



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Fakulta zdravotně sociální

Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

JÍDELNÍČEK JEDINCE S DIAGNÓZOU MENTÁLNÍ ANOREXIE

Vypracovala: Martina Srbová

Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Cílem bakalářské práce s názvem „Jídelníček jedince s diagnózou mentální anorexie“ bylo zmapovat obsah a kvalitu jídelníčku osob s diagnózou mentální anorexie. Mentální anorexie je velmi vážným onemocněním patřícím do skupiny poruch příjmu potravy. Prevalence tohoto onemocnění se zvyšuje, na což mají vliv především média a požadavky dnešní společnosti na nadměrně štíhlou postavu, dalšími faktory, které ovlivňují vznik mentální anorexie, jsou například faktory biologické, z nichž je podstatné ženské pohlaví, které je tímto onemocněním postiženo několikrát častěji než pohlaví mužské, dále pak faktory rodinné a genetické, sociální a kulturní. Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části a to na teoretickou a výzkumnou.

V teoretické části se zabývám charakteristikou poruch příjmu potravy, podrobnějším rozбором mentální anorexie, včetně historie, příčin vzniku, příznaků a možných zdravotních komplikací, diagnostickými kritérii a také možností terapie. Též jsem podrobněji rozebrala jednotlivé složky výživy, tedy především bílkoviny, tuky a sacharidy, vlákninu, vitaminy a minerální látky.

Zpracování výzkumné části jsem provedla prostřednictvím kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Výzkumný soubor tvořilo šest dívek s mentální anorexií, z nichž tři dívky se s mentální anorexií neléčily a tři dívky procházely terapií. Všechny dívky byly studentky. Kvalitativní výzkum jsem realizovala formou zápisu týdenního jídelníčku jednotlivých respondentů do připravených tabulek. Hodnoty příjmu energie, bílkovin, sacharidů, tuků a vlákniny jsem poté propočítala pomocí programu „Nutriservis Profesional“. Kvantitativní výzkum jsem uskutečnila pomocí dotazníků, ze kterých jsem se o respondentkách dozvěděla základní informace, jako je věk, výška, váha před začátkem diety, nejnižší hmotnost a aktuální hmotnost, dále jsem se zaměřila na to, co předcházelo vzniku nemoci, součástí byly tedy otázky týkající se vztahů s rodiči a na případné nevhodné komentáře k postavě dívek od spolužáků, také otázka na frekvenci pohybové aktivity, podstoupení terapie a hospitalizaci v nemocničním zařízení, pravidelnost stravování, aktuální náhled dívek na svou postavu a další. Poté jsem u jednotlivých respondentů shrnula informace z dotazníků, vypočítala jejich ideální hmotnost, kterou jsem stanovila tak, aby se pohybovala kolem hodnoty BMI

(Body Mass Index) 25. Tato hodnota BMI je na rozhraní mezi normou a nadváhou. Pomocí knihy „Referenční hodnoty pro příjem živin“ jsem spočítala doporučené hodnoty příjmu nejen energie, ale také bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny, se kterými jsem poté porovnávala průměrné hodnoty příjmu těchto živin v týdenním jídelníčku respondentek. V diskuzi jsem dotazníky i jídelníčky podrobněji rozebrala a informace z nich shrnula.

Z dotazníků jsem se dozvěděla, jaká byla hmotnost dívek na začátku držení redukční diety, nejnižší a aktuální hmotnost. Mnohdy hmotnost dívek před vznikem mentální anorexie byla v normě. Dále jsem zjistila, že hlavní vliv na vznik mentální anorexie u respondentek měla rodina, nebo také kolektiv ve škole. Všechny respondentky za účelem redukce hmotnosti vykonávaly nadměrnou fyzickou aktivitu, cvičily každý den, některé dokonce několikrát denně. Stravování dívek bylo pravidelné v rozmezí 3-5x denně. Propočtené hodnoty energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny v programu „Nutriservis Profesional“ byly nedostačující a to jak u dívek před terapií, tak také v terapii. Všechny vypočtené hodnoty u dívek v terapii, byly mnohonásobně vyšší, než u dívek před terapií. Kvalita a obsah jídelníčků u dívek v terapii byly znatelně vyšší, dívky se stravovaly pestře a vyváženě, zásadně se nevyhýbaly žádným složkám stravy. Strava dívek před terapií mentální anorexie byla jednostranná, po stránce obsahu v ní chyběla pestrost, potraviny se neustále opakovaly, dívky často z jídelníčku vynechávaly vařená jídla a konzumovaly pouze jídla studené kuchyně. Kvalita jídelníčků dívek s mentální anorexií před terapií byla velice slabá, dívkám v jídelníčcích chyběla především potřebná energetická hodnota a také základní živiny, které dívky přijímaly v extrémně nízkých dávkách. Též příjem vlákniny byl u některých z respondentek nedostatečný.

Abstract

The aim of this Bachelor thesis entitled „A diet of individual with a diagnosis of anorexia nervosa“ was to monitor the content and quality of the diet of people with a diagnosis of anorexia nervosa. Anorexia nervosa is a very serious disease belonging to the group of eating disorders. The prevalence of this disease increases, to which primarily affect media and requirements of today's society excessively slender figure, other factors that influence the formation of anorexia nervosa include biological factors, one of which is substantially the female sex population, the disease which is affected more often than the male sex population, then family and genetic factors, social and cultural. This Bachelor thesis is divided into two parts: theoretical and experimental.

The theoretical part deals with the characteristic eating disorders, anorexia nervosa detailed analysis, including the history, causes, symptoms and potential health complications, diagnostic criteria and treatment options. Also, I have analyzed in detail the various nutrients, mainly proteins, fats and carbohydrates, fiber, vitamins and minerals.

Processing of the research I carried out through qualitative and quantitative research. The research sample consisted of six girls with anorexia nervosa, of which three girls with anorexia nervosa go untreated and three girls undergoing therapy. All the girls were students. Qualitative research was realized in the form of writing weekly menu of individual respondents in prepared tables. Intakes of energy, protein, carbohydrates, fat and fiber, then I have calculated all with using "Nutriservis Profesional" program. Quantitative research I conducted using questionnaires, from which I learned basic information about respondents, such as age, height, weight before dieting, the lowest weight and current weight, then I focused on what preceded the emergence of the disease, were therefore included questions regarding relationships with their parents and any inappropriate comments to figure from their classmates, also a question on the frequency of physical activity, undergoing therapy and hospitalization equipment, the regularity of meals, the current view of girls on their figure, and more. Then I summarized information about respondents from the questionnaires, calculate their ideal weight, which I set around the BMI (Body Mass Index) 25.

The BMI is at the interface between the standard weight and overweight. Using the book „The reference values for nutrient intake“ I counted Recommended Commission intakes not only energy, but also proteins, fats, carbohydrates and fiber, which I then compared the average value of the intake of those nutrients in the weekly diet of respondents. I analyzed the questionnaires and the diets in discussion and summarized detail information from them.

From the questionnaires I learned what was the weight of the girls at the beginning of the holding slimming diets, the lowest and current weight. Sometimes the weight of the girls before the onset of anorexia nervosa was normal. I also found that the main influence on the emergence of anorexia nervosa among female respondents had a family, or even a team at school. All respondents for the purpose of weight reduction exercise excessive physical activity, practiced every day, some even several times a day. Girls's eating were scheduled between 3-5 times a day. The calculated value of the energy, protein, fats, carbohydrates and fiber in „Nutriservis Profesional“ program were inadequate, both, girls before the therapy as well as girls during the therapy. All the calculated values in girls in therapy, were much higher than in girls before the therapy. The quality and content of the diets of girls in therapy were significantly higher, the girls were eating a varied and balanced, fundamentally did not avoid any food ingredients. A diet of girls before the therapy was one-sided, as regards the content it lacked variety, the food is constantly repeated, girls often left out of the diet cooked meals and consumed only cold food (uncooked). A quality of the diets of girls with anorexia nervosa before the therapy was very weak, their diet lacked the necessary amount of energy and essential nutrients that girls take at extremely low doses. Fiber intake was also among some of the respondents insufficient.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2015

.....

Martina Srbová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu své bakalářské práce MUDr. Miloši Velemínskému, Ph.D. za odborné vedení práce. Velké poděkování patří konzultantovi prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., Dr. h. c., za cenné připomínky a čas, který mi věnoval. Dále děkuji všem respondentům za spolupráci a poskytnutí potřebných informací. Chci také poděkovat své rodině a přátelům za trpělivost a podporu během celého mého studia.

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav dané problematiky	12
1.1 Poruchy příjmu potravy	12
1.1.1 Mentální bulimie (F50.2).....	13
1.1.2 Mentální anorexie (F50.0)	14
1.1.2.1 Atypická mentální anorexie (F50.1).....	15
1.2 Hladovění	15
1.2.1 Malnutrice.....	16
1.2.1.1 Energetická malnutrice (marasmus)	16
1.2.1.2 Proteinová malnutrice (kwashiorkor)	16
1.2.1.3 Prostá a stressová malnutrice.....	17
1.3 Zdravá výživa.....	17
1.3.1 Energie.....	17
1.3.2 Hlavní živiny	17
1.3.2.1 Sacharidy	18
1.3.2.2 Bílkoviny	19
1.3.2.3 Tuky.....	20
1.3.2.4 Vlákna	21
1.3.2.5 Vitaminy	22
1.3.2.6 Minerální látky a stopové prvky	23
1.4 Historie mentální anorexie	23
1.5 Příčiny vzniku mentální anorexie.....	24
1.5.1 Sociální a kulturní faktory	24
1.5.2 Biologické faktory	25
1.5.3 Životní události.....	25
1.5.4 Rodinné a genetické faktory	26
1.5.5 Emocionální faktory	26
1.6 Příznaky a zdravotní komplikace mentální anorexie	26
1.7 Diagnostika MA	28
1.7.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)	28

1.8 Terapie.....	30
2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	32
2.1 Cíl práce	32
2.2 Výzkumné otázky.....	32
3 Metodika práce	33
3.1 Použitá metodika.....	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
3.2.1 Faktory ovlivňující výběr souboru	34
3.3 Sběr dat.....	34
3.4 Analýza dat.....	35
4 Výsledky	38
4.1 RESPONDENT č. 1	38
4.2 RESPONDENT č. 2	41
4.3 RESPONDENT č. 3	44
4.4 RESPONDENT č. 4	47
4.5 RESPONDENT č. 5	50
4.6 RESPONDENT č. 6	53
4.7 Přehled průměrných týdenních hodnot energie, makroživin a vlákniny u respondentek	56
5 Diskuze	57
6 Závěr	66
7 Seznam použité literatury	68
8 Klíčová slova	71
9 Seznam příloh	72

Úvod

V posledních letech se poruchy příjmu potravy (PPP) řadí k nejčastějším a pro svůj vleklý průběh a závažné tělesné, psychické i sociální důsledky také k nejzávažnějším onemocněním dospívajících dívek a mladých žen. Mezi poruchy příjmu potravy s nejčastějším výskytem patří mentální anorexie a mentální bulimie. Ve své bakalářské práci s názvem „Jídelníček jedince s diagnózou mentální anorexie“ se podrobněji zabývám problematikou mentální anorexie.

Toto téma jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila, protože osoba, která je mi velice blízká, mentální anorexií trpí, a proto jsem chtěla více porozumět celé problematice poruch příjmu potravy, dozvědět se bližší informace o příčinách a terapii onemocnění. Nejvíce mě však zajímalo stravování osob s touto poruchou příjmu potravy a to, jak se liší jídelní zvyklosti osob před terapií a v průběhu terapie. Téma týkající se poruch příjmu potravy pro mě bylo vždy zajímavé, především proto, že prozatím neexistuje účinná léčba, která by toto onemocnění zcela vyléčila.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat obsah a kvalitu jídelníčku osob s diagnózou mentální anorexie.

V teoretické části své práce se budu zabývat charakteristikou poruch příjmu potravy s bližším zaměřením na mentální anorexii. Tedy zde podrobněji rozeberu příčiny vzniku mentální anorexie, zdravotní komplikace, které se v souvislosti s tímto onemocněním vyskytují, diagnostiku a terapii. Dále se zde zaměřím na popis základních složek zdravé stravy.

Výzkumná část této práce bude provedena, jak využitím kvalitativního, tak také kvantitativního způsobu. Kvalitativní výzkum bude probíhat formou zápisu týdenního jídelníčku pacientek s mentální anorexií. Výzkumný soubor budou tvořit dívky před terapií mentální anorexie a dívky, které právě terapií prochází. Kvantitativní výzkum bude proveden prostřednictvím dotazníku, ve kterém se o respondentkách dozvíme základní informace, jako je jejich věk, výška, současná hmotnost, hmotnost v době, kdy začaly držet dietu a také případná nejnižší hmotnost, pokud již prochází terapií. Dále se zaměřím na otázky týkající se sociálních vztahů s rodinou a s vrstevníky, které jsou

mnohdy hlavní příčinou vzniku tohoto onemocnění. Tématem dalších otázek bude terapie, dále pak vyzorované tělesné změny, které se u dívek v souvislosti s chorobou objevily a aktuální náhled dívek na jejich postavu. Zajímat mě bude i tělesná aktivita prováděná během onemocnění, pravidelnost stravování a potraviny, které ve své stravě dívky omezily.

Chtěla bych poukázat na to, že mentální anorexie je velmi vážné onemocnění, u kterého je důležitá především prevence, kterou bych viděla ve výchově ke zdravému životnímu stylu dětí již od útlého věku. Důležité je také omezení pozornosti věnované nadměrné štíhlým ženám v médiích. Výsledkem této práce by mělo být porovnání kvality

a obsahu jídelníčků dívek před terapií a v terapii, tedy zjištění jak moc je veliký rozdíl v příjmu základních složek výživy u těchto pacientů a to na základě propočtených jídelníčků pacientek v programu „Nutriservis Profesional.“

1 Současný stav dané problematiky

Poruchami příjmu potravy trpěli i lidé v dávné historii, ale nárůst jejich výskytu lze sledovat především od 2. poloviny 20. Století. (Ortel, 2012) V současnosti je výskyt mentální anorexie mezi dospívajícími dívkami v evropských zemích 0,5-3 %. V České republice se její výskyt u dospívajících dívek odhaduje na 0,5 %. U chlapců je mentální anorexie vzácným onemocněním, výskyt se udává až 1:10 ve srovnání s výskytem u děvčat. Začátek mentální anorexie může být časný, průměrně ve 13 letech, či pozdní průměrně v 18 letech. (Bayer, 2011)

1.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou popisovány jako poruchy jednání vztahující se k jídlu, dále také jako percepční poruchy, které se vyznačují odlišným vnímáním vlastního těla a tělesných proporcí. Jedná se o velmi vážné, obtížně léčitelné poruchy, které nejčastěji vznikají v dospívání a jejichž výskyt se celosvětově zvyšuje. (Malá, Pavlovský, 2002)

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky jsou jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Dlouhodobé obtíže způsobují nejen nemocným, ale i jejich sociálnímu prostředí. (Krch, 2005) Poruchy příjmu potravy se řadí mezi behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, čímž se potvrzuje nosnost biopsychosociálního modelu nemoci, protože každá porucha má biologickou, psychologickou a sociální složku, každá osoba je složena z molekul, buněk a orgánů a je součástí sociálního prostředí (rodiny, komunity, kultury, národa, světa). (Malá, Pavlovský, 2002) Zajímavostí je, že poruchami příjmu potravy onemocní především děti ze ctižádostivých rodin. (Keudel, 1997)

Mezi dvě nejčastější a nejnámější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie, které lze rozdělit na specifické typy a dále poruchy příjmu potravy

nespecifické, kam zařazujeme syndrom nočního přejídání a záchvatovité přejídání. Syndrom nočního přejídání je pravděpodobně spojen s životním stresem a neúspěšnými pokusy o redukci váhy. Pro záchvatovité přejídání jsou typické záchvaty přejídání bez hladovek nebo zvracení. Po přejedení pacient trpí pocity úzkosti, je sebou znechucen či se cítí provinile. Obvykle bývá spojeno s nadváhou nebo obezitou. (Krch, 2005)

Rozeznáváme dva specifické typy mentální anorexie a mentální bulimie. U mentální anorexie se jedná o nebulimický (restriktivní) typ, který se vyznačuje tím, že během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání a bulimický (purgativní) typ, kdy u pacienta během epizody mentální anorexie dochází k opakovaným záchvatům přejídání. (Krch, 2005)

U mentální bulimie rozlišujeme purgativní a nepurgativní typ. U purgativního typu mentální bulimie pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa či diuretika, aby zabránil nárůstu hmotnosti po předchozím přejedení. Nepurgativní typ se od purgativního odlišuje tím, že pacient využívá přísných diet, hladovek nebo intenzivního fyzického cvičení, avšak nevyužívá pravidelné purgativní metody. (Krch, 2005)

1.1.1 Mentální bulimie (F50.2)

Mentální bulimie (MB) je onemocnění popisované jako opakující se záchvaty přejídání s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Jedná se o patologické přejídání, kdy má pacient neodolatelnou touhu po jídle se záchvaty přejídání, při kterých pacient sní velké dávky jídla během krátké doby. Po přejídání následuje zvracení. Stejně tak jako u mentální anorexie se u této poruchy projevuje chorobný strach z tloušťky. Bulimie někdy může být konečným stádiem mentální anorexie. (Malá, Pavlovský, 2002)

1.1.2 Mentální anorexie (F50.0)

Mentální anorexie (MA) je porucha, která se vyznačuje zejména záměrným snižováním tělesné hmotnosti. (Krch, 2005) Pro pacienty je typická změna postoje k jídlu, těší se z váhového úbytku. (Malá, Pavlovský, 2002) Někteří z pacientů omezujících se v jídlu mají zvýšený zájem o stravu, což se projevuje tím, že často na jídlo myslí, vyhledávají recepty a také rádi jídlo připravují. Někdy se také u pacientů setkáváme se změněnou či zvětšenou chutí, například na sladká jídla, což se vysvětluje jako přirozená adaptační reakce organismu, jako je tomu také po několika týdnech hladovění, kdy dochází k poklesu chuti k jídlu. (Krch, 2005) Nemocný nekonzumuje jídla, o kterých je známo, že se po nich přibírá, přehnaně cvičí, může zvracet či užívat projímadla, nebo další přípravky na zhubnutí, čímž dochází k poklesu jeho hmotnosti. (Krch, 2002) Pro tyto jedince je typická neobvykle dobrá informovanost, co se týče složení potravin, zejména informace o jejich energetické hodnotě. (Stožický, Pizingerová, 2004) Pacienti mívají strach z tloušťky, o svých tělesných proporcích mají zkreslenou představu. (Krch, 2002) Osoby s touto diagnózou často zneužívají různá léčiva, především projímadla, močopudné přípravky a léky tlumící chuť k jídlu (anorektika). (Leibold, Běhounková, 1995) Dospívající s anorexií často hledají uznání způsobem dosahování nadprůměrných výkonů. (Dörner, Plog, 1999) Dívky postižené mentální anorexií bývají obvykle nadprůměrně inteligentní, mají výborný prospěch ve škole, pochází často z rodin s vyšší sociální i hmotnou úrovní. Rodiče obvykle bývají středoškolsky a vysokoškolsky vzdělání. (Navrátilová a kol., 2000) Dívky s mentální anorexií často zatajují své obtíže, lžou a podvádí. (Raboch a kol., 2012)

Nemoc postihuje především mladé dívky a dospívající chlapce. Není jasné, jaké důvody je k tomu vedou, ale vznik těchto nemocí se přisuzuje především dnešním způsobům stravování, které se odlišují od dříve běžných způsobů stravování. (Faleide a kol., 2010) Poměr mezi nemocnými dívkami a chlapci se udává 1:10 ve prospěch dívek. (Hort, 2008) Prognóza nemoci bývá při včasném zachycení relativně dobrá. U chronických pacientů je nebezpečí úmrtí na sekundární infekce, metabolické selhání a sebevraždy. (Kříž, 2004) Zhruba u 50 % pacientů dojde k plnému návratu nemoci,

u čtvrtiny k částečnému návratu, poslední čtvrtina má chronický průběh, kdy jsou neschopni udržet si zdravou váhu, přetrvává u nich nadměrný zájem o jídlo a svou tělesnou hmotnost s vážnými fyzickými a psychosociálními obtížemi. U těžkých případů dochází až k rozvratu metabolismu s hypokalémií či k srdeční zástavě a následně k smrti. Odhaduje se, že okolo 5-10 % končí smrtí. (Raboch, 2012)

1.1.2.1 Atypická mentální anorexie (F50.1)

Jako atypická mentální anorexie se označují případy, u kterých chybí jeden či více ze symptomů, ale jinak vykazují téměř charakteristický klinický obraz. Mnohdy to bývá úbytek váhy pod BMI 17,5 a nižší a s tím spojená endokrinní porucha s amenoreou. Nezjišťuje se splnění dalších kritérií, především to, že si pacient pokles váhy způsobuje sám, nenacházíme strach z nadváhy. Někdy dochází ke snížení váhy, pokud člověk onemocní některým ze somatických onemocnění, například angínou, kterou často doprovází nechutenství. Avšak po odeznění somatické nemoci může necht' k jídlu i snižování tělesné hmotnosti pokračovat a vyvinout se v mentálně anorektické chování včetně zacházení a omezování se ve stravě. (Malá, Pavlovský, 2002)

1.2 Hladovění

Nedostatečný příjem energie a makronutrientů, neboli hladovění ve většině případů vede ke snížení hmotnosti a pokud překročí určitou hranici, dojde ke zhoršení některých funkcí organismu. Hladovění vede k podvýživě. (Grofová, 2007)

1.2.1 Malnutrice

Jde o stav zhoršené výživy, podvýživy. Může ji způsobit nepřiměřený příjem stravy, trávicí poruchy, poruchy vstřebávání nebo metabolismu, dále také zvýšená ztráta nebo potřeba organismu. (Kohout, Kotrlíková, 2009) K nejhorším následkům podvýživy patří smrt, dále také multiorgánové selhání, sepse, nehojení ran, infekce a další. (Grofová, 2007)

Malnutrici rozdělujeme na energetickou, proteinovou a proteinoenergetickou, která je kombinací obou předchozích. Později se začala rozdělovat na prostou (prosté hladovění) a malnutrici stressovou. (Kohout, Kotrlíková, 2009)

1.2.1.1 Energetická malnutrice (marasmus)

Takový stav podvýživy, kdy organismus nedostává dostatečné množství energie, jsou nízké zásoby tělesného tuku, avšak sérologické markery stavu výživy jsou v normě. (Kohout, Kotrlíková, 2009) Projevuje se růstovou retardací, úbytkem hmotnosti, úbytkem svaloviny a úbytkem podkožního tuku. (Svačina, 2008)

1.2.1.2 Proteinová malnutrice (kwashiorkor)

Tento typ podvýživy vzniká, pokud je dostatečný přísun energie, ale nízký přísun, nebo velké ztráty bílkovin. (Svačina, 2008) Při proteinové malnutrici je hladina nutričních proteinů v séru snížena. (Kohout, Kotrlíková, 2009) Vyskytuje se nejčastěji u alkoholiků, pacientů s depresemi, starých osob, některých alternativních způsobů stravování (makrobiotika, veganství) a některých chorob (renální nedostatečnost, nádory). Typicky se objevují otoky, nahromadění tekutiny v břišní dutině, úbytek svaloviny. (Grofová, 2007)

1.2.1.3 Prostá a stressová malnutrice

Prostá malnutrice se vyznačuje tím, že organismus se na nízký energetický příjem adaptuje, sníží se energetický výdej. Stressový typ malnutrice se vyskytuje u kriticky nemocných, kdy dochází k vystavení stressu, výdej energie je vysoký, organismus není schopen využívat tuky ze svých zásob, dochází k horšímu využití sacharidů. Organismus využije aminokyseliny z bílkovin vlastních tkání. (Kohout, Kotrlíková, 2009)

1.3 Zdravá výživa

1.3.1 Energie

Energetická potřeba je složena z bazálního metabolismu, energetického výdeje na práci svalů, zvýšené produkce tepla v těle po jídle (postprandiální termogeneze), potřeby pro růst organismu, těhotenství a laktaci. Doporučená výše příjmu energie se uvádí v megajoulech (MJ) a v kilokaloriích (kcal). Převodní vztah mezi nimi je 1 MJ odpovídá 239 kcal a 1 kcal se rovná 4, 184 kJ, tj. 0,004184 MJ. Základní energetická potřeba, tj. bazální metabolismus (BMR) představuje při běžné tělesné zátěži největší podíl energetického výdeje. Vypočítává se podle speciálních vzorů, nebo se měří prostřednictvím nepřímé kalorimetrie. (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2011)

1.3.2 Hlavní živiny

Součástí výživy lze rozdělit na makronutrienty a mikronutrienty. Mezi makronutrienty řadíme sacharidy, tuky a bílkoviny. Řadí se sem také vláknina, jež není makronutrientem, ale chemickou strukturou se jedná o polysacharid, který má velmi pozitivní účinky a významnou důležitost ve výživě člověka (Grofová, 2007)

Mezi tři základní živiny, které se podílejí na energetické hodnotě potravin, patří sacharidy, bílkoviny a tuky. (Ošancová, 1998) Jako základní se označují, protože tvoří 80- 90 % sušiny stravy. (Pánek, 2002) Také alkohol má energetickou hodnotu, která činí 29 KJ tedy 7 kcal na 1 gram, avšak mezi základní živiny jej nepočítáme. (Ošancová, 1998)

Přechodný nedostatek některé živiny je organismus schopný částečně nahradit tak, že si ji sám syntetizuje. Pokud nedostatek některé živiny přetrvává, organismus již není schopen jej nahradit, a proto dochází ke vzniku specifických poruch.(Pánek, 2002)

1.3.2.1 Sacharidy

Můžeme se setkat také se zastaralými názvy jako uhlohydráty nebo uhlovodany, které by se však již neměly používat.(Pánek, 2002) Sacharidy se skládají z uhlíku, vodíku a kyslíku, tělo je využívá jako stavební a zásobní látky.(Kukačka, 2009) Sacharidy jsou základní složkou lidské stravy. Podle nynějších výživových doporučení mají tvořit 55-60 % celkového denního energetického příjmu. Strava by se měla skládat především z polysacharidů, z nichž nejdůležitější je škrob obsažený v obilovinách, bramborách a luštěninách. Nejdůležitější funkcí sacharidů v organismu je poskytování energie, pokud se však přijatá energie ze sacharidů nespotřebuje, uloží se v podobě tuku. (Blatná, 2005) Energetická hodnota sacharidů je 17 KJ neboli 4 kcal na 1 gram. (Stránský, Ryšavá, 2014)

Pojem sacharidy v sobě zahrnuje jak cukry, tak polysacharidy včetně vlákniny. Do skupiny cukrů patří monosacharidy, disacharidy a oligosacharidy. Odborníci uvádí, že obsah cukru ve stravě by neměl být vyšší než 10 %. K polysacharidům patří škrob, dále glykogen a také neškrobové polysacharidy, které tvoří součást vlákniny. (Ošancová, 1998) K monosacharidům řadíme například glukózu (hroznový cukr) a fruktózu (ovocný cukr), které obsahují pouze jednu cukernou jednotku. V oligosacharidech je obsaženo 2-10 stejných či různých monosacharidů a patří mezi ně sacharóza (řepný cukr), laktóza (mléčný cukr), maltóza (sladový cukr) nebo také

sacharidy, které najdeme v luštěninách (stachylóza, rafinóza, aj.) a další. Polysacharidy jsou složeny z více než 10 monosacharidů, například škrob, celulóza, pektin a jiné. Poslední skupinou jsou složené (komplexní) sacharidy, které v sobě mají i jiné sloučeniny, například bílkoviny a tuky. (Blatná, 2005) Sacharidy jsou nezbytné při trávení a vstřebávání ostatních živin. (Dunne, Kirschmann, 1990)

Pokud sacharidy zcela vyloučíme ze stravy, dojde k odbourávání tuků a v krvi se nahromadí oxosloučeniny, jedná se o takzvanou ketoacidózu. Současně dochází k odbourávání tkáňových proteinů. Jako prevence ketoacidózy a úbytku proteinů ze svalů je nutný příjem 50 až 100 gramů sacharidů denně. (Pánek, 2002)

1.3.2.2 Bílkoviny

Bílkoviny, nebo také proteiny jsou vysokomolekulární látky složené z aminokyselin. Jsou nepostradatelnou součástí veškerých organismů a podléhají nepřetržité přeměně. (Stránský, Ryšavá, 2014) V molekulách bílkovin se vyskytuje asi 20 aminokyselin, 8 z nich, u dětí 9, je esenciálních, to znamená, že jsou nezbytné a náš organismus si je nedokáže sám vytvořit. Jsou to aminokyseliny leucin, izoleucin, valin, lysin, metionin, fenylalanin, tryptofan a threonin, u dětí navíc ještě histidin. (Blatná, 2005) Jejich energetická hodnota je 17 KJ neboli 4 kcal na 1 gram. (Ošancová, 1998)

Bílkoviny dělíme na živočišného a rostlinného původu. Cennější jsou bílkoviny živočišného původu, jejich složení více odpovídá potřebám lidského organismu. (Pánek, 2002) Z hlediska výživy dělíme bílkoviny na plnohodnotné, téměř plnohodnotné a neplnohodnotné. K bílkovinám plnohodnotným patří mléčné a vaječné bílkoviny, jež obsahují všechny esenciální aminokyseliny. Mezi téměř plnohodnotné bílkoviny řadíme svalovou bílkovinu, kde jsou některé esenciální aminokyseliny v mírném nedostatku. Poslední skupinou jsou bílkoviny neplnohodnotné, z nichž nejčastěji mluvíme o rostlinných bílkovinách, v nichž jsou některé z esenciálních aminokyselin v nedostatku. (Blatná, 2005)

Potřeba bílkovin je vyšší v době vývoje a růstu, tedy u dětí a dospívajících, ale také v těhotenství a u kojících žen, protože jsou to stavební kameny organismu. Ale i dospělý člověk bílkoviny potřebuje, protože jsou nepostradatelné pro všechny procesy v těle, jelikož například hormony, trávicí šťávy, enzymy jsou bílkoviny, nebo alespoň obsahují bílkovinnou složku. (Ošancová, 1998)

Minimální denní potřeba bílkovin pro dospělého člověka je asi 0,5 až 0,6 gramu proteinu na jeden kilogram tělesné hmotnosti. Při tomto příjmu se však mohou objevit různé zdravotní poruchy, proto se doporučuje 0,6-0,8 gramů bílkovin na kilogram tělesné hmotnosti. (Pánek, 2002) Příjem smíšené vyvážené stravy odpovídá podílu 8-10 % bílkovin na celkovém energetickém příjmu. (Stránský, Ryšavá, 2014)

1.3.2.3 Tuky

Tuky, nebo také lipidy jsou další ze tří nezbytných složek stravy. (Blatná, 2005) Optimální přísun tuků u osob s mírnou tělesnou aktivitou by neměl přesáhnout 30 % celkového energetického přísunu. Přísun do 35 % lze akceptovat při zvýšené tělesné námaze. (Stránský, Ryšavá, 2014) Jejich funkce ve výživě člověka jsou: největší zdroj energie ve stravě člověka, jejich energetická hodnota je 37 KJ (9 kcal) na 1 gram, což je přibližně dvakrát více, než energetická hodnota bílkovin a sacharidů, dále jsou nositelem látek, které jsou pro lidský organismus nezbytné, jako jsou esenciální mastné kyseliny, vitaminy rozpustné v tucích, což jsou vitaminy A, D, E, K a provitaminy vitamínu A- karoteny, také sterolů a dalších. Další funkcí tuků je navození pocitu sytosti, který se dostaví nejdříve asi za 30 minut po požití pokrmu. (Blatná, 2005)

Z hlediska výživy tuky dělíme na živočišné tuky a oleje a dále na rostlinné tuky a oleje. Do skupiny živočišných tuků a olejů řadíme mléčný tuk, sádlo a lůj. Nevýhodou živočišných tuků je složení jejich mastných kyselin, obsahují vysoký podíl nasycených a nízký obsah esenciálních mastných kyselin, a také relativně vysoký obsah cholesterolu. Jejich výhodou je vyšší oxidační stabilita a žádoucí chuťové vlastnosti.

Dalším živočišným tukem je rybí olej, který je složen především z esenciálních mastných kyselin, obsah nasycených kyselin je nízký. (Pánek, 2002)

Druhou skupinou jsou rostlinné tuky a oleje, které lze rozdělit do několika skupin, podle obsahu mastných kyselin. Oleje slunečnicový a řepkový zařazujeme do skupiny s převažující linolovou kyselinou, naopak olivový olej do skupiny s převažující kyselinou olejovou. Cholesterol přijímáme ve stravě v potravinách živočišného původu, především ve vejcích, másle, sádle, masu a mléce a v produktech, které se z nich vyrábí zejména v uzeninách a sýrech. Cholesterol je nezbytnou složkou řady lipoproteinů a membrán obzvláště v nervové tkáni a v zárodcích. Lidské tělo potřebuje asi 2 gramy cholesterolu denně, množství, které nepřijmeme ve stravě, si tělo samo syntetizuje v játrech. (Pánek, 2002)

1.3.2.4 Vlákna

Vlákna zahrnuje všechny polysacharidy, které nelze využít v trávicím traktu. Řadí se sem jak polysacharidy, které se přirozeně vyskytují v potravinách rostlinného původu, tak polysacharidy, které jsou přidávány do potravinářských výrobků za účelem úpravy konzistence či jejich schopnosti vázat vodu, například polysacharidy řas a mikroorganismů a tzv. modifikované tzn. fyzikálně či chemicky upravené škroby a celulosy. Mezi vlákna počítáme i nestravitelné části přírodního škrobu. (Kalač, 2003)

Vlákninu lze rozdělit na nerozpustnou ve vodě, především celulóza a hemicelulózy, a vlákninu rozpustnou ve vodě, například pektiny. Největší množství vlákniny konzumujeme spolu s ovocem, především pektiny a částečně celulózu, a se zeleninou především celulózu. Dalším významným zdrojem vlákniny jsou obiloviny, především vysokovymílaná nebo celozrnná mouka, kde je zastoupena celulóza, hemicelulózy a pentozany, u pekařských výrobků rezistentní škrob. Dále vlákninu najdeme v bramborách a v luštěninách. (Pánek, 2002)

V organismu vláknina plní řadu pozitivních funkcí, působí jako prevence vzniku rakoviny. Z dalších pozitivních účinků stojí určitě za zmínku pozitivní vliv nerozpustné vlákniny na zpevňování zubů a prevence zubního kazu, snížení přijímané energie, podpora činnosti střev a urychlení průchodu tráveniny střevním traktem. Pokud jde o vlákninu rozpustnou, k jejím pozitivním vlastnostem patří též snížení přijímané energie, dále omezení pocitu hladu, snížení hladiny krevního cholesterolu a žádoucí fermentace v tlustém střevu. (Ošancová, 1998)

Jako doporučený denní příjem vlákniny pro dospělé osoby se udává 30-40 g vlákniny denně, z čehož poměr nerozpustné a rozpustné části by měl být 3:1. U dětí se jako pravidlo pro určení doporučeného příjmu vlákniny používá věk dítěte +5. (Kalač, 2003)

1.3.2.5 Vitaminy

Jako vitaminy označujeme organické látky, které si tělo většinou nedokáže samo vyrobit a potřebuje je k regulaci řady metabolických dějů. (Ošancová, 1998) Neslouží jako zdroj energie, patří mezi nezbytné složky naší potravy, jelikož jsou součástí různých enzymů, důležitými antioxidanty, dále jsou nezbytné pro celou řadu metabolických pochodů. (Mourek, 2012) Dělí se na vitaminy rozpustné v tucích, kam řadíme vitamin A, D, E a K a vitaminy rozpustné ve vodě, kam patří vitaminy skupiny B a vitamin C. (Stránský, Ryšavá, 2014)

Zejména se upozorňuje na významné aspekty některých vitaminů, například vitamin E (tokoferol) se v současnosti považuje za velmi významný antioxidant, tzn. je účinný v boji proti v těle neustále vznikajících kyslíkových radikálů. Stejný účinek má také vitamin C (kyselina askorbová) a provitamin vitaminu A (β - karoten). (Mourek, 2012)

1.3.2.6 Minerální látky a stopové prvky

Minerální látky a stopové prvky, stejně jako vitaminy neslouží jako zdroj energie, ale jsou nepostradatelnou složkou naší stravy. Do této skupiny patří sodík, draslík, chlor, vápník, fosfor, železo, zinek a jód. (Mourek, 2012) Minerální látky jsou důležité pro celkovou duševní i fyzickou pohodu. Asi pouze 4 nebo 5 % tělesné hmotnosti připadá na minerální látky. Minerální látky jsou složkou kostí, zubů, měkkých tkání, svalů, krve a nervových buněk. (Dunne, Kirschmann, 1990)

Nejčastěji se mluví o nedostatku vápníku, kdy je ohrožen růst kostí, zuboviny a jiné, dále pak o nedostatku železa, který způsobuje poruchy krvevotvorby a také o nedostatku jódu, jenž je nezbytnou součástí hormonů štítné žlázy a při jeho nedostatku je ohrožen vývoj jedince, dochází k poruchám metabolismu atd. (Mourek, 2012)

1.4 Historie mentální anorexie

Už v dějinách spadalo odmítání jídla mezi běžné příznaky somatických poruch a mnoha psychiatrických syndromů. Křesťané drželi půst jako součást sebetrestajících praktik. Až přehnané nebo neobvyklé typy odřikání jídla byly považovány za příznaky psychické poruchy. (Krch, 2005)

Název mentální anorexie (anorexia nervosa) naznačuje, že se jedná o psychickou ztrátu chuti k jídlu. Pojem anorexie v antické době označoval stav nedostatečné „orexis“, to je celková vyčerpanost, apatie. (Krch, 2005)

První lékařský popis mentální anorexie se přičítá Richardu Mortonovi, který tak učinil v roce 1694. V české odborné literatuře jako první případy poruch příjmu potravy, včetně jejich léčby popsali Vratislav Jonáš (1941) a Otakar Janota (1946). (Papežová, 2000) Dlouhou dobu se mentální anorexii jako vážné diagnóze nevěnovala pozornost. V USA, Německu a Itálii se k ní začala obracet pozornost až ve 20. století. V posledních letech se zvýšil zájem veřejnosti o toto dříve poměrně zanedbávané vážné onemocnění. (Krch, 2005)

1.5 Příčiny vzniku mentální anorexie

Existuje spousta různých hypotéz o příčinách vzniku mentální anorexie. Avšak, v dnešní době převládá názor, že etiologie tohoto onemocnění je multifaktoriální. Jako hlavní příčinný faktor či událost, jejichž výskyt by byl u většiny nemocných a vysvětlil by jejich obtíže, se považuje držení diet. (Krch, 2002) Obvykle se však uvádí, že se jedná o soubor několika faktorů, jak sociokulturních a rodinných, tak rysů osobnosti, vývojových a biologických faktorů, též sem však patří vliv nepříznivých životních situací. (Krch, 2005) V některých případech je příčinou vzniku mentální anorexie u dívek touha stát se modelkou. (Navrátilová a kol, 2000) Studie ukazují, že strukturální a funkční abnormality mozku, včetně kortikální atrofie¹ a abnormalit mozkových obvodů mohou hrát hlavní roli rozvoji mentální anorexie. (Lash, Frampton, 2011)

1.5.1 Sociální a kulturní faktory

V 80. a 90. letech se předpokládalo, že PPP jsou způsobeny rychle se měnící kulturou, která oslavovala nadměrnou štíhlost a sebekontrolu. Důvody pro tuto hypotézu byly především zvyšující se výskyt PPP v zemích „západního“ světa, mezi přistěhovalci (například řecké dívky v Německu či arabské studentky v Anglii), baletkami, modelkami, dále také v kulturách, jež po druhé světové válce usilovaly co nejrychleji se přizpůsobit životnímu stylu na západě a jejich hodnotám, jako například v Japonsku, Hongkongu, Izraeli a Argentině. Mezi lety 1968 až 1978 se v ženských časopisech vyskytovalo o 70% více článků týkajících se diet, než v předcházejících deseti letech. Také potravinářský průmysl produkuje ještě větší množství „light“ výrobků. (Krch, 2005)

Mentální anorexie i mentální bulimie patří mezi kulturně podmíněné syndromy. Mezi vlivy, které vedou k rozvoji PPP, patří média, společenská hodnota postavy a vzhledu, zdravotní, společenský a kulturní význam potavy, úloha a pozice ženy ve

¹ Kortikální atrofie= zmenšení mozkové kůry

společnosti, ale také nadměrná sociální úzkost, náchylnost k radikálním postojům, snížené sebeovládání, aktivity prováděné ve volném čase a další. (Krch, 2005)

1.5.2 Biologické faktory

K nejvýznamnějším rizikovým faktorům vzniku poruch příjmu potravy patří ženské pohlaví, pro které platí desetkrát vyšší pravděpodobnost vzniku mentální anorexie. K největším změnám tělesným a psychickým, které hrají význam v riziku vzniku PPP, dochází v dospívání. (Krch, 2005) Pro pubertu je typické, že se zvyšuje nespokojenost dívek s vlastním vzhledem, kterou způsobuje rychlý nárůst tělesné hmotnosti, důležitou roli zde hraje také místo ukládání tělesného tuku. Poruchy příjmu potravy se nejčastěji vyskytují v obdobích života, ve kterých dochází k rychlým a viditelným změnám tělesných proporcí, nejčastěji tedy v dospívání a těhotenství. (Krch, 2002)

U žen postižených mentální anorexií, často dochází k nepravidelnosti menstruačního cyklu, či úplnému vymizení menstruace (amenorea). Amenorea většinou vzniká až při poklesu tělesné hmotnosti, ale asi u 10-20 % anorektiček se objevuje již při omezení příjmu stravy, které vede k endokrinním změnám. (Krch, 2005) V dospívání dochází k rozvoji sekundárních pohlavních znaků, nástupu menstruace a smíření se se svou pohlavní rolí. U dívek často souvisí onemocnění s odmítáním ženské role. (Dörner, Plog, 1999)

1.5.3 Životní události

Některé životní události mohou patřit mezi významné spouštěcí faktory poruch příjmu potravy. Patří sem takové životní situace, kdy někdo naráží na nadváhu a tělesný vzhled dané osoby, říká jí, že je silná, tlustá nebo že by měla redukovat svou váhu. Mohou sem patřit také rodinné problémy, izolace od rodiny, sexuální či jiné konfrontace, osobní neúspěchy a podstatné životní změny. (Krch, 2005)

1.5.4 Rodinné a genetické faktory

Většina klinických studií uvádí přítomnost PPP mezi sourozenci pacientů mezi 3-10 %, avšak mnohdy se poruchy příjmu potravy a narušené jídelní chování častěji vyskytují u matek anorektických dívek. (Krch, 2005) Vliv genetiky na vznik mentální anorexie se odhaduje na 50-90 %. Mezi další rodinné vlivy se řadí perinatální trauma, výskyt obezity u příbuzných a předčasné oddělení od rodičů. (Raboch, 2012) Studie, které se zabývaly vlivem genetické predispozice na vznik mentální anorexie, srovnávaly soubory jednovaječných a dvojvaječných dvojčat, kdy výskyt mentální anorexie u jednovaječných dvojčat byl ve 30-50 % a u dvojvaječných 10-20 %. (Lask, Bryant-Waugh, 2013)

1.5.5 Emocionální faktory

Pacienty s mentální anorexií často postihuje deprese a úzkost, protože velká část depresivních a úzkostných symptomů je propojena se strachem o postavu a tělesnou hmotnost. Na mentální anorexii se pohlíží také jako na druh sebevražedného chování, protože ani výrazná kachexie a riziko úmrtí nezpůsobují u pacientek pokles strachu z tloušťky, ani změnu stravovacího chování. (Krch, 2005)

1.6 Příznaky a zdravotní komplikace mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy mohou přivodit pacientům mnoho zdravotních problémů, které zvyšují riziko úmrtí na tato onemocnění. (Krch, 2005) Zdravotní komplikace u mentální anorexie jsou reverzibilní, pokud se pacient vrátí ke klasické zdravé stavě a dosáhne normální tělesné hmotnosti. (Papežová, 2000) Nejčastěji se jedná o srdeční komplikace, jež jsou nejčastěji důsledkem smrti u pacientek, jelikož souvisí s narušením rovnováhy vnitřního prostředí u nemocných, kteří zvracejí, zneužívají laxativa či

diuretika v nadměrných dávkách. K dalším nebezpečím patří velmi rychlá realimentace pacienta, která může způsobit smrtelnou srdeční zástavu, jejíž příčina není zcela známá. Předpoklad je, že při hladovění dochází k nedostatku fosfátů a tento nedostatek se zhorší při rychlé realimentaci glukózou a rychlá náhrada tekutin může nadměrně zatěžovat oslabený srdeční sval. Je proto nutné ji provádět pozvolna. (Krch, 2005)

Mezi další nejčastější zdravotní komplikace postihující osoby s mentální anorexií patří přecitlivělost na chlad, otoky a omrzliny, poruchy spánku, často také brzké ranní probouzení, časté močení, jak přes den, tak v noci, dále pak nárůst jemného ochlupení po těle (lanugo), nízký krevní tlak, časté omdlívání, osteoporóza, která může vést až k deformacím páteře a častým zlomeninám. (Papežová, 2000) U mentálních anorektiček se totiž zpomaluje vyžívání kostí a jejich vývoj se může až úplně zastavit. K tomu dochází v případě takové ztráty hmotnosti, která zapříčiní amenorheu. U pacientů nekonzumujících mléčné výrobky, které obsahují vitamin D a tuky se lze setkat s osteomalácií, tzn. měknutím kostí. U pacientů s mentální anorexií se však častěji vyskytuje osteoporóza. Osteoporózu lze prokázat už v průběhu prvních dvou let mentální anorexie a souvisí s dobou trvání nemoci a s hmotnostním indexem pacienta. Ztráta kostní tkáně u mentální anorexie se při dosažení normální tělesné hmotnosti a navrácení menstruačního cyklu do určité míry upraví. (Krch, 2005)

Z gastrointestinálních komplikací u mentálních anorektiček se někdy setkáváme s benigním zduřením parotických slinných žláz. Zvracející anorektičky trpí záněty jícnu, erozemi v jícnu a vředy. Žaludeční obtíže se objevují zřídka, nejčastěji v podobě žaludečních vředů. Nadměrné užívání projímadel, například bisakodyl a antrachinony mnohdy vyvolávají nevolnost, zvracení, střídání zácpy a průjmu, někdy i malabsorpci a další střevní onemocnění. Také se ve spojitosti s realimentací u mentální anorexie uvádí vznik akutní pankreatitidy. Při realimentaci je tedy zapotřebí monitorovat hladiny amyláz v séru a postupovat obezřetně. (Krch, 2005)

Osoby s mentální anorexií mají často zvýšený cholesterol v krvi, který stoupá v důsledku nedostatku estrogenu vlivem poškozené funkce jater. (Papežová, 2000) Až 50 % pacientů s mentální anorexií má zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. (Krch, 2005)

Rovněž ledviny jsou ohroženy infekcí či tvorbou kamenů, může dojít k jejich selhání. (Papežová, 2000) Nejčastějšími renálními komplikacemi u anorektických pacientů jsou hypokalemie, hyponatremie, hypochloremie a hypochlorní metabolická alkalóza, která se objevuje u dehydratovaných pacientů z důvodů zvracení nebo užívání vysokých dávek projímadel a diuretik. (Krch, 2005)

Zvracení, klystíry, nadužívání projímadel a diuretik vyvolávají akutní poruchu elektrolytové rovnováhy, která může být příčinou mnoha neurologických komplikací, například stavů akutní zmatenosti, tetanie a svalové slabosti, také u pacientů můžeme diagnostikovat abnormální záznamy EEG. (Krch, 2005)

U osob s mentální anorexií se můžeme setkat s dermatologickými komplikacemi, jenž mají řadu příčin, ať se jedná o nedostatečnou výživu (například suchá šupinatá kůže, lanugo), záměrné zvracení (například purpura, modřiny, mozoly na hřbetech rukou) a vyrážky na kůži vyvolané užíváním projímadel a diuretik. (Krch, 2005) Ke kožním změnám patří především padání vlasů, které jsou křehké a lámavé. Nehty se třepí a lámou. (Navrátilová a kol., 2000)

1.7 Diagnostika MA

1.7.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)

Mezi tato kritéria řadíme:

- a) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou hmotností, nebo BMI, index hmoty těla, je 17,5 nebo nižší. U pacientů před pubertou během růstu nedochází k očekávanému hmotnostnímu přírůstku. (Hort, 2008)
- b) Pokles hmotnosti si přivodí pacient sám tak, že nekonzumuje jídla, „po nichž se tloustne“ a užitím jednoho či více prostředků, mezi něž patří zvracení, použití projímadel (laxativa), léků potlačující chuť k jídlu

(anorektika) a látek, jež zvyšují vylučování moči a odvodňují organismus (diuretika), dále pacient nadměrně cvičí. (Krch, 2005)

- c) U pacientů je přítomna obava z tloušťky i přes jejich velmi nízkou tělesnou hmotnost (Krch, 2003)
- d) Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-pituitární-gonádovou osu, se u ženy projevuje amenoreou a u muže ztrátou sexuálního zájmu a potence. Zjevnou výjimkou u žen může být děložní krvácení, které přetrvává i u anorektických žen užívajících náhradní hormonální léčbu. (Krch, 2005) U nemocných se může vyskytnout také zvýšená hladina růstového hormonu somatotropinu, nebo kortizolu, může docházet k změnám periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchýlení ve vylučování inzulinu. (Hort, 2008)
- e) Pokud dojde k vzniku onemocnění před pubertou, tak se projevy puberty opozdí, nebo úplně zastaví, což se projeví jako zástava růstu. (Hort, 2008) U dívek vzniká amenorea, která znamená absenci tří po sobě jdoucích menstruačních cyklů. (Fairburn, Brownell, 2002) Dále se nevyvíjí prsa, u chlapců zůstávají dětské genitálie. Po vyléčení obvykle dojde k dokončení puberty, ovšem menarche bývá zpožděna. (Hort, 2008)

Pro konečné diagnostikování mentální anorexie je nutná přítomnost všech z uvedených symptomů, chybí-li jeden či více z příznaků, například amenorea nebo výrazný pokles hmotnosti, ale jinak má pacient typický klinický obraz, jedná se o atypickou formu mentální anorexie. (Hort, 2008)

1.8 Terapie

Terapie je velmi obtížná, musí být multidisciplinární, zahrnuje psychoterapii, úpravu chování a sociálních vztahů, nutriční pomoc. (Stožický, 2004) Nejprve je nutné rozhodnout, zda je pacienta nutné hospitalizovat, nebo zda postačí léčba ambulantní. (Hort, 2008) Při neúspěchu ambulantní léčby je nutná hospitalizace pacientů. Na počátku hospitalizace je potřebné zhodnotit stav výživy a hydratace. Při snaze o návrat pacienta do optimálního tělesného stavu se musí dbát na zásady správné realimentace. (Krch, 2005)

Potřebná energetická hodnota stravy závisí na pacientových potřebách a objektivně ji lze určit pomocí klidového energetického výdeje. Na začátku stačí pokrýt základní energetickou potřebu. Nadměrný energetický příjem je nežádoucí, protože živiny nestačí organismus využít. (Svačina, 2008) Pozvolna se během jednoho až dvou týdnů kalorická hodnota stravy zvyšuje až na doporučených 3000-3500 kcal. Vhodná je také lehká svalová činnost, bez níž by se neobnovila svalová hmota, ale ukládal by se tuk. Doporučuje se podávat stravu bohatou na proteiny, s nadbytkem vitamínů, 6x denně. Pokud pacient při realimentaci nespolupracuje, je v některých případech nutné zavést sondu. (Krch, 2005)

Důležitou součástí terapie mentální anorexie je psychoterapeutický a režimový přístup. Psychoterapeutický přístup je vždy individuální, je závislý na řadě okolností, například věk a osobnost pacienta, fáze onemocnění a motivace ke spolupráci. (Krch, 2005)

Jako další se používá kognitivně- behaviorální terapie, jež se snaží o změnu postoje k vlastnímu tělu, jídelního chování, způsobu myšlení, jež souvisí s vývojem a trváním nemoci. U mladších pacientů žijících u svých rodičů, je součástí jejich léčby rodinná terapie. Rodinné problémy mohou mít vliv, jak na vznik, tak na udržování nemoci. (Krch, 2005)

Nezbytnou složkou léčby je farmakoterapie. Zásadní význam mají především psychofarmaka. Další vhodné farmakologické preparáty využívané u stavů kachexie a nedostatečné výživy jsou vitaminy a minerální látky. Také se někdy využívá léků, jež

mají jako vedlejší účinek zvýšení chuti k jídlu. Neustále diskutovanou záležitostí je gynekologická medikamentózní terapie amenorey. Někteří umělé vyvolání menstruačního krvácení při nízké hmotnosti považují za nevhodné, jiní poukazují na nebezpečí nevratných změn v oblasti dělohy a riziko osteoporózy. (Krch, 2005)

Často je nutné léčbu provádět v ústavních zařízeních- na psychiatrii, u vážných případů na metabolických jednotkách. V posledních letech se zřizují specializovaná centra a oddělení poruch příjmu potravy. (Malá, Pavlovský, 2002) Léčba bývá úspěšná asi u 70 % pacientů. U zbylých trvají problémy se stravou, poruchy menstruačního cyklu a plodnosti, problémy v partnerských vztazích. (Kříž, 2004) Cílem léčby je analýza a změna chování, jež je specificky sdruženo s poruchami a změnou životního postoje pacientů. K vyřešení závislostí a konfliktů pomáhá zařazení rodinných příslušníků do procesu terapie. (Rahn, Mahnkopf, 2000)

2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem této práce bylo zmapovat obsah a kvalitu jídelníčku osob s diagnózou mentální anorexie.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké je složení jídelníčku dívek s mentální anorexií před terapií?
2. Jaké je složení jídelníčku dívek s mentální anorexií v terapii?

3 Metodika práce

3.1 Použitá metodika

V bakalářské práci bylo pro zpracování výzkumné části využito metody kvantitativního i kvalitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum jsem provedla prostřednictvím dotazníku. Dotazník obsahoval 38 otázek, z nichž bylo 12 otázek otevřených, 4 otázky polootevřené a 22 otázek uzavřených. Kvalitativní výzkum jsem provedla formou záznamového šetření. Vytvořila jsem tabulku pro týdenní záznam stravy pacientek. Každý den byl rozdělen do několika kolonek, jedna k vyplnění času konzumu daného jídla, další pro zapsání množství a druhu potravin a poslední kolonka pro nápoje. Jednotlivé dny byly rozčleněny do pěti denních jídel- snídaně; přesnídávky; oběda; svačiny a večeře a dále v dolní části tabulky bylo vyhrazené místo označené něco navíc, k vyplnění potravin konzumovaných mimo jednotlivá jídla (viz přílohy). V první fázi jsem se seznámila se všemi respondentkami, informovala jsem je o tom, čím se zabývá má bakalářská práce. Ujistila jsem je v tom, že všechny informace, které mi poskytnou, zůstanou anonymní. Dále jsem jim dala jim k dispozici připravený dotazník a tabulky pro zápis stravy a vysvětlila, jakým způsobem mají svůj jídelníček zapisovat a jak vyplnit dotazník. Po vzájemné domluvě o způsobu předání vyplněných materiálů pro mou bakalářskou práci, jsem se s respondentkami dohodla, že jakmile budou mít dotazník a týdenní jídelníček vyplněný, tak mi jej zašlou na moji emailovou adresu. Jídelníčky byly zpracovány propočtem v programu „Nutriservis profesional“ a porovnáním výsledků s doporučenými denními hodnotami jednotlivých makronutrientů a vlákniny pro konkrétní respondenty. Celý výzkum probíhal v období od února do dubna 2015. Pro prezentaci výsledků dotazníkového šetření bylo využito tabulky (viz přílohy) a k propočtu jednotlivých jídelníčků byl využit program „Nutriservis Profesional“.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo 6 respondentů ve věku od 12 do 20 let. Všichni respondenti byli ženského pohlaví. Respondenty tvořily 3 dívky kontaktované prostřednictvím internetu, které jsem oslovila po získání jejich kontaktu v diskuzi na internetových stránkách zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy, 2 respondentky byly dívky s mentální anorexií z mého blízkého okolí a z okolí mých přátel a 1 respondentka, kterou jsem získala v průběhu absolvování praxe v nemocnici. Všechny dívky jsou studentky.

3.2.1 Faktory ovlivňující výběr souboru

- a. osoba s mentální anorexií ve věku v rozmezí 12-20 let
- b. ženské pohlaví
- c. dívky před terapií a během terapie

3.3 Sběr dat

Sběr dat probíhal formou písemného vyplňování dotazníku a zaznamenáváním týdenního jídelníčku. Jednotlivá data jsem shromažďovala v období od února do dubna 2015. Výzkum probíhal po dobu jednoho týdne u 4 respondentek, zbylé 2 respondentky vyplněné materiály zaslaly se zpožděním 2-3 týdnů z důvodu nadměrného vytížení ve škole. Veškeré údaje a informace respondentky zaznamenávaly samy. Ke zpracování jídelníčků a propočtu hodnot energie, sacharidů, tuků, bílkovin a vlákniny jsem využila program „Nutriservis Profesional.“ Ke zhodnocení příjmu energie, makroživin a vlákniny, jsem využila záznamových listů, do kterých dívky po dobu týdne vyplňovaly zkonsumovanou stravu a nápoje. Na základě dotazníku jsem o dívkách zjistila informace týkající se jejich věku, výšky a také hmotnosti, jak před tím, než

začaly držet dietu, tak také jejich nejnižší hmotnost na kterou zhubnuly a jejich aktuální hmotnost. Dále jsem v dotazníku zjišťovala faktory, které jejich rozhodnutí zhubnout podpořily, jako jsou například poznámky k jejich postavě od jejich vrstevníků, či od rodiny a také možný vliv médií. Jako další mě zajímalo, jak často dívky sportují, zdali se se svou nemocí léčí a v případě že ano, jak dlouhou dobu se léčí a jestli byly hospitalizované v nemocnici. Následující otázky se týkaly jejich náhledu na svou nynější postavu a také na změny, které mohly na svém těle v souvislosti s anorexií zpozorovat, například padání vlasů, amenorheu a další. Také jsem se v dotazníku zajímala o to, jaký typ jídel dívky ve své stravě nejvíc omezily, zdali k hubnutí využívaly některé z podpůrných přípravků, jako jsou laxativa či diuretika, kolikrát denně se stravují a nakonec jestli navštěvují, či navštěvovaly některého z odborníků, psychologa nebo psychiatra.

3.4 Analýza dat

U jednotlivých respondentů jsem si na základě získaných informací z dotazníku spočítala jejich aktuální, nejvyšší a nejnižší hodnotu BMI a také jejich ideální hmotnost. S pomocí knihy „Referenční hodnoty pro příjem živin“ jsem určila doporučený denní příjem energie, sacharidů, tuků, bílkovin a vlákniny jednotlivých respondentek s přihlédnutím k jejich ideální hmotnosti, kterou jsem spočítala pomocí BMI. To jsem si vždy zvolila kolem hodnoty 25. Jídelníčky pro jednotlivé dny, které mi respondentky vyplnily, jsem zpracovala pomocí programu „Nutriservis Profesional“. Propočtené hodnoty energie, sacharidů, tuků, bílkovin a vlákniny jsem porovnávala s doporučenými denními hodnotami pro ideální hmotnost jednotlivých respondentek. Doporučenou hodnotu bílkovin pro jednotlivé dívky jsem si vyhledala v knize „Referenční hodnoty pro příjem živin“ a dále jsem dopočítala hodnotu sacharidů a tuků na 1kg tělesné hmotnosti a den. V jídelníčku respondentek mě zajímala kvalita a složení stravy, zdali je strava plnohodnotná, či neplnohodnotná a které hlavní živiny dívkám ve stravě chybí.

Zajímá mě rozdíl v kvalitě a složení jídelníčku dívek, které se s mentální anorexií neléčí a dívek, jež jsou v terapii.

Nutriservis je program vyvinutý společností Forsapi s.r.o., jenž se zabývá problematikou výživy a speciální nutriční péče. Propočítává energetické hodnoty potravin zadaných uživatelem. Na konci každého dne nalezneme tabulku s přehledem nejen o přijaté energii, hodnotách sacharidů, tuků, bílkovin a vlákniny, ale také o množství přijatého cholesterolu, sodíku, draslíku, minerálních látek vápníku, fosforu, železa, vitamínu C, nasycených mastných kyselin (SAFA) a dalších látek. Pod propočtem vybraných dní, ve spodní části stránky se nachází tabulka s průměrnými hodnotami výše vyjmenovaných složek stravy za vybrané dny.

Data získaná z dotazníku jsem zpracovala tak, že jsem je sepsala zvlášť v úvodu každého respondenta. Nakonec jsem informace z dotazníků všech respondentek zpracovala do přehledné tabulky, ve které lze porovnat, v čem se odpovědi respondentek shodovaly a v čem naopak lišily. (viz přílohy)

V úvodu jsou u každého respondenta shrnuty informace z dotazníku, následuje výpočet BMI a ideální hmotnosti, dále propočet vhodného příjmu energie, bílkovin, sacharidů, tuků a vlákniny v přehledné tabulce a průměrný energetický příjem se všemi makroživinami za 7 dní, vypočítaný programem Nutriservis. Následuje zhodnocení a vlastní rozbor jídelníčků. U každého respondenta je uvedeno, zdali je v terapii, či před terapií.

Výpočet BMI (Body Mass Index), tj. index tělesné hmotnosti, jsem prováděla pomocí vzorce:
$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)}^2}$$

Zdroj: GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora praktický rádce pro sestry*

Tabulka 1: Hodnocení tělesné hmotnosti podle BMI

BMI	Hodnocení	Riziko pro morbiditu
< 18,5	podváha	nízké až zvýšené
18,5- 24,9	normální hmotnost	nízké
25,0- 29,9	nadváha	lehce zvýšené
30,0- 34,9	obezita 1. stupně	mírně zvýšené
35,0- 39,9	obezita 2. stupně	silně zvýšené
≥ 40,0	obezita 3. stupně (morbidní obezita)	vysoké

Zdroj: STRÁNSKÝ, Miroslav a Lýdie RYŠAVÁ. *Fyziologie a patofyziologie výživy*

4 Výsledky

4.1 RESPONDENT č. 1

Věk: 18 let

Výška: 168 cm

Respondentka je studentkou střední školy.

Kontakt na respondentku č. 1, kterou v tomto výzkumu budu označovat jménem Iveta, jsem získala na internetových stránkách zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy. Iveta je nyní v terapii. Nejnižší hmotnost, kterou měla, byla 37 kg a aktuální hmotnost je 45 kg. Když se rozhodla zhubnout, tak vážila 58 kg. Iveta začala dietu držet před 4 roky, na 37 kg, tedy svou nejnižší váhu se dostala během necelých 3 měsíců. Iveta byla za účelem zhubnutí ochotna hladovět. Dívka je jedináček a její rodiče jsou rozvedeni. Se svou matkou i otcem nemá dobrý vztah. Spolužáci Ivety neměli na rozdíl od jejích rodičů k její postavě poznámky. Avšak kritika její postavy rodiči neovlivnila to, že začala hubnout, ovlivnilo to až nalezení partnera, protože se mu líbily velmi štíhlé dívky.

Osoby, se kterými často přicházela do kontaktu, tj. rodina či blízcí přátelé stejně jako ona často drželi diety. Během svého hubnutí Iveta cvičila několikrát denně. Ani v současné době se svou postavou není spokojená. Již 4 roky se s anorexií léčí. Po dobu 5 měsíců byla hospitalizovaná v nemocnici. Od začátku léčby přibrala 8 kg. Váží se jednou za týden. Svou postavu by aktuálně označila jako průměrnou. Často svou postavu porovnává s některými ženami z médií.

Iveta na sobě v souvislosti s onemocněním vyzorovala tělesné změny, jako padání vlasů, lámající se nehty, amenorheu, suchou kůži a častou únavu. Během své diety nežívala přípravky na hubnutí, ale využívala laxativ. Nevyužívala purgativní metody. Ve stravě se zaměřila na omezení sladkých a tučných jídel, dále masa a uzenin. Iveta má každý den jídlo rozděleno do 3-4 porcí. Pravidelně podstupuje psychoterapii a navštěvuje psychiatra.

Její aktuální BMI je 15,94, které patří do kategorie podváhy. Když se rozhodla začít hubnout, tak při 58 kg bylo její BMI 20,54, což znamená, že byla v normě. Při její nejnižší hmotnosti, tj. 37 kg činila hodnota jejího BMI pouhých 13,1. Ideální hmotnost pro Ivetu jsem si určila 70 kg, tedy BMI 24,8.

Způsob výpočtu hodnot doporučených denních dávek pro Ivetu: (Tabulka 2)

- doporučená hodnota energie: Referenční hodnoty pro příjem živin
- doporučený příjem bílkovin: 0,8 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet doporučené hodnoty příjmu tuků: 1,08 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet doporučené hodnoty příjmu sacharidů: 4,9 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet doporučené hodnoty příjmu vlákniny: věk v letech + 5

Tabulka 2: Doporučené hodnoty pro příjem energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny na 1 den

Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
9623,2	56	75,9	340,2	23

Zdroj: Společnost pro výživu: *Referenční hodnoty pro příjem živin*, vlastní výpočet

Tabulka 3: Průměrné hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny za týden

Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
4758	59,9	32,3	160,9	10,5

Zdroj: Nutriservis

Příjem bílkovin v přepočtu na 1 kg současné tělesné hmotnosti z průměrných týdenních hodnot u Ivetu: 1,3 g

Zhodnocení: Z hodnot v tabulce 2 je patrné, že příjem energie a prakticky všech makroživin a vlákniny za týden je v nedostatku (porovnání s tabulkou 1). Průměrná hodnota energie, tuků, sacharidů a vlákniny přijatých za týden je více než o polovinu nižší, než je doporučená hodnota pro ideální hmotnost. Naopak hodnota příjmu bílkovin je v mírném nadbytku, na 1 kg své současné hmotnosti Iveta konzumovala průměrně 1,3 g bílkovin.

Na první pohled mě v jídelníčku zaujalo, že dívka se snaží stravovat pravidelně 4-5 x denně. Další nápadnou věcí v jídelníčku je, že si po každé snídani, obědě a večeři bere žvýkačku. Každý den se v jídelníčku objevuje ovoce a zelenina. Jídelníček není nijak zvlášť pestrý, dokola se v něm objevují stejné potraviny. Ivetina strava je vesměs vegetariánská, za celý týden se v ní objevil pouze kousek kuřecího masa (100g) a jedenkrát krůtí šunka (100g). Ve stravě měla velmi malé množství plnohodnotných bílkovin získaných z masa. Také v jídelníčku chyběly ryby, které jsou potřebným zdrojem omega-3 mastných kyselin. Jídelníček je ve velké míře složen z mléčných výrobků, jako je například sýr Lučina, odtučněný tvaroh, 20 % sýr tvrdý sýr, ovocné jogurty či tvarohy a další. V týdenním jídelníčku Ivety se 3x objevily luštěniny, které jsou dobrým zdrojem vlákniny. Ve stravě dívky chybí zastoupení tuků a též olejů, které jsou zdrojem omega-3 a omega-6 mastných kyselin. Nízký obsah tuku ve stravě jídelníčku je nevýhodný zejména kvůli využitelnosti vitaminů rozpustných v tucích. Vejce se v jídelníčku nevyskytují. Převážnou část sacharidů v jídelníčku tvoří polysacharidy, které přijímá v rýži, žitném chlebu či bramborách. V menší míře se pak vyskytují jednoduché cukry z ovoce či ochucených jogurtů.

V jídelníčku je každý den, alespoň jedno teplé jídlo a to k obědu. V pátek, sobotu a neděli měla Iveta teplé jídlo i k večeři. Mimo pátku se v jídelníčku vyskytuje velmi malé množství vlákniny, která je mimo jiné důležitá pro správnou činnost střev. Pitný režim je každý den stejný, složen jen z vody. Příjem tekutin činí 1250 ml. Teplé nápoje se v jídelníčku nevyskytují.

4.2 RESPONDENT č. 2

Věk: 16 let

Výška: 166 cm

Respondentka je studentkou střední školy.

Respondentku č. 2, které jsem pro tento výzkum přiřadila jméno Martina, jsem kontaktovala osobně, jelikož se s ní dobře znám, a proto nebyl v naší spolupráci žádný problém. Martina se s mentální anorexií neléčí. Její nynější hmotnost je 47 kg, což je také nejnižší hmotnost, kterou kdy měla. Martina se rozhodla zhubnout, když vážila 89 kg. Dietu začala dodržovat zhruba před 10 měsíci, na 47 kg se jí podařilo zhubnout během 6 měsíců. Za účelem redukce hmotnosti byla ochotna hladovět. Spolužáci Martiny ji často napadali poznámkami k její postavě, avšak ani rodině, ani třídnímu učiteli o tom neřekla. Rodina dívky je kompletní, má také sourozence, s matkou i otcem má dobrý vztah. Její rodina někdy její postavu kritizovala, což podpořilo její rozhodnutí v tom začít držet dietu. Toto rozhodnutí také ovlivnila kritika její postavy od spolužáků ve škole.

Martina často držela diety za účelem redukce hmotnosti. Příslušníci její rodiny i blízcí přátelé často redukční diety drželi. Svou hmotnost kontroluje na váze několikrát za den. Během své snahy o zhubnutí velmi často cvičila a to několikrát denně. Ani nyní se svou postavou není spokojená. Zhodnotila by ji jako průměrnou.

Na svém těle vyzorovala změny spojené s mentální anorexií a to, že se u ní vyskytla amenorhea a silná únava. Z médií s nikým svou postavu nesrovnává. V boji za štíhlou postavou nevyužívala, ani přípravků na hubnutí, projímadel a diuretik, ani purgativních metod. Ve své stravě se zaměřila na omezení konzumu sladkých a tučných jídel. Stravu má rozloženou do 4-5 porcí denně. Nevyhledala pomoc ani psychologickou, ani psychiatrickou.

BMI pro současnou hmotnost Martiny je 17,05 tedy patří do kategorie podváhy. Při její nejvyšší hmotnosti, tedy při 89 kg hodnota BMI byla 32,29, což spadá do kategorie mírné obezity. Ideální hmotnost dívky jsem výpočtem určila na 68 kg, což odpovídá BMI 24,67.

Způsob výpočtu doporučených denních dávek pro Martinu: (Tabulka 4)

- doporučená hodnota energie: Referenční hodnoty pro příjem živin
- výpočet hodnoty bílkovin: 0,8 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty tuků: 1,1 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty sacharidů: 5,03 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty vlákniny: věk v letech + 5

Tabulka 4: Doporučené hodnoty pro příjem energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny na 1 den

Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
9623,2	54,4	75,9	341,8	21

Zdroj: Společnost pro výživu: *Referenční hodnoty pro příjem živin*, vlastní výpočet

Tabulka 5: Průměrné hodnoty příjmu energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny za týden

Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
2149	43	5,8	89	21,9

Zdroj: Nutriservis

Příjem bílkovin v přepočtu na 1 kg současné tělesné hmotnosti z průměrných týdenních hodnot u Martiny: 0,9 g

Zhodnocení: Z hodnot příjmu energie, bílkovin, tuků a sacharidů za týden vyplývá, že všechny tyto živiny jsou ve stravě ve výrazném nedostatku, pouze hodnota přijaté vlákniny je v normě. V přepočtu na současnou hmotnost byl příjem bílkovin u Martiny 0,9 g/kg tělesné hmotnosti, který je mírně vyšší než doporučený pro její ideální hmotnost (0,8 g/kg tělesné hmotnosti).

Martiny jídelníček je rozložený do pěti denních jídel. Nápadné v něm je, bohaté zastoupení ovoce a zeleniny, díky čemuž se v jejím jídelníčku vyskytuje velké množství vlákniny. Poměrně často se zde vyskytují mléčné výrobky, které jsou bohužel odtučněné, což není dobré vzhledem k vstřebatelnosti vápníku, ke které je zapotřebí určité množství tuku. Plnohodnotné bílkoviny z masa či ryb se v jídelníčku vyskytují 3x z toho 2 porce kuřecího masa (50 a 100g) a 1 porce tuňáka ve vlastní šťávě (56g). Sacharidy přijímá především z knackebrotů, jednou je v jídelníčku obsažena müsli tyčinka a 1x na obměnu k snídani sypané müsli. Zbytek sacharidů pochází z ovoce a sladších druhů zeleniny (mrkev). Ve stravě se vůbec nevyskytují polysacharidy ve formě rýže, brambor, těstovin a podobně. Na první pohled v jídelníčku chybí kvalitní tuky, ať máslo či rostlinné oleje. Teplé jídlo Martina nemá každý den. Množství tekutin, které za den vypije, se pohybuje v rozmezí 1450 ml- 2200 ml. V jídelníčku si nelze nevšimnout nadměrného přísunu tekutin najednou, který obvykle bývá v dávkách 500 ml. Pitný režim si zajišťuje zeleným čajem a pitnou vodou.

4.3 RESPONDENT Č. 3

Věk: 20 let

Výška: 164 cm

Respondentka je studentkou vysoké školy.

Respondentku, kterou ve svém výzkumu budu nazývat jménem Lenka, jsem kontaktovala prostřednictvím stránek na internetu, jež se zabývají problematikou PPP. Lenka terapii mentální anorexie nepodstupuje. Její nynější hmotnost je 49 kg, což je také její nejnižší hmotnost. Naopak nejvyšší hmotnost, ze které se rozhodla zhubnout, byla 72 kg. Dietu začala držet před 3 měsíci, za které zhubla více než 20 kg. Za účelem zhubnutí často hladověla. Ve škole spolužáci měli k postavě Lenky poznámky, o čemž řekla třídnímu učiteli. Rodiče dívky jsou rozvedeni, nemá s nimi dobrý vztah. Má sourozence. Blízcí rodinní příslušníci často poukazovali na její postavu, což ji podpořilo v tom, aby začala držet přísnou dietu.

Lenka často držela diety s cílem zhubnout. Její matka též často diety drží. Lenka se věnuje cvičení každý den. Každý den se také váží. Se svou postavou je i nadále nespokojena. Stále by ji zhodnotila termínem nadváha.

V souvislosti s mentální anorexií zpozorovala dívka změny jako je nadměrné padání vlasů, lámavé a třepící se nehty a poruchy menstruačního cyklu. Někdy svou postavu srovnává s osobnostmi z médií. Také využívala přípravků na hubnutí v kombinaci s projímadly a diuretiky, též se snažila redukovat svou váhu pomocí purgativních metod. Ve své stravě omezila téměř vše, mimo ovoce a zeleniny. Lenka uvedla, že se snaží jíst 4-5x denně. Odbornou pomoc nevyhledala a to, ani pomoc psychologickou, ani psychiatrickou.

Lenčino BMI odpovídá 18,21, což ji stále řadí do podváhy. Když se rozhodla začít svou váhu redukovat její BMI bylo 26,76, tzn. nadváha. Ideální hmotnost jsem výpočtem stanovila na 67 kg, tato hmotnost odpovídá BMI 24,91.

Způsob výpočtu doporučených denních dávek pro Lenku: (Tabulka 6)

- doporučená hodnota energie: Referenční hodnoty pro příjem živin
- výpočet hodnoty bílkovin: 0,8 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty tuků: 1,08 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty sacharidů: 4,9 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty vlákniny: DDD² pro dospělého člověka 30 g/den

Tabulka 6: Doporučené hodnoty energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny na 1 den

Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
9204,8	53,6	72,6	325,4	30

Zdroj: Společnost pro výživu: *Referenční hodnoty pro příjem živin*, vlastní výpočet

Tabulka 7: Průměrné hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny za týden

Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
1088	11,1	2,2	55,5	4,9

Zdroj: Nutriservis

Příjem bílkovin v přepočtu na 1 kg současné tělesné hmotnosti z průměrných týdenních hodnot u Lenky: 0,2 g

Zhodnocení: Průměrné hodnoty příjmu energie a všech základních složek výživy a vlákniny za týden jsou v nadměrném deficitu.

² DDD= denní doporučená dávka

Průměrný energetický příjem byl ze všech respondentek nejnižší. Její strava byla chudá na všechny makroživiny a také na vlákninu, je tedy neplnohodnotná. Jídelníček byl velmi jednotvárný, chyběla v něm pestrost. Neobjevilo se v něm za celý týden jediné teplé jídlo. Snídani obvykle tvořily rýžové chlebičky, které obměňovala půlkou celozrnného rohlíku. Po většinu dní byl její oběd tvořen pouze ovocem. Množství ovoce v jídelníčku převažuje nad množstvím zeleniny. Dva dny v týdnu vůbec nevečeřela, zbylé dny k večeři snědla 1-2 rýžové chlebičky, kousek zeleniny nebo ovoce. Mléčné výrobky se ve stravě objevily za celý týden v malé dávce, pouze v podobě kousku sýra na rýžovém chlebičku (1x týdně), jogurtu na svačinu (1x týdně) a také v malém množství mléka do kávy (30 ml do jednoho šálku kávy). Lenčina strava je vegetariánská, v jídelníčku se nevyskytuje ani kousek masa, ryby. Ve stravě tedy chybí plnohodnotné bílkoviny a omega-3 mastné kyseliny. Stravování dívky je velmi chudé na bílkoviny a energii, což může mít za následek vznik protein-energetické malnutrice. Také žádné rostlinné, ani živočišné tuky v jejím jídelníčku prakticky nenalezneme. Strava respondentky byla tvořena pouze malým množstvím sacharidů, převážnou část z nich přijímala v ovoci. Z tekutin pila pouze kávu s odtučněným mlékem a to 2x denně, jako náhradu svačin, nebo také místo snídaně. Mimo kávy nepila žádný jiný nápoj, příjem tekutin je v případě Lenky skutečně velmi nízký.

4.4 RESPONDENT Č. 4

Věk: 18 let

Výška: 158 cm

Respondentka je studentkou střední školy.

Respondentku, v tomto výzkumu nazývanou jménem Katka, jsem pro svůj výzkum získala s pomocí své známé, již je příbuzná. Katka je od svých 12 let v terapii mentální anorexie, v této době byla s mentální anorexií hospitalizovaná 1 měsíc v pražské nemocnici. V současné době se léčí doma, dodržuje jídelníček napsaný specializovaným pracovištěm, vede si nutriční deník. Nejvyšší hmotnost Katky, ze které se rozhodla zhubnout, byla 55 kg. Katka prostřednictvím diety redukovala svou váhu až na 39 kg, zásluhou léčby se dostala na aktuální hmotnost 44 kg. Dietu během níž hladověla, začala držet už ve 12 letech. Na hmotnost 39 kg se dostala během 4 měsíců. Ve škole neměla problémy s tím, že by spolužáci měli nějaké poznámky k její postavě. Katčiny rodiče jsou rozvedeni, ani s jedním z nich nemá dobrý vztah. Má sourozence. Rodinní příslušníci dívčinu postavu často kritizovali, což podpořilo její rozhodnutí zhubnout.

Katka často podstupovala redukční diety. Nikdo z osob v jejím blízkém okolí redukční diety nedržel. Během snahy o redukci své hmotnosti několikrát denně cvičila. I nadále se svou postavou není spokojená, hodnotí ji jako průměrnou. S mentální anorexií se léčí už dlouhých 6 let, za tu dobu přibrala pouze 5 kg.

V souvislosti s mentální anorexií na sobě Katka zaznamenala změny, jako je padání vlasů a zhoršenou kvalitu nehtů. Svou hmotnost na váze kontroluje jednou týdně. Často své tělo porovnává s ženami z médií. Také vyzkoušela ve snaze o snížení své hmotnosti přípravky na hubnutí, ale projímadel či diuretik nezneužívala. Při snaze o snížení hmotnosti využívala purgativní metody. Ve své stravě se zaměřila na omezení konzumu tučných a sladkých jídel, dále se také vyhýbala masu a uzeninám. Stravu má rozdělenou na 4-5 jídel denně. Nyní je v péči psychiatra.

V době kdy se Katka rozhodla začít se léčit s mentální anorexií, tedy když vážila 39 kg, bylo její BMI 15,62. V této době je hodnota jejího BMI 17,62, která stále patří do kategorie podváhy. Katky BMI na začátku diety činilo 22,03, tato hodnota je v normě.

Ideální hmotnost Katky jsem určila na 62 kg, což odpovídá BMI 24,83.

Způsob výpočtu doporučených denních dávek pro Katku: (Tabulka 8)

- doporučené hodnota energie: Referenční hodnoty pro příjem živin
- výpočet hodnoty bílkovin: 0,8 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty tuků: 1,2 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty sacharidů: 5,6 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty vlákniny: věk v letech + 5

Tabulka 8: Doporučené hodnoty energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny na 1 den

Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
9623,2	49,6	75,9	346,6	23

Zdroj: Společnost pro výživu: *Referenční hodnoty pro příjem živin*, vlastní výpočet

Tabulka 9: Průměrné hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny za týden

Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
7950	91,5	60,3	259,1	25,2

Zdroj: Nutriservis

Příjem bílkovin v přepočtu na 1 kg současné tělesné hmotnosti z průměrných týdenních hodnot u Katky: 2 g/kg tělesné hmotnosti

Zhodnocení: Hodnota průměrného příjmu energie v týdenním jídelníčku je zhruba o jednu pětinu nižší, než je doporučená hodnota. Hodnoty přijatých tuků a sacharidů byly v nedostatku. Naproti tomu byl průměrný příjem bílkovin za týden téměř ve dvojnásobném nadbytku, příjem činil 2 g bílkovin/kg současné tělesné hmotnosti, také příjem vlákniny byl mírně vyšší.

Jídelníček Katky působí již na první pohled pestře a vyváženě. Jídla se střídají, zřídka kdy se opakují. Je rozdělen do pěti denních jídel, která konzumuje v pravidelných intervalech. Strava je plná ovoce a zeleniny, přijímá je téměř v každém z denních jídel. Nevyhýbá se sacharidovým potravinám, jsou součástí každého jídla. Teplé jídlo je v její stravě zařazeno 1-2 krát denně. Nevyhýbá se ani tukům, a to ani živočišným ani rostlinným, konzumuje také ořechy, které jsou stejně jako ryby zdrojem omega-3 mastných kyselin, v týdenním jídelníčku byly zastoupeny 3x. Zařazuje často i další bílkoviny živočišného původu, tzn. zejména maso, se objevuje ve stravě každý den, zpravidla si vybírá drůbeží maso. Ani sladkým jídlům se již nevyhýbá, k svačině či snídani zařazuje cereální sušenky, ovesné tyčinky, zapékané druhy müsli či sladký oběd v podobě žemlovky. Třikrát do týdne v Katčině stravování objevilo vejce. Mléčné výrobky do stravy zařazuje obvykle 2x denně. Jedenkrát v týdnu do stravy zařadila luštěniny. Pitný režim tvoří zelený čaj a voda. Denní bilance tekutin je převážně 1500 ml denně.

4.5 RESPONDENT č. 5

Věk: 12 let

Výška: 147 cm

Respondentka je studentkou základní školy.

Respondentku, které jsem pro tento výzkum přidělila jméno Marie, jsem oslovila prostřednictvím stránek zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy. Marie nepodstupuje léčbu mentální anorexie. Její nynější hmotnost, tedy také její nejnižší hmotnost je 34 kg. Když se rozhodla, že začne držet dietu, vážila 55 kg. Dietu začala držet asi před rokem. Nejvyššího úbytku zaznamenala během posledních 5 měsíců. Za účelem redukce váhy často hladověla. Ve škole neměla problémy týkající se nevhodných poznámek spolužáků na její tělesné proporce. Rodina Marie je kompletní, sourozence nemá. Se svou matkou má dobrý vztah, avšak s otcem ne. Blízcí rodinní příslušníci její postavu kritizovali, což mělo vliv na to, že se rozhodla držet dietu.

Dívka často diety za účelem zhubnout držela. Osoby v jejím blízkém okolí diety nedržely. Během snahy o redukci váhy cvičila a to několikrát denně. Se svou postavou není dosud spokojená, zhodnotila by ji termínem nadváha. V nemocnici s mentální anorexií nebyla hospitalizovaná.

V souvislosti s poruchou příjmu potravy na sobě zaznamenala takové změny, jako je padání vlasů, špatná kvalita nehtů a únava. Svou hmotnost monitoruje na váze vícekrát denně. Postavu dívka s nikým z médií neporovnává. Přípravky na hubnutí nezkoušela, avšak ve snaze o zhubnutí zneužívala laxativ. Aby se její hmotnost nezvýšila, tak využívala purgativních metod. Ve stravě nejvíce zredukovala konzum sladkých a tučných jídel, masa a uzenin. Stravuje se 4-5 x denně. Pomoc odborníků, psychologickou či psychiatrickou nevyhledala.

V době, kdy se Marie rozhodla začít držet dietu, bylo její BMI 25,45, tedy byla v nadváze. Nyní při 34 kg je její BMI 15,73, což značí podváhu. Ideální hmotnost pro Marii jsem si určila 54 kg, ta odpovídá BMI 24,98.

Způsob výpočtu doporučených denních dávek pro Marii: (Tabulka 10)

- doporučená hodnota energie: Referenční hodnoty pro příjem živin
- výpočet hodnoty bílkovin: 0,9 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty tuků: 1,2 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty sacharidů: 5,5 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty vlákniny: věk v letech + 5

Tabulka 10: Doporučené hodnoty energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny na 1 den

Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
8368	48,6	66	295,9	17

Zdroj: Společnost pro výživu: *Referenční hodnoty pro příjem živin*, vlastní výpočet

Tabulka 11: Průměrné hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny za týden

Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
2543	43,9	14,2	78,8	11,8

Zdroj: Nutriservis

Příjem bílkovin v přepočtu na 1 kg současné tělesné hmotnosti z průměrných týdenních hodnot u Marie: 1,3 g

Zhodnocení: Příjem energie za týden byl o mnoho nižší, než je doporučený příjem. Hodnota přijatých bílkovin byla pouze v mírném deficitu ve srovnání s doporučenou, naproti tomu však hodnota tuků, sacharidů a vlákniny byla ve značném deficitu. Příjem bílkovin vzhledem k současné hmotnosti byl v přepočtu na 1 kg 1,3 g, tedy na nadbytku oproti doporučenému příjmu (0,9 g/kg tělesné hmotnosti).

Jídelníček Marie bych zhodnotila jako neplnohodnotný. Není tak jednotvárný, jako je tomu třeba například u Martiny či Lenky, zaznamenala jsem v něm snahu o pestrost, ale i tak je energeticky nedostačující. Strava Marie je rozdělena do 4-5 denních porcí. Není podmínkou, že by měla alespoň jedno teplé jídlo denně, je zde patrný rozdíl, mezi stravováním v pracovním týdnu a o víkendu, kdy je v jídelníčku k obědu vždy teplé jídlo. V pracovním týdnu je jediným teplým jídlem zeleninová polévka k obědu a to pouze 2x za celý týden. Jinak k obědu bývají potraviny jako je šmakoun, což je plátek, který je především zdrojem bílkovin, je vyroben z vaječných bílků a obsahuje nízké množství energie. Je střídán s tofu a knackebroaty. O víkendu běžný druh přílohy- rýže nebo brambory s kuřecím masem či rybou. Snídani tvoří například jáhlové vločky se sójovým mlékem, nebo pouze jogurt střídán s tvarohem doplněný ovocem a zeleninou a také cereální sušenky. Svačiny jsou často tvořeny odtučněnými mléčnými výrobky, knackebroaty se zeleninou, samostatně ovocem či zeleninou, nebo jsou zcela vynechány a nahrazeny zeleným čajem. Večeře se mnohdy skládaly z nízkotučných mléčných výrobků se zeleninou, také se zde vyskytl tuňák ve vlastní šťávě, pufovaný chléb se šunkou, jako obměnu jedla například šmakouna. Strava je velmi chudá na tuky a sacharidy. Průměrný příjem bílkovin za sledovaný týden je 43,9 gramů, což není takovým problémem, jako je tomu v případě tuků, jejichž průměrný týdenní příjem byl pouhých 14,2 gramů. Chybí příjem kvalitních tuků s obsahem omega- 3 a omega-6 mastných kyselin. Velmi nápadný je v jídelníčku příjem tekutin ve velkém množství najednou, udává 500 ml 5x denně tedy 2500 ml. Z tekutin si vybírá pouze zelený čaj a vodu.

4.6 RESPONDENT Č. 6

Věk: 16 let

Výška: 160 cm

Respondentka je studentkou střední školy.

Respondentku, v mém výzkumu nazývanou jménem Jana, jsem získala po absolvování praxe v pražské nemocnici. Jana v tomto období prochází terapií s mentální anorexií. Nejnižší hmotnost, na kterou se dietami dostala, byla 41 kg, v současnosti váží 48 kg. Když se rozhodla, že zhubne, její hmotnost se pohybovala kolem 79 kg. Dietu začala držet před 8 měsíci, nejvyšší úbytek hmotnosti zaznamenala během posledních 3 měsíců. Za účelem hubnutí mnohdy hladověla. Ve škole měla problémy s tím, že spolužáci měli připomínky k její postavě, ale nesvěřila se s tím ani rodičům, ani třídnímu učiteli. Právě kritika její postavy spolužáky podpořila její rozhodnutí začít s redukcí své váhy. Rodina dívky je kompletní, nemá sourozence, s rodiči má dobrý vztah. Blízcí příslušníci její postavu nekritizovali.

Dívka své tělo častokrát trápila dietami. Nikdo z jí blízkých osob diety nedrží. Během své diety cvičila každý den. Ani dosud není se svou postavou spokojená, zhodnotila ji jako průměrnou. Jana se s mentální anorexií léčí již 3 měsíce. Rovněž byla v souvislosti s mentální anorexií hospitalizovaná v nemocnici po dobu 1 měsíce. Svou hmotnost na váze sleduje jednou do týdne. Osoby z médií na ni nemají vliv, neporovnává s nimi svou postavu.

Tělesné změny, které mentální anorexie Janě způsobila, byly v první řadě amenorhea a nízký tlak, díky němuž často omdlévala. Od začátku terapie mentální anorexie se její hmotnost zvýšila o 7 kg. Při svém snažení o štíhlost nehledala pomoc u přípravků na hubnutí, ani nežívala laxativa a diuretika, neměla sklony k purgativním metodám. Ze své stravy vyřadila tučná a sladká jídla, také maso a uzeniny. Jídelní režim má rozložený do 4-5 denních jídel. Vyhledala psychologickou pomoc.

V době, kdy Jana začala držet dietu, byla hodnota jejího BMI 30,85, tedy trpěla mírnou obezitou. Dietou se propracovala až k váze 41 kg, tzn. její BMI mělo hodnotu 16,01, tedy byla v podvaze. Aktuálně je její hmotnost 48 kg, BMI 18,75, což je hodnota, která již patří k normě, ale je jen těsně nad hranicí normy a podváhy, která je 18,5.

Jako Jany ideální hmotnost jsem si stanovila 63 kg, tomu odpovídá BMI 24,6.

Způsob výpočtu doporučených denních dávek pro Janu: (Tabulka 12)

- doporučená hodnota energie: Referenční hodnoty pro příjem živin
- výpočet hodnoty bílkovin: 0,8 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty tuků: 1,2 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty sacharidů: 5,5 g/kg tělesné hmotnosti/den
- výpočet hodnoty vlákniny: věk v letech + 5

Tabulka 12: Doporučené hodnoty energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny na 1 den

Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
9623,2	50,5	75,9	345,8	21

Zdroj: Společnost pro výživu: *Referenční hodnoty pro příjem živin*, vlastní výpočet

Tabulka 13: Průměrné hodnoty přijaté energie, bílkovin, tuků, sacharidů a vlákniny za týden

Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
6268	61,9	50,2	197,3	12,3

Zdroj: Nutriservis

Příjem bílkovin v přepočtu na 1 kg současné tělesné hmotnosti z průměrných týdenních hodnot u Jany: 1,3 g

Zhodnocení: Příjem energie v týdenním jídelníčku byl nedostačující, jeho hodnota byla zhruba o jednu třetinu nižší než hodnota doporučená. Hodnoty příjmu tuků, sacharidů a vlákniny byly v deficitu. Nicméně hodnota přijatých bílkovin byla v nadbytku ve srovnání s doporučenou. Také příjem bílkovin v přepočtu na 1 kg současné hmotnosti byl nadlimitní, činil 1,3 g v porovnání s doporučeným příjmem 0,8 g na kg tělesné hmotnosti.

Jana je respondentkou, která měla jako druhá nejvyšší průměrný týdenní energetický příjem. Jídelníček je pestrý, jídla se neopakují. Teplé jídlo je v jídelníčku zastoupeno každý den, častokrát, jak k obědu, tak také k večeři. Každý den je v něm maso, jako hlavní ze zástupců plnohodnotných bílkovin. Na rozdíl od ostatních respondentek je několikrát v jídelníčku zařazeno nejen maso drůbeží, ale také hovězí či vepřové. Průměrný příjem bílkovin, tuků a sacharidů za týden není ve srovnání s několika dalšími respondentkami nikterak nízký, avšak energetický příjem je vzhledem k doporučeným hodnotám stále nedostačující. Je zde také bohaté zastoupení ovoce a zeleniny. Respondentka se nevyhýbá ani vejcím či živočišným tukům, jak z masa, tak například z másla či mléčných výrobků. Nízkotučné potraviny se v jídelníčku objevují zřídka. Ryby byly v jídelníčku 2x za týden. Střídají se sladké snídaně, obvykle v podobě výrobků z ovesných vloček, a slané snídaně chléb či knackebroty doplněné zeleninou a například vejcem, drůbeží šunkou či sýrem. Svačiny jsou někdy tvořeny pouze ovocem, naopak v jiné dny jsou energeticky bohatší, základem je pečivo doplněné šunkou, sýrem apod. nebo ji tvoří celozrnné sušenky. Pitný režim se skládá především ze zeleného čaje a vody. Příjem tekutin činil kolem 1250 ml.

4.7 Přehled průměrných týdenních hodnot energie, makroživin a vlákniny u respondentek

Tabulka 14: Týdenní průměrné hodnoty energie, makroživin a vlákniny u respondentek, s údajem zda se jedná o respondentku před terapií, či v terapii.

Respondent	Terapie	Energie (KJ)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
Iveta	v terapii	4758	59,9	32,3	160,9	10,5
Martina	před terapií	2149	43,0	5,8	89,0	21,9
Lenka	před terapií	1088	11,1	2,2	55,5	4,9
Katka	v terapii	7950	91,5	60,3	259,1	25,2
Marie	před terapií	2543	43,9	14,2	78,8	11,8
Jana	v terapii	6268	61,9	50,2	197,3	12,3

5 Diskuze

Jedním ze záměrů této bakalářské práce bylo přehledně shrnout informace o dané problematice, k čemuž bylo využito domácí i zahraniční literatury. Jako cíl jsem si stanovila zmapovat obsah a kvalitu jídelníčku osob s diagnózou mentální anorexie.

Výzkumný soubor tvořilo 6 respondentek ve věku v rozmezí 12- 20 let, z čehož polovina respondentek byla před terapií a polovina v průběhu terapie mentální anorexie. Dívky pocházely buď z mého blízkého okolí, či okolí mých známých, nebo jsem s nimi navázala kontakt prostřednictvím internetových stránek zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy. Z vyplněných dotazníků jsem se o dívkách dozvěděla základní údaje týkající se jejich věku, výšky a hmotnosti, ať té v době, kdy se rozhodly držet dietu, tak také hmotnosti současné či před terapií. Dále jsem získala informace, které mi pomohly utvořit si představu o tom, co mohlo být příčinou vzniku nemoci, také tělesné změny, které se u dívek objevily v souvislosti s mentální anorexií. Dotazník obsahoval též otázky o případné terapii, pohybové aktivitě během onemocnění a využívání prostředků k redukci hmotnosti, například laxativ, diuretik nebo purgativních metod a další.

Z údajů ve vyplněných v dotaznících (viz přílohy) vyplývá, že všechny dívky jsou studentky, zejména středních škol. Pokud se zaměřím na vztahy v rodině, tak 3 dívky (Iveta, Lenka, Katka) nemají dobrý vztah ani s jedním z rodičů a jejich rodiče jsou rozvedeni. Jedna dívka (Marie) má dobrý vztah pouze s matkou a 2 dívky (Martina, Jana) mají se svými rodiči dobrý vztah. Polovina respondentek má sourozence. Ve škole kritizovali postavu Martiny, Lenky a Jany jejich spolužáci, z nichž pouze Lenka o tom řekla třídnímu učiteli. U Martiny a Jany, podpořila kritika vrstevníky jejich rozhodnutí zhubnout, u Martiny toto rozhodnutí ovlivnila také kritika blízkých rodinných příslušníků. Též postavu Ivety, Lenky, Katky a Marie kritizovali jejich rodiče, ale jejich rozhodnutí pro redukci váhy to ovlivnilo pouze u Lenky, Katky a Marie. Iveta se rozhodla pro držení přísné diety z důvodu, že jejímu partnerovi se líbily velmi štíhlé dívky. U dívek za vznikem mentální anorexie stála především rodina a kolektiv ve třídě. Všechny často držely redukční diety, také osoby z blízkého okolí Ivety,

Martiny a Lenky se často snažili o redukci své hmotnosti. Veškeré dívky nadměrně cvičily, 4 z nich (Iveta, Martina, Katka, Marie) dokonce několikrát během dne. Hospitalizovány v nemocnici s mentální anorexií byly dívky Iveta, Katka a Jana. Iveta byla hospitalizovaná po dobu 5 měsíců, Katka a Jana po dobu jednoho měsíce. Ani jedna z dívek se svou postavou není dosud spokojena. Jako průměrnou by ji označila Iveta, Martina, Katka a Jana, ostatní dívky hodnotí svou dívku termínem nadváha. Polovina dívek uvedla, že svou postavu porovnává s osobnostmi z médií. Média na vznik mentální anorexie mají také mnohdy velký vliv, protože v dnešní době se preferují příliš štíhlé dívky, avšak jako možný faktor, který dívky podpořil v tom začít redukovat svou váhu, jej ani jedna z dívek nevedla. Kontrolu své hmotnosti na váze provádí Iveta, Katka a Jana jednou týdně, Lenka každý den a několikrát denně svou hmotnost sledují Martina a Marie. Ze somatických změn, které se u dívek v souvislosti s mentální anorexií objevily, uvedly Iveta, Lenka, Katka a Marie nadměrné vypadávání vlasů a zhoršenou kvalitu nehtů. Amenorhea se vyskytla u Ivety, Martiny, Lenky a Jany. Další tělesné změny, které na sobě respondentky zaznamenaly, byla únava a Iveta také uvedla, že měla na svém těle problémy se suchou kůží. Během snahy zredukovat svou váhu Lenka a Katka využívaly přípravků na hubnutí, laxativa zneužívaly Iveta, Lenka a Marie, diuretika z respondentek užívala pouze Lenka. Sklony k purgativním metodám měly Lenka, Katka a Marie, tudíž se u nich jednalo o purgativní formu mentální anorexie. Ze všech 6 dívek výhradně Lenka využívala všechny z uvedených prostředků k redukci váhy. Všechny respondentky uvedly, že se ve své stravě snažily omezit tučné a sladké pokrmy. Ostatní dívky kromě Martiny se vyvarovaly konzumu masa a uzenin, Lenka navíc doplnila, že ze svého jídelníčku vynechala téměř všechny potraviny, kromě ovoce a zeleniny. Veškeré dívky z výzkumného souboru se stravují pravidelně, pět z nich uvedlo, že je jejich strava rozložena do 4-5 denních porcí, jedna z dívek (Iveta) se stravuje 3-4 krát denně. Tři z dívek vyhledaly odbornou pomoc, a to Iveta, které navštívila psychoterapeuta a psychiatra, též Katka se rozhodla pro psychiatrickou podporu a Jana pro pomoc psychologickou.

Cílem mé práce bylo zmapovat obsah a kvalitu jídelníčku osob s diagnózou mentální anorexie. Při hodnocení kvality a obsahu jsem se zaměřila především na obsah

energie, druh konzumovaných sacharidových potravin, kvalitu bílkovin a tuků ve stravě, dále na obsah vlákniny a pestrost jídelníčků respondentek. Příjem energie u všech respondentek byl nedostačující ve srovnání s doporučeným příjmem energie. Nejbliže doporučeným hodnotám energie byla Katka, která měla ve srovnání s ostatními respondentkami nejvyšší průměrný týdenní energetický příjem, jako druhá pak Jana. Jejich jídelníček bych zhodnotila, jako nejpestřejší v porovnání s jídelníčky ostatních respondentek. Nejnižší průměrnou týdenní hodnotu přijaté energie měla Lenka, pouhých 1088 KJ. Obsah energie ve stravě zbylých tří dívek byl také velmi nízký. Pro zvýšení energetické hodnoty stravy bych doporučila v jídelníčku dívek zvýšit například přísun tuků, které mají ze všech tří základních makroživin nejvyšší energetickou hodnotu, tj. 38 KJ a není tedy nutný konzum velkého množství jídla k tomu, aby bylo jídlo energeticky vydatnější.

Bílkoviny jsou především zdrojem aminokyselin a dalších dusíkatých sloučenin, které jsou nutné pro tvorbu bílkovin tělu vlastních a dalších látek. Důležitá je spotřeba kvalitních bílkovin, jež nalezneme především ve vejcích, mléce, mase a rybách, jejich stravitelnost je okolo 95 %. (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2011) Bílkoviny živočišného původu obsahují esenciální kyseliny ve vyšších koncentracích a výhodnějším vzájemném poměru, než rostlinné bílkoviny, tedy jejich využitelnost je vyšší. (Stránský, Ryšavá, 2014) Bílkoviny se u poloviny respondentek ve stravě objevovaly v nadbytku. Katka přijímala denně v průměru 2 g bílkovin na kg své aktuální hmotnosti, což je ve velkém nadbytku, jelikož pro ni je dle hodnot v „Referenčních hodnotách pro příjem živin“ vhodný příjem kolem 0,8 g bílkovin na kg hmotnosti a den. Nadměrný přísun bílkovin však není vhodný, protože jak je uvedeno v knize „Referenční hodnoty pro příjem živin“, tak nadměrný přísun bílkovin zvyšuje glomerulární filtraci ledvin, zvyšuje renální exkreci vápníku, která může mít negativní dopad na bilanci vápníku a stav kostí a také na zachování kosterní svaloviny. Rovněž nadměrný konzum potravin bohatých na bílkovinu může mít za následek tvorbu kalcium-oxalátových kamenů v ledvinách a poukazuje se na souvislost mezi přísunem bílkovin a inzulinovou rezistencí. Zbylé respondentky měly v jídelníčku deficit bílkovin ve srovnání s hodnotou pro jejich ideální hmotnost, ale v přepočtu na jejich současnou

hmotnost se hodnoty pohybovaly kolem 0,9-1,3 g bílkovin/kg tělesné hmotnosti, tedy na jejich současnou hmotnost dokonce v nadměrném množství. Pouze u jedné z nich (Lenka) byl ve výrazném deficitu, průměrně 0,2 g bílkovin na kg tělesné hmotnosti a den. Průměrná týdenní hodnota příjmu bílkovin propočtená v programu „Nutriservis Profesional“ se u Ivety a Marie blížila doporučené hodnotě. Plnohodnotné bílkoviny byly obsaženy v jídelničkách všech respondentek mimo Lenky. Iveta je konzumovala hlavně v mléčných výrobcích, nekonzumovala maso, ryby ani vejce a bílkoviny přijímala také v rostlinné podobě hlavně z luštěnin. V jídelníčku Martiny se bílkoviny masa a ryb se objevily 3x, z tohoto množství se 1x jednalo o rybu, také 1x konzumovala vaječné bílky. Stava Katky a Jany byla v obsahu plnohodnotných bílkovin nejbohatší, konzumovaly jak bílkoviny živočišného, tak bílkoviny rostlinného původu. I v jídelníčku Marie se několikrát v týdnu plnohodnotné bílkoviny objevily. Ryby byly v jídelničkách zařazeny v četnosti 1-3x týdně u 4 respondentek, tyto dívky také konzumovaly maso. Nedostatek bílkovin ve stravě dívek bych nehodnotila jako zásadní, pouze v případě Lenky byl opravdu kritický. Kvalitu bílkovin bych hodnotila pozitivně. Skoro v jídelničkách všech respondentek se vyskytovaly plnohodnotné bílkoviny. Pro zvýšení obsahu a kvality bílkovin v jídelníčku respondentek s nedostačujícím množstvím bílkovin bych doporučila zvýšit příjem libového masa a ryb, nebo vajec, mléčné výrobky se ve stravě dívek vyskytovaly poměrně často.

Důležitým dodavatelem energie ve stravě jsou tuky. Nejdůležitější složkou tuků jsou mastné kyseliny. V potravě jsou tuky důležitým nositelem vitaminů v nich rozpustných, dále pak chuťových a aromatických látek. (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2011) Tuk nalezneme například v tučném mase, pokrmových tucích, mléčných výrobcích, vaječném žloutku, ořechách, tučném pečivu a dalších potravinách. (Pánek, 2002). Důležitý je příjem především esenciálních mastných kyselin řady omega-3 a omega-6. Omega-3 mastné kyseliny do těla dodáváme spolu s konzumací hlavně tučných mořských ryb, například lososa, makrely a sledě, ale také olejů na ně bohatých například lněného, řepkového či z vlašských ořechů. Omega-6 mastné kyseliny najdeme také v olejích, především však slunečnicovém, sójovém a z kukuřičných klíčků. Též je najdeme v živočišných tucích. (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2011) Obsah tuků

v jídelničkách veškerých respondentek byl deficitní. V případě Martiny, Lenky a Marie byl extrémně nízký. Přísun tuků u Ivety byl zajištěn jen mléčnými výrobky, Martina konzumovala nízké množství tuku, protože konzumovala odtučněné mléčné výrobky a maso s nízkým obsahem tuku. Rostlinné oleje ani tučné mořské ryby nekonsumovala. Lenka nekonsumovala prakticky žádné tuky, pouze zanedbatelné množství odtučněného mléka do kávy. Též u Marie byl přísun tuků nedostačující, konzumovala odtučněné mléčné výrobky. Strava Katky a Jany obsahovala nejvíce tuků ze všech dívek. Přijímaly jej nejen ve formě olejů a másla, ale také v rybách a vejcích. Konzum esenciálních mastných kyselin řady omega-3 a omega-6 byl nedostačující skoro u všech respondentek. Kvalitu přijatých tuků bych ve většině případů hodnotila jako nedostačující, dívky mnohdy konzumovaly odtučněné mléčné výrobky, v případě masa se jednalo o druhy s nízkým množstvím tuku, také v případě ryb často dívky zvolily druh s nejnižším množstvím tuku. Pro zvýšení obsahu a kvality tuků v jídelničkách respondentek bych doporučila zařadit rostlinné oleje, ořechy, mořské ryby a máslo.

Sacharidy by měly ve stravě tvořit více než 50 % celkového energetického příjmu, převážně ve formě škrobu. Doporučený příjem sacharózy se uvádí 50- 60 g/den. Mezi nejdůležitější zdroje patří obiloviny, ovoce, zelenina, mléko a sladkosti. (Stránský, Ryšavá, 2014) Nejen podíl energie, bílkovin a tuků byl v jídelníčku všech respondentek nedostačující, také obsah sacharidů byl nedostatečný. Respondentky přijímaly sacharidy v podobě příkrmů, jako například rýže, brambor, pečiva či knackebroatů, zde se jednalo o sacharidy ve formě škrobu, avšak jej konzumovaly pouze v malých dávkách. Jednoduché sacharidy dívky přijímaly z ovoce, ochucených druhů jogurtů, cereálních výrobků, nebo sladších druhů zeleniny. V jídelníčku dívek bylo obsaženo obvykle větší množství jednoduchých sacharidů, protože často konzumovaly více ovoce a dalších výrobků s obsahem jednoduchých sacharidů (ochucené jogurty), než potravin obsahující polysacharidy. Pro zvýšení obsahu a kvality sacharidů v jídelničkách respondentek bych doporučila zařadit do stravy větší podíl obilovin a příkrmů v podobě brambor, rýže a dalších a zvýšit porci příkrmů, aby došlo k navýšení obsahu sacharidů ve stravě.

Vláknina zahrnuje součásti rostlinné stravy, které nejsou enzymy lidského trávicího traktu schopny rozštěpit. Největší podíl vlákniny nalezneme v celozrnných výrobcích, ovoci

a zelenině. (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2011) Vlákninu nerozpustnou ve vodě obsahují především celozrnné obiloviny, luštěniny, částečně zelenina a brambory. Vlákninu rozpustnou ve vodě najdeme v ovoci. (Stránský, Ryšavá, 2014) Obsah vlákniny ve stravě byl nedostačující u většiny z respondentek, i přes konzum ovoce a zeleniny v jídelníčku každé z nich, pouze u dvou dívek (Martina, Katka) byl příjem vlákniny vyšší, než je jejich doporučený denní příjem. Též se u některých dívek zvýšil podíl vlákniny ve stravě prostřednictvím konzumu luštěnin, jakožto zdroje nerozpustné vlákniny. Kvalitu bych zhodnotila poměrně pozitivně, dívky konzumovaly velké množství ovoce a zeleniny. Zde se však vyskytuje především vláknina rozpustná. Konzum výrobků s nerozpustnou vlákninou byl však nízký, u některých dívek ho zajišťovaly hlavně luštěniny. V první řadě bych doporučila v jídelníčcích dívek zvýšit podíl celozrnných obilovin, čímž dojde k navýšení množství nerozpustné vlákniny ve stravě.

Ve stravě je důležitý také obsah vitaminů a minerálních látek. U dívek s nedostatečným příjmem energie a makroživin bude však i obsah vitaminů a minerálních látek deficitní. Pro dostatek vitaminů a minerálních látek v jídelníčku bych doporučila konzumovat pestrou a vyváženou stravu s obsahem všech základních složek potravy. Především pro vitaminy rozpustné v tucích je nutný příjem tuků, jinak je organismus nedokáže využít. Také jelikož dívky málo konzumovaly maso, tak mohou trpět nedostatkem železa. Pro využitelnost vápníku je potřebný vitamin D a také určité množství tuku, které dívky před terapií konzumovaly ve velmi nízkém množství.

Myslím si, že každý den by se mělo ve stravě objevovat, alespoň 1x teplé jídlo. Takto učinila pouze polovina respondentek. Zbylá polovina respondentek (Martina, Lenka a Marie) teplé jídlo nekonzumovaly každý den (Martina, Marie). V případě Lenky se teplé jídlo nevyskytovalo vůbec.

V jídelníčcích Martiny a Jany byla nápadná nadměrná spotřeba tekutin najednou, až 500 ml u každého denního jídla. Myslím si, že dívky pily takto velké množství

najednou, aby potlačily pocit hladu. Pitný režim u většiny dívek byl hrazen zeleným čajem nebo vodou. Výjimečný byl případ Lenky, která z tekutin konzumovala pouze kávu s malým množstvím mléka, jiné tekutiny neuvedla. Příjem tekutin u ostatních dívek byl dostačující, někdy až nadměrný.

Výzkumné otázky, na které jsem prostřednictvím výzkumu chtěla nalézt odpověď, jsou: Jaké je složení jídelníčku dívek s mentální anorexií před terapií? Jaké je složení jídelníčku dívek s mentální anorexií v terapii? Pokud se podívám na stravu respondentek, které jsou před terapií (Martina, Lenka, Marie) lze jejich stravu označit za neplnohodnotnou. Strava těchto dívek obsahovala minimální množství energie ve srovnání, jak s doporučenými hodnotami energie pro jejich ideální hmotnost, tak v porovnání s dívkami v terapii (viz Tab. 14, str. 56). Jídelníček byl složen z nedostatečného množství stravy, obsahoval nedostatek energie, plnohodnotných bílkovin, tuků i sacharidů, též v případě Lenky a Marie byl podíl vlákniny nedostačující (viz výše). Naopak jídelníčky dívek, které terapií mentální anorexií procházejí (Iveta, Katka, Jana), byly pestřejší. Sice byly po energetické stránce i přes vyšší konzum potravy stále nedostačující ve srovnání s doporučenými hodnotami, ale v jídelníčcích jsem zaznamenala, že dívky se snaží zásadně nevyhýbat žádné ze základních složek výživy, ať už se jedná o bílkoviny, sacharidy či tuky. U Ivety je patrná snaha o zvýšení energetického příjmu, avšak jako jediná z dívek v terapii má nejnižší energetický příjem a také nejnižší a tudíž deficitní hodnotu všech makroživin. Do jejího jídelníčku bych navrhovala zařadit maso a ryby, dále kvalitní rostlinné oleje, například řepkový, nebo olivový, také bych u ní doporučila zvýšit konzum komplexních sacharidů v podobě obilovin, které jsou také dobrým zdrojem vlákniny. Dívky, Katka a Jana, měly stravu ze všech respondentek nejpestřejší. Rovněž energetická hodnota stravy, podíly tuků a sacharidů u těchto dívek byly nedostatečné, stejně jako u dívek před terapií. U Katky a Jany bych doporučila například zvýšit množství konzumované stravy, nebo přísun rostlinných olejů a ryb s vyšším obsahem tuku do stravy, čímž by došlo k navýšení potřebných živin. U Jany bych přidala více obilovin, nebo luštěnin, ovoce či zeleniny do stravy, pro zvýšení příjmu vlákniny.

Složení jídelníčků dívek před terapií mentální anorexií bych hodnotila v porovnání s jídelníčky dívek v terapii, jako nepestré s nadměrným nedostatkem všech živin. Naproti tomu, složení jídelníčků dívek, které právě terapií procházejí, bylo i přes jeho nedostačující energetickou hodnotu pestřejší, dívky se potraviny snažily střídat, zásadně se nevyhýbaly žádné z důležitých složek výživy, na rozdíl od dívek, které terapii nepodstupují. Jídelníček byl tedy po stránce obsahu a kvality mnohem lepší u dívek v terapii mentální anorexie. Složení bylo též pestřejší, nechyběly v něm v takové nadměře důležité živiny. Domnívám se, že také deficit vitaminů, především v tucích rozpustných, a minerálních látek nebude tak zásadní u dívek v terapii, tak jako je tomu u dívek, které terapii neprocházejí. Pomalý nárůst hmotnosti dívek, které terapii podstupují, bych zdůvodnila tím, že i přes velké množství surovin v jídelníčku a jeho pestrost jsou hodnoty přijaté energie, bílkovin, sacharidů a tuků stále v porovnání s doporučenými hodnotami nízké. Možný vliv na pomalý nárůst hmotnosti by mohlo mít nadměrné cvičení, kdy příjem energie je nižší, než výdej. Také je možné, že dívky jídelníček nedodržují tak jak by měly či byl sepsán nepravdivě, což nelze zjistit, jelikož arch pro vyplnění jídelníčku si dívky vyplňovaly samy. Nevylučuji ani možnost přetrvávajícího využívání purgativních metod v případě Katky. Pokud dívky zvýší příjem například potravin bohatých na tuky nebo sacharidy, jejich energetický příjem se zvýší a nárůst jejich hmotnosti bude rychlejší. Otázkou však je, zdali jsou dívky ochotné svůj energetický příjem, respektive energeticky bohaté potraviny do svých jídelníčků zařadit ve větší míře. Respondentky, které terapii mentální anorexie nepodstupují, by měly co nejdříve její terapii zvážit a vyhledat odbornou pomoc, protože složení jejich jídelníčků je opravdu nedostačující a dlouhodobě může vést k mnoha zdravotním komplikacím. Na zlepšení složení stravy by se mohlo podílet zařízení, kde jsou dívky v případě hospitalizace léčeny. Také bych doporučila nákup kvalitních surovin. Hlavně u dívek, které nejsou v terapii je nutné vyhledání odborné pomoci, za jejíž pomoci se složení stravy dívek může změnit, tedy v případě že dívky budou spolupracovat. Případně pro zvýšení energie a makroživin v jídelníčcích dívek bych navrhla zařazení sippingu do jejich jídelníčků.

Sipping je přípravek enterální výživy, který slouží k popíjení pacientům s nedostatečným příjmem stravy. Je vhodný pokud potřebujeme pacientům dodat kompletní složení výživy, nebo některé složky ve stravě navýšit, dle konkrétního případu. (Grofová, 2007)

Závěrem diskuze bych doplnila, že je otázkou, jestli dívky záznam stravy vyplňovaly pravdivě, tedy zda jej dodržují, tak jak uvedly, je možné, že si jídelníčky upravily, nebo dokonce vymyslely. Toto téma však zůstane předmětem diskuze, protože to nelze nijak objektivně posoudit či zjistit. U pacientů s touto diagnózou se často setkáváme se schováváním stravy a podvody okolo jídla. Překvapil mě fakt, že tělesná hmotnost poloviny respondentek před zahájením redukční diety byla v normě. V jídelníčcích obecně chyběly především tuky a sacharidy, které bych doporučila navýšit. Tuky ve formě olejů, ořechů a mořských ryb, v případě sacharidů především ve formě polysacharidů. Využití této práce bych viděla ve zvýšení informovanosti osob o závažnosti mentální anorexie a poruch příjmu potravy obecně. Dále také, jako prostředek k tomu, abychom si dokázali představit, čím osoby s mentální anorexií procházejí, jak vypadá jejich stravování a jaké jsou rozdíly v jídelníčcích osob před terapií a v průběhu terapie.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se věnovala především jídelníčkům dívek s mentální anorexií a to jak před terapií, tak také v terapii. Též jsem se v dotaznících o dívkách dozvěděla základní údaje, jako je věk, výška, dále pak změny jejich tělesné hmotnosti od začátku držení diety po současnou hmotnost a údaje, které mohly stát za vznikem tohoto onemocnění a další. V dnešní době často mentální anorexie vzniká vlivem médií, tedy, že dívky srovnávají svou postavu s nějakou z osobností, či je to ovlivněno sociálním prostředím, ve kterém se člověk vyskytuje. Důležitá jsou podle mého názoru preventivní opatření, aby vůbec nedošlo ke vzniku tohoto onemocnění, protože jeho terapie je velmi náročná a v některých vážných případech mentální anorexie vede až ke smrti.

Z dotazníků je patrné, že se jednalo o respondentky ve věku od 12 do 20 let, kdy tři dívky byly před terapií a tři dívky právě terapií procházely. U dívek byl patrný vliv médií, rodiny a kolektivu ve škole na vznik mentální anorexie. Všechny dívky nadměrně cvičily. Polovina respondentek využívala purgativních metod, laxativ, diuretik či hubnoucích přípravků za účelem redukce hmotnosti.

Z týdenních jídelníčků respondentek lze vyvodit, že dívky v průběhu terapie konzumovaly více energeticky bohatou stravu, která byla pestřejší a vyváženější, než tomu bylo u dívek před terapií. Avšak u dívek podstupujících terapii byl v jídelníčku nápadný nadměrný přísun bílkovin, v některých případech až téměř dvojnásobný, než byl jejich příjem doporučený. V jídelníčcích dívek před terapií byl deficit, jak energie, tak makroživin a vlákniny a naopak byl mnohdy nápadný nadměrný konzum tekutin, ve většině případů se jednalo o zelený čaj či vodu. Ve stravě respondentek jsou velké nedostatky, chybí zde kvalitní tuky, například rostlinné oleje s obsahem omega-3 a omega-6 mastných kyselin, dále také bych zařadila do jejich jídelníčků libové maso, které slouží jako zdroj kvalitních bílkovin. V jídelníčcích chyběly ve větší míře potraviny obsahující sacharidy, například rýže, těstoviny, brambory, pečivo a další, bylo by proto vhodné zvýšit jejich množství ve stravě dívek.

U dívek před terapií mentální anorexie bych doporučila zvýšit jejich pestrost, zařadit širší paletu potravin s kvalitními zdroji bílkovin, tuku a polysacharidů včetně vlákniny, nebo ke stravě přidat v začínajících fázích některou nutriční podporu, například sipping. Doporučila bych vyhledat pomoc psychologa či psychiatra, kteří by dívkám pomohli po psychické stránce.

V jídelničkách dívek v terapii mentální anorexie bych doporučila navýšit porce, čímž by se zvýšil obsah všech hlavních živin a energie ve stravě. V případě, že by nebylo z nějakého důvodu pro dívky snesitelné jíst větší množství jídla, doporučila bych do stravy zařazení sippingu, který zvýší u dívek obsah energie a dalších živin, včetně vitaminů a minerálních látek ve stravě.

Myslím si, že je velice důležité zapracovat na tom, aby se vzniku těchto onemocnění předcházelo vhodnými preventivními opatřeními. Pokud již nemoc vznikla, tak je nezbytně nutné co nejdříve navštívit lékaře a zahájit účinnou terapii. Dívkám s mentální anorexií je potřebné vysvětlit, že musí konzumovat stravu obsahující všechny důležité živiny, žádným potravinám se nevyhýbat, jinak to může mít vážné zdravotní následky. Navrhovala bych zařídit více pracovišť, kde se budou dívkám s mentální anorexií věnovat, kde je naučí se správně stravovat a především je nutné, aby spolupracovala na řešení celého problému rodina, která by měla dívky, u kterých se objeví podezření na onemocnění mentální anorexií, co nejdříve zavést k lékaři a také by je měla v boji s mentální anorexií podpořit.

Práce pro mě byla velikým přínosem, jelikož jsem si rozšířila vědomosti o problematice poruch příjmu potravy, především o mentální anorexii, jakožto aktuálnímu tématu současné doby. Dozvěděla jsem se více o tom, jak se osoby s tímto onemocněním stravují a jak se odlišuje stravování jedinců před terapií od těch, který terapií procházejí.

7 Seznam použité literatury

1. BAYER, Milan. *Pediatric*, Vyd. 1. V Praze: Triton, 2011, 350 s. ISBN 978-80-7387-388-2.
2. BLATTNÁ, Jarmila. *Výživa na začátku 21. století, aneb, O výživě aktuálně a se zárukou*. Praha: Společnost pro výživu, 2005, 79 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 80-239-6202-7.
3. DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Přeložil Jan Lorenc. Praha: Grada Publishing, 1999, 353 s. ISBN 80-7169-628-5.
4. DUNNE, Lavon J a John D KIRSCHMANN. *Nutrition almanach*. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 1990, 340 s. ISBN 0-07-034912-6.
5. FALEIDE, Asbjørn O, Lilleba B LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.
6. FAIRBURN, Christopher G. a Kelly D. BROWNELL. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. 2.bs. New York: Guilford, 2002. ISBN 9781593852368.
7. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
8. HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
9. KALAČ, Pavel. *Funkční potraviny: kroky ke zdraví*. 1. vyd. České Budějovice: DONA, 2003, 130 s. ISBN 80-7322-029-6.
10. KEUDEL, Helmut. *Nemoci dětského věku*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1997, 270 s. ISBN 80-7176-418-3.
11. KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. 1. vydání v nakladatelství Forsapi, 2009. 113 stran. ISBN 978-80-87250-05-1.
12. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 195 s. ISBN 978-80-247-2130-9.

13. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
14. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-x.
15. KŘÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2004, 75 s. ISBN 80-7040-724-7.
16. KUKAČKA, Vladislav. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. Č. Budějovice: Jihočeská univerzita, 2009, 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
17. LASK, Bryan a Ian FRAMPTON. *Eating disorders and the brain*. 1st ed. Chichester [England]: John Wiley-Blackwell, 2011, xvi, 238 p., 4 p. of plates.
18. LASK, Bryan a Rachel BRYANT-WAUGH. *Eating disorders in childhood and adolescence*. 4th ed. New York, NY: Routledge, 2013, xvii, 368 p. ISBN 978-0415-68641-9.
19. LEIBOLD, Gerhard a Lidia BĚHOUNKOVÁ. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
20. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
21. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 222 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
22. NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Eva ČEŠKOVÁ a Luboš SOBOTKA. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. [1. vyd.]. Praha: Maxdorf, 2000, 270 s. ISBN 80-85912-33-3.
23. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
24. OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
25. OŠANCOVÁ, Kateřina. *O výživě aktuálně a se zárukou*. Praha: Společnost pro výživu, 1998, 69 s.

26. PÁNEK, Jan. *Základy výživy*. 1. vyd. Praha: Svoboda Servis, 2002, 207 s. ISBN 80-86320-23-5.
27. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum (Praha), 2000, 76 s. ISBN 80-85121-32-8.
28. RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4.
29. RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Vyd. 1. Přeložil Jan Lorenc. Praha: Grada Publishing, 2000, 466 s. ISBN 80-7169-964-0.
30. *Referenční hodnoty pro příjem živin. V ČR*. 1. vyd. Praha: Společnost pro výživu, 2011, 192 s. ISBN 978-80-254-6987-3.
31. STRÁNSKÝ, Miroslav a Lydie RYŠAVÁ. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2., dopl. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014, 273 s. ISBN 978-80-7394-478-0.
32. STOŽICKÝ, František a Kateřina PIZINGEROVÁ. *Nemoci dětského věku*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 296 s. ISBN 80-246-0711-5.
33. SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

8 Klíčová slova

mentální anorexie

poruchy příjmu potravy

výživa

výzkum

Nutriservis

Key words:

anorexia nervosa

eating disorders

nutrition

research

Nutriservis

9 Seznam příloh

Příloha 1: Tabulka pro vyplnění jídelníčku na týden (ukázka 1 dne)

Příloha 2: Dotazník

Příloha 3: Přehled odpovědí vyplněných respondentkami v dotaznících

Ostatní přílohy jsou pro velkou kapacitu přiloženy zvlášť v kroužkové vazbě a též na přiloženém CD.

Příloha 4: Dotazník- Iveta

Příloha 5: Dotazník- Martina

Příloha 6: Dotazník- Lenka

Příloha 7: Dotazník- Katka

Příloha 8: Dotazník- Marie

Příloha 9: Dotazník- Jana

Příloha 10: Propočtený jídelníček respondentky (Nutriservis)- Iveta

Příloha 11: Propočtený jídelníček respondentky (Nutriservis)- Martina

Příloha 12: Propočtený jídelníček respondentky (Nutriservis)- Lenka

Příloha 13: Propočtený jídelníček respondentky (Nutriservis)- Katka

Příloha 14: Propočtený jídelníček respondentky (Nutriservis)- Marie

Příloha 15: Propočtený jídelníček respondentky (Nutriservis)- Jana

Příloha 1: Tabulka pro vyplnění jídelníčku na týden (ukázka 1 dne)

	Čas	Potraviny, množství	Nápoje
SNÍDANĚ			
PŘESNÍDÁVKA			
OBĚD			
SVAČINA			
VEČEŘE			
NĚCO NAVÍC			

Příloha 2: Dotazník

Dotazník k bakalářské práci

Správnou informaci podtrhni, zvýrazni nebo doplň. Je možné vybrat z více možností ☺

1. Jaký je tvůj věk?
2. Jaká je tvá aktuální hmotnost?
3. Jaká byla tvá nejnižší hmotnost?
4. Jaká byla tvá hmotnost, když jsi se, rozhodla zhubnout?
5. Kolik měříš cm?
6. Jsi studentka:
 - a) Základní školy
 - b) Střední školy
 - c) Vysoké školy
 - d) Jiné
7. Jak je to dlouho co jsi začala držet dietu?
8. Jak je to dlouho co jsi zaznamenala nejvyšší úbytek kilogramů?
9. Jsi (či byla jsi v minulosti) ochotna hladovět za účelem zhubnutí?
 - a) ano
 - b) ne
10. Měli někdy spolužáci ze třídy či ze školy poznámky k Tvé postavě?
 - a) ano
 - b) ne
11. Pokud ano, řekla jsi o tom rodičům či třídnímu učiteli?
 - a) ano
 - b) ne
12. Je tvá rodina kompletní (otec, matka)?
 - a) ano
 - b) ne
13. Máš dobrý vztah se svou matkou?
 - a) ano
 - b) ne
14. Máš dobrý vztah se svým otcem?
 - a) ano
 - b) ne
15. Máš sourozence?
 - a) ano
 - b) ne
16. Kritizovali někdy tvou postavu blízcí rodinní příslušníci (matka, otec, sourozenci)
 - a) ano
 - b) ne
17. Ovlivnila tě kritika tvé postavy rodinou v rozhodnutí, že musíš zhubnout?
 - a) ano
 - b) ne

18. Pokud ne, co tě ovlivnilo v tom rozhodnout se začít držet přísnou dietu?

19. Držela jsi často dietu za účelem zhubnout?
 a) ano b) ne
20. Drží často diety někdo z tvé rodiny, či blízkých přátel?
 a) ano b) ne
21. Jak často jsi během svého hubnutí cvičila?
 a) Každý den e) 4-6x týdně
 b) Několikrát denně f) Občas
 c) Obden g) Necvičila jsem
 d) 2x týdně
22. Jsi nyní spokojená se svou postavou? a) ano b)ne
23. Jak dlouho se se svou nemocí léčíš?
24. Byla jsi hospitalizovaná v nemocnici? a) ano b) ne
25. Pokud ano, jak dlouho jsi byla hospitalizovaná v nemocnici?
26. Pokud se stále léčíš v nemocnici, jak dlouho jsi hospitalizovaná?
27. Vyzorovala jsi na sobě nějaké tělesné změny, například že ti více padají vlasy, lámou nehty, ztrátu menstruace a další?
 a) Ano, více mi padají vlasy
 b) Ano, mé nehty se více lámou a třepí
 c) Ano, přestala jsem menstruuovat
 d) Ano, všechny 3 změny na sobě pozoruji (pozorovala jsem)
 e) Ne, žádnou z těchto změn jsem na sobě nevyzorovala
 f) Jiné
28. Kolik jsi od začátku své léčby (pokud se léčíš) přibrala kilogramů?
29. Vážíš se často?
 a) Jednou týdně d) Vícekrát týdně
 b) Jednou měsíčně e) Každý den
 c) Jednou za několik měsíců f) Vícekrát denně
30. Který z následujících termínů nejlépe vystihuje tvou postavu?
 a) „Vychrtlá“ d) Nadváha
 b) Štíhlá e) Obézní
 c) Průměrná
31. Porovnávaš někdy svou postavu s někým z médií (modelky, herečky apod.)
 a) ano b) ne
32. Vyzkoušela jsi někdy některý z přípravků na hubnutí?
 a) ano b) ne
33. Užívala jsi někdy některý z přípravků, jako jsou projímadla, léky na odvodnění atd.
 a) Ano projímadla d) Neužívala
 b) Ano léky na odvodnění
 c) I projímadla i léky na odvodnění

Příloha 3: Přehled odpovědí vyplněných respondentkami v dotaznících

Otázka	Iveta	Martina	Lenka	Katka	Marie	Jana
Věk	18	16	20	18	12	16
Výška	168	166	164	158	147	160
Nejnižší hmotnost	37	47	49	39	34	41
Současná hmotnost	45	47	49	44	34	48
Hmotnost na začátku diety	58	89	72	55	55	79
Kolik měříš cm?	168	166	164	158	147	160
Jsi studentka	střední školy	střední školy	vysoké školy	střední školy	základní školy	střední školy
Jak je to dlouho co jsi začala držet dietu?	4 roky	10 měsíců	3 měsíce	6 let	1 rok	8 měsíců
Jak je to dlouho co jsi zaznamenala nejvyšší úbytek kilogramů?	po 3 měsících diety	posledních 6 měsíců	3 měsíce	po 4 měsících diety	5 měsíců	3 měsíce
Jsi (byla jsi v minulosti) ochotna hladovět za účelem zhubnutí?	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Měli někdy spolužáci ze třídy či ze školy poznámky k tvé postavě?	ne	ano	ano	ne	ne	ano
Pokud ano, řekla jsi o tom rodičům či třídnímu učiteli?	---	ne	ano, třídnímu učiteli	---	---	ne
Je tvá rodina kompletní (otec, matka)?	ne, rozvedeni	ano	ne, rozvedeni	ne, rozvedeni	ano	ano
Máš dobrý vztah se svou matkou?	ne	ano	ne	ne	ano	ano
Máš dobrý vztah se svým otcem?	ne	ano	ne	ne	ne	ano
Máš sourozence?	ne	ano	ano	ano	ne	ne

Otázka	Iveta	Martina	Lenka	Katka	Marie	Jana
Kritizovali někdy tvou postavu blízcí rodinní příslušníci?	ano	ano	ano	ano	ano	ne
Ovlivnila tě kritika tvé postavy rodinou v rozhodnutí, že musíš zhubnout?	ne	ano	ano	ano	ano	ne
Pokud ne, co tě ovlivnilo v tom rozhodnout se začít držet přísnou dietu?	partner, kterému se líbily velmi štíhlé dívky	také kritika spolužáků	---	---	---	kritika spolužáků
Držela jsi často dietu za účelem zhubnout?	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Drží často diety někdo z tvé rodiny, či blízkých přátel?	ano	ano	ano, matka	ne	ne	ne
Jak často jsi během svého hubnutí cvičila?	několikrát denně	několikrát denně	každý den	několikrát denně	několikrát denně	každý den
Jsi nyní spokojená se svou postavou?	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Jak dlouho se s nemocí léčíš (pokud se léčíš)?	4 roky	---	---	6 let	---	3 měsíce
Byla jsi hospitalizovaná v nemocnici?	ano	ne	ne	ano	ne	ano
Pokud ano, jak dlouho jsi byla hospitalizovaná?	5 měsíců	---	---	1 měsíc	---	1 měsíc
Vyozorovala jsi na sobě nějaké tělesné změny, například, že ti více padají vlasy, lámou s nehty, ztrátu menstruace a další?	padání vlasů, lámající se nehty, amenorhea, suchá kůže, únava	amenorea, silná únava	padání vlasů, lámavé a třepící se nehty, amenorhea	padání vlasů, zhoršená kvalita nehtů	padání vlasů, špatná kvalita nehtů, únava	amenorea, nízký tlak

Otázka	Iveta	Martina	Lenka	Katka	Marie	Jana
Kolik jsi od začátku své léčby přibrala kilogramů?	8 kg	---	---	5 kg	--.	7 kg
Vážíš se často?	1x týdně	vícekrát denně	každý den	1x týdně	vícekrát denně	1x týdně
Který z následujících termínů nejlépe vystihuje tvou postavu?	průměrná	průměrná	nadváha	průměrná	nadváha	průměrná
Porovnáváš někdy svou postavu s někým z médií (modelky, herečky apod.)?	ano	ne	ano	ano	ne	ne
Vyzkoušela jsi někdy některý z přípravků na hubnutí?	ne	ne	ano	ano	ne	ne
Užívala jsi někdy některý z přípravků, jako jsou projímadla, léky na odvodnění (diuretika) atd.?	ano, laxativa	neužívala	ano, laxativa i diuretika	neužívala	ano, laxativa	neužívala
Využívala jsi během hubnutí purgativních metod?	ne	ne	ano	ano	ano	ne
Co jsi ve své stravě nejvíce omezila?	sladká a tučná jídla; maso a uzeniny	sladká a tučná jídla	téměř vše mimo ovoce a zeleniny	sladká a tučná jídla; maso a uzeniny	sladká a tučná jídla; maso a uzeniny	sladká a tučná jídla; maso a uzeniny
Kolikrát denně jíš?	3-4x	4-5x	4-5x	4-5x	4-5x	4-5x
Navštěvuješ psychologa?	ano	ne	ne	ne	ne	ano
Navštěvuješ psychiatra?	ano	ne	ne	ano	ne	ne