25 % optimální tělesné hmotnosti), dehydratovaný, se známkami oběhového selhávání, přetrvává u něj zvracení nebo zvracení krve a nebo, pokud trpí depresemi, či se dokonce pokusil o suicidium.⁵²

Při hospitalizování pacienta se uzavírá terapeutická smlouva, ve které jsou stanoveny podmínky.

Podle stavu výživy se u každého pacienta určí po konzultaci s nutričním specialistou denní příjem kalorií.⁵³

U pacientů se pravidelně hlídá pohyb tělesné hmotnosti. U hospitalizovaných pacientů jsou podle výsledků vážení stanovena velmi přísná opatření. V případě poklesu nebo stabilní hodnoty tělesné hmotnosti jsou pacientky „trestány“ různými omezeními (např. zákaz telefonování apod.). Pokud se tělesná hmotnost alespoň trochu navýší (ideální je nárůst na váze o 1,0-1,5 kg u hospitalizovaných a o 0,5 kg u ambulantních pacientů), jsou jim naopak uděleny určité výhody (např. povolení návštěv apod.). Z tohoto důvodu se snaží pacientky při vážení různými způsoby podvádět (např. před vážením nechodí na záchod, při vážení u sebe mají různá závaží, před vážením vypijí velké množství vody apod.).⁵⁴ Na tyto podvody reagovali lékaři tím, že pacientky váží nahé, nebo je neváží pravidelně v určitou dobu, ale namátkou. Avšak pacientky jsou vynalézavé a vymýšlejí stále nové taktiky, jak vážení a lékaře obelhat.

Při terapii především mentální anorexie se využívá zrcadel a videozáznamů, aby se pacientka viděla a uvědomila si svůj problém.

52 Krch F. D., 2005

53 Papežová H., 2007

54 Papežová H., 2000

„Podmínkou úspěšné léčby je kvalitní terapeutický vztah a shoda cílů terapeuta (terapeutického týmu) a pacienta.“ (Papežová H., 2007)

Podle individuální situace jedince se lékaři snaží volit optimální a nejúčinnější terapii nebo jejich kombinaci. Rozlišujeme terapii individuální, skupinovou s rodinou, dále terapii kognitivně behaviorální, interpersonální, psychodynamickou a psychoanalytickou, farmakoterapii atd.⁵⁵

Cílem léčby mentální anorexie je nutriční rehabilitace, tedy dosažení zdravé tělesné hmotnosti, odstranění nebo alespoň zmírnění škodlivých následků malnutrice⁵⁶ (biologických i psychologických), obnovení reprodukčních funkcí a normálního sexuálního fungování, obnovení vývoje a růstu u dětí, dosažení motivace pacienta ke změně, navození optimální spolupráce mezi všemi zainteresovanými a jejich podpory, vytvoření nových žádoucích jídelních postojů a návyků, odstranění dalších psychopatologických projevů (např. poruchy sebehodnocení, chování, nálady atd.), poučení pacienta o zásadách zdravého životního stylu, předcházení relapsu, v případě potřeby zajištění poradenství a další.

Cílem léčby mentální bulimie se stejně jako u léčby mentální anorexie usiluje o vytvoření nových žádoucích jídelních návyků a odstranění předchozích nevhodných forem (přejídání, zvracení a různých diet), volba pravidelné a pestré stravy, udržování optimální individuálně stanovené tělesné hmotnosti, dosažení emočních a psychických změn a fyziologické stability, léčba komorbidit a další.⁵⁷

Pokud je pacient nedostatečně motivována, je zajištěna pouze symptomatická léčba a existuje poměrně velké riziko chronického průběhu.

55 Krch F. D., 2005

56 Malnutrice= nedostatečná výživa, podvýživa

57 Papežová H., 2007

2.12. Základní rady pro učitele

Poruchy příjmu potravy ovlivňují celou osobnost postiženého jedince a zasahují kromě jiného také do školního fungování. Tyto nápadnosti učitel může a měl by postřehnout a správně vyhodnotit. Mezi tyto nápadnosti patří především výrazný úbytek na váze a vyhublost, častá unavenost, separace jedince od ostatních, neschopnost soustředit se, zimomřivost a spousta dalších signálů. Mohou se projevovat například v tělocviku, kdy se jedinec často straní ostatního kolektivu, nebo cvičí odlišným způsobem, aby se odlišil, cvičení nebo jakákoli aktivita je pro něj namáhavá, je na něm patrný úbytek na váze atd. V ostatních předmětech lze u tohoto jedince zpozorovat neschopnost soustředit se a narušení kognitivních funkcí, oblékání se do velmi teplého oblečení, které často neodpovídá počasí, nebo věčné postávání u topení z důvodu zimomřivosti, izolování se od ostatních, přestože byl dříve velmi společenský, posmutnělost, bledost, snaha vyhýbat se jídlu nebo konzumování pouze zeleniny, rychlé střídání nálad, mohou se dostavovat i mdloby z extrémního vypětí a další příznaky, které by nás měly upozornit, že něco není v pořádku. U mladších dívek můžeme pozorovat zpomalení růstu a vývoje ve srovnání se zbytkem třídy.

Ve strukturovaných školních podmínkách mají tito studenti většinou dobrý prospěch, věnují studiu nebo úkolům mnoho času z důvodu svého perfekcionismu. Proto není na škodu určit pro domácí přípravu časové limity.

Své podezření na poruchy příjmu potravy by měl učitel sdělit rodičům a společně by se měli domluvit na dalším postupu.

Jako žádoucí se jeví spolupráce školy s rodinou a společné stanovení určitých pravidel se záměrem zabránit dalšímu rozvoji poruchy.

Dalším opatřením by mělo být zakázání cvičení a jiných tělesných aktivit v rámci školy, neboť by takové vypětí sil mohlo být pro jedince s nízkou tělesnou hmotností velkým rizikem. V rámci stravování se nabízí několik opatření. Je dobré mít v záloze více variant a volit mezi nimi podle okolností, potřeby a průběhu nemoci a léčby tu nejvhodnější. Je tedy vždy potřeba zvažovat vhodnost té které varianty v aktuální situaci.⁵⁸

Varianty:

58 Papežová H., 2000

- jíst společně s ostatními, tak jako ostatní
- pověřit kamarátku postižené dívky, aby byla v jídelně s ní a dohlédla na to, aby jídlo snědla
- jíst za přítomnosti některého učitele
- jíst samostatně v oddělené místnosti
- jíst společně s učiteli u učitelského stolu
- jíst za dohledu kamarádky mimo jídelnu⁵⁹

59 Papežová H., 2000

3. Kvantitativní pedagogický výzkum

Svůj pedagogický výzkum jsem zaměřila jednak na zjištění výskytu jednotlivých symptomů poruch příjmu potravy, jídelního chování, návyků a postojů a znalostí pojmu mentální anorexie a mentální bulimie u žáků škol, jednak na zjištění informovanosti a zkušeností pedagogických pracovníků škol s danou problematikou.

Zajímala mě možnost porovnání jídelního chování, postojů a návyků a výskytu jednotlivých symptomů, znalosti pojmů mentální anorexie a mentální bulimie u žáků obecní základní školy (8. třída) a žáků městské základní školy (8. třída), dále u žáků 8. třídy základní školy a žáků tercie (nižšího stupně) gymnázia, také u žáků septimy (vyššího stupně) gymnázia a žáků 3. ročníku středního odborného učiliště (třídy dívek i třídy chlapců) a konečné posouzení výskytu symptomů, jídelních postojů, návyků a chování a znalosti pojmů u žáků všech vyhodnocených škol.

U učitelů se mi jednalo zejména o posouzení informovanosti o dané problematice v rámci jednotlivých škol, posouzení množství učitelů řešících problémy poruch příjmu potravy u svých žáků a způsobů jejich řešení a celkovou situaci informovanosti učitelů všech vyhodnocených škol.

K zjištění těchto údajů jsem si zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval otázky orientační, zjišťující tělesnou hmotnost, výšku, pohlaví atd. a otázky sloužící k účelu samotného výzkumu (otázky otevřené, polootevřené i uzavřené).

Stanovené otázky

1. Jaké je procentuální zastoupení žáků a studentů základních škol, nižšího a vyššího stupně gymnázia a středního odborného učiliště, kteří mají rizikové jídelní návyky, postoje a chování z hlediska vzniku poruch příjmu potravy?

2. Kolik žáků a studentů je nespokojených se svou tělesnou hmotností a celkovou postavou a kolik usiluje o snížení vlastní tělesné hmotnosti?

3. Jaké je povědomí o tomto mentálním onemocnění zejména mezi pedagogy základních škol, nižšího a vyššího stupně gymnázia a středního odborného učiliště?

Hypotézy

1. Domnívám se, že žáků nespokojených se svou tělesnou hmotností a celkovou postavou bude více než žáků spokojených se svou tělesnou hmotností a celkovou postavou.

2. Dále předpokládám, že větší procentuální zastoupení bude mít skupina žáků a studentů usilujících o snížení vlastní tělesné hmotnosti než skupina žáků a studentů usilujících o navýšení vlastní tělesné hmotnosti.

3. V otázce týkající se informovanosti pedagogů se domnívám, že skupina učitelů seznámených s pojmy mentální anorexie a mentální bulimie bude početnější než skupina učitelů, která tyto pojmy nezná.

Velikost cílové skupiny

1. Velikost celkového vzorku žáků bude jedna třída městské ZŠ, jedna třída vesnické ZŠ, jedna třída nižšího a jedna třída vyššího stupně Gymnázia, jedna třída chlapeckého oboru a jedna třída dívčího oboru Středního odborného učiliště v Šumperku a jeho přilehlém okolí.

Dotazník vyplnilo celkem 131 žáků.

2. Velikost celkového vzorku učitelů je po pětadvaceti v městské ZŠ, ve vesnické ZŠ, na nižším a vyšším stupni Gymnázia a Odborném učilišti v Šumperku a jeho přilehlém okolí.

Celkem dotazník vypracovalo 90 pedagogických pracovníků.

Cíl

1. Cílem je zjištění aktuální situace výskytu jednotlivých symptomů poruch příjmu potravy, rizikových jídelních postojů, návyků a chování u žáků a studentů škol.

2. Mou snahou bude přibližné zmapování situace a informovanosti pedagogů o dané tématice, příspěví k větší informovanosti na daných školách a snad i podnícení snahy pedagogů tyto problémy řešit, nebo se alespoň zamyslet nad vážností situace, nad možnostmi řešení apod.

B.) Jaké pozoruješ výsledky držení diet nebo jiných dietních opatření?

.....

C.) Jak jsi důsledný v dodržování diet nebo jiných opatření?

Velmi málo vůbec

D.) Jak dlouho dodržuješ diety nebo jiná dietní opatření?

Dlouhodobě nepravidelně krátkodobě, ale opakovaně

E.) Co bylo počátečním impulsem k dodržování diet či jiných opatření? (zatrhni všechny pravdivé odpovědi)

Nepříjemné poznámky okolí

vlastní špatný pocit ze své postavy

potřeba se líbit

přání vypadat jako model/ka

zdravotní potíže

jiné (uveď jaké):

F.) Pokud se v nejbližší době snížila tvá tělesná hmotnost, jak na to zareagovali tví nejbližší?

Nutili mě k jídlu chválili mě, že mi to sluší nevšimli si toho

4.) Myslíš si, že by si Tě lidé více vážili (měli by Tě raději, oceňovali by Tě), kdybys byl/a štíhlejší?

Ano ne

5.) Jak řešíš pocity smutku, deprese, osamění?

přejídám se nemohu jíst

3.část

1.) Stravuješ se ve školní jídelně?

Ano ne

Pokud ne proč?.....

2.) Stravuješ se ve stáncích s rychlým občerstvením (tzv. Fast food), nebo instatními jídly?

pravidelně občas nikdy

3.) Kolik hodin před spaním jíš naposledy?

Hodinu a méně

méně než 3 hodiny

3 hodiny a více

4. část

1.) Znáš pojem mentální anorexie a mentální bulimie, víš, co je obsahem?

Ano

ne

3.2. Výzkum zaměřený na výskyt jednotlivých symptomů poruch příjmu potravy a na jídelní chování, návyky a postoje u žáku škol

V této části výzkumu jsem se zaměřila na zjištění velikosti skupiny žáků a studentů, u nichž se vyskytují rizikové postoje, návyky a chování pro vznik poruch příjmu potravy a srovnání jejich výskytu u stejných věkových skupin žáků a studentů jednotlivých škol.

U otázek, jejichž hodnoty byly ve srovnání velmi odlišné, jsem pro znázornění vytvořila graf.

3.2.1. Srovnání výskytu symptomů a jídelního chování, návyků a postojů u žáků městské základní školy a obecní základní školy

Aby bylo dosaženo objektivity a srovnatelnosti výsledků, byla k dotazníkovému šetření vybrána jedna 8. třída městské základní školy a jedna 8. třída obecní základní školy.

Cílem tohoto šetření bylo zejména zjistit, zda existují nějaké odchylky v jídelním chování, návycích a postojích dětí z obce a dětí z města.

Volba takto starých dětí byla záměrná, neboť v tomto období (kolem čtrnáctého roku) začíná většina případů poruch příjmu potravy. Děti se začínají zabývat vlastním tělem, soustředí se na svůj vzhled a mohou na sobě začít vidět nejrůznější nedostatky. Nespokojenost se svou postavou je základním předpokladem pro vznik poruch příjmu potravy.

Na otázky A až F měli odpovídat pouze ti žáci, kteří na otázku- „Podnikáš úmyslně nějaké kroky ve snaze snížit svou váhu?“ odpověděli kladně. Proto jsou procenta uvedená v těchto otázkách vyhodnocena pouze z odpovědí těchto jedinců, a ne z celkového počtu žáků. Malá potíž nastala v tom, že někteří žáci přes to, že byla jejich odpověď kladná, na otázky A až F neodpověděli.

Většina žáků také neodpovídala na otevřené otázky.

Protože jsou tyto otázky vyhodnoceny pouze z malého množství všech tázaných žáků (z těch, kteří na otázky odpověděli), mohou být výsledná procenta tímto zkreslena.

Vyhodnocení:

Na obecní základní škole vypracovalo dotazník devět chlapců a dvanáct dívek, v městské základní škole osm chlapců a třináct dívek.

1.) Jsi spokojen/a se svou tělesnou hmotností a celkovou postavou?		
	ano	ne
městská ZŠ	52,5 %	47,5 %
obecní ZŠ	38 %	62 %

Zajímavým zjištěním je, že v porovnání uvedených výsledků jsou se svou tělesnou hmotností a celkovou postavou spokojenější žáci městské základní školy.

2.) Podnikáš úmyslně nějaké kroky ve snaze navýšit svou váhu?		
	ano	ne
městská ZŠ	4,8 %	95,2 %
obecní ZŠ	19 %	81 %

3.) Podnikáš úmyslně nějaké kroky ve snaze snížit svou váhu?		
	ano	ne
městská ZŠ	43 %	57 %
obecní ZŠ	38 %	62 %

A.) Jaké kroky podnikáš ve snaze snížit svou váhu? (zatrhni všechny pravdivé odpovědi)						
	cvičení	diety	zvracení	projímadla	léky	jiné metody
městská ZŠ	91 %	9 %	0 %	0 %	0 %	0 %
obecní ZŠ	80 %	20 %	0 %	0 %	0 %	0 %

B.) Jaké pozoruješ výsledky držení diet nebo jiných dietních opatření?		
	pozitivní	negativní
městská ZŠ	45 %	55 %
obecní ZŠ	62,5 %	37,5 %

C.) Jak jsi důsledný v dodržování diet nebo jiných opatření?			
	velmi	málo	vůbec
městská ZŠ	11 %	78 %	11 %
obecní ZŠ	12,5 %	75 %	12,5 %

D.) Jak dlouho dodržíš diety nebo jiná dietní opatření?			
	dlouhodobě	nepravidelně	krátkodobě, ale opakovaně
městská ZŠ	22 %	67 %	11 %
obecní ZŠ	25 %	62,5 %	12,5 %

E.) Co bylo počátečním impulsem k dodržování diet či jiných opatření? (zatrhni všechny pravdivé odpovědi)						
	nepříjemné poznámky okolí	vlastní špatný pocit ze své postavy	potřeba se líbit	přání vypadat jako model/ka	zdravotní potíže	jiné
městská ZŠ	22,2 %	27,8 %	27,8 %	0 %	16,7 %	5,5 %
obecní ZŠ	13,4 %	33 %	13,3 %	13,3 %	0 %	27 %

Ve variantě „jiné“ bylo uvedeno např., že počátečním impulsem k dietním opatřením byl přítel atd.

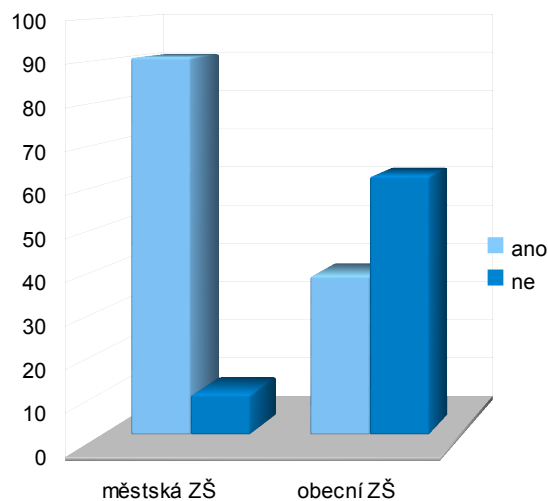
F.) Pokud se v nejbližší době snížila tvá tělesná hmotnost, jak na to zareagovali tví nejbližší?			
	nutili mě k jídlu	chválili mě, že mi to sluší	nevšimli si toho
městská ZŠ	0 %	33 %	67 %
obecní ZŠ	12,5 %	37,5 %	50 %

4.) Myslíš si, že by si Tě lidé více vážili (měli by Tě raději, oceňovali by Tě), kdybys byl/a štíhlejší?		
	ano	ne
městská ZŠ	24 %	76 %
obecní ZŠ	9,5 %	90,5 %

5.) Jak řešíš pocity smutku, deprese, osamění?		
	přejídám se	nemohu jíst
městská ZŠ	24 %	76 %
obecní ZŠ	23,8 %	76,2 %

6.) Stravuješ se ve školní jídelně?		
	ano	ne
městská ZŠ	90,5 %	9,5 %
obecní ZŠ	38 %	62 %

Graf č. 1



V předchozí otázce nastal poměrně výrazný rozdíl ve využívání služeb školní jídelny v městských a obecních školách. Vyhodnocení dokazuje, že školní jídelnu navštěvují žáci obecních základních škol v porovnání se žáky městských základních škol nesrovnatelně méně.

Na otázku, proč nejedí ve školní jídelně, odpověděla většina žáků ve smyslu, že jídlo ve školní jídelně není dobré a že doma je lepší

7.) Stravuješ se ve stáncích s rychlým občerstvením (tzv. Fast food) nebo instantními jídly?			
	pravidelně	občas	nikdy
městská ZŠ	0 %	90,5 %	9,5 %
obecní ZŠ	0 %	81 %	19 %

Velmi mě udivilo, že na otázku ani jeden žák (ani z městské ani z obecní školy) neodpověděl, že stánky s rychlým občerstvením využívá pravidelně.

8.) Kolik hodin před spaním jíš naposledy?			
	hodinu a méně	méně než 3 hodiny	3 hodiny a více
městská ZŠ	33 %	43 %	24 %
obecní ZŠ	38 %	38 %	24 %

9.) Znáš pojem mentální anorexie a mentální bulimie, víš, co je obsahem?		
	ano	ne
městská ZŠ	100 %	0 %
obecní ZŠ	100 %	0 %

Pozitivním zjištěním pro mě bylo, že všichni žáci obecní základní školy i městské základní školy znali pojmy mentální bulimie a mentální anorexie.

Z toho vyplývá:

Ze srovnání výsledků dotazníkového šetření v městské a obecní základní škole vyplývá, že spokojenější se svou tělesnou hmotností a celkovou postavou jsou žáci městské základní školy, kteří však v porovnání se žáky obecní základní školy podnikají více kroků ke snížení své tělesné hmotnosti. Žáci obecních škol naopak ve srovnání se žáky městských škol ve větším procentuálním zastoupení podnikají kroky k navýšení tělesné hmotnosti.

Ke snížení tělesné hmotnosti využívají zástupci obou škol v největším procentuálním zastoupení metody cvičení. Další používanou metodou jsou diety. Jiné metody žáky uvedeny vůbec nebyly. Větší úspěšnost svých dietních opatření uvádějí žáci obecní školy.

Výsledky v hodnocení důslednosti a délky dietních opatření jsou velmi podobné.

Žáci městských základní školy se ve srovnání se žáky obecní školy více domnívají, že hodnota jedince se zvyšuje uměrně se štíhlostí. Výrazný rozdíl byl zjištěn ve stravování žáků ve školních jídelnách. Této možnosti nerovnatelně více využívají žáci městské školy. Pojem mentální anorexie a mentální bulimie znali všichni dotazovaní žáci v městské i obecní základní škole.

3.2.2. Srovnání výskytu symptomů a jídelního chování, návyků a postojů u žáků základní školy a žáků nižšího stupně gymnázia

Vycházím z obecného předpokladu, že na nižším gymnáziu jsou studenti s ohledem na náročnost studijního předpokladu v průměru inteligentnější a mají vyšší socio-kulturní úroveň než žáci základních škol.

K porovnání situace dané problematiky na těchto školách jsem si zvolila 8. třídu základní školy (městské) a tercii gymnázia, tedy stejně staré děti, abych postihla celou širší společnost ve smyslu socio- kulturní úrovně a inteligence a zjistila možné odchylky mezi nimi.

Vyhodnocení:

Na základní škole vypracovalo dotazník osm chlapců a třináct dívek, na nižším stupni gymnázia devět chlapců a šestnáct dívek

1.) Jsi spokojen/a se svou tělesnou hmotností a celkovou postavou?		
	ano	ne
Základní škola	52,5 %	47,5 %
Gymnázium	48 %	52 %

2.) Podnikáš úmyslně nějaké kroky ve snaze navýšit svou váhu?		
	ano	ne
Základní škola	4,8 %	95,2 %
Gymnázium	24 %	76 %

3.) Podnikáš úmyslně nějaké kroky ve snaze snížit svou váhu?		
	ano	ne
Základní škola	43 %	57%
Gymnázium	48 %	52 %

A.) Jaké kroky podnikáš ve snaze snížit svou váhu? (zatrhni všechny pravdivé odpovědi)						
	cvičení	diety	zvracení	projímadla	léky	jiné metody
Základní škola	91 %	9 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Gymnázium	75 %	18,5 %	6,5 %	0 %	0 %	0 %

B.) Jaké pozoruješ výsledky držení diet nebo jiných dietních opatření?		
	pozitivní	negativní
Základní škola	45 %	55 %
Gymnázium	42 %	58 %

C.) Jak jsi důsledný v dodržování diet nebo jiných opatření?			
	velmi	málo	vůbec
Základní škola	11 %	78 %	11 %
Gymnázium	33 %	67 %	0 %

D.) Jak dlouho dodržíš diety nebo jiná dietní opatření?			
	dlouhodobě	nepřavidelně	krátkodobě, ale opakovaně
Základní škola	22 %	67 %	11 %
Gymnázium	34 %	50 %	16 %

E.) Co bylo počátečním impulsem k dodržování diet či jiných opatření? (zatrhni všechny pravdivé odpovědi)

	nepříjemné poznámky okolí	vlastní špatný pocit ze své postavy	potřeba se líbit	přání vypadat jako model/ka	zdravotní potíže	jiné
Základní škola	22,2 %	27,8 %	27,8 %	0 %	16,7 %	5,5 %
Gymnázium	9 %	34 %	31 %	9 %	4,5 %	12,5 %

F.) Pokud se v nejbližší době snížila tvá tělesná hmotnost, jak na to zareagovali tví nejbližší?

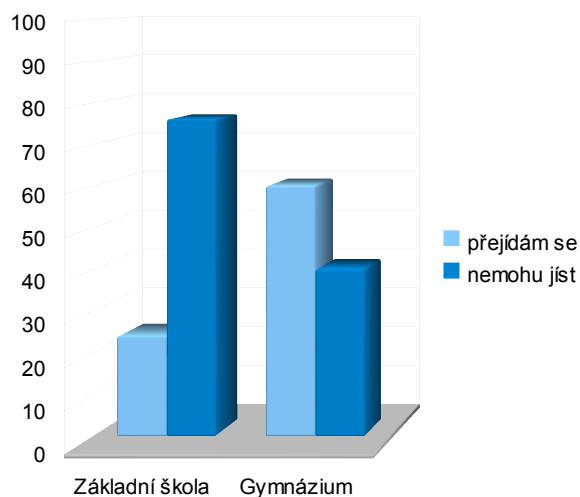
	nutili mě k jídlu	chválili mě, že mi to sluší	nevšimli si toho
Základní škola	0 %	33 %	67 %
Gymnázium	9 %	33 %	58 %

4.) Myslíš si, že by si Tě lidé více vážili (měli by Tě raději, oceňovali by Tě), kdybys byl/a štíhlejší?

	ano	ne
Základní škola	24 %	76 %
Gymnázium	8 %	92 %

5.) Jak řešíš pocity smutku, deprese, osamění?		
	přejídám se	nemohu jíst
Základní škola	24 %	76 %
Gymnázium	60 %	40 %

Graf č. 2



6.) Stravuješ se ve školní jídelně?		
	ano	ne
Základní škola	90,5 %	9,5 %
Gymnázium	92 %	8 %

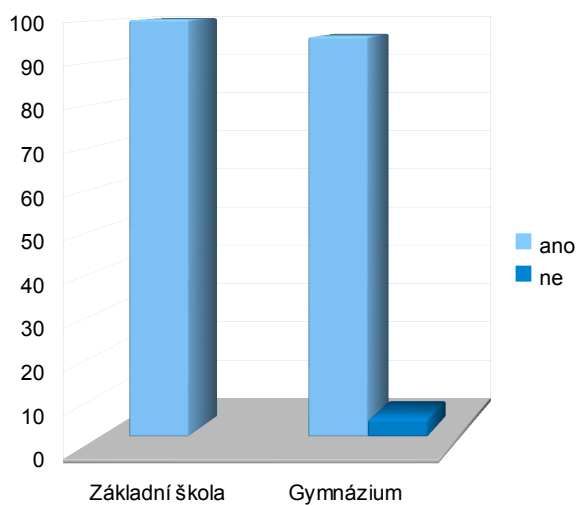
Na rozdíl od žáků a studentů ostatních dotazovaných škol je u žáků městské základní školy a studentů nižšího stupně gymnázia stravování ve školní jídelně velmi rozšířené. K velkému nepoměru dochází i v procentuálním zastoupení studentů nižšího a vyššího stupně gymnázia, stravujících se ve školní jídelně.

7.) Stravuješ se ve stáncích s rychlým občerstvením (tzv. Fast food) nebo instantními jídly?			
	pravidelně	občas	nikdy
Základní škola	0 %	90,5 %	9,5 %
Gymnázium	4 %	84 %	12 %

8.) Kolik hodin před spaním jíš naposledy?			
	hodinu a méně	méně než 3 hodiny	3 hodiny a více
Základní škola	33 %	43 %	24 %
Gymnázium	40 %	44 %	16 %

9.) Znáš pojem mentální anorexie a mentální bulimie, víš, co je obsahem?		
	ano	ne
Základní škola	100 %	0 %
Gymnázium	96 %	4 %

Graf č. 3



Velmi mě překvapilo, že na základní škole znají pojmy mentální bulimie a mentální anorexie všechny děti, zatímco na gymnáziu uvedlo znalost těchto pojmů pouze 96 % studentů.

Z toho vyplývá:

Spokojenější se svou tělesnou hmotností i postavou jsou žáci základních škol. Na gymnáziu podnikají kroky ke snížení nebo navýšení své tělesné hmotnosti i studenti, kteří uvedli, že jsou se svou tělesnou hmotností a postavou spokojeni. Ke snížení tělesné hmotnosti jsou opět nejvyužívanější metody cvičení a diet (na gymnáziu i na základní škole), na gymnáziu však někteří studenti na rozdíl od obecní a městské základní školy uvedli i metodu zvracení. Na gymnáziu uvádí větší procentuální podíl žáků velkou důslednost v dietních opatřeních, většina žáků na základní škole i studentů na gymnáziu je však důsledná málo.

Žáci základní školy se více domnívají, že při hodnocení člověka okolím hraje podstatnou úlohu i jejich postava a tělesná hmotnost. K opačným výsledkům hodnocení došlo u otázky- „Jak řešíš pocity smutku, deprese, osamění?“. Zatímco nadpoloviční většina studentů gymnázia řeší pocity smutku přejídáním, na základní škole je situace opačná.

Velkým překvapením pro mě bylo, že zatímco žáci základní školy znají pojem mentální bulimie a mentální anorexie všichni, na gymnáziu je malé procento studentů, kteří uvedli, že pojem neznají.

3.2.3. Srovnání výskytu symptomů a jídelního chování, návyků a postojů u žáků vyššího stupně gymnázia a žáků středního odborného učiliště

Stejně jako u předchozího srovnání výsledků žáků nižšího gymnázia a žáků základní školy se mi i v tomto srovnání jedná o zachycení možných rozdílů v jídelních návycích, postojích i chování v souvislosti s inteligencí a socio- kulturní úrovní jedince. I v tomto hodnocení předpokládám vyšší průměrnou inteligenci i socio- kulturní úroveň studentů vyššího gymnázia v porovnání se studenty středního odborného učiliště. Však na rozdíl od předešlého hodnocení a srovnávání byli nyní cílovou skupinou studenti septimy (vyššího gymnázia a studenti 3. ročníku středního odborného učiliště (17- 18 let).

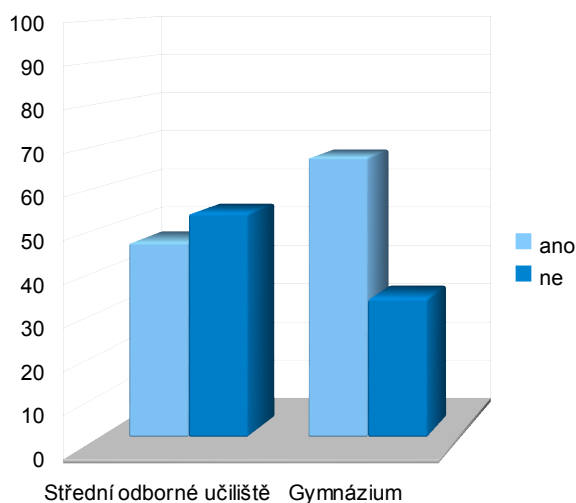
Vyhodnocení:

Na vyšším stupni gymnázia vypracovalo dotazník 8 chlapců a třináct dívek, na středním odborném učilišti 18 chlapců a 25 dívek.

Pro objektivnost srovnání jsem na středním odborném učilišti nechala dotazníky vypracovat dvě třídy, neboť učební obory bývají většinou podle zaměření obsazeny hlavně dívkami nebo naopak hlavně chlapci, a třídy gymnázia jsou smíšené.

1.) Jsi spokojen/a se svou tělesnou hmotností a celkovou postavou?		
	ano	ne
Střední odborné učiliště	46,5 %	53,5 %
Gymnázium	67 %	33 %

Graf č. 4



2.) Podnikáš úmyslně nějaké kroky ve snaze navýšit svou váhu?		
	ano	ne
Střední odborné učiliště	23 %	77 %
Gymnázium	19 %	81 %

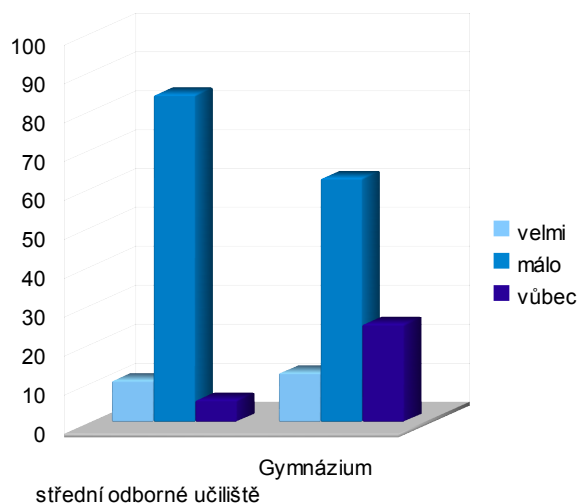
3.) Podnikáš úmyslně nějaké kroky ve snaze snížit svou váhu?		
	ano	ne
Střední odborné učiliště	44 %	56 %
Gymnázium	38 %	62 %

A.) Jaké kroky podnikáš ve snaze snížit svou váhu? (zatrhni všechny pravdivé odpovědi)						
	cvičení	diety	zvracení	projímadla	léky	jiné metody
Střední odborné učiliště	56 %	28 %	4 %	0 %	0 %	12 %
Gymnázium	78 %	11 %	0 %	0 %	0 %	11 %

B.) Jaké pozoruješ výsledky držení diet nebo jiných dietních opatření?		
	pozitivní	negativní
Střední odborné učiliště	31,5 %	68,5 %
Gymnázium	50 %	50 %

C.) Jak jsi důsledný v dodržování diet nebo jiných opatření?			
	velmi	málo	vůbec
Střední odborné učiliště	10,5 %	84 %	5,5 %
Gymnázium	12,5 %	62,5 %	25 %

Graf č. 5



D.) Jak dlouho dodržuješ diety nebo jiná dietní opatření?			
	dlouhodobě	nepravidelně	krátkodobě, ale opakovaně
Střední odborné učiliště	10,5 %	79 %	10,5 %
Gymnázium	25 %	75 %	0 %

E.) Co bylo počátečním impulsem k dodržování diet či jiných opatření? (zatrhni všechny pravdivé odpovědi)

	nepříjemné poznámky okolí	vlastní špatný pocit ze své postavy	potřeba se líbit	přání vypadat jako model/ka	zdravotní potíže	jiné
Střední odborné učiliště	3,5 %	44 %	40 %	3,5 %	5,5 %	3,5 %
Gymnázium	6,5 %	25 %	37,5 %	0 %	0 %	31 %

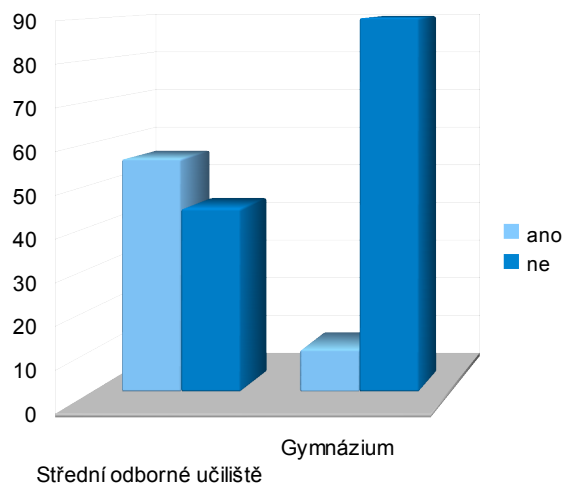
F.) Pokud se v nejbližší době snížila tvá tělesná hmotnost, jak na to zareagovali tví nejbližší?

	nutili mě k jídlu	chválili mě, že mi to sluší	nevšimli si toho
Střední odborné učiliště	20,5 %	53 %	26,5 %
Gymnázium	12,5 %	37,5 %	50 %

4.) Myslíš si, že by si Tě lidé více vážili (měli by Tě raději, oceňovali by Tě), kdybys byl/a štíhlejší?

	ano	ne
Střední odborné učiliště	56 %	44 %
Gymnázium	10 %	90 %

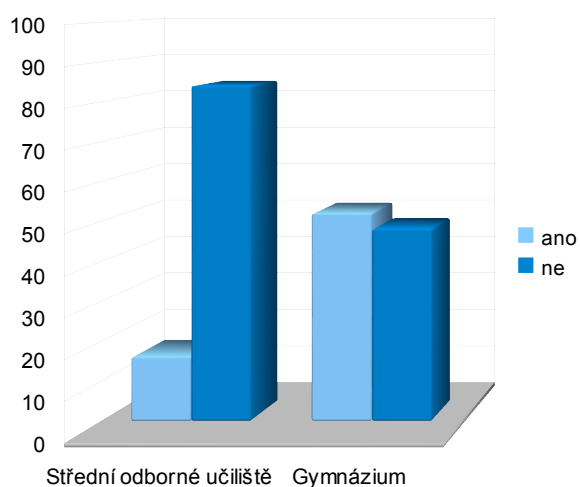
Graf č. 6



5.) Jak řešíš pocity smutku, deprese, osamění?		
	přejídám se	nemohu jíst
Střední odborné učiliště	37 %	63 %
Gymnázium	38 %	62 %

6.) Stravuješ se ve školní jídelně?		
	ano	ne
Střední odborné učiliště	16 %	84 %
Gymnázium	52 %	48 %

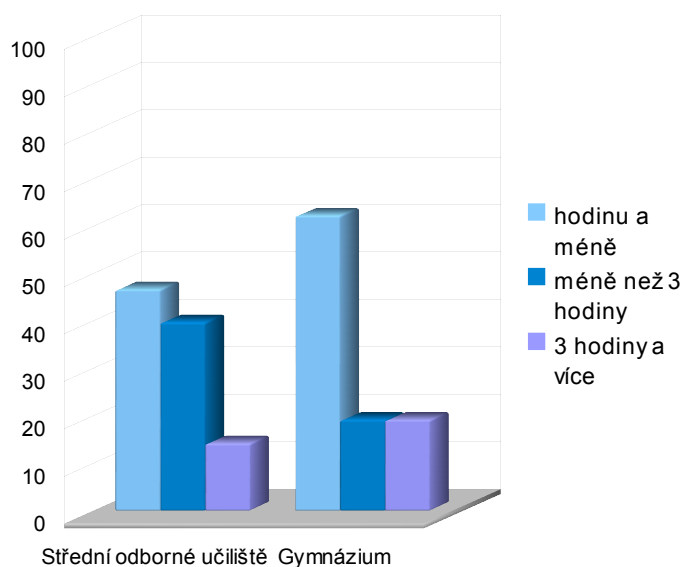
Graf č. 7



7.) Stravuješ se ve stáncích s rychlým občerstvením (tzv. Fast food) nebo instantními jídly?			
	pravidelně	občas	nikdy
Střední odborné učiliště	5 %	90 %	5 %
Gymnázium	0 %	81 %	19 %

8.) Kolik hodin před spaním jíš naposledy?			
	hodinu a méně	méně než 3 hodiny	3 hodiny a více
Střední odborné učiliště	46,5 %	39,5 %	14 %
Gymnázium	62 %	19 %	19 %

Graf č. 8



9.) Znáš pojem mentální anorexie a mentální bulimie, víš, co je obsahem?		
	ano	ne
Střední odborné učiliště	95 %	5 %
Gymnázium	100 %	0 %

Z toho vyplývá:

Studenti vyššího gymnázia uvádějí poměrně vysoké procento spokojenosti se svým tělem, na rozdíl od toho, procento spokojenosti s vlastním tělem u studentů středního odborného učiliště je výrazně nižší. U obou těchto škol usiluje poměrně velké procento studentů o zvýšení vlastní váhy. Nejčastějšími prostředky ke snížení tělesné hmotnosti jsou opět zejména cvičení a diety, ale je uvedeno i nízké procento jedinců využívajících zvracení. Překvapivé je poměrně vysoké procento „jiných“ metod.

Studenti středního odborného učiliště docela často uvádějí, že při snížení jejich hmotnosti reaguje jejich okolí tak, že je začne nutit k jídlu.

Studenti středního odborného učiliště se nejvíce ze všech vyhodnocených škol domnívají, že okolí jedince hodnotí, vnímá a uznává na základě jeho štíhlosti.

Velmi málo studentů středního odborného učiliště navštěvuje školní jídelnu.

Největší procento studentů obou škol jí naposledy hodinu a méně před tím než jde spát.

Neznalost pojmu mentální anorexie a mentální bulimie uvádí 5 % studentů středního odborného učiliště.

3.2.4. Celkový výskyt symptomů a jídelní chování, návyků a postojů žáků škol

Celkový počet žáků a studentů, kteří dotazník vyplnili, bylo 131 (52 chlapců, 79 dívek).

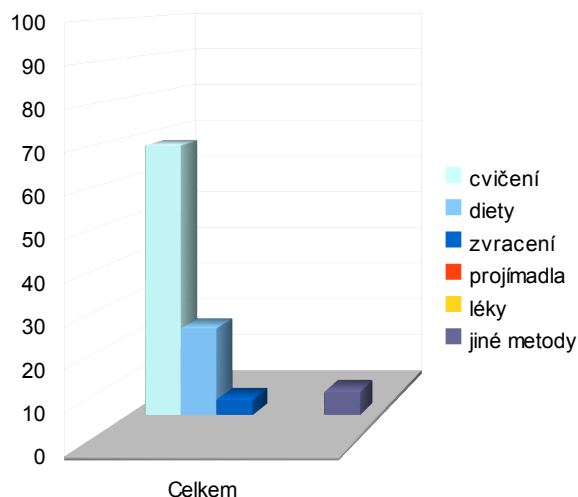
1.) Jsi spokojen/a se svou tělesnou hmotností a celkovou postavou?		
	ano	ne
Celkem	46 %	54 %

2.) Podnikáš úmyslně nějaké kroky ve snaze navýšit svou váhu?		
	ano	ne
Celkem	19 %	81 %

3.) Podnikáš úmyslně nějaké kroky ve snaze snížit svou váhu?		
	ano	ne
Celkem	43 %	57 %

A.) Jaké kroky podnikáš ve snaze snížit svou váhu? (zatrhni všechny pravdivé odpovědi)						
	cvičení	diety	zvracení	projímadla	léky	jiné metody
Celkem	68 %	22 %	4 %	0 %	0 %	6 %

Graf č. 9



B.) Jaké pozoruješ výsledky držení diet nebo jiných dietních opatření?		
	pozitivní	negativní
Celkem	43 %	57 %

C.) Jak jsi důsledný v dodržování diet nebo jiných opatření?			
	velmi	málo	vůbec
Celkem	16 %	75 %	9 %

D.) Jak dlouho dodržuješ diety nebo jiná dietní opatření?			
	dlouhodobě	nepravidelně	Krátkodobě, ale opakovaně
Celkem	21 %	68 %	11 %

E.) Co bylo počátečním impulsem k dodržování diet či jiných opatření? (zatrhni všechny pravdivé odpovědi)

	nepříjemné poznámky okolí	vlastní špatný pocit ze své postavy	potřeba se líbit	přání vypadat jako model/ka	zdravotní potíže	jiné
Celkem	10 %	34 %	32 %	5,5 %	5,5 %	13 %

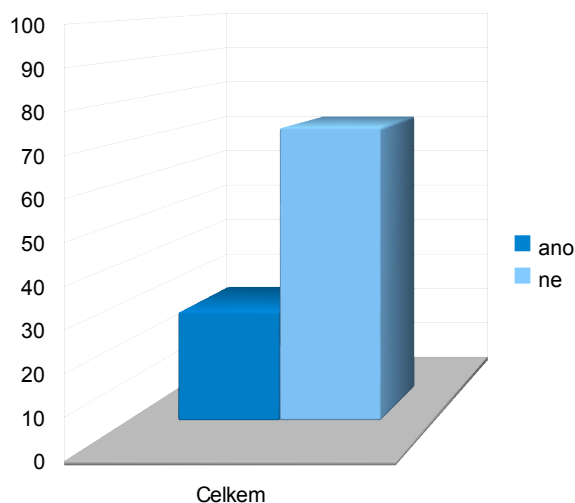
F.) Pokud se v nejbližší době snížila tvá tělesná hmotnost, jak na to zareagovali tví nejbližší?

	nutili mě k jídlu	chválili mě, že mi to sluší	nevšimli si toho
Celkem	13 %	41 %	46 %

4.) Myslíš si, že by si Tě lidé více vážili (měli by Tě raději, oceňovali by Tě), kdybys byl/a štíhlejší?

	ano	ne
Celkem	27 %	73 %

Graf č. 10



5.) Jak řešíš pocity smutku, deprese, osamění?

	přejídám se	nemohu jíst
Celkem	37,5 %	62,5 %

6.) Stravuješ se ve školní jídelně?		
	ano	ne
Celkem	52 %	48 %

7.) Stravuješ se ve stáncích s rychlým občerstvením (tzv. Fast food) nebo instantními jídly?			
	pravidelně	občas	nikdy
Celkem	3 %	86 %	11 %

8.) Kolik hodin před spaním jíš naposledy?			
	hodinu a méně	méně než 3 hodiny	3 hodiny a více
Celkem	44 %	34 %	22

9.) Znáš pojem mentální anorexie a mentální bulimie, víš, co je obsahem?		
	ano	ne
Celkem	98 %	2 %

Z toho vyplývá:

Celkové zhodnocení dotazníkového šetření žáků a studentů dvou základních škol, gymnázia a středního odborného učiliště ukazuje, že procento nespokojenosti žáků se svou tělesnou hmotností a postavou je mírně vyšší než procento spokojenosti.

Dalším zjištěním, které jsem však předpokládala, je, že větší počet žáků a studentů se snaží svoji tělesnou hmotnost snížit než zvýšit. Přesto však uvedla nadpoloviční většina dotazovaných žáků, že o snížení vlastní tělesné hmotnosti neusiluje. Ti žáci a studenti, kteří o snížení vlastní tělesné hmotnosti usilují se shodli na cvičení jako na nejužívanější metodě. Většina žáků a studentů udává, že není při dietních opatřeních příliš důsledná a dodržuje je nepravidelně.

Většina žáků a studentů se také při dodržování dietních opatření potýká s nepříznivými výsledky svého úsilí. Nejčastěji uváděným počátečním impulsem tohoto snažení je vlastní špatný pocit ze své postavy. Pokud se těmto žákům či studentům opravdu podaří snížit svou tělesnou hmotnost, převážná většina jich udává, že si toho jejich okolí nevšimne. Jako pozitivní výsledek hodnocení se však jeví, že většina žáků a studentů nemá pocit, že uznání okolí dosáhnou pouze tehdy, pokud se stanou hubenými. Většina žáků a studentů také uvádí, že pokud se dostanou do stresové situace, nemohou jíst.

Žáci a studenti stravující se ve školní jídelně mají mírnou převahu nad těmi co se ve školní jídelně nestravují. Většina žáků se čas od času stravuje ve stáncích s rychlým občerstvením. (Větší procento žáků udává, že se občas stravuje v těchto stáncích ve srovnání s procentuálním zastoupením žáků a studentů stravujících se ve školní jídelně.) Poslední jídlo je nejčastěji uváděno hodinu a méně před spaním. Pozitivním zjištěním je také, že drtivá většina žáků a studentů znají pojmy mentální anorexie a mentální bulimie.

3.4. Výzkum zaměřený na informovanost o problematice PPP u pedagogických pracovníků škol

V této části dotazníkového šetření bylo hlavním cílem prošetřit úroveň základního povědomí pedagogických pracovníků o problematice proruch příjmu potravy, zjistit, jestli se s těmito případy ve své pedagogické praxi setkali, zda je řešili a jakým způsobem.

První a druhá otázka jsou určeny všem dotazovaným respondentům, v dalších otázkách pokračují pouze ti, kteří se s daným problémem ve školské praxi setkali, a pouze z jejich odpovědí jsou otázky vyhodnoceny.

3.4.1. Informovanost pedagogických pracovníků základní školy v obci

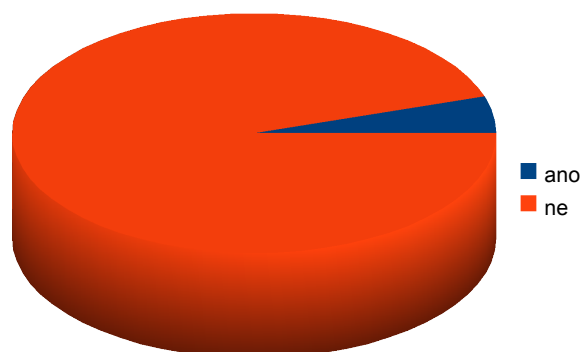
Dotazník vyplnilo sedmnáct žen a tři muži ve věkovém rozmezí od 24 do 66 let.

1.) Znáte pojem mentální anorexie a mentální bulimie?	
ano	100 %
ne	0 %

2.) Setkal/a jste se s danou problematikou v praxi?	
ano	5 %
ne	95 %

(5% v této otázce představuje jednoho člověka)

Graf č. 1



3.) Jaké příznaky Vás na problém upozornily?

Učitelka, která se s touto problematikou v praxi údajně jako jediná z dotazovaných učitelů v obecní základní škole setkala, odpověděla, že ji na tento problém upozornila bledost, hubená postava a fakt, že tato dívka nikdy ve škole nejedla.

4.) Snažil/a jste se to nějakým způsobem řešit?	
ano	100%
ne	0 %

V hodnocení této otázky představuje 100 % jedinou učitelku, která se s touto problematikou v praxi setkala.

Tato učitelka uvedla, že problém řešila rozhovorem, odbornou přednáškou a zprostředkovala pohovor s odborníkem.

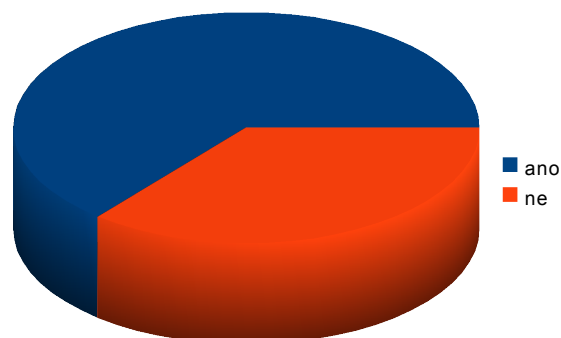
3.4.2. Informovanost pedagogických pracovníků základní školy ve městě

Dotazník vyplnilo pět žen a šest mužů ve věkovém rozmezí od 35 do 58 let.

1.) Znáte pojem mentální anorexie a mentální bulimie?	
ano	100 %
ne	0 %

2.) Setkal/a jste se s danou problematikou v praxi?	
ano	64 %
ne	36 %

Graf č. 2



3.) Jaké příznaky Vás na problém upozornily?

Učitelé, kteří se s daným problémem v praxi setkali, nejčastěji uvádějí, že je na něj upozornilo výrazné hubnutí, časté absence a problémy v rodině, spavost, nevyrovnanost nebo fakt, že tento žák nejedl a netknuté jídlo rovnou odnášel. Jeden učitel odpověděl, že jej na problém upozornili sami rodiče.

4.) Snažil/a jste se to nějakým způsobem řešit?	
ano	57 %
ne	43 %

Zajímavou skutečností je, že snahu o řešení tohoto problému uvádějí pouze ženy. Nejčastějšími způsoby řešení této situace jsou domluvy, rozhovory, spolupráce s rodiči, ukazování fotografií a článků týkajících se poruch příjmu potravy.

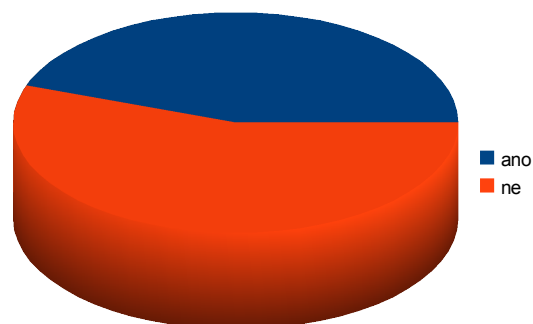
3.4.3. Informovanost pedagogických pracovníků gymnázia

Dotazník vyplnilo osmadvacet žen a osm mužů ve věkovém rozmezí od 25 do 65 let.

1.) Znáte pojem mentální anorexie a mentální bulimie?	
ano	100 %
ne	0 %

2.) Setkal/a jste se s danou problematikou v praxi?	
ano	44,5 %
ne	55,5 %

Graf č. 3



3.) Jaké příznaky Vás na problém upozornily?

Mezi nejčastější symptomy upozorňující na problematiku jídelních abnormalit byl učiteli udáván rychlý úbytek váhy a nezdravá hubenost, unavenost, změny v chování, našedlá pleť, náladovost, poruchy koncentrace pozornosti, odmítání potravy, nervozita. Jedna učitelka dokonce zmínila případ, kdy si byla studentka svého problému vědoma, sama ho přiznala a chtěla ho řešit.

4.) Snažil/a jste se to nějakým způsobem řešit?	
ano	69 %
ne	31 %

Učitelé nejčastěji usilovali o řešení problému za pomoci domluvy, rozhovoru jak s nemocným, tak s jeho rodiči, kontaktu s PPP, zapůjčením literatury řešící tuto problematiku.

3.4.4. Informovanost pedagogických pracovníků středního odborného učiliště

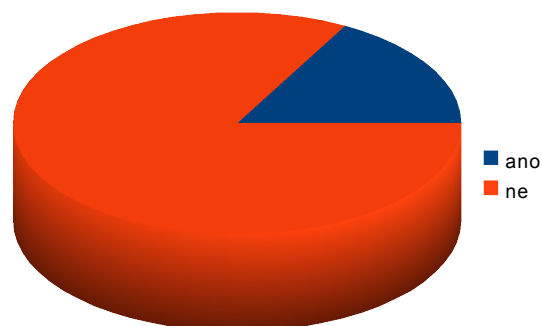
Dotazník vyplnilo patnáct žen a osm mužů ve věkovém rozmezí od 23 do 62 let.

1.) Znáte pojem mentální anorexie a mentální bulimie?	
ano	95,5 %
ne	4,5 %

Pojem mentální anorexie a mentální bulimie neznal učitel technologie a speciální technologie skla (62 let).

2.) Setkal/a jste se s danou problematikou v praxi?	
ano	17 %
ne	83 %

Graf č. 4



3.) Jaké příznaky Vás na problém upozornily?

Pro učitele středního odborného učiliště byly nejnápadnějšími a nejvíce uváděnými projevy vyhublost, ostré rysy v obličeji a velká absence.

4.) Snažil/a jste se to nějakým způsobem řešit?	
ano	75 %
ne	25 %

Mezi nejčastěji podnikané pokusy využívané učiteli k řešení situace patřil kontakt s rodiči, doporučení psychiatrické léčby, rozhovory.

Z toho vyplývá:

Pojmy mentální anorexie a mentální bulimie znala drtivá většina dotazovaných pedagogických pracovníků. Podle údajů získaných v dotaznících se s problematikou poruch příjmu potravy setkala nejméně pedagogů na základní škole v obci (pouze 5 %, což představuje jednoho pedagoga). Nejvíce se s touto problematikou potýkají učitelé na základní škole ve městě (64 %). Řešení tohoto problému je stoprocentní pouze na základní škole v obci, ale jen proto, že se zde s tímto problémem setkala pouze jedna učitelka, která se problém snažila řešit.

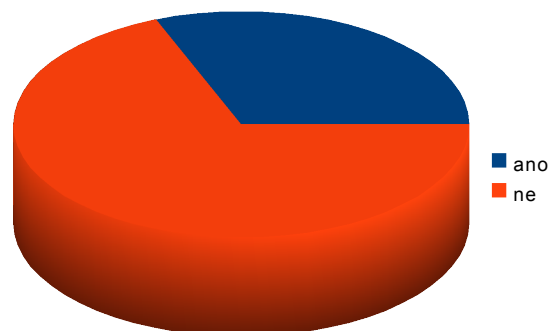
3.4.5. Celkový stav informovanosti pedagogických pracovníků škol

Celkem na dotazník odpovědělo 90 pedagogů (65 žen a 25 mužů) ve věkovém rozmezí od 23 do 66 let.

1.) Znáte pojem mentální anorexie a mentální bulimie?	
ano	98,9 %
ne	1,1 %

2.) Setkal/a jste se s danou problematikou v praxi?	
ano	31,1 %
ne	68,9 %

Graf č. 5



3.) Jaké příznaky Vás na problém upozornily?

Mezi nejčastěji udávané příznaky, které pedagogy na problém upozornily, patří rychlý úbytek na váze a vyhublost, změny v chování, velká absence, unavenost, odmítání potravy.

4.) Snažil/a jste se to nějakým způsobem řešit?	
ano	67,9 %
ne	32,1 %

Nejčastějšími způsoby řešení této situace na všech dotazovaných školách byly rozhovory s nemocným jedincem, spolupráce s rodiči, domluvy, probírání a zapůjčování článků a literatury o poruchách příjmu potravy, ukazování fotografií.

4. Případová studie

4.1. Osobní anamnéza:

jméno: Lucie

věk: 26 let

tělesná hmotnost: 52 kg

výška: 160 cm

vzdělání: Střední odborná škola, Veřejnosprávní činnost (maturita)

zaměstnání: žádné, momentálně je na mateřské dovolené

4.2. Rodinná anamnéza:

MATKA:

věk: 50 let

vzdělání: Střední pedagogická škola (maturita)

zaměstnání: učitelka v mateřské škole

OTEC:

věk: 51 let

vzdělání: Střední zemědělská škola (maturita)

zaměstnání: státní zaměstnanec u policie

BRATR:

jméno: Lukáš

věk: 29 let

vzdělání: Cestovní ruch (maturita), obor zeměpis a geografie (Bc)

zaměstnání: vedoucí pozice v GE Money

4.3. Průběh onemocnění

U Lucie ve dvanácti letech (v šesté třídě základní školy) propukla mentální anorexie. V této době se se začala zajímat o to, jak vypadá, o svou tělesnou hmotnost i proporce. Měla nevyvratitelný pocit, že je příliš malá a tlustá, a přála si zhubnout. Tehdy měřila asi 140 cm a vážila 45 kg. Ještě více ji v jejích jídelních postojích utvrzovalo a podporovalo to, že měla velmi štíhlou kamarádku a chtěla vypadat jako ona.

Ze začátku jedla Lucie ještě pravidelně a normálně, pouze ze svého jídelníčku vyřadila veškeré sladké potraviny a pravidelně každý den hodně cvičila. Pomalu začala pozorovat výsledky svého snažení a odřikání a měla z toho dobrý pocit, přála si však zhubnout ještě více. Přestala si dopřávat také veškeré tučné jídlo a potraviny si začala strukturovat a dělit. Několikrát denně vybíhala schody až do sedmého poschodí. Rodiče si ničeho dlouho nevšimli, podezření začali mít teprve, když se začala s jídlem zavírat v pokoji. Často se jí potom ptali, jestli nemá nějaké potíže, Lucka však zapírala. Stále hubla až se dostala na hodnotu 32 kg. To byla její nejnižší váha. Potom ji rodiče odvezli na psychiatrickou kliniku v Olomouci, kde byla hospitalizována, kde strávila tři měsíce (chodila tam i do školy).

Na psychiatrické klinice probíhalo každé ráno vážení a vizita. Jídlo jim bylo podáváno velmi tučné (sedmkrát denně). Lucka z počátku odmítala jíst, ale uvědomovala si, že pokud nebude jíst, zůstane tam dlouho. Největší motivací pro ni bylo, že se blížily Vánoce, na které již chtěla být doma. Proto začala jíst, i když jí to nedělalo dobře.

Na psychiatrické klinice byla stanovena velmi přísná opatření (např. s rodiči se mohla kontaktovat poze prostřednictvím dopisů, telefonáty měla zakázané) Přísná opatření však postupně s přibíráním na váze ubývala. Od 36 kg měla Lucka povolené telefonáty s rodiči, od 38 kg se mohla dívat na televizi, mohli za ní jezdit rodiče, mohli ji vzít ven na procházku atd. Před Vánoci ji pustili domů při váze 42 kg. Na kontrolu musela znovu přijet po Vánocích, aby se zjistilo, jestli opět nezhubla. Pravidelně dojížděla nějakou dobu na terapeutická sezení, na kterých se rozebíraly problémy a pocity nemocných (vyléčených). Také musela pravidelně docházet k psychiatrice v místě bydliště, která však byla s psychiatrickou klinikou v kontaktu, a kdyby opět zhubla, vrátila by se zpět do nemocnice.

4.4. Důsledky onemocnění

Lucka uvádí, že po dobu trvání poruch příjmu potravy se zajímala pouze o jídlo, ztrácela zájem opřátele, byla často podrážděná, neustále jí byla zima, ztratila menstruaci, začaly jí velmi padat vlasy a přestala růst.

Ve třidvaceti letech velmi toužila po miminku a měla strach, jestli nemůže být její plodnost tímto narušena.

Do dnes jí z tohoto životního období zůstaly určité návyky, které dodržuje (např. nejí tučné jídlo, ale naopak sladké si údajně nedokáže odepřít.)

Závěr

Z výzkumu vyplývá, že 98 % všech dotazovaných žáků a studentů a 98,9 % všech dotazovaných pedagogů zná pojmy mentální anorexie a mentální bulimie, což je výsledek poměrně uspokojivý. Přesto si však troufám říci, že by bylo ku prospěchu věci, kdyby se o této problematice začalo více hovořit ve škole, kdyby se pořádaly nejrůznější informační přednášky a semináře o poruchách příjmu potravy nejen pro žáky, ale i pro učitele, kdyby se propracovala metodika a postupy, jak při zjištění choroby ve školním prostředí postupovat a spoustu dalších nápadů, které by se daly zrealizovat, ale které jsou v současné době spíše utopickými představami.

Pokud bychom měli zhodnotit pravdivost mnou stanovených hypotéz, uvedených v úvodu mého výzkumu, musíme je porovnat s výsledky vyhodnoceného dotazníkového šetření. **První hypotéza-** „Domnívám se, že žáků nespokojených se svou tělesnou hmotností a celkovou postavou bude více než žáků spokojených se svou tělesnou hmotností a celkovou postavou.“

Z vyhodnocených výsledků vyplývá, že tato hypotéza byla pravdivá, neboť celkové hodnocení ukázalo, že ze všech dotazovaných žáků a studentů je se svou tělesnou hmotností a postavou spokojeno 46 % a nespokojeno 54 %. Přiznávám však, že jsem očekávala výraznější rozdíl v procentuálním rozložení.

Druhá hypotéza- „Předpokládám, že větší procentuální zastoupení bude mít skupina žáků a studentů usilujících o snížení vlastní tělesné hmotnosti než skupina žáků a studentů usilujících o navýšení vlastní tělesné hmotnosti.“

I tato hypotéza byla správná. Z celkových výsledků můžeme vyčíst, že o navýšení vlastní tělesné hmotnosti usiluje 19 % z celkového počtu dotazovaných žáků a studentů, zatímco o snížení vlastní tělesné hmotnosti usiluje 43 %. I v tomto případě mě však překvapil fakt, že procento žáků usilujících o snížení vlastní hmotnosti není vyšší. Nedá se říci, že by byl výsledek 43 % uspokojivý, avšak vzhledem k tomu, že jsem toto procento očekávala vyšší, je to pro mě pozitivní zjištění.

Třetí hypotéza- „Domnívám se, že skupina učitelů seznámených s pojmy mentální anorexie a mentální bulimie bude početnější než skupina učitelů, která tyto pojmy nezná.“

Ani v poslední hypotéze jsem se nespletla. Znalost pojmu uvedla naprostá většina (98,9 %) všech dotázaných pedagogických pracovníků, což je jistě také pozitivním zjištěním.

Problematika poruch příjmu potravy je velmi obsáhlá a zasloužila by více pozornosti, než je jí věnováno, neboť důsledky tohoto onemocnění mohou být v závažných případech tragické.

Mou snahou v rámci této diplomové práce bylo zvýšit informovanost žáků, studentů i pedagogických pracovníků o dané problematice, alespoň ve školách, ve kterých jsem prováděla výzkum, přispět alespoň kapkou do mlýna k větší informovanosti žáků a studentů jako rizikové populace pro vznik patologického jídelního chování a k informovanosti pedagogických pracovníků, kteří by měli naopak jednotlivé symptomy rozpoznat a pokud možno co nejefektivněji řešit.

Resumé

The aim of the diploma thesis is to form a well-arranged and structured text containing important information about eating disorders. It also describes connection between particular forming factors and maps the occurrence of the symptoms among pupils. It finds out the teachers' knowledge of this issue as well.

Seznam zkratek

PPP- Poruchy příjmu potravy

MA- Mentální anorexie

MB- Mentální bulimie

MKN-10- 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

DSM-IV- Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (IV. Revize), který vydala Americká psychiatrická asociace (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV)

EDNOS- Jinak nespécifikované poruchy příjmu potravy (Eating Disorders Otherwise Specified)

Použité prameny

Literatura:

- KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Grada Publishing, a.s., 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X
- KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví: poruchy příjmu potravy: příručka pro učitele*. Praha VÚP, 2003, 32 s.
- KRCH, F. D., *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha. Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7
- KRCH, F. D. *Bulimie- Jak bojovat s přejídáním*. 3. doplněné a přepracované vyd. Grada Publishing, a. s., 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2130-9
- PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí- postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8
- ELLIOTT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích, prevence, příčiny, terapie*. 1. vyd. Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0
- PINCKNEYOVÁ, C. *Fit s kalanetikou*. 1. vyd. Ikar Praha, spol. s.r.o., 1995. ISBN 80-7202-137-0
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. (opravený dotisk 2004). Portál, s.r.o., 2000. ISBN 80-7178-303-X
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Portal, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 3. vyd. Triton, s.r.o., 2003. ISBN 80-7254-423-3
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd. Grada Publishing, s.r.o., 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2
- BOUČEK, J. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. STÁRKOVÁ, Olomouc:UP, 2006. ISBN 80-244-1354-X
- ATKINSON, R. C., SMITH, E. E., BEM, D. J. *Psychologie*. 2. vyd. Portál, s.r.o., 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3

- HERMAN, E., PRAŠKO, J., SEIFERTOVÁ, D. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Medical Tribune CZ, 2007. 604 s. ISBN 978-80-903708-9-0
- MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2

Seriálová publikace:

- ŠVECOVÁ, M. *Moje psychologie*. KRCH, F. D. *Požívá mě mentální anorexie*. Listopad 2007. 34-36 s.

Internetové odkazy:

- [http://zdravi.idnes.cz/jite-v-noci-mozna-trpíte-syndromem-nocniho-prejidani-p03-/vase-telo.asp?c=A080704_134752_hubnuti_bad](http://zdravi.idnes.cz/jite-v-noci-mozna-trpите-syndromem-nocniho-prejidani-p03-/vase-telo.asp?c=A080704_134752_hubnuti_bad)
- <http://www.vareni.cz/trendy/nocni-prejidani/>
- <http://sestrylf3.unas.cz/obsahpschr.html>
- <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hlad>
- <http://www.zdrava-strava.com/bmi-index/>
- <http://www.obezita-info.cz/rizika-obezity/>
- <http://www.obezita-info.cz/priciny-obezity/>
- <http://anorexie.czechian.net/SAKS.htm>

Příloha 1

Příloha 2