

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Jana Komosná

Nebezpečí anorexie a bulimie u dospívajících

Olomouc 2012

vedoucí práce: MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené prameny a literatury.

V Olomouci dne

.....

podpis

Poděkování

Děkuji MUDr. Miladě Bezděkové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci, Mgr. Marii Dvořákové za pomoc při provádění výzkumného šetření a všem osloveným respondentům za ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníků.

Osnova

ÚVOD	6
Přehled teoretických poznatků	7
1 VÝŽIVA ČLOVĚKA	7
2 DOSPÍVÁNÍ	9
2.1 Fyziologie dospívání	9
2.2 Dospívání z psychologického pohledu.....	9
2.3 Význam tělesného vzhledu v období dospívání.....	11
3 ZÁKLADNÍ SLOŽKY POTRAVY	12
3.1 Bílkoviny.....	12
3.2 Cukry.....	13
3.3 Tuky	14
3.4 Řízení příjmu potravy	15
4 PSYCHOLOGIE JÍDLA	17
5 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	19
5.1 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy	20
5.2 Riziková prostředí pro rozvoj poruch příjmu potravy	24
6 MENTÁLNÍ ANOREXIE	26
6.1 Historie mentální anorexie	26
6.2 Charakteristika	28
6.3 Příznaky	29
6.4 Diagnostická kritéria	29
6.5 Zásady stravování.....	31
7 MENTÁLNÍ BULIMIE	33
7.1 Historie.....	33
7.2 Charakteristika	33
7.3 Příčiny vzniku	34
7.4 Záchvatovité přejídání.....	35
7.5 Diagnostická kritéria	36
7.6 Zásady stravování.....	38
7.7 Specifika bulimie u mužů.....	42
8 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	43
8.1 Poruchy příjmu potravy a ženský reprodukční systém	51

8.2	Poruchy spánku a příjem potravy.....	53
9	ZPŮSOBY LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	55
10	PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	59
10.1	Zásady zdravého hubnutí	60
11	OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL	62
Materiál a metodika výzkumného šetření		64
12	CÍL PRÁCE.....	64
13	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	65
14	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	69
15	ZÁVĚR.....	98
16	DISKUZE.....	101
17	SOUHRN.....	103
POUŽITÁ LITERATURA.....		105
SEZNAM PŘÍLOH.....		109
ANOTACE		

ÚVOD

V diplomové práci se zabývám tématem, které zní „Nebezpečí anorexie a bulimie u dospívajících“. Toto téma pokládám v dnešní době za velice aktuální, zvláště u mladých dívek, ale i u chlapců, kteří byli v této problematice dlouho opomíjeni. Dnes na nás ze všech stran útočí média, která se nám snaží vnutit ten jediný, nejlepší a správný ideál krásy, jímž jsou příliš štíhlé, až vyhublé modelky a modelové. V médiích slyšíme pouze informace o tom, jak škodlivá je nadváha a obezita, ale zmínka o rizicích přílišného hubnutí se ve sdělovacích prostředcích objevuje jenom sporadicky. Tímto nechci říci, že nadváha a obezita jsou v pořádku, ale měla by se oběma problémům věnovat stejná pozornost.

Rizikem vzniku mentální anorexie a bulimie jsou ohroženy především mladé dívky a ženy. Je to samozřejmé, každá žena a dívka se chce líbit a netouží po tom, být „tlustá“. Rozdíl je však v tom, jak na své tělo pohlíží. Mnohé dívky se během svého dospívání nedokáží vyrovnat s tím, že přibývají na váze, zakulacují se jim boky a celkově získávají ženské křivky. Mají pocit, že ztrácí kontrolu nad svým tělem a snaží se ji získat pomocí přílišného cvičení a odepíráním si jídla. Proto je velmi důležité preventivně působit právě na dospívající dívky (ale samozřejmě i chlapce) a neustále jim připomínat, že změny, které se s jejich tělem během období dospívání dějí, jsou naprosto normální a fyziologické.

Diplomová práce obsahuje část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se zabývala problematikou poruch příjmu potravy, příčinami vzniku tohoto onemocnění, průběhem, důsledky, rizikovými faktory pro vznik těchto poruch, možnostmi léčby a prací s nemocnými.

Praktickou část práce tvoří výsledky kvantitativního výzkumu. Data potřebná k výzkumu byla získávána pomocí anonymního dotazníkového šetření. Cílem praktické části práce je zjistit riziko vzniku poruch příjmu potravy u dospívajících.

Přehled teoretických poznatků

1 VÝŽIVA ČLOVĚKA

„Výživa patří k nejdůležitějším činitelům vnějšího prostředí, které ovlivňují vývoj a zdraví člověka. Je nedílnou součástí celkového životního stylu a ve svých důsledcích může zasahovat do všech oblastí lidského života. Tělesná a duševní zdatnost lidského organismu je silně ovlivňována skladbou přijímané potravy. Potrava poskytuje organismu látky nezbytné pro stavbu nových tkání, pro náhradu tkání opotřebovaných, látky zajišťující správnou funkci organismu. Je zdrojem energie pro tvorbu tepla a pro veškeré životní pochody.“ (Marádová, 2010, s. 5)

Prenatální vývoj

Výživa má vliv na vývoj jedince již před jeho narozením. Látky, které přenášejí dědičné vlastnosti, mohou být ovlivněny mutagenními látkami nacházejícími se v potravě tak, že způsobené změny genetického kódu se trvale přenášejí na potomky. Vývoj zárodku a plodu v děloze je přímo závislý na výživě matky. Příjem základních živin by měl odpovídat zvýšeným nárokům na výživu v době těhotenství. Nedostatek potřebných látek (např. minerální látky, vitamíny) může vést k vážným poruchám vývoje plodu. Přítomnost určitých cizorodých látek (teratogenů) v potravě matky, může způsobovat malformace plodu (Marádová, 2010).

Výživa kojence

Správná výživa v kojeneckém věku je velmi důležitá pro další vývoj dítěte, rozhoduje nejen o jeho zdravotním stavu, ale ovlivňuje jeho růst a vývoj až do dospělosti. Nevhodné složení kojenecké výživy může mít za následek opoždění růstu a duševního vývoje v pozdějším věku (Marádová, 2010).

Výživa dětí

Dětský organismus je ve svém vývoji velmi citlivý na jakékoliv poruchy ve výživě. Nejvýznamnější je pro dítě optimální přísun plnohodnotných bílkovin, vitamínů a minerálních látek (Marádová, 2010).

2 DOSPÍVÁNÍ

2.1 Fyziologie dospívání

Puberta je významnou součástí procesu sexuální diferenciaci a vývoje. Z biologického hlediska je puberta definována jako hormonálně podmíněný proces fyzického zrání a růstového výšvihu, na jehož konci je jedinec schopen reprodukce. To je dáno u dívek první ovulací, u chlapců zahájením spermatogeneze. První somatické známky sexuálního zrání se u dívek objevují v průměru v 11 letech (vývoj prsů), u chlapců v 11,5 letech (zvětšení objemu varlat) (Šnajderová, Zemková, 2000).

V období puberty dochází k tzv. růstovému spurtu (dočasnému prudkému zrychlení růstu). Dívčí spurt vrcholí mezi 11. a 12. rokem, chlapecký mezi 13. a 15. rokem. Dívky nejdříve chlapce o něco předhoní, mužský spurt je však prudší a vede k trvalému rozdílu mezi výškou mužů a žen. Průměrná dívka vyroste za rok, v němž vrcholí její růstový spurt, asi o 9 cm a přibude o 5 kg, chlapec vyroste o 10 až 12 cm a přibere kolem 6 kg (Říčan, 2004).

Adolescence zahrnuje širší období, které začíná na počátku druhé dekády života somatickými projevy dospívání. Jedná se o proces psychosociálního zrání a přechod mezi dětstvím a dospělostí. Trvání adolescence ovlivňují sociální a kulturní rozdíly (prodlužuje se se stupněm vyspělosti populace) (Šnajderová, Zemková, 2000).

2.2 Dospívání z psychologického pohledu

Období dospívání je významnou etapou pro formování a rozvoj osobnosti člověka. Některé vlastnosti se v této fázi vývoje rozvíjejí velmi dynamicky, u jiných dochází k proměnám a přesouvání významu a navíc vzniká řada zcela nových vlastností. Vývojové změny nastupují vždy v zákonité posloupnosti, jednotlivé funkce dozrávají postupně podle jejich významu pro život. Dospívání chápeme jako přechod mezi dětstvím a dospělostí, jako přechod od nesamostatnosti k samostatnosti, od závislosti

na dospělých k vlastní nezávislosti. Dá se říci, že dospívající je v jakési nestabilní pozici (je odloučen od světa dětství), ale ještě nebývá přijat jako rovnoprávný partner do společnosti dospělých. Tento stav je pak zákonitě provázen rozkolísaností a proměnlivými postoji (zvláště v první polovině dospívání). Dospívání je stádiem mnoha změn, mění se tělesný zjev, kvalita duševní činnosti a její výkonnost, zájmy, postoje, hodnoty a sociální vztahy (Čačka, 1994).

Puberta

Počátek puberty je stanoven fyziologickými změnami, při kterých dochází k disharmonii fyzické a psychické. Tato disharmonie je spojena s typickou nejistotou a vnitřním napětím, což je výstižně označováno jako „vulkanismus“. Obecným jevem puberty je zhoršené chování, hluchost, předvádivost, nebo naopak pocity méněcennosti, nevyvážené reakce a výkony. Činorodost se střídá s leností, poslušnost s nedůtklivostí, přátelskost s urážlivostí a hubatostí, společenskost s neobratností až snahou o izolaci. S nástupem puberty se dovršuje výkonnost poznávacích procesů (čítání, vnímání, paměť, pozornost, obrazovost, myšlení). Rozdíly mezi chlapci a dívkami jsou patrné jak v době nástupu, tak i v průběhu a způsobech prožívání puberty (dívkami předbíhají chlapce ve vývoji v průměru o jeden rok i více) (Čačka, 1994).

Adolescence

V období adolescence dochází k postupnému vyhraňování a stabilizaci povahových vlastností. Probíhá utváření a stabilizace sebepojetí i celého charakteru jako základní soustavy hodnot a postojů, o které se pak opírá rozhodování. To neprobíhá v izolaci, nýbrž jde o záležitost mezilidskou a společenskou, opírající se o zkušenosti, které adolescenti nabývají v kontaktech s okolím (Čačka, 1994).

2.3 Význam tělesného vzhledu v období dospívání

V období dospívání subjektivní význam zevnějšku stoupá. Projevuje se větší zaměřeností na vlastní tělo, zvláště dívky se svým zevnějškem zabývají více než čímkoliv jiným. Dospívající mívají často pochybnosti o svém vzhledu. To, jak vypadají, již neberou jako samozřejmost, ale uvědomují si, že se svým vzhledem mohou něco udělat, že by mohli vypadat i jinak (samozřejmě lépe). Často se srovnávají se svými vrstevníky. Zevněšek se stává prostředkem k dosažení sociální akceptace a prestiže. Dnešní sociokulturně podmíněné normy krásy výrazně utlumují tendenci k individuální diferenciaci dospívajících (př. dívky chtějí vypadat jako modelka na obálce časopisu). Krása je v dnešní společnosti pojímána jako úkol, který je třeba splnit, aby byl člověk úspěšný.

Tendence k uniformitě je v dnešní době velká a je podporována značným působením médií. Podobnost s prefabrikovaným vzorem většinou zaručuje pozitivní hodnocení ze strany okolí. Uniformita představuje jistotu, idealizované vzory (modelky, sportovci, zpěvačky,...) se stávají modelem pro napodobování. V pozdní adolescenci se toto napodobování omezuje a každý jedinec se snaží najít si svůj vlastní individuální styl.

Úprava zevnějšku a oblečení se stává prostředkem k vyjádření identity. Dospívající tímto způsobem sděluje svému okolí, kým se cítí být. Úprava zevnějšku může vyjadřovat příslušnost k určité skupině (např. skinheadi), jednoznačné odlišení od dospělých (dávají přednost zevnějšku a oblečení, které by si dospělý na sebe nevezl) nebo také opovržení normami a životním stylem konzumní společnosti (Vágnerová, 2005).

3 ZÁKLADNÍ SLOŽKY POTRAVY

3.1 Bílkoviny

Bílkoviny (proteiny) jsou základní stavební látkou všech živých organismů (buněk i tkání). V lidském organismu připadá asi 20 % celkové hmotnosti těla na bílkoviny. Bílkoviny nejsou nahraditelné žádnou jinou složkou potravy a organismus je nedokáže ukládat do zásoby. Základními stavebními jednotkami bílkovin jsou aminokyseliny (Dylevský, 2000).

Význam bílkovin:

- jsou stavebním materiálem potřebným pro růst a stálou obnovu a přestavbu tělesných tkání;
- jsou nezbytné pro tvorbu trávicích šťáv, hormonů, vitamínů, enzymů, ochranných látek a hemoglobinu (krevního barviva);
- významným způsobem ovlivňují látkovou přeměnu – udržují a stupňují tempo metabolismu;
- mají vliv na udržení plodnosti;
- ovlivňují činnost vyšší nervové soustavy;
- pomáhají k udržení stálosti vnitřního prostředí organismu, zejména ovlivňují chemické reakce krevní plazmy, mozkomíšního moku a trávicích šťáv;
- mohou být využity i jako zdroj energie (Marádová, 2010).

Zdroje bílkovin v potravě

Marádová (2010) uvádí, že mezi hlavní zdroje bílkovin v potravě patří maso (asi 20 %), plnotučné mléko (3,3 %), sýry (až 24 %), vejce (13 %) a luštěniny (24 %).

Zásady příjmu bílkovin:

- u dospělého člověka je doporučená denní dávka bílkovin 1g/kg/den;
- poměr živočišných a rostlinných bílkovin je 1:1;
- při příjmu bílkovin živočišného původu omezovat příjem soli;

- vyvarovat se příjmu proteinů s tuky (v uzeninách), dávat přednost drůbežímu a rybímu masu;
- při tepelné úpravě upřednostňovat vaření a dušení;
- vyšší přísun bílkovin zajistit u dětí, těhotných žen, u jedinců v rekonvalescenci a u aktivních sportovců (Marádová, 2010).

3.2 Cukry

Cukry (sacharidy) jsou základním zdrojem energie organismu. Sacharidy jako zdroj energie využívá nervový systém a svaly. Cukry jsou i rezervní látkou, kterou organismus dovede rychle využít při náhlém zatížení. Před vstřebáváním v trávicím traktu jsou sacharidy rozkládány enzymy na jednoduché cukry, které jsou pak buňkami sliznice tenkého střeva resorbovány do krve. Rozštěpené cukry jsou krví rozváděny k buňkám a tkáním organismu, kde se buď ukládají, nebo štěpením uvolňují energii, která zajišťuje buněčné a tkáňové funkce. Pronikání cukrů do buňky řídí inzulín (hormon, který produkují Langerhansovy ostrůvky slinivky břišní). Důležitou rezervou sacharidů je glykogen (živočišný škrob uložený v játrech a ve svalech), který je při zvýšené námaze uvolňován a rozkládán na využitelné sacharidy (Dylevský, 2000).

Význam cukrů:

- jsou nedůležitějším zdrojem energie (z 1 g se získá 17 KJ);
- svým objemem tvoří hlavní součást potravy člověka;
- působí příznivě na střevní peristaltiku a mají vliv na složení střevní mikroflóry;
- jsou chuťovým faktorem – sladkou chutí příznivě ovlivňují smyslové vlastnosti pokrmů (Marádová, 2010).

Zdroje cukrů v potravě

Marádová (2010) píše, že hlavními zdroji sacharidů jsou potraviny rostlinného původu. Sušina obilovin obsahuje 65 – 90 % sacharidů, brambory 80 %, luštěniny

70 %, ovoce a zelenina 90 %, v mléce a mléčných výrobcích tvoří laktóza 30 – 50 % sušiny mléka.

Zásady příjmu cukrů:

- u dospělého člověka je doporučená denní dávka sacharidů 180 g/den;
- sacharidy by měly být přijímány převážně ve formě polysacharidů (obiloviny, ovoce, zelenina, luštěniny);
- spotřeba sacharózy (řepného cukru by neměla přesáhnout 20 kg za rok);
- vyvarovat se nadměrné konzumaci tzv. skrytých cukrů ve slazených nápojích a moučnicích;
- nadměrný příjem sacharidů má negativní dopad na celkový zdravotní stav (Marádová, 2010).

3.3 Tuky

Tuky (lipidy) mají kromě své energetické funkce také funkci stavební. Stavební význam tuků spočívá v tom, že se tuky spojují s bílkoviny (vytvářejí lipoproteiny) a jsou pak důležitou součástí buněčných membrán, mitochondrií a cytoplazmy, tvoří i základ některých hormonů. Tuky chrání organismus před tepelnými ztrátami, protože jsou špatným vodičem tepla. Vstřebávání lipidů se děje převážně do mízního oběhu, a pokud nejsou přímo oxidovány a využity jako zdroj energie, ukládají se v podkožním vazivu a kolem některých orgánů jako rezervní látky, odkud se podle potřeby uvolňují. Při hladovění může organismus odčerpat až 90 % tukových zásob, to je asi 10 – 15 % hmotnosti průměrného člověka (Dylevský, 2000).

Význam tuků:

- představují největší zdroj energie v porovnání s ostatními živinami;
- slouží jako zásobní látky pro případ zvýšené energetické spotřeby;
- jsou nositeli vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K) a umožňují jejich vstřebávání v organismu;
- jsou zdrojem esenciálních (nenasycených) mastných kyselin, které si organismus nedokáže vytvořit sám, ačkoliv je nezbytně potřebuje;

- mají vysokou výživovou hodnotu;
- dodávají příznivé chuťové vlastnosti pokrmům;
- zlepšují konzistenci potravin (Marádová, 2010).

Tuky v potravě

Tuky v potravě dělíme na rostlinné (oleje, margaríny a pomazánkové tuky, pokrmové tuky, šlehané tuky, kokosový tuk) a živočišné (máslo, vepřové sádlo, lůj, mléčný tuk) (Marádová, 2010).

Zásady příjmu tuků:

- u dospělého člověka je doporučená denní dávka tuků 0,8 – 1 g /kg/den;
- tuky by měly hradit asi 20 – 30 % celkové energetické potřeby, v hmotnostním poměru k bílkovinám 1:1 u průměrného spotřebitele;
- potřeba tuků závisí na fyziologickém stavu organismu, výši energetického výdeje (při pracovním zatížení se zvyšuje až o 100 %), klimatických podmínkách (zvyšuje se při pobytu v chladném prostředí), věku (u dětí je vyšší, u starých osob se snižuje), výživových zvyklostech;
- důležité je dávat si pozor i na tzv. skryté tuky, to jsou takové, které jsou obsaženy v mase, mléce, čokoládě a jiných potravinách;
- dlouhodobý nedostatek tuků se projevuje změnami na pokožce;
- nadměrný příjem tuků vede k poruchám trávení a ke zvýšenému ukládání zásobního tuku, obezita je často provázána kardiovaskulárními a endokrinními onemocněními (Marádová, 2010).

3.4 Řízení příjmu potravy

Regulace příjmu potravy je výsledkem komplexní souhry endogenních a exogenních faktorů. Impulzem k příjmu potravy je pocit hladu a signálem k jeho ukončení je pocit sytosti. Centra hladu a sytosti jsou uloženy v hypotalamu. V laterálních hypotalamických jádrech je centrum, které navozuje pocit hladu, ve ventromediálních hypotalamických jádrech je umístěno centrum sytosti. Tato jádra slouží jako koordinační centrum řady aferentních a eferentních signálů. Mezi

aferentní signály patří neurosenzorické vjemy (vůně), metabolické parametry (glykémie) a hormonální vlivy (inzulín). Eferentní signály zahrnují vagový a sympatický nervový systém a řadu neuroendokrinních systémů (osu hypotalamus – hypofýza – nadledviny a hypotalamus – hypofýza – štítná žláza (Kocourková et al., 1997).

4 PSYCHOLOGIE JÍDLA

„Jídlo je – krom dýchání – nejintenzivnějším kontaktem s vnějším prostředím, jež člověk prožívá i psychicky. Tak lze vysvětlit i různé postoje k jídlu a jeho hodnocení. Jedení patří k nejintimnějším projevům lidského chování, jemuž je v sociálním světě vymezen svébytný prostor. Jídlo tedy – svým zpětným působením a vlivem – prohlubuje sociální kontakty. Zde je obsažena psychologická závažnost jídla: jídlo a jeho příjem je sociálním transmitterem a zároveň pak i sociálním chováním.“
(Dvořáková-Janů, 1999, s. 59 – 60)

Rakouský psycholog Volker Pudel provedl v roce 1995 výzkum, který se zabýval otázkou, proč lidé jedí často něco jiného, než to, co by jíst měli. Výzkum byl prováděn mezi studenty Vídeňské univerzity. Pudel se pokusil o výčet motivů analyzujících potřebu jídla a zdůvodnění této potřeby podle stanovených „hesel“:

- chuťové nároky (Jahody se šlehačkou jako největší požitek.);
- pocit hladu (Mám jednoduše hlad, teď se musím najíst.);
- ekonomická výhodnost (Snížili cenu, to si koupím.);
- kulturní vlivy (Ráno houska s máslem nebo croissant a káva.);
- působení tradice (Babiččiny vanilkové rohlíčky o Vánocích.);
- zvyky přejaté sociálním učením (K obědu musí být napřed polévka.);
- vlivy a účinky emocí (Ve stresové situaci něco sladkého.);
- sociabilita (Při opékání buřtů je legrace.);
- vliv sociálního statusu (Rodinu Novákových pozveme na humry.);
- využívání možností (Stravuji se v menze, protože to zrovna jde.);
- zdravotní aspekty (Je to údajně zdravé, tak to jím.);
- fitness aspekty (Cvičitelé říkají, že je to vhodné pro jogging.);
- kvůli kráse (Jen poloviční porce, abychom zůstali pěkní.);
- zdravotní dispozice (Zelí nejím, nesnáším jej...);
- zvědavost (Zajímalo mě, jakou to má chuť.);
- strach před škodlivými látkami (To nejím, má to vysoký obsah škodlivin.);
- výchovné důvody (Až si uděláš úkoly, dostaneš bonbón.);

- onemocnění (Sladkosti nemohu jíst kvůli cukrovce.);
- magické důvody (Petržel jím kvůli potenci.);
- pseudovědecké důvody (Deset vařených vajec kvůli zhubnutí.) (Dvořáková-Janů, 1999).

Lidé v současné společnosti jedí jinak, než jak by měli jíst podle zásad zdravé výživy. Toto svoje chování zdůvodňují často přejatými názory a postoji (Dvořáková-Janů, 1999).

Poruchy postojů k jídlu

Postoje k jídlu jsou výsledkem mnoha vnějších i vnitřních činitelů. Za normální postoj se považuje takový, který vede k uspokojení fyziologických potřeb a přitom plní i psychologickou a sociální funkci jídla. Nevede ani k přejídání ani k odmítání potravy nebo k znehodnocování jídla nesprávným potravním chováním. Postoje k jídlu mohou být narušeny dočasně různými chorobnými stavy, po fyzickém nebo psychickém traumatu a podobně. Vztah k potravě mohou poškodit i nejrůznější životní zkušenosti, které jsou přímo či nepřímo spojeny s výživou (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Zdroje poruch postojů k jídlu (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003):

- poruchy v příjmu informací o potravě a jejich mylné zpracování;
- poruchy potravní motivace;
- náboženské, etické, filozofické představy spojené s potravou.

5 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy se stávají v odborné veřejnosti stále více diskutovaným problémem. Staly se těžko řešitelnou otázkou dnešního světa – zjednodušenou a extrémní reakcí na osobní problémy, společenský úspěch a zdraví. Poruchami příjmu potravy trpěli lidé již v dávné minulosti. Zpočátku byla mentální anorexie považována za čistě duševní chorobu, až v 60. letech 20. století přibyly k původnímu klinickému obrazu duševní nerovnováhy další dva podstatné rysy (chorobná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání vlastního těla).

Pro poruchy příjmu potravy je příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu, strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem (Marádová, 2007).

Výskyt poruch příjmu potravy v populaci ČR

Mentální anorexie a bulimie jsou desetkrát až dvacetkrát častějším onemocněním dívek než chlapců. Mentální bulimií v ČR trpí asi každá dvacátá dospívající dívka (6 %), mentální anorexie se vyskytuje méně často, postihuje necelé 1 % dospívajících dívek. Pokud někdo v rodině (matka, sestra) trpí poruchou příjmu potravy, zvyšuje se riziko vzniku anorexie nebo bulimie u ostatních žen v rodině. Mentální anorexie začíná obvykle ve věku 13 – 20 let, mentální bulimie mezi 16 – 25 lety.

Úspěšnost léčby poruch příjmu potravy je relativně vysoká, přesto je úmrtnost u mentální anorexie 2 – 8 % a u mentální bulimie 0 – 2 %. V průměru 50 % děvčat s anorexií a téměř dvě třetiny s bulimií se zcela vyléčí. U necelých 20 % anorektiček byl v průběhu let zjištěn chronický průběh, který je často spojen se sociální izolací. U bulimie velké nebezpečí v průběhu onemocnění představuje zneužívání alkoholu a drog (Marádová, 2007).

5.1 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Příčiny v období raného dětství

Novák (2010) uvádí, že již krátce po narození dochází k propojení potřeby nasycení a lásky (matka uspokojuje emocionální a fyzické potřeby kojence). Potrava je asociována s bezpečím, pohodlím, něhou a láskou. Dítě v procesu krmení rozvíjí kontakt s matkou, posiluje emocionální vazbu a učí se reakcím matky na své prosby o nakrmení. Mnohdy se stává, že matka lásku k dítěti projevuje tím, že mu nadměrně podává dobrá, ne však pro něj příliš zdravá jídla (bonbóny, čokoláda, oplatky apod.). Jídlem tak dítě uspokojuje potřeby obě, jak potřebu hladu, tak sekundárně i potřebu lásky. Postupně zjišťuje, že když si dopřeje oblíbené jídlo, tak tím lze zahnat nepříjemné pocity nebo úzkost. Takové děti pak mají velký problém rozeznat skutečný pocit hladu od manifestací jiných potřeb a univerzálně používají potravu k jejich utišení.

Příčiny v období puberty a adolescence

Období dospívání je typickým a nejrizikovějším obdobím pro vznik poruch příjmu potravy. Je to dáno tím, že v průběhu dospívání si člověk stále výrazněji a mnohdy i bolestivě uvědomuje sám sebe, snaží se odlišit od svého okolí a prosazovat své zájmy. Sebevědomí adolescenta je labilní, často závislé na tom, co mu kdo řekne. Vzrůstá jeho zájem o druhé pohlaví, touží po tom být úspěšný, líbit se. S dospíváním jsou spojeny i zásadní sociální změny, které mnohdy představují významný stres a přináší sebou nejistotu. Tato nejistota má pak za následek stoupající míru úzkosti a citlivosti na reakce z okolí. Tyto aspekty pak často vedou ke zvýšené kontrole vlastního těla a nezdravému regulování příjmu potravy.

Pokud dospívající člověk trpí příliš nízkou sebedůvěrou, může tato velmi snadno vyústit ve snahu zlepšit svůj vzhled a držet diety, mladí lidé také snadno podléhají vzorům, které jsou jim dnes a denně předkládány v médiích (Krch, 2008).

Často se uvádí, že vznik poruch příjmu potravy je výrazem strachu z dospělosti. Především mentální anorexie je výsledkem obav z fyziologických a psychických změn v pubertě. Počátkem puberty dochází u dívek k charakteristickým a zcela přirozeným tělesným změnám (přibírání na váze, tvarování postavy, počátek

menstruačního krvácení). Pro mnohé dospívající dívky je přibírání na váze nebezpečnou výzvou, protože nejsou připraveny na změny, které se dějí s jejich tělem a obávají se, že nebudou moci svou hmotnost kontrolovat. Výsledkem pokusů o překonání strachu ze ztráty kontroly nad svou váhou je pak například podstupování různých diet, cvičení a podobně (Novák, 2010).

Kritické životní události

S rozvojem poruch příjmu potravy mohou souviset negativní zkušenosti, jako je například zneužití, trauma a posměch. Zvláště v případě mentální bulimie se uvádí společný výskyt nebo interakce stresujících životních událostí a afektivních nedostatků (nízká sebeúcta, depresivní nálada, úzkostnost, dráždivost).

Podle některých autorů existuje úzká souvislost mezi sexuálním zneužíváním v dětství a bulimickou symptomatologií. Sexuální zneužití vyvolává nesnesitelné pocity a podryvá identitu. V takovém případě slouží poruchy příjmu potravy jako zoufalý pokus regulovat zahlcující pocity a konstruovat smysluplný pocit sebe sama (Novák, 2010).

Exkluzivní porucha

Dalo by se říci, že v dnešní době jsou poruchy příjmu potravy jakousi „módou“. Významnou roli v propagaci štíhlosti sehrály některé významné osobnosti, jako například princezna Diana, herečka Audrey Hepburn nebo zpěvačka Karen Carpenterová, o modelkách ani nemluvě. Dieta byla považována za přepych, proto se jejími prvními oběťmi staly dívky z vyšších sociálních vrstev, svět se ale stále mění a tělesná vyhublost se stala významnou doménou i pro nižší socioekonomické vrstvy (Krch, 2008).

Vliv vrstevníků

Dospívající lidé, zejména dívky, si osvojují jisté postoje (důraz na štíhlost) a chování (dietní chování, zneužívání projímadel) od svých vrstevníků. Dívčí party většinou upínají svou pozornost k jednomu tématu – fyzickému vzhledu. Dospívající jedinec se snaží za všech okolností dosáhnout normy, která je dána vrstevnickou skupinou (Novák, 2010).

Vliv rodiny

Mezi nejčastější „rodinné“ rizikové faktory, které přispívají ke vzniku poruch příjmu potravy, patří obezita a diety v rodině, kritický komentář týkající se obecně jídla, tělesného vzhledu a hmotnosti a příliš velký důraz na vzhled a výkon. Role rodiny je zvláště významná při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků, životního stylu a při formování představy o nezbytnosti spoluúčasti při vytváření vlastního osudu a řešení problémů. Někteří autoři vidí souvislost s rozvojem anorexie a bulimie v nadměrně vysokém očekávání a kritičnosti rodičů vůči svým dětem, v nedostatku péče a empatie a nedostatky v rodičovské péči (Krch, 2008).

Osobnostní vlivy

Temperament a emocionalita:

Jako předcházející nebo doprovodný jev poruch příjmu potravy bývá často uváděna negativní nálada a zátěž. Důvodem předpokládané souvislosti může být současný sociokulturní model. Mediální prezentace obrazů štíhlých žen jako ideálu krásy a dokonalosti bývá často u „obyčejných“ žen spojena s pocity deprese, zlosti nebo tělesné nespokojenosti. Vysoká úroveň negativní emocionality je u adolescentních dívek příčinou toho, že častěji pociťují nespokojenost se svým tělem a pokoušejí se přizpůsobit ideálu štíhlosti. U chlapců je negativní emocionalita výhradně zdrojem snahy o vylepšení postavy. Podle provedených výzkumů muži a ženy trpící depresemi udávají nižší spokojenost se svým tělem a pokládají se v průměru za méně atraktivní než nedeprativní účastníci výzkumu (Novák, 2010).

Sebekontrola:

Emocionální problémy a krize identity v dospívání může vést u některých jedinců až k propuknutí mentální bulimie nebo anorexie. Mezi nejčastější příčiny může patřit narušení sebevědomí, sebeorganizace, seberegulace, tedy jakási ztráta kontroly sám nad sebou. Jako opětovné nalezení jistoty a kontroly nad sebou samým, nad svým tělem, pak slouží zaměření pozornosti na váhu, postavu a jídlo. Například pacientka trpící anorexií dosáhne alespoň částečného emocionálního uspokojení tím, že se vyhýbá potravě a zhubne, povzbuzuje ji fakt, že dovede čelit hladu, zažívá pocity

pýchy a nadřazenosti, ale zároveň i strachu z opětovného přibrání. U bulimických pacientek dochází k emocionální úlevě prostřednictvím záchvatovitého přejídání a následného pročištění. Sebeovládání formou kontroly vlastního těla nakonec žádnou kontrolou není, úpěnlivá snaha udržet kontrolu nad vlastním tělem ústí do naprosté závislosti (Novák, 2010).

Sebeúcta:

Nízká sebeúcta je nejspíš jedním z hlavních faktorů, který ovlivňuje dietní chování. Lidé s nízkou sebeúctou výrazněji reagují na kritiku vlastní osoby, projevují se u nich častější výkyvy nálad a nestabilní sebepercepce, velmi jim záleží na tom, jak je vnímají ostatní lidé. Sebeúcta u dívek patrně velmi úzce souvisí s oceňováním fyzického vzhledu. Dívky, kterým chybí pocit sebeúcty, se přestávají vnímat jako subjekt s vlastními pocity, přáními, právy a prázdnotu po chybějící sebeúctě nahrazují sebetrestáním a sebekritikou, které zde sehrávají úlohu obranných mechanismů. U pacientek s mentální anorexií je jedním z nejvýraznějších rysů sebenenávist.

Nepoměr mezi muži a ženami trpících poruchami příjmu potravy, je nejspíš dán faktem, že muži mají většinou vyšší sebeúctu než ženy (Novák, 2010).

Nebezpečné diety

Poruchami příjmu potravy jsou ohroženy ženy bez rozdílu věku, rasy a společenského postavení. Na počátku jejich problémů stojí ve většině případů redukční dieta (vyzkoušely si je alespoň tři čtvrtiny žen). Je prokázáno, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie až osmkrát (Krch, 2000).

Vliv společnosti

Módní průmysl, filmy, časopisy, televize v dnešní době stále více šíří názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá, a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Zejména ženy jsou neustále vystavovány tlaku médií, která je přesvědčují, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisejí na tom, jak jsou vyhublé. Destruktivní vlivy společnosti na pojetí tělesné krásy a úspěšnosti stále narůstají a ovlivňují stále větší část veřejnosti. Je paradoxem, že

zatímco obyvatelé ekonomicky rozvinutých zemí světa tloustnou, ideál ženské krásy hubne (Krch, 2008).

Rozdílnost pohlaví

Mezi hlavní rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy patří ženské pohlaví. Uvádí se, že riziko mentální anorexie je u žen nejméně desetkrát vyšší než u mužů. Ženské tělo je tradičně důležitější a tělesné proporce hrají jinou roli v životě muže i ženy. Ženy jsou úzkostnější ve vztahu k vlastnímu tělu a cítí se být snadněji ohroženy nadváhou. Ženy vždy více zajímá tělesný tuk a krása, zatímco muži jsou orientováni na svaly a sílu. Ženy všech věkových skupin a ras mají tendenci více tloustnout než muži, již během dospívání přibývají dívky na tělesném tuku, chlapani spíše na svalové hmotě. Ženy chápou obecně vzhled jako významně důležitější hodnotu než muži, i když současně oproti mužům mají v průměru nižší sebehodnocení na základě vzhledu (Krch, 2000).

5.2 Riziková prostředí pro rozvoj poruch příjmu potravy

Existují určité sociální skupiny, pracovní odvětví, ve kterých se předpokládá vyšší výskyt poruch příjmu potravy než u běžné populace. Jsou to místa, kde je kladen důraz na výkon, kontrolu váhy a panuje zde konkurence. Z profesí, které jsou zvláště ohroženy vznikem poruch příjmu potravy, můžeme jmenovat především modelky a tanečnice. Ze sportovních odvětví to pak je atletika, gymnastika, plavání, volejbal, krasobruslení a balet. Podle American College of Sports Medicine ve sportech, které kladou důraz na postavu (krasobruslení, gymnastika,...) a fyzickou výdrž, trpí poruchami příjmu potravy až 62 % žen. Odhady odborníků, kteří se zabývají určitými sportovními disciplínami, hovoří o tom, že nějakou formu poruch příjmu potravy má až 30 % tenistek a 70 % běžkyň (Novák, 2010).

Trend „zeštíhlování“, jak již bylo výše řečeno, se nevyhýbá žádné profesi, která klade důraz na tělesnou stránku člověka. Chtěla bych zde uvést jeden příklad za všechny ze sportovního prostředí. V letech 1964 – 1969 kralovala mezi gymnastkami česká reprezentantka Věra Čáslavská. Na olympijských hrách v Mexiku jí bylo 26

let, měřila 160 cm a vážila 54,9 kg. Měla by vůbec nějakou šanci mezi současnými gymnastkami? Průměrná výška a váha týmu amerických gymnastek na olympijských hrách klesla ze 160 cm a 47,5 kg v roce 1976 na 145 cm a 39,9 kg v roce 1992 (Novák, 2010).

6 MENTÁLNÍ ANOREXIE

6.1 Historie mentální anorexie

Nejrůznější formy porušeného příjmu potravy jsou v literatuře popisovány už od starověku. Dokonce již Hippokrates se v pátém století před naším letopočtem zmiňuje o poruchách příjmu potravy a označuje je jako *asithia*. Jako první v historii vůbec použil termín *anorexie* Galén (ve druhém století našeho letopočtu).

První zmínka o dívce, která dobrovolně zemřela hladem, pochází ze 14. století. Jednalo se o svatou Kateřinu ze Sienny, která se starala o ženu s nádorem prsu. Zápach odumírající tkáně jí znechutil jídlo natolik, že nebyla schopna nic pozřít. Aby překonala tento odpor, setřela z odumírající tkáně hnis a vypila ho. Téže noci se jí zjevil Kristus a vyzval ji, aby pila krev vytékající z jeho ran. Kateřina si tento sen vysvětlila tak, že nemůže trávit jídlo, a tudíž nemusí až do konce života jíst. Od šestnácti let jedla pouze chleba, čerstvou zeleninu a pila vodu. Byla přesvědčena, že našla vlastní zdroj potravy (Papežová, 2010).

Středověk

V období středověku je mentální anorexie často spojována s křesťanskou vírou. Tzv. svatá anorexie mohla být odpovědí na patriarchální sociální strukturu středověkého katolicismu. Můžeme se domnívat, že štíhlost byla způsobem, jak se mohly ženy v patriarchálně institucionalizované církvi, světě ovládaném muži, prosadit v konkurenci s mnichy. Hladovění středověkých žen nebylo zapříčiněno touhou po štíhlosti nebo obavami z tloušťky, ale úsilím po dosažení svatosti (spirituální čistoty, kontaktu s Bohem). V době, kdy přestala být svatost žen posuzována podle štíhlosti a jakýmsi novým „hodnotícím kritériem“ se stala vykonaná práce, zmizel i skrytý požadavek po hladovění (Novák, 2010).

17. století

Papežová (2010) ve své publikaci uvádí, že první klinické obrazy odpovídající diagnóze mentální anorexie byly zaznamenány v 17. století (Robbes – 1668, Morton – 1689). Nejdokonaleji popsal chorobu anglický lékař Richard Morton

(1637 – 1698). Ve svém díle „*Phthisiologia*“ z roku 1689 popisuje Morton tzv. „nervové opotřebením“ – nervové úbyť, devastaci a skomírání způsobené fyzickými příčinami, ale i emocionálními vlivy. Ve světové literatuře je Richard Morton označován za „prvního portrétistu mentální anorexie“.

18. století

V roce 1767 popsal významný anglický neurolog Robert Whytt stejný chorobný syndrom jako Morton. Zkoumáním mentální anorexie se v 18. století zabýval rovněž málo známý francouzský lékař Nadeau, který publikoval své vědecké dílo v roce 1780 (Papežová, 2010).

19. století

Na počátku 19. století francouzský fyziolog Fleury Imbert ve svém pojednání o ženských chorobách stanovil dva druhy anorexie: *gastrickou anorexii* (tento typ je charakterizován především poruchou trávení) a *nervovou anorexii* (při tomto typu anorexie pacienti odmítají jíst, protože mozek nevysílá signály chuti k jídlu a pocitu hladu).

Teprve ve 2. polovině 19. století se začínají v literatuře objevovat první věrohodné případy mentální anorexie. Prvním, kdo přesvědčivě popsal případy mentální anorexie, byl francouzský lékař Louis-Victor Marcé (sledoval několik pubertálních dívek, které trpěly nechutenstvím a některé z nich celé měsíce téměř nic nejedly, všechny pokusy o změnu jejich stravovacího režimu se potýkaly s nezdolným odporem). Prvními, kdo vyřkl tezi, že anorexie je onemocnění vzniklé na mentálním podkladě, byli lékaři William Whitey Gull a Ernest-Charles Lasègue, kteří varovali před omylem, aby tomuto onemocnění byly přikládány somatické příčiny (Papežová, 2010).

V 19. století došlo k masovému rozšíření neblaze (vzhledem k devastaci těl svých nositelek) proslulých korzetů. Korzety byly považovány za mechanickou pomůcku k dosažení štíhlého vzhledu a stávaly se častou příčinou poškození páteře, vnitřních orgánů a podobně. Přesto, že byla všeobecně známa rizika nošení korzetů, zůstaly dlouho populární pro svou symboliku krásy a cudnosti (Novák, 2010).

20. století

„Až do roku 1914 převládal takřka jednoznačně názor, že mentální anorexie je duševní poruchou. V témže roce hamburský patolog Morris Simmonds objevil u některých vyhublých nemocných léze v hypofýze. Od této chvíle začaly diagnostické spory. Mentální anorexie začala být spojována se Simmondsovou chorobou (kachexií). Po dobu dvou desetiletí dominovala tato hypotéza. Ve 40. letech 20. století, zásluhou psychosomatické medicíny a psychoanalýzy, byla mentální anorexie zařazena mezi duševní poruchy.“ (Papežová, 2010, s. 21)

Mezi významné odborníky, kteří se zabývají studiem mentální anorexie, patří u nás docent František Faltus (v roce 1983 založil na psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze Jednotku specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladu), profesorka Hana Papežová, doktor František David Krch a docentka Jana Kocourková (Papežová, 2010).

6.2 Charakteristika

Mentální anorexii můžeme charakterizovat jako psychickou poruchu, která se projevuje zejména jako úmyslné snižování tělesné hmotnosti (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000).

Mentální anorexie se vyznačuje chorobným strachem ze ztloustnutí, který vede k odmítání potravy. Strach z jídla má nutkavý charakter a není ovladatelný vůlí. Tím, jak se lidé trpící mentální anorexií snaží potlačit pocit hladu, dochází u nich postupně k oslabení chuti k jídlu, k oslabení pocitu hladu a nakonec k úplnému nechutenství. Anorexii tedy můžeme charakterizovat jako narušený postoj ke svému tělu (tělesné hmotnosti a tloušťce) (Krch, Málková, 2001).

6.3 Příznaky

Příznaky mentální anorexie (Papežová, 2000):

- jedinec hubne, nosí volné oblečení (aby skryl úbytek na váze);
- vynechávání jídel s rodinou, ve společnosti;
- konzumuje pouze zeleninu a co nejméně cukrů a uhlohydrátů, jídlo krájí na malé kousíčky;
- přehnaná fyzická aktivita (cvičí, běhá,...);
- konzumace velkého množství kávy a dietních nápojů;
- změny nálad (plačtivost, podrážděnost, netrpělivost,...);
- uzavřenost do sebe (přestává chodit ven s přáteli, neúčastní se rodinných akcí);
- možnost přejídání (z lednice mizí velké množství jídla, prázdné obaly od sušenek a zbytky jídla v kuchyni, v ložnici);
- možnost zvracení (zápach v koupelně);
- časté návštěvy lékárny, používání léků z domácí lékárničky;
- trávení dlouhého času v koupelně a na toaletě (na toaletu chodí často během dne i několikrát za noc).

6.4 Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (pro stanovení diagnózy mentální anorexie musí být přítomny všechny uvedené příznaky):

- tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou tělesnou hmotností nebo Body Mass Index (BMI) je 17,5 nebo méně;
- snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení;

- specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, jako vtíravá, ovládací myšlenka, a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou hmotnost;
- rozsáhlá endokrinní porucha, která se projevuje u ženy jako amenorrhoea (vymizení menstruace), u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Může se také vyskytovat zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu (hormon produkováný kůrou nadledvin, patří do skupiny glukokortikoidů, ovlivňuje metabolismus cukrů, tuků a bílkovin), změny metabolismu thyreoidního hormonu (hormon produkuje štítná žláza, ovlivňuje tělesný metabolismus) a odchylky ve vylučování inzulinu;
- pokud onemocnění propukne před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menstruace je opožděna (Novák, 2010).

Diagnostická kritéria podle DSM IV (Čtvrtá divize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch):

- odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (např. hubnutí, které má za následek pokles a udržení hmotnosti o 15 % pod odpovídající normou), nedostatečný váhový přírůstek během růstu;
- intenzivní strach z přibírání na váze a ze ztloustnutí (i když je pacient velmi vyhublý);
- narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti;
- u žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není nějaký další důvod vynechání menstruace (Krch, 2005).

Specifické typy mentální anorexie podle DSM – IV (Čtvrtá divize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch):

- restriktivní typ – u pacientů se neobjevují záchvaty přejídání a vyprazdňování (např. zvracením, užíváním diuretik, projímadel);
- bulimický (purgativní) typ – u pacientů se střídají epizody přejídání a vyprazdňování (Novák, 2010).

Intervence

Prvním krokem jakékoli intervence je uvědomění si potíží. V současné době, kdy je protěžován kult štíhlosti, může dlouho trvat, než si nemocný nebo jeho okolí všimne, že se děje něco nebezpečného (jedinec je příliš hubený, drží přísnou dietu). Když si nemocný nebo jeho blízcí závažnost situace uvědomí, je třeba, aby co nejdříve vyhledali odbornou pomoc. Nutné je odborné vyšetření na psychiatrii (Elliot, Place, 2002).

6.5 Zásady stravování

Doporučené potraviny:

- mléko, mléčné výrobky – jogurty, sýry, tvarohy, kysané mléčné nápoje;
- obiloviny – chléb, rohlíky (tmavé i bílé), dalačnické;
- přílohy – těstoviny, rýže, brambory, knedlíky, luštěniny;
- máslo, rostlinné tuky, oleje – používat rozumně;
- maso – všechny druhy masa nebo alespoň drůbež a ryby;
- vejce, luštěniny;
- ovoce, zelenina – neměly by být konzumovány místo hlavního jídla (Benešová, 2003).

Nedoporučené potraviny:

- potraviny typu light, potraviny s umělými sladidly a s velmi nízkým obsahem tuku;
- sladké pokrmy na večeri – riziko přejedení;

- müsli nebo korn-flakes mezi jídly nebo večer – riziko přejedení;
- nízkokalorické potraviny (Benešová, 2003).

Příklad jídelníčku (Benešová, 2003)

Snídaně:

- ovocný jogurt (150 g), 2 ks grahamového rohlíku (120 g), čaj;
- 2 krajíce chleba (150 g), máslo (15 g), džem, bílá káva;
- 40 g müsli, 150 g bílého jogurtu, banán, 1 rohlík s máslem.

Přesnídávka:

- 1 kus ovoce (jablko, banán, pomeranč), mléčný nápoj nebo jogurt;
- ovocný jogurt, 1 rohlík.

Oběd:

- polévka – hovězí a kuřecí vývary se zavářkou, zahuštěné polévky;
- hlavní jídlo – příloha (brambory, těstoviny, rýže, knedlíky), maso nebo jiné bílkovinné potraviny (vejce, luštěniny, sója), zelenina, kompot;
- moučník – koláč, jogurt, puding (2 – 3x týdně).

Svačina:

- 60 g pečiva, tvarohová pomazánka nebo sýr, 1 kus ovoce;
- 60 g pečiva, 1 ovocný jogurt, banán;
- mléko (250 ml), koláč nebo buchta.

Večeře:

- 2 celozrnné rohlíky (120 g), zeleninový salát s jogurtem;
- 2 krajíce chleba (150 g), máslo (15 g), tvrdý sýr, zelenina;
- zapečené tousty z vevy (4 – 5 ks), rajče.

2. večeře:

- 1 jogurt, 1 rohlík (40 g);
- 1 krajíc chleba (75 g), tavený sýr (50 g).

7 MENTÁLNÍ BULIMIE

7.1 Historie

Oproti mentální anorexii nacházíme v historických pramenech zmínky o bulimii jen sporadicky. V době antického Říma bylo ve vznešených vrstvách společnosti jídlo konzumováno v nadměrném množství. Přejídání bylo často spojeno se zvracením, což bylo chápáno jako normální jev a nikdo se nad tím nepozastavoval. Tento způsob obžerství popsal Seneca již v roce 65 před naším letopočtem. Životní styl společenské elity se příliš nezměnil ani ve starověku a středověku (v kronikách můžeme nalézt časté zmínky o obžerství panstva). V minulosti byly jako bulimie označovány i stavy slabosti a mdloby vyvolané hladověním. Nejrůznější charakteristiky a významy pojmu bulimie přetrvávaly z antické doby až do počátku 20. století. V 50. letech 20. století začalo být záchvatovité přejídání a následné zvracení uváděno jako součást mentální anorexie. Termín *bulimia nervosa* poprvé v roce 1979 oficiálně použil britský psychiatr Gerald Rosel, který tuto poruchu specifikoval jako silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou je chorobný strach ze ztloustnutí (Papežová, 2010).

7.2 Charakteristika

„Bulimie je posedlost jídlem a sledováním tělesné hmotnosti charakterizovaná opakovanými záchvaty přejídání, po nichž následuje kompenzační chování, například záměrně vyvolané zvracení či nepřiměřený tělesný pohyb. Drtivá většina žen i mužů tuto svoji závislost, která ovládá jejich myšlení, tají. Bulimie podrývá jejich sebeúctu a ohrožuje jejich život.“ (Hall, Cohn, 2003, s. 2)

Příznaky mentální bulimie, které můžeme pozorovat, sice souvisí s jídlem a s obavami ze ztloustnutí, ale v podstatě jde o určitý způsob zvládání stresu a emoční zátěže. Záchvaty přejídání slouží k zaplnění volného času, a tím odvádějí pozornost od rušivých problémů. Následné násilné vyprázdnění pak představuje

účinný prostředek opětovného nabytí pocitů sebekontroly a bezpečí, které během epizody přejídání mizí (Hall, Cohn, 2003).

Jak je mentální bulimie rozšířená?

V České republice je rozšíření mentální bulimie srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde patří mezi nejčastější onemocnění mladých žen. Na základě studií lze předpokládat, že mentální bulimií u nás trpí asi každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena. Narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti můžeme však pozorovat u více než deseti procent mladých žen.

Strachem z tloušťky a nezdravého jídla trpí především ti lidé, kteří nevědí, kolik by vlastně měli vážit, a redukční diety zaměňují za normální stravovací režim (Krch, 2000).

Nejvíce případů mentální bulimie vzniká v období mezi patnáctým a dvacátým rokem. Většinou tomuto onemocnění předchází období diet, hladovění nebo anorexie, ke kterému je nemocný zpravidla nekritický nebo ho dokonce pozitivně oceňuje. Naproti tomu mentální anorexie začíná dříve, často již během školního věku. Studie zabývající se zkoumáním mentální bulimie naznačují, že touto poruchou jsou nejvíce ohroženy dívky, které svůj volný čas tráví v nákupních centrech nebo se svými vrstevníky, kteří kladou příliš velký důraz na dokonalý vzhled (Krch, 2008).

7.3 Příčiny vzniku

Příčiny vzniku mentální bulimie jsou u každého člověka jedinečné. Obecně je bulimie považována za emoční poruchu, která se může vyskytovat společně s jinými psychickými poruchami, např. s depresí nebo obsedantně-kompulzivní poruchou. Podle některých studií souvisí bulimie s vážnými afektivními poruchami a má tedy na ni vliv dědičnost a nerovnováha biochemických systémů organismu, podle jiných může bulimie souviset se sníženou aktivitou serotoninergního systému. K hlavním příčinám poruch příjmu potravy však obvykle patří nízké sebehodnocení, psychické konflikty z dětství a tlak ze strany společnosti. Konkrétními spouštěči onemocnění

mohou být například traumatické změny (ukončení studia, odchod z domova, sňatek, úmrtí blízké osoby atd.), přetrvávající smutek, změny související s profesní dráhou, neschopnost držet dietu, rozchod s partnerem, neopětované milostné city (Hall, Cohn, 2003).

7.4 Záchvatovité přejídání

„Beru jakékoli jídlo, které je právě po ruce, a strkám si ho do úst, někdy dokonce vůbec nežvýkám. Ale pak mne začne bolet žaludek a stoupne mi teplota. Vždycky si připadám provinile a dostávám strach. Přestanu jíst teprve tehdy, když už je mi moc špatně.“ (Cooper, 1995, s. 20 – 21)

Záchvatovité přejídání můžeme charakterizovat jako jídelní epizodu, kdy je, podle běžných měřítek, snědeno obrovské množství jídla a jídlo je provázeno subjektivním pocitem ztráty sebekontroly. Přejídání probíhá téměř vždy tajně. Dochází k němu v ústraní, obvykle přímo tam, kde se jídlo nachází (v kuchyni). Blízcí nemocného často velmi dlouhou dobu nevědí, že trpí nějakou poruchou. Během záchvatu je jídlo konzumováno velmi rychle, často téměř bez žvýkání. Lidé trpící mentální bulimií popisují záchvaty přejídání jako zoufalství, které je nutí chovat se způsobem, který je zcela cizí jejich povaze (Cooper, 1995).

Spouštěcí mechanismy přejídání

Podle Coopera (1995) lze zážitky a zkušenosti, které vyvolávají záchvaty přejídání, rozdělit do tří kategorií:

- Ty, které souvisí s potravou a jídlem - porušení diety, přístup k „nebezpečným“ (nedietním) potravinám, pocit plnosti po jídle, myšlenky na jídlo.
- Ty, které jsou spojeny s obavami o tělesnou hmotnost a postavu – nadměrné přemýšlení o své postavě a hmotnosti; zjištění, že moje hmotnost je vyšší než

jsem předpokládala; pocit, že jsem tlustá; zjištění, že oblečení je mi příliš malé (těsné).

- Negativní nálady – deprese, špatná nálada, pocity osamělosti a izolace, pocity úzkosti a strachu, zlost, podrážděnost.

Vzorce chování u mentální bulimie

„Měla jsem různé rituály: prohlížela jsem se v zrcadle, vážila se, zkoušela si šaty. Vždycky jsem se vážila před přejídáním a po něm, abych se přesvědčila, že jsem nepřibrala. Nedokázala jsem projít kolem zrcadla, aniž bych posuzovala své křivky a svůj účes.“ (Hall, Cohn, 2003, s. 32)

Lidé trpící mentální bulimií mívají své každodenní rituály, které pro ně představují jakési místo klidu a bezpečí. Většina těchto rituálů souvisí s jídlem a tělesným schématem, může to být například pečlivé aranžování jídla na talíř, nepřiměřené cvičení, soustavné jedení, neustálé prohlížení se v zrcadle, nutkavé počítání kalorií. Dalším specifickým chováním u mentální bulimie bývá lhaní, nutková potřeba nakupování a často se objevuje i kleptomanie (ta většinou mizí, pokud je člověk dopaden při krádeži) (Hall, Cohn, 2003).

7.5 Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (pro stanovení diagnózy mentální bulimie musí být přítomny všechny uvedené příznaky):

- neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby;
- snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ (projímadel), střídavými obdobími hladovění, užíváním léků jako jsou anorektika (léky

snížující chuť k jídlu), thyreoidní preparáty (léky ovlivňující funkci štítné žlázy) nebo diuretika (léky zvyšující výdej moči ledvinami);

- psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky a pacient si určí přesně vymezený váhový práh, nižší než nemorbidní váha, která je podle lékaře optimální nebo zdravá. Často, ale ne vždy, může být v anamnéze dřívější epizoda mentální anorexie (interval se pohybuje od několika měsíců do několika let) (Novák, 2010).

Diagnostická kritéria podle DSM IV (Čtvrtá divize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch):

- opakující se epizody záchvatového přejídání, tj. konzumace velkého množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím);
- opakované nepřiměřené kompenzační chování, které má za cíl zabránit zvýšení hmotnosti, za takové kompenzační chování může být považováno například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ (projímadel), diuretik (močopudné léky) nebo jiných léků, hladovka, cvičení v nadměrné míře;
- minimálně dvě epizody záchvatového přejídání týdně po dobu alespoň tři měsíců;
- vlastní sebehodnocení je nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti;
- porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie (Krch, 2005).

Specifické typy mentální bulimie podle DSM IV (Čtvrtá divize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch):

- typ purgativní – epizody přejídání střídající se s epizodami zvracení;
- typ nepurgativní – epizody přejídání se střídají s dietami a excesivním cvičením (pacient nezvrací) (Novák, 2010).

Intervence

Potvrzení diagnózy mentální bulimie může být velmi obtížné. Často jediným vodítkem bývá zvracení, protože jinak má tato porucha málo typických příznaků. O problému se lékaři nejčastěji dovídají od samotného člověka trpícího bulimií, který přijde se svými potížemi do ordinace. Prvním úkolem odborníků je odlišit bulimii od anorexie, protože terapeutický přístup ke každé z těchto poruch je odlišný (Elliot, Place, 2002).

Relaxační techniky

Relaxace může být pro člověka, který se léčí s poruchami příjmu potravy dosti obtížná. Je to proto, že neustálá aktivita související s cyklickým bulimickým chováním představuje způsob, jak se vyhnout nejružnějším problémům a nepříjemným pocitům. Ke vhodným relaxačním technikám patří: meditace, vnímání ticha, poslech uklidňující hudby, procházky, jóga nebo tai čchi, masáže a podobně (Hall, Cohn, 2003).

7.6 Zásady stravování

„Nikdy jsem pořádně nejedla. Doma si každý vezme, na co má chuť. Maminku jsem kromě Vánoc neviděla večeřet a sestry drží pořád nějakou dietu. Sušenky a chipsy se ale u nás kupují po krabicích. Jíst s otcem je utrpení. Přejídá se a mlaská. Svačiny jsem pokládala za něco, s čím se končí nejpozději v páté třídě. Vždy se našel nějaký důvod, proč jsem se nestihla najíst. Poslední dva roky jsem nesnídala, a když nepočítám bulimické záchvaty, tak ani nevečeřela.“ (Krch, 2008, s. 48)

Frekvence jídel

Pro pacienty trpící mentální bulimií je velmi důležité, aby jedli pravidelně, doporučuje se až šest jídel za den, z nichž tři jsou jídla hlavní (jsou zřetelně vydatnější a odlišná i svou skladbou). Velmi důležité je stanovení jídelního plánu. Ten znamená tři hlavní jídla během dne a další dvě nebo nejvýše tři svačiny. Jídelní plán pomáhá nemocnému k tomu, aby jedl plánovitě, včas a přiměřeně, a to mu

vlastně brání v tom, aby se nekontrolovatelně přejídal. Mezi jednotlivými jídly by neměl být časový interval delší než 4 hodiny (Krch, 2000).

Příklad jídelního plánu:

- snídaně – 7:30 – 8:30;
- svačina – 10:00 – 10:30;
- oběd – 12:00 – 13:00;
- svačina – 15:00 – 15:30;
- večeře – 18:30 – 19:30 (Krch, 2008).

Jídelní režim

Je nezbytné si určit dobu jídla během celého dne, což má tyto výhody:

- v kritickou dobu (večer) není tělo vyhladovělé a dokáže se lépe kontrolovat;
- jídlo získá svůj řád;
- při pravidelném a častějším příjmu potravy se méně přibírá na váze;
- nemocný bude mít přehled o tom, co jí (Krch 2000).

Sestavení jídelníčku

Nejpraktičtější je rozdělení potravin do šesti základních skupin:

- maso, masné výrobky, ryby, drůbež;
- mléko, mléčné výrobky, vejce;
- ovoce;
- zelenina;
- mlýnsko-pekárenské výrobky, rýže;
- tuky.

V jídelníčku by se měly objevovat potraviny ze všech šesti uvedených skupin, jejich kombinací získá organismus vše, co potřebuje ke svému správnému fungování (Krch, 2008).

Velikost porcí

Za normální porci se považuje například 2 – 3 rohlíky ke snídani nebo 2 – 6 knedlíků k obědu. Bulimickým pacientům se často stává, že srovnávají svoje porce s porcemi ostatních spolustolovníků a jejich vlastní porce jim připadá největší (protože strach má velké oči). Jedním z pravidel je vyhnout se tomuto srovnávání. Dalším pravidlem je, že potraviny se nedělí, ale vždy se sní celé, např. sníst celý kus pečiva nebo celý jogurt. Je třeba si dávat pozor na drobné potraviny, jako jsou piškoty, sušenky, čokoláda, bonbóny, chipsy, oříšky, protože velmi snadno ztratíme přehled o tom, kolik jsme toho vlastně snědli (Krch, 2000).

Doporučení:

- u sypkých potravin (müsli, vločky, kukuřičné lupínky) je dobrým měřítkem hluboký talíř nebo kompotová miska (např. 1 talíř nebo miska k snídani);
- rohlíky, krajíce chleba nebo buchty (pokud jsou součástí hlavního jídla) by neměly přesáhnout počet 4 kusů;
- velikost porcí příloh a polévek můžeme měřit polévkovou naběračkou (dostatečné jsou 1 – 2 naběračky) (Krch, 2000).

Stolování

Zlovykem většiny dnešní populace je to, že jíme všude možně, jenom ne u jídelního stolu. Stravujeme se vestoje v kuchyni, v obývacím pokoji, v koupelně, v autě, v posteli,... Pro pacienty s bulimií je velmi důležité udělat si na jídlo čas, pečlivě si ho upravit a v klidu se najíst, aniž by byli rušeni nějakými vnějšími vlivy (např. sledování televize) (Krch, 2008).

Pravidla:

- připravit si jen naplánovanou porci, při jídle nemít na očích žádné jiné potraviny;
- nedělat si obložené talíře („od všeho trochu“);
- nejíst příliš pomalu, ale ani příliš rychle;
- jednotlivé chody podávat na jednotlivých talířích;
- nejíst potraviny přímo z obalů, dát si je na talířek;
- rozprostít si jídlo po celém talíři;

- nejíst sám (Krch, 2000).

Nakupování

Nakupování potravin je jedním z nejrizikovějších faktorů, po kterém může následovat přejedení. Proto je nutné se řídit následujícími základními pravidly:

- nakupovat jen tehdy, když jsem najedený;
- nakupovat jen to, co potřebuji (nedělat si zásoby);
- nakupovat podle seznamu a jídelního plánu;
- v obchodě jít jen tam, kde chci něco nakoupit (neprohližet reklamy, slevy, energetickou hodnotu potravin);
- nenosit sebou hodně peněz (stanovit si limit) (Krch, 2008).

Příklad jídelníčku (Benešová, 2003)

Snídaně:

- 1 – 2 krajíce chleba (75 – 150 g), 10 – 15 g másla, džem (nebo med, plátek šunky, sýra, kousek zeleniny);
- 1 ovocný jogurt, 1 – 2 rohlíky, banán;
- nápoj – čaj, bílá káva, čaj s mlékem, kakao.

Přesnídávka:

- 1 kus ovoce (jablko, banán, pomeranč, strouhaná mrkev s jablkem, 2 kiwi).

Oběd:

- polévka – vývar se zeleninou, zahuštěné polévky;
- hlavní jídlo – příloha (brambory, těstoviny, rýže, knedlíky), maso (100 – 150 g) nebo jiná bílkovinná potravina (vejce, luštěniny, náhražky masa – sója), zelenina, kompot.

Svačina:

- 1 jogurt, 1 kus pečiva (asi 40 – 60 g);
- ovocný salát (ovoce asi 200 g) s jogurtem a ořechy;

- 1 krajíc chleba s tvarohovou pomazánkou, zelenina.

Večeře:

- pečivo (75 – 150 g), máslo (12 – 15 g), sýr, zelenina;
- 200 g zeleninového salátu, 2 kusy pečiva (rohlík, celozrnné pečivo).

7.7 Specifika bulimie u mužů

Podle současných odhadů tvoří muži nejméně 10 % populace, která trpí poruchami příjmu potravy. Většina výzkumů se však opírá o výsledky dílčích studií a neposkytuje tedy přesvědčivá zjištění. Ačkoli dnešní společnost klade tradičně větší důraz na vzhled ženy, stále silněji vyžaduje také od mužů, aby se přizpůsobili poměrně úzce vymezeným tělesným typům. Především komunita gayů je zasažena tzv. logismem a přibližně 20 % bulimiků tvoří gayové. Od mužů se očekává, že budou silní, nezávislí, zodpovědní, budou mít vše pod kontrolou apod. Jsou pod neustálým tlakem očekávání, které je na ně kladeno, a z tohoto důvodu se mohou uchýlit k bulimii jako k mechanismu, který jim umožňuje lépe zvládat tyto neblahé životní okolnosti, jež zároveň přispívají k tomu, že se jen velmi neochotně svěřují se svým problémem někomu jinému (Hall, Cohn, 2003).

8 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Kardiovaskulární komplikace (poruchy krevního oběhu)

Téměř u 90 % postižených poruchami příjmu potravy se setkáváme s kardiálními (srdečními) potížemi. Nejčastěji se vyskytuje snížení tepové frekvence (méně než 60 úderů za minutu), což je způsobeno snížením metabolismu (úspora energie), další komplikací je hypotenze (pod 90/60 mmHg), která vzniká jako důsledek chronického snížení objemu tělních tekutin a ortostatických změn, a vede k závratím a náhlým ztrátám vědomí. Nadužívání diuretik a projímadel může vést k narušení elektrolytové rovnováhy a tím k vyvolání srdečních arytmí. Může dojít až ke smrtelné srdeční zástavě, o níž je známo, že může být způsobena i rychlou neodbornou realimentací (vyskytovala se u lidí, kteří přežili koncentrační tábor za druhé světové války) (Krch, 1999).

V klidových podmínkách většinou nejsou poruchy kardiovaskulárního systému příliš patrné. Pacient je většinou oběhově stabilizovaný, avšak u pokročilejších forem poruch příjmu potravy může větší fyzická zátěž vést až k projevům oběhového selhávání. Proto je důležité sledování pacienta lékařem, který má s možnými komplikacemi zkušenosti. Z laboratorních vyšetření se používá EKG, echokardiografie, sledování tepové frekvence a krevního tlaku (Papežová, 2010).

Renální (ledvinné) komplikace

Renální komplikace se mohou objevovat až u dvou třetin anorektiček. Protože většina z nich přijímá dostatečné množství bílkovin, může u nich dojít ke zvýšení hladiny urey (močoviny) v krvi. Z poruch elektrolytové rovnováhy, se kterými se setkáváme u poruch příjmu potravy, je nejčastější **hypokalémie** (snížení hladiny draslíku v krvi pod 3,8 mmol/l), **hyponatrémie** (pokles koncentrace sodných iontů v krvi pod 135 mmol/l), **hypochlorémie** (pokles koncentrace chloridů v krvi pod 98 mmol/l). Asi u čtvrtiny anorektických pacientů se setkáváme s **hypomagnezemií** (snížená hladina hořčíku), která bývá doprovázena obtížně odstranitelnou **hypokalcemií** (snížená hladina vápníku) a **hypokalémií** (snížená hladina draslíku)

vyžadující doplňování hořčíku. Další komplikací je riziko vzniku močových kamenů (což je způsobeno dehydratací, nízkým výdejem moči, nadužíváním projímadel a diuretik) a mírné otoky končetin během realimentační fáze (Krch, 1999).

Gastrointestinální komplikace (poruchy trávicího traktu)

Gastrointestinální komplikace jsou dobře známým příznakem především u mentální bulimie. U bulimických pacientů se v 20 – 50 % setkáváme s benigním zduřením parotických (příušních) slinných žláz. Objevují se ale i u mentální anorexie a u jiných případech chronické podvýživy (Krch, 2005).

V oblasti dutiny ústní dochází k erozi zubní skloviny a zuboviny na linguálních (ze strany jazyka) povrchů předních zubů horní čelisti, což je způsobeno pravidelným zvracením u bulimických pacientů nebo konzumací velkého množství citrusových plodů a šťáv (výsledkem je zvýšená citlivost na teplo) (Krch, 1999).

Jícen je u bulimiček a zvracejících anorektiček ohrožen záněty, jícnovými erozemi a vředy, které vznikají v důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv na sliznici jícnu během častého zvracení. Bouerhaavův syndrom (ruptura jícnu) je vzácnou, ale velmi nebezpečnou komplikací, která je způsobena zvracením po konzumaci velkého množství jídla, je potřeba okamžitý speciální chirurgický zákrok (Krch, 2005).

Žaludeční komplikace nejsou u poruch příjmu potravy příliš časté. Existují sporadické zprávy o vzniku akutní dilatace (rozšíření) žaludku při realimentaci mladých, těžce podvyživených anorektiček, při níž dochází k náhlé nevolnosti a zvracení, bolesti břicha a dilataci žaludku. Tyto potíže však odeznívají při konzervativní léčbě, chirurgický zákrok bývá nezbytný jen výjimečně. Nadměrné hladovění má za následek zpomalení procesu vyprazdňování žaludku, což pak klinicky vyvolává pocity plnosti a nadmutosti i při konzumaci malého množství jídla, což je pacientkám subjektivně nepříjemné (často si to vykládají jako známku ukládání tuku v těle). Při těchto problémech se doporučuje rozumné užívání léků, které stimulují žaludeční motilitu (cisaprid, metoclopramid) (Krch, 1999).

Poměrně častá je zhoršená motilita tenkého střeva. Asi u poloviny anorektických pacientů lze na rentgenu zjistit dilataci (rozšíření) duodena a asi u třetiny přechodnou dilataci jejunu. V některých případech může být příčinou tzv. „realimentační pankreatitida“ (zánět slinivky břišní), která může způsobit gastrointestinální ileus (střevní neprůchodnost) (Krch, 2005).

Komplikace v oblasti tlustého střeva, kromě prosté zácpy, obvykle souvisí s nadužíváním projímadel (bisacodyl, anthraquinony), které mohou vyvolávat nevolnost, zvracení, střídání zácpy a průjmu a v některých případech i malabsorpční syndromy a enteropatii, vedoucí k poruše vstřebávání bílkovin. Přímé vyšetření tlustého střeva ukazuje nespecifické zánětlivé změny a melénu (krvácení do tlustého střeva, které se projevuje jako krev ve stolici) (Krch, 1999).

Byly popsány případy akutní pankreatitidy (zánět slinivky břišní), které vznikly u bulimie po záchvatovitém přejídání nebo u anorexie ve spojitosti s realimentací. Proto je potřeba při realimentaci těžce podvyživených pacientů postupovat velmi opatrně a sledovat hladiny amyláz v séru. Často se můžeme setkat také se zvýšením hladiny amyláz v séru, které má původ v produkci slinných žláz a může vést k mylné diagnóze pankreatitidy. U podvýživy s nedostatkem bílkovin se vyskytují abnormality funkce jater, které vedou k reverzibilní steatóze (ukládání lipidů v játrech) a hepatomegalii (zvětšení jater) u nemoci kwashiorkor (Krch, 2005).

Jak již bylo výše zmíněno, u nemocných s poruchami příjmu potravy se často setkáváme s nadužíváním laxativ neboli projímadel. Prevalence abúzu laxativ u nemocných s PPP je odhadována na 40 – 60 %, přičemž pouze 2 – 15 % nemocných užívání projímadel přiznává (Papežová, 2010).

Laxativa můžeme podle mechanismu účinku dělit do tří skupin (Papežová, 2010):

- **osmotická laxativa** – jsou neresorbovatelná léčiva, která mají schopnost vázat v lumen střeva vodu a sekundárně stimulovat střevní sliznici k sekreci vody a elektrolytů, což má za následek zvětšení objemu obsahu v lumen

střeva a tím dochází k podpoře peristaltiky a ke snadnějšímu vyprázdnění, do této skupiny patří laktulóza, soli hořčíku nebo rostlinné polysacharidy;

- **objemová laxativa** – mají mechanismus účinku stejný s efektem vlákniny (zvětšují objem střevního obsahu a změkčují stolicí), podmínkou jejich účinku je dostatečný přívod tekutin, což u nemocných s mentální anorexií většinou není problém, jinak mohou zácpu paradoxně ještě zhoršit, typickým objemovým laxativem je psyllium;
- **kontaktní (stimulující) laxativa** – dráždí střevní sliznici a tím dochází ke zmenšení vstřebávání vody do organismu a druhotné stimulaci střevní motility, tato laxativa jsou vhodná jen ke krátkodobé terapii akutní zácpy, při dlouhodobém užívání dochází k oslabení peristaltiky a zhoršení zácpy.

Dlouhodobé nadužívání projímadel (především kontaktních) vede často k řadě nežádoucích gastrointestinálních, ale i mimostřevních komplikací. Mimostřevní komplikace zahrnují dehydrataci při ztrátě tekutin střevem, elektrolytové abnormality (hypochloremie, hypokalemie, hypokalcemie, hypomagnezemie), alergické reakce, otoky. Užívání projímadel může také snižovat vstřebávání současně užívaných léků (Papežová, 2010).

Kosterní komplikace

Onemocnění mentální anorexií má vliv na vyžívání kostí a v období aktivní anorexie se může kostní vývoj i zcela zastavit, když hmotnostní úbytek dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruace (Krch, 2005).

Pokud nemocný zcela odmítá mléčné výrobky obsahující vitamín D a tuky, mohou se výjimečně vyskytnout případy osteomalacie (onemocnění kostí způsobené nedostatkem vitamínu D), u mentální anorexie se však častěji vyskytuje osteoporóza (řídnutí kostí). Prokazatelná osteoporóza vzniká již během prvních dvou let mentální anorexie a významně koreluje s délkou trvání choroby a s indexem tělesné hmotnosti. Další komplikací je snížení minerální denzity kostí (u mentální anorexie i bulimie), které může způsobovat těžkou osteopenii páteře a netraumatické zlomeniny (Krch, 1999).

Minerální denzitu kostí ovlivňuje i nedostatek estrogenu, dosud však není znám mechanismus tohoto ovlivňování. Nedostatek estrogenu je spojen s poruchami menstruace až vymizení menstruace u pacientek trpících poruchami příjmu potravy. Při nedostatku estrogenu dochází ke zvýšení aktivní přestavby kostní tkáně a k převaze kostní resorpce nad tvorbou kosti, což vede k celkovému úbytku kostní tkáně. Význam tohoto faktoru se zmenšuje u pacientek, které jsou dlouhodobě výrazně vyhublé (Krch, 2005).

„Dosavadní poznatky potvrzují, že proteino-kalorická malnutrice významně zasahuje do kostního metabolismu a zvláště v období růstu a modelace skeletu může mít závažné a v dospělosti již nenapravitelné následky v podobě nízké vrcholové kostní hmoty a zvýšeného rizika zlomenin. Důsledky mentální anorexie pro skelet lze posoudit podle změny denzity kostního minerálu při opakovaném denzitometrickém vyšetření. Vhodně můžeme posoudit i další parametry tělesného složení, jako je obsah tukové a svalové hmoty.“ (Papežová, 2010, s. 242)

K úpravě ztráty kostní hmoty, umožnění normálního růstu a modelace skeletu je u pacientů s poruchami příjmu potravy nezbytné normalizovat jejich nutriční stav a zabránit relapsům onemocnění. Intenzivní nutriční léčbu vyžadují zejména pacienti s těžkými formami proteino-kalorické malnutrice (Papežová, 2010).

Endokrinní komplikace

Endokrinní abnormality jsou charakteristickým rysem mentální anorexie. Hlavním příznakem je amenorea, která se objevuje při ztrátě více než 15 % optimální tělesné hmotnosti, když obsah tělesného tuku klesne pod úroveň kritickou pro daného jedince. Pro vznik amenorey jsou však významné i jiné faktory než úbytek tělesné hmotnosti. U jedné šestiny pacientek se amenorea objevuje ještě před úbytkem tělesné hmotnosti. Dokonce i po návratu k normální tělesné hmotnosti může amenorea nějakou dobu přetrvávat, což podporuje názor, že porucha funkce hypotalamu je sekundárním důsledkem psychických faktorů. Proto pro obnovení normální funkce osy hypotalamus – hypofýza – ovaria může být nezbytné zlepšit psychický stav pacientky (Krch, 2005).

Dalším příznakem mentální anorexie je hypogonadismus (porucha funkce pohlavních žláz), který je doprovázen nízkými hladinami luteinizačního hormonu (LH) a folikulostimulačního hormonu (FSH), kdy je zpomalen jejich výdej a tím je ovlivněn i výdej sérových estrogenů z vaječníků. Při nízké tělesné hmotnosti je také zmenšena reakce hypofýzy na LRF (lutein-releasing-faktor). I v těchto případech dochází k obnovení normálních funkcí při návratu k normální hmotnosti nebo alespoň k její určité úrovni, která se pohybuje kolem 44 kg (Krch, 1999).

Co se týče vylučování testosteronu, zůstává jeho hladina u žen v normě, avšak u mužů anorektiků je jeho výdej snížen. U mentální anorexie byla prokázána zvýšená hladina kortizolu v plazmě. Může také docházet ke zvýšení hladiny růstového hormonu a snížení reakce na inzulinem vyvolanou hypoglykémii (Krch, 1999).

Onemocnění mentální anorexií zasahuje také do metabolismu hormonů štítné žlázy. Celková hladina tyroxinu (T4) je nižší, ale obvykle ještě v rozmezí laboratorně přijatelných hodnot, hladina trijodtyroninu (T3) je snížena na polovinu v důsledku snížené periferní přeměny T4 na T3. Hladina TSH (hormon stimulující štítnou žlázu) je obvykle v normě (Krch, 2005).

U velmi podvyživených pacientek se objevují ochranné mechanismy, které jsou vyvolány stavem závažného stresu. Může to být infertilita (neschopnost otěhotnět), snížení bazálního metabolismu, zvýšení hladiny kortizolu a růstového hormonu snižující periferní spotřebu glukózy a podporující glukoneogenezi (Krch, 2005).

Hematologické komplikace

U více než poloviny pacientek s mentální anorexií se vyskytují změny krevního obrazu a kostní dřeně a jejich závažnost roste se stupněm úbytku tělesné hmotnosti. Konkrétně se u nemocných můžeme setkat s anémií (chudokrevnost), sníženou sedimentací erytrocytů nebo leukopenií (snížený počet bílých krvinek). Realimentace však zpravidla vede k rychlé úpravě všech hematologických změn (Krch, 1999).

Neurologické komplikace

Neurologické komplikace u pacientů s poruchami příjmu potravy vznikají často jako následky nedostatku makronutrientů (tuky, cukry, bílkoviny), mikronutrientů (vitamíny, stopové prvky) nebo minerálů v potravě (Papežová, 2010).

Častým nálezem u nemocných s PPP je **hyponatremie** (nedostatek sodíku), která může vznikat jako následek excesivního příjmu vody (slouží k zahnání pocitu hladu), popřípadě může vzniknout spolu s hypokalemií (nedostatek draslíku), zvracením či průjmem (zejména používáním projímadel a diuretik). Hyponatremie se projevuje nevolností, zvracením, křečemi svalů, zastřeným vědomím, neklidem, dezorientací, zvýšením nebo snížením reflexů. Pokud porucha elektrolytové rovnováhy (hyponatremie, hypokalemie) vznikne náhle, je nejčastějším projevem epileptický záchvat, bezvědomí jako následek otoku mozku, kdy je pacient bezprostředně ohrožen na životě. **Hypokalemie** bývá doprovázena svalovou slabostí a může přecházet až v chronickou myopatii (Papežová, 2010).

Neurologické komplikace se mohou projevovat jako celková svalová slabost, bolesti hlavy, náhlé ztráty vědomí, dvojité vidění a poruchy hybnosti (Krch, 1999).

Metabolické komplikace

Nejčastější metabolickou komplikací je u mentální anorexie zhoršení regulace tělesné teploty. Při vystavení se chladu nedochází ke zvýšení jádrové tělesné teploty a nedochází ke stabilizaci tělesné teploty ani ke třesu. Při působení tepla na organismus dochází jen k minimální vazodilataci (roztažení cév) a jádrová tělesná teplota se abnormálně zvyšuje (Krch, 2005).

Narušen je také metabolismus glukózy, kdy často nacházíme v testu glukózové tolerance hodnoty, které svědčí pro diabetes. Dále bývá narušen metabolismus draslíku, kdy dochází k jeho sníženému vstřebávání a zvýšenému výdeji močí (s tím souvisí zpomalení tvorby kostí a zvýšení kostní resorpce). Co se týče cholesterolu, zjišťujeme jeho zvýšenou hladinu až u 50 % pacientů (Krch, 1999).

Dermatologické komplikace

Změny kůže

Suchá šupinatá kůže, zejména na pažích a zádech, vzniká v důsledku podvýživy, snížené funkce mazových žláz a kompenzační hypothyreózy (snížená funkce štítné žlázy). Se suchostí kůže, ale i v souvislosti s jinými poruchami (ledvin, jater, štítné žlázy aj.), souvisí častý výskyt pruritu (svědění) s nálezem poraněné a zhrubělé kůže v místech nejvíce vystavených škrábání. Dalším kožním příznakem může být **akné**, i když velké množství nemocných je ve věku jeho přirozeného výskytu (14 – 16 let). Na druhé straně může akné být, zejména u mladých dívek, i rizikovým faktorem vzniku poruch výživy. **Karotenodermie** představuje benigní žlutooranžové zabarvení kůže, které je nejvíce patrné na dlaních, ploskách nohy, v obličeji a v axilách. Karotenodermie je důsledkem nadměrného příjmu potravin s vysokým obsahem karotenu (rajčata, špenát). **Dermatitis seborrhoica** se projevuje lupy, jemně se olupujícími růžovými erytémy při vlasové hranici, v obočí, u nosních křídel, za ušima a v zevních zvukovodech. Časté navozování zvracení může vést ke zraňování rukou a prstů, dlouhodobě mohou vznikat i okrsky ztluštělé hyperkeratotické kůže na hřbetech prstů a dorzu dominantní ruky, což je někdy považováno za patognomické **Russelovo znamení** (Papežová, 2010).

Změny ochlupení

Asi u jedné třetiny pacientů trpících mentální anorexií se objevuje jemné, lanugu podobné ochlupení, které je nejčastěji přítomno na tvářích, končetinách a trupu, jeho etiologie však dosud není známa (Krch, 2005).

Alopecie (plešatost) představuje prořídnutí kštice, které se objevuje 2 – 4 měsíce po velkém hmotnostním úbytku. Zvýšená lámavost, suchost a vypadávání vlasů souvisí zejména se sníženou funkcí štítné žlázy a s nedostatkem vitamínů a minerálů. **Trichotilomanie** (vytrhávání vlasů) se projevuje nejizvícími, nezánětlivými, prořídlymi okrsky kštice s krátkými vyrůstajícími vlasy, případně s perifolikulární purpurou, lokalizovanými nejčastěji frontotemporálně, u praváků většinou na pravé straně, u leváků na levé (Papežová, 2010).

Změny nehtů

Častým průvodním znakem mentální anorexie jsou lámavé, křehké nehty s nerovnostmi nehtové ploténky. Tyto příznaky mohou souviset jednak s malnutricí, s nedostatkem různých vitamínů, minerálů a podobně, jednak s manipulací s nehty (Papežová, 2010).

Změny ústní

Častým projevem bývají bolestivé červené praskající ústní koutky v důsledku častého vyvolávání zvracení. Na sliznici mohou být přítomné gingivity (zánět dásní), afty. Dále dochází k porušení zubní skloviny, ke zvýšené kazivosti zubů, může dojít i k jejich ztrátě. V důsledku navozování zvracení, zvýšené stimulace sekrece slinných žláz při atakách hladu a používání žvýkaček může dojít k nebolestivému zbytnění slinných žláz, včetně příušní slinné žlázy (Papežová, 2010).

8.1 Poruchy příjmu potravy a ženský reprodukční systém

V reprodukčním věku probíhají v těle ženy pravidelné cyklické změny, které organismus připravují na oplodnění a otěhotnění (menstruační cyklus). Funkce ovarií je řízena hypofyzárními gonadotropiny (FSH – folikulostimulační hormon a LH – luteinizační hormon). Vyplavování FSH a LH ovlivňuje hypotalamický spouštěcí hormon – peptid gonadoliberin (gonadotropin-releasing hormon – GnRH). Celý menstruační cyklus je řízen ovariem, pokud nenastane ovulace (nemůže nastat oplození), jedná se o anovulační cyklus. Při anovulačním cyklu může nastat tzv. „pseudomenstruační krvácení“. Anovulační cykly bývají v prvních 1 – 2 letech po menarche (první krvácení) a později před menopauzou (poslední menstruace), mohou být také navozovány hormonální antikoncepcí (Papežová, 2010).

Stáří při první menstruaci v životě ženy (menarche) je jedním z ukazatelů životní úrovně obyvatelstva. Čím vyšší životní úroveň, tím dříve u dívek začíná menstruační cyklus (akcelerace menarche). V socioekonomicky stabilních podmínkách se věk menarche ustaluje a většina evropských zemí dnes uvádí jako průměrný věk nástupu menstruace 13 let (Papežová, 2010).

Amenorea

U pacientek s poruchami příjmu potravy ukazují výsledky lékařských vyšetření na závažné hormonální poruchy. Poruchy menstruace u mentální anorexie jsou spojeny s poruchou funkce hypotalamu. Pro amenoreu při mentální anorexii jsou možná různá vysvětlení, například ztráta tělesné hmotnosti, snížení množství tuku v těle, hyperaktivita (abnormální aktivita, vznětlivost, impulzivnost), chování vedoucí k hubnutí nebo odchylky v neurotransmiterech. Přesný mechanismus jejího vzniku však není dosud zcela jasný (Krch, 1999).

Výskyt amenorey je často popisován u žen v rizikových profesích nebo aktivitách, které vyžadují dodržování specifického dietního režimu (např. baletky, modelky, sportovkyně). Amenoreu definujeme jako chybění tří po sobě jdoucích menstruací u žen, které již menstruují. Může nastat i u méně drastických úbytků hmotnosti, například po přehnané redukční dietě. Nepravidelnost menstruačního cyklu u poruch příjmu potravy je pravděpodobně způsobena složitým mechanismem, avšak dominuje porucha vylučování gonadoliberinu (GnRH) a následně snížená sekrece gonadotropinů (FSH a LH) (Papežová, 2010).

Hlavní teorie vzniku amenorey u žen s poruchami příjmu potravy ukazuje na negativní energetickou bilanci, která je způsobena energetickou restrikcí. Energetická nerovnováha poté narušuje hypotalamo-hypofyzárniovariální osu. Pro fyziologickou ovulační funkci je nezbytná určitá minimální rezerva mobilizovatelné energie. Pokles tělesné hmotnosti a tukové tkáně je doprovázen změnou metabolismu estrogenů, klesá celková estrogenní aktivita. Amenorea pak většinou přetrvává i po přerušení diety. Normalizace tělesné hmotnosti je základním předpokladem pro obnovení menstruačního cyklu, u méně pokročilých PPP způsobí prostá realimentace opětovné nastartování menstruačního cyklu. Rychlost nastoupení menstruace však závisí na hloubce rozvratu endokrinního systému (Papežová, 2010).

Jedním z nejzávažnějších důsledků PPP je s hormonálním rozvratem částečně související redukce kostní tkáně (bone mineral density – BMD), je velmi riziková zejména u dospívajících dívek, které místo růstu kostní tkáně tuto hmotu ztrácejí (Papežová, 2010).

8.2 Poruchy spánku a příjem potravy

Spánek a příjem potravy jsou dvě životně důležitá chování, která jsou řízena hypothalamickými centry. Uplatňují se zde homeostatické a cirkadiální mechanismy. U člověka se spánek přirozeně vyskytuje v noci, v tomto období je menší chuť k jídlu, menší hlad, snížená pohyblivost trávicí trubice, menší vylučování moči a menší žížeň, aby příjem potravy a tekutin (respektive jejich získávání) nerušily průběh spánku (Papežová, 2010).

Krátké i dlouhé trvání spánku je spojeno s vyšším Body Mass Indexem (BMI). U dlouhého trvání spánku je vyšší BMI vysvětlen poruchou dýchání ve spánku, která vede k delší spotřebě spánku při jeho nedostatečné kvalitě. Krátký spánek naopak zkracuje dobu, po kterou je přirozeně nižší signalizace hladu, aby nebyla rušena kontinuita spánku, a tak je organismus po delší dobu vystaven fyziologickým signálům hladu (Nevšimalová, Šonka, 2007).

Syndrom nočního ujídání

Syndrom nočního ujídání (night eating syndrome – NES) se projevuje těmito příznaky: ranní anorexie a noční přejídání (35 % denního energetického příjmu je konzumováno po řádném večerním jídle), insomnie (nespavost) s obtížným usínáním, noční probouzení provázené konzumací jídla (nejméně 3x týdně). NES je nejčastěji popisován u žen, začátek je většinou v mládí, mívá chronický průběh a častý rodinný výskyt. Vyskytuje se často v kombinaci s komorbidní depresí a poruchou příjmu potravy v denní době. Nemocní udávají nutkání něco sníst při plném vědomí, tento nutkavý pocit spojují s nemožností usnout a popisují, že příjem potravy navozuje podmínky příznivé pro usnutí. Nemocní s NES mají horší kvalitu spánku a zkrácené celkové trvání spánku, vykazují nárůst energetického příjmu večer a tento nárůst nemá souvislost se spánkem, ale naznačuje špatné cirkadiální řízení příjmu potravy (Papežová, 2010).

Porucha příjmu potravy vázaná na spánek

Porucha příjmu potravy vázaná na spánek (sleep related eating disorder – SRED) se projevuje opakovanými epizodami mimovolní konzumace jídla a tekutin během

probuzení, většinou z hlubokého nonREM spánku. Úroveň bdění během epizody je různá, od zmatenosti až k částečné bdělosti s dostatečnou orientovaností. Následné ráno může nemocný mít na stav částečnou nebo úplnou amnézii (ztráta paměti). Konzumace potravy není vyvolána pocitem hladu ani žízně, ale má kompulzivní a vůlí neovladatelný charakter. Jídlo nebo jeho kombinace jsou neobvyklé (často kalorické), dochází i ke konzumaci nepoživatelných (mražené potraviny, syrové maso, cigarety, zrnková káva, sůl, konzervy pro zvířata) nebo toxických látek. Nemocní mohou připravovat i složité pokrmy, ale postup přípravy nemusí být správný. SRED je spojen s rizikem poranění a popálenin při přípravě jídla nebo při konzumaci horké potravy. Epizody jedení jsou časté, vyskytují se i několikrát za noc, častá je ranní anorexie, opakovaná probouzení vedou k fragmentaci spánku. Podle diagnostických kritérií nové verze Mezinárodní klasifikace poruch spánku se SRED řadí mezi parasomnie (Papežová, 2010).

9 ZPŮSOBY LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Hospitalizace

Důvodem k hospitalizaci je často potřeba stabilizace stavu nemocného. Pobyt v lékařském zařízení se nezaměřuje jen na fyzickou stránku nemoci, ale také na psychické problémy, které s poruchami příjmu potravy souvisejí. V průběhu léčby je nezbytné získat si pacienta k aktivní spolupráci (aby se chtěl uzdravit), což je mnohdy velmi náročné. Doporučená rychlost hmotnostního přírůstku při léčebném programu je 1 až 1,5 kg týdně (Krch, 2005).

K hospitalizaci pacientů s poruchami příjmu potravy existuje několik obecných vodítek (Krch, 2005):

- nezbytný návrat k normální tělesné hmotnosti nebo přerušeni trvalého úbytku hmotnosti;
- přerušeni záchvatů přejídání, zvracení, zneužívání projímadel, což je spojeno s vážnými somatickými komplikacemi;
- léčba deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek (tyto stavy mohou být doprovodnými příznaky poruch příjmu potravy).

Částečná hospitalizace a denní stacionáře

Tyto způsoby léčby jsou ekonomicky úspornější a výhodnější i pro samotného pacienta. Pacientům jsou poskytovány všechny terapeutické služby (denní léčebné programy), ale nezůstávají v nemocnici přes noc (Krch, 2005).

Ambulantní péče

Tento způsob léčby je určen pro chronické pacienty, kteří nechtějí podstoupit další léčbu. Zaměřuje se pouze na navrácení pacienta do stavu somatické a psychické stability, nikoliv na úplné vyléčení. Ambulantní péče může být prováděna individuální nebo skupinovou formou (Krch, 2005).

Svépomoc

Svépomoc může být použita jako doprovodná terapie při odborném léčení nebo jako dodatečná poléčebná péče. Jednou z výhod svépomoci je, že pramení z vlastního přesvědčení nemocného – necítí se ovlivňován nebo tlačěn zvnějška, ale mění své chování v průběhu léčby v souladu se sebou samým. Proto roste jeho sebedůvěra a schopnost při konfliktech neutíkat do psychické nemoci, ale přijmout výzvu a zvládnout ji (Leibold, 1995).

Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) se stala uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro léčbu mentální anorexie.

Hlavní body KBT u mentální bulimie:

- vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, užívání projímadel a o myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají;
- pravidelné vážení;
- změna schématu jídelního chování (kontrolování redukčních diet, plánování jídel s cílem normalizace jídelního chování);
- kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby v myšlení;
- zavedení prevence relapsu (navrácení onemocnění).

Strach z přibývání na váze je hlavním problémem jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie. Většinu pacientů s bulimií lze ujistit, že v průběhu léčby pravděpodobně přiberou jen málo, u anorexie je naopak cílem terapeutické strategie skutečný nárůst hmotnosti i přes pacientovu touhu udržet si nízkou váhu. U mentální anorexie je důležité vytvoření spolehlivého a spolupracujícího stavu mezi terapeutem a nemocným (Krch, 2005).

Rodinná terapie

Rodinná terapie se doporučuje především u mladých pacientů, kteří žijí se svou rodinou. Poruchy příjmu potravy mohou v některých případech odrážet dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině (Krch, 2005).

Rodinné terapie se kromě pacienta musí účastnit celá rodina, tedy i rodiče a sourozenci. Cílem terapie je pozitivní změna sociálních rodinných vztahů. Velmi důležitá je důvěryplná spolupráce všech členů rodiny s odborným terapeutem (Leibold, 1995).

Interpersonální terapie

Interpersonální terapie se na problémy s jídlem přímo nezaměřuje, původně byla vytvořena jako krátkodobá léčba deprese.

Léčebný postup u interpersonální terapie je rozdělen do 3 fází:

1. fáze – identifikace interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji problémů s jídlem;
2. fáze – uzavření terapeutické smlouvy o práci na interpersonálních problémech;
3. fáze – zaměření na otázky spojené s ukončením (Krch, 2005).

Psychoanalýza

Psychoanalýza spočívá v odhalování, uvědomování si a zpracování nevědomých příčin psychických komplexů, které často sahají až do raného dětství. Je důležité, aby pacient otevřeně hovořil o svých myšlenkách, pocitech, snech. Terapeut je pak rozebírá – analyzuje – a ve srozumitelné formě a ve správném čase je vrací zpět pacientovi. Tím nemocný dospívá k hlubokému sebepoznání. Jakmile jsou všechny potlačené obavy, konflikty a podobné problémy odkryty a příslušně zpracovány, vyléčí se i jimi vyvolaná porucha příjmu potravy (Leibold, 1995).

Behaviorální terapie

Behaviorální terapie nepátrá dlouze po podvědomých příčinách chorobné závislosti, ale začíná hned s jednoduchým odnaučováním nesprávných a výukou správných jídelních návyků. K doplnění se doporučují různé relaxační techniky (především autogenní trénink), které urychlují proces návyku (Leibold, 1995).

Farmakoterapie

Při farmakologické léčbě mentální bulimie a anorexie se uplatňují převážně preparáty užívané k léčbě jiných duševních poruch, zejména antidepressiva a antipsychotika. V medikamentózní léčbě mentální anorexie nebyl zaznamenán výraznější pokrok, zatímco u mentální bulimie v poslední době přibývají studie, které referují o úspěšnosti některých preparátů při léčbě této poruchy (Krch, 2005).

Úkoly farmakoterapie (Krch, 2005):

- regulace příjmu potravy a úprava tělesné hmotnosti;
- léčba komorbidních psychických poruch, zejména deprese;
- odstranění somatických potíží, které jsou zapříčiněny poruchami příjmu potravy.

10 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Základ prevence spočívá hlavně v rodině, ale i škola by měla využít všech svých možností k preventivnímu působení na své žáky. Důležitým specifickým aspektem prevence je předcházení strachu z tloušťky. Tato preventivní strategie je však komplikována tím, že stále více dětí trpí nadváhou až obezitou.

Módní průmysl a média rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a prezentují nám na předních obálkách časopisů vyhublé modelky jako ideál krásy. Zejména dívky jsou vystaveny tlaku médií, která je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí závisí na tom, jak jsou štíhlé. Zdravotní výhody štíhlosti jsou přeháněny, kdežto negativním důsledkům razantního omezování v jídlu není věnována žádná pozornost.

V naší společnosti převládá názor, že obézní lidé jsou převážně hloupí, líní a nešikovní. Už v pohádkách se malé děti setkávají s postavami zlého nebo hloupého tlouštíka. Není se potom čemu divit, že v pubertě, kdy jedinec fyziologicky přibývá na váze, se objevuje problém s poruchami příjmu potravy. Dlouhodobě přínosnou prevencí proto může být potlačování důrazu na tělesný vzhled, oceňování různorodosti a osobnostních kvalit každého člověka (Marádová, 2007).

Co může pro prevenci udělat škola (Marádová, 2007):

- poskytnout žákům dostatek správných informací o výskytu, příčinách a důsledcích poruch příjmu potravy;
- vést žáky ke správným stravovacím návykům;
- podporovat pozitivní sociální klima ve škole;
- vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování.

10.1 Zásady zdravého hubnutí

Obecné zásady zdravého hubnutí (Kunová, 2004):

- jezte 5x denně – tělo nebude mít potřebu energii zbytečně ukládat, budete mít stálou hladinu krevního cukru (mnohem méně budete pociťovat hlad);
- snažte se o to, aby každé jídlo obsahovalo potravinu ze skupiny bílkovin (tvaroh, jogurt, rybu, drůbeží maso, tofu, vaječný bílek);
- každé z pěti jídel doplňte zeleninou nebo ovocem (zelenina – 500 – 1000 g, ovoce - 1 – 2 kusy);
- vybírejte si potraviny s nižším glykemickým indexem, které usnadňují redukci hmotnosti a upravují hladinu krevních cukrů;
- množství příloh a pečiva regulujte podle rychlosti hubnutí. Pokud byste hubli více než 1 kg za týden, přidejte malé množství chleba, brambor, těstovin nebo ovesných vloček.

Glykemický index potravin

Pomocí glykemického indexu zjišťujeme, do jaké míry je potravina s obsahem sacharidů schopna zvýšit hladinu cukru v krvi. Glykémie (zvýšení hladiny cukru v krvi) provokuje slinivku břišní k vyplavení hormonu inzulínu (čím více glykémie po jídle stoupne, tím více je zapotřebí inzulínu). Dlouhodobá konzumace potravin s vysokým glykemickým indexem zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních chorob, diabetu II. typu a některých typů rakoviny (střev, prsu).

Glykemický index potravin se vypočítá tak, že testovaným osobám je nejprve odebrána glykémie nalačno a pak je podána testovaná potravina (musí obsahovat minimálně 50 g sacharidů), poté se každých 15 minut v první hodině a 30 minut ve druhé hodině sleduje hladina cukru v krvi. Zjištěné hodnoty se vynesou do grafu a porovnájí s referenční potravinou (používá se glukóza nebo bílý chléb), tím získáme hodnotu glykemického indexu (Kunová, 2004).

Body Mass Index

Body Mass Index – BMI (nebo také Queteletův index hmoty těla) je dnes nejčastěji používaný index, který vyjadřuje poměr tělesné hmotnosti a výšky.

Vzorec pro výpočet BMI:

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

Normální hodnoty BMI se pohybují od 19 do 23 (24) u žen a do 25 u mužů. O obezitě hovoříme při hodnotách vyšších než BMI 29 (u žen) nebo 30 (u mužů). Pokud je hodnota BMI nižší než 19, neměl by se jedinec snažit redukovat svoji hmotnost. V případě, že je hodnota BMI nižší než 17,5, může se jednat o vážnou poruchu a doporučuje se návštěva lékaře (Krch, Málková, 1993).

11 OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL

Organizace Občanské sdružení Anabell – pro nemocné anorexií a bulimií - vznikla v roce 2002. Hlavní cíl organizace je pomoc nemocným poruchami příjmu potravy, jejich rodinám a systematická podpora rozvoje preventivních programů (zejména snaha o zvýšení společenského povědomí o poruchách příjmu potravy). Občanské sdružení Anabell sídlí od roku 2003 v Domě lékařských služeb v Brně. Dnes má Anabell pobočky v Praze, Mladé Boleslavi, Příbrami, Ostravě, Olomouci, Plzni a Bratislavě (www.anabell.cz).

Poslání organizace

Občanské sdružení Anabell poskytuje pomoc a podporu osobám postiženým i ohroženým poruchami příjmu potravy hledat a nalézat východiska k řešení problémů, které jsou spojeny s neplnohodnotným nebo nevhodným stravováním (www.anabell.cz).

Cíle organizace

- Poskytovat poradenství klientům s poruchami příjmu potravy.
- Zabránit izolaci klienta posilováním sociálních vazeb, podpora integrace klienta ve společnosti.
- Zprostředkovat nezbytnou odbornou pomoc.
- Poskytovat podporu rodinným příslušníkům a blízkým osobám klienta.
- Podporovat svépomocné aktivity.
- Zkvalitňovat pomoc poskytovanou osobám s poruchami příjmu potravy.
- Podpořit rozvoj medicínské klinické základny.
- Zlepšit vztah veřejnosti k osobám postiženým poruchami příjmu potravy.
- Zprostředkovat široké veřejnosti informace o odpovědném přístupu k výživě a tím předcházet vzniku poruch příjmu potravy ve společnosti.
- Navazovat kontakt a spolupráci s obdobně zaměřenými organizacemi v ČR i v zahraničí (www.anabell.cz).

Cílové skupiny organizace:

- nemocní poruchami příjmu potravy;
- rodiče nemocných poruchami příjmu potravy;
- odborná veřejnost;
- žáci a studenti ZŠ a SŠ (www.anabell.cz).

Materiál a metodika výzkumného šetření

12 CÍL PRÁCE

Hlavní cíl

Hlavním cílem práce bylo zjistit riziko vzniku poruch příjmu potravy u dospívajících ve věkových skupinách 11 – 15 let a 16 – 20 let a porovnání výsledků těchto dvou skupin.

Dílčí úkoly práce

Dílčími úkoly práce bylo zjistit:

- zda mají dospívající sklon k držení různých diet a tím i k mentální anorexii (položky 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 a 25);
- zda se dospívající trvale nepřiměřeně zabývají jídlem (riziko vzniku mentální bulimie) (položky 3, 4, 9, 18, 21 a 26);
- zda mají dospívající potíže s nadměrnou orální kontrolou příjmu potravy (položky 2, 5, 8, 13, 15, 19 a 20).

13 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro praktickou část diplomové práce jsem si zvolila využití výzkumné metody dotazníkového šetření. „Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny, a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“ (Chráška, 2007, s. 163)

K výzkumu jsem použila standardizovaný dotazník – Garnerův Test jídelních postojů (EAT – 26).

Test jídelních postojů – Eating Attitude Test (EAT – 26)

Tento standardizovaný dotazník určený pro americkou populaci, byl sestaven D. Garnerem v roce 1979, pro české podmínky jej upravil PhDr. F. D. Krch (Paclt, 1998).

Test jídelních postojů se zaměřuje na vyhledání jedinců, kteří mají narušené postoje k jídlu, ale sám o sobě nediagnostikuje poruchu příjmu potravy, měl by být pouze jakýmsi informačním zdrojem pro další práci s jedinci, kteří dosáhnou kritického skóre (Paclt, 1998).

Původní test obsahoval 40 položek, ale pro menší náročnost byla vytvořena i zkrácená verze s 26 položkami, kterou jsem použila při svém výzkumu.

Jak již bylo řečeno, test jídelních postojů obsahuje 26 položek. Nachází se v něm tři okruhy otázek, které jsou zaměřeny na dodržování redukčních diet (položky 1, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 a 25), na pocit ztráty kontroly při konzumaci jídla (položky 3, 4, 9, 18, 21 a 26) a na kontrolu jídelního chování – orální kontrolu (položky 2, 5, 8, 13, 15, 19 a 20).

Každá položka v testu má stejnou, šestistupňovou, škálu odpovědí: *vždy*, *velmi často*, *často*, *někdy*, *zřídka*, *nikdy*. Odpovědi jsou hodnoceny následovně: **vždy = 3 body**,

velmi často = 2 body, často = 1 bod, někdy = 0 bodů, zřídka = 0 bodů, nikdy = 0 bodů. Pouze otázka č. 25 je hodnocena opačně (**vždy = 0 bodů, velmi často = 0 bodů, často = 0 bodů, někdy = 1 bod, zřídka = 2 body, nikdy = 3 body**). Body z každého dotazníku se sečtou a vyhodnotí.

Kritickým skóre, které signalizuje narušené jídelní postoje, je dosažení dvaceti a více bodů v testu.

Charakteristika výzkumu

Výzkum probíhal v únoru 2012 mezi žáky druhého stupně na základní škole v Dolních Bojanovicích a mezi náhodně vybranými studenty středních škol a středních odborných učilišť. Bylo rozdáno celkem 200 dotazníků, z nichž se vrátil plný počet, návratnost tedy tvoří 100 %.

Před vlastním výzkumným šetřením jsem provedla „předvýzkum“ na testovací skupině deseti respondentů, abych zjistila, jestli jsou mnou pokládané otázky srozumitelné a nečiní dotazovaným problémy s pochopením a také, abych si udělala obrázek o časové náročnosti testu.

S výzkumem na základní škole mi hodně pomohla paní učitelka výchovy ke zdraví, Mgr. Marie Dvořáková. Nabídla mi, že dotazníky se žáky vyplní ve svých hodinách. Paní učitelce jsem podala informace a instrukce potřebné k vyplnění testu. Podle jejích slov proběhlo vše bez větších potíží a žáci neměli problém s odpověďmi.

Studenty středních škol a středních odborných učilišť jsem oslovovala sama. Byl jim poskytnut dotazník v tištěné podobě, potřebné informace k jeho vyplnění a popřípadě zodpovězeny dotazy, které se týkaly dotazníku nebo všeobecně tématu poruch příjmu potravy. Respondenti si mohli vzít dotazník domů, kde jej v klidu vyplnili.

Charakteristika respondentů:

- výzkumu se zúčastnilo 200 respondentů;
- první výzkumnou skupinou byli žáci druhého stupně (7. – 9. ročník) základní školy v Dolních Bojanovicích, kterým v době výzkumu bylo 11 – 15 let;
- druhou výzkumnou skupinou byli studenti středních škol a středních odborných učilišť, kterým v době výzkumu bylo 16 – 20 let;
- počet dívek – 106;
- počet chlapců – 94.

Charakteristika zařízení, ve kterém výzkum probíhal

Základní škola a Mateřská škola Dolní Bojanovice je úplnou základní školou s kapacitou 540 žáků. Poskytuje vzdělání žákům od 1. do 9. ročníku, součástí školy jsou 2 oddělení školní družiny (kapacita 60 žáků), školní jídelna s kapacitou 570 jídel a 4 třídy mateřské školy (kapacita 100 dětí). Zřizovatelem školy je obec Dolní Bojanovice.

V současném školním roce 2011/2012 navštěvuje základní školu celkem 260 žáků, kteří jsou vzděláváni ve dvanácti třídách základní školy.

Personál základní školy tvoří celkem 20 pedagogických pracovníků, z toho 18 učitelů a 2 vychovatelky školní družiny, a 18 nepedagogických pracovníků, z toho 10 provozních zaměstnanců a 8 kuchařek.

Na základní škole v Dolních Bojanovicích se žáci vzdělávají dle školního vzdělávacího programu „Vzdělávání, které baví“ (1., 2., 6., 7. ročník) a školního vzdělávacího programu „Základní škola“ (3., 4., 5., 8., 9. ročník).

Školní vzdělávací program vychází z koncepce Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Cílem základního vzdělávání je pomoci žákům získávat a postupně zdokonalovat klíčové kompetence a poskytnout spolehlivý základ všeobecného vzdělání orientovaného zejména na situace blízké životu a na praktické jednání.

Školní vzdělávací program respektuje tradice školy a využívá její charakteristické podmínky (národopisná oblast Slovácka, vinařství, těžba ropy a zemního plynu).

Škola úzce spolupracuje se základní uměleckou školou, dále také s obcí Dolní Bojanovice a podílí se na všeobecném kulturním dění v obci. Žáci a zaměstnanci školy pořádají pro širokou veřejnost dny otevřených dveří, školní akademie, veřejné prezentace absolventských prací žáků devátých ročníků a další akce obdobného charakteru. Žáci také vydávají školní časopis *Školáček*, který vychází v pravidelných intervalech čtyřikrát ročně (www.zsdolboj.cz).

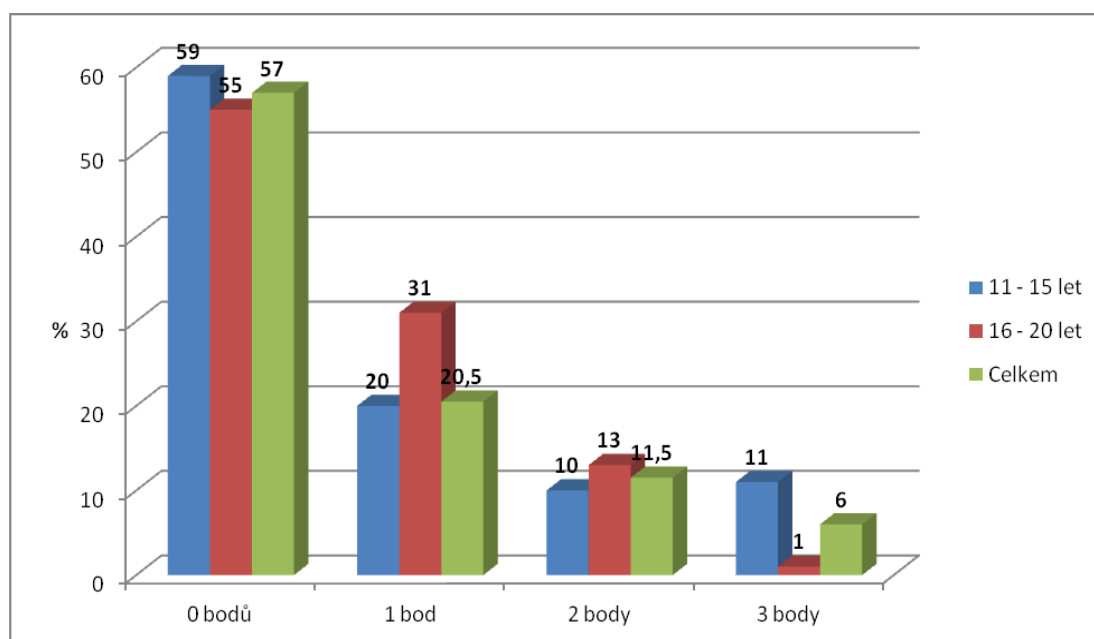
14 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Položka č. 1: Mám hrůzu z nadváhy.

Tabulka č. 1: Strach respondentů z nadváhy

Odovědi	11 – 15 let		16 – 20 let		Celkem	
Počet bodů	n	%	n	%	n	%
0 bodů	59	59	55	55	114	57
1 bod	20	20	31	31	51	25,5
2 body	10	10	13	13	23	11,5
3 body	11	11	1	1	12	6
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 1: Strach respondentů z nadváhy



Z grafu vyplývá, že strach z nadváhy má: **vždy** 12 (6 %) respondentů, z toho 11 (11 %) ve věku 11 – 15 let a 1 (1 %) ve věku 16 – 20 let; **velmi často** 23 respondentů (11,5 %), z toho 10 (10 %) ve věku 11 – 15 let a 13 (13 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 51 respondentů (25,5 %), z toho 20 (20 %) ve věku 11 – 15 let a 31 (31 %) ve věku 16 – 20 let. Obavy z nadváhy nemá celkem 114 (57 %) dotazovaných, z toho 59

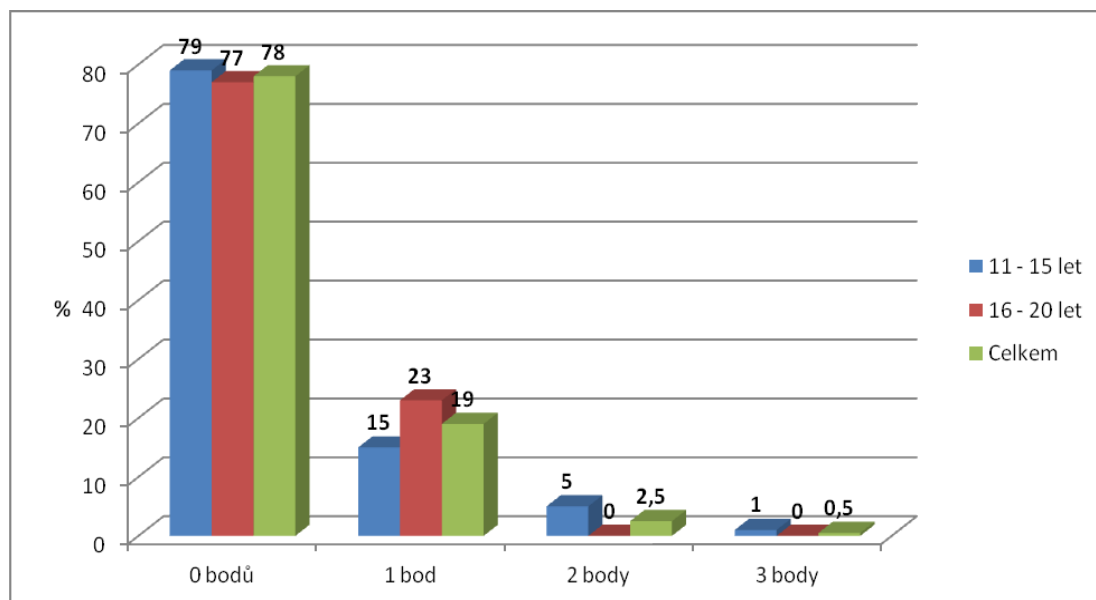
(59 %) ve věku 11 – 15 let a 55 (55 %) ve věku 16 – 20 let, z toho vyplývá, že větší hrůzu z nadváhy mají respondenti ve věku 16 – 20 let (viz tabulka č. 1, graf č. 1).

Položka č. 2: Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.

Tabulka č. 2: Vyhýbání se jídlu

Odpovědi Počet bodů	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	79	79	77	77	156	78
1 bod	15	15	23	23	38	19
2 body	5	5	0	0	5	2,5
3 body	1	1	0	0	1	0,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 2: Vyhýbání se jídlu



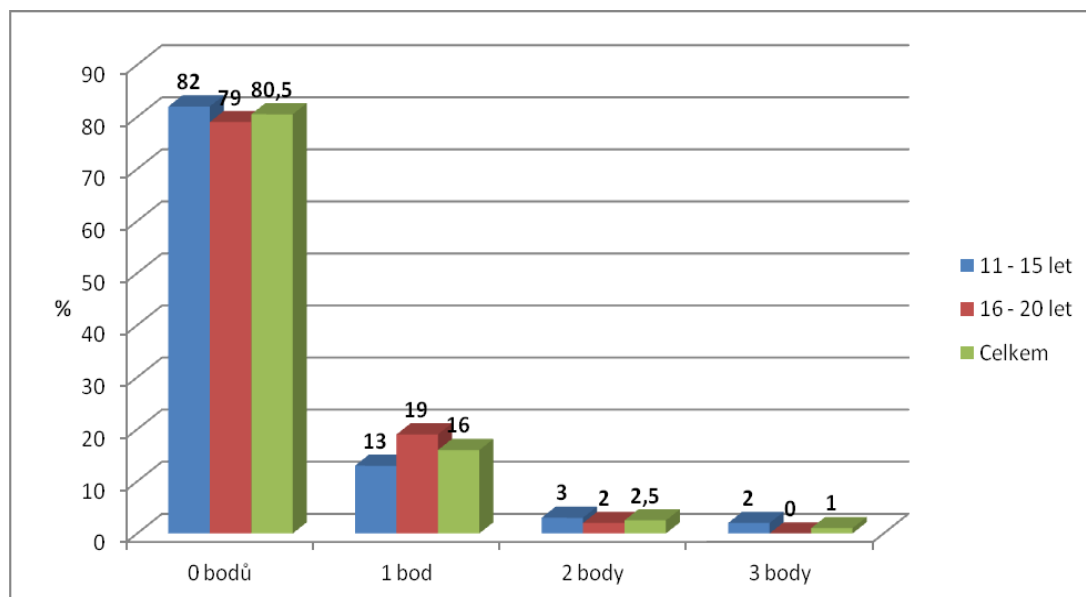
Z grafu lze vyčíst, že jídlu se vyhýbá, když má hlad: **vždy** 1 respondent ve věku 11 – 15 let, což je 0,5 % z celkového počtu dotazovaných; **velmi často** 5 (5 %) respondentů ve věku 11 – 15 let, což z celkového počtu respondentů tvoří 2,5 %; **často** 38 (19 %) dotazovaných, z toho 15 (15 %) ve věku 11 – 15 let a 23 (23 %) ve věku 16 – 20 let. Jídlu se nevyhýbá 156 (78 %) respondentů, z toho 79 (79 %) ve věku 11 – 15 let a 77 (77 %) ve věku 16 – 20 let. I když by se mohlo zdát, že jídlu se častěji vyhýbají dotazovaní z věkové skupiny 16 – 20 let, respondenti z mladší věkové skupiny (11 – 15 let) dosáhli u této otázky vyššího bodového skóre (viz tabulka č. 2, graf č. 2).

Položka č. 3: Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.

Tabulka č. 3: Starání se o jídlo

Odovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
Počet bodů	n	%	n	%	n	%
0 bodů	82	82	79	79	161	80,5
1 bod	13	13	19	19	32	16
2 body	3	3	2	2	5	2,5
3 body	2	2	0	0	2	1
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 3: Starání se o jídlo



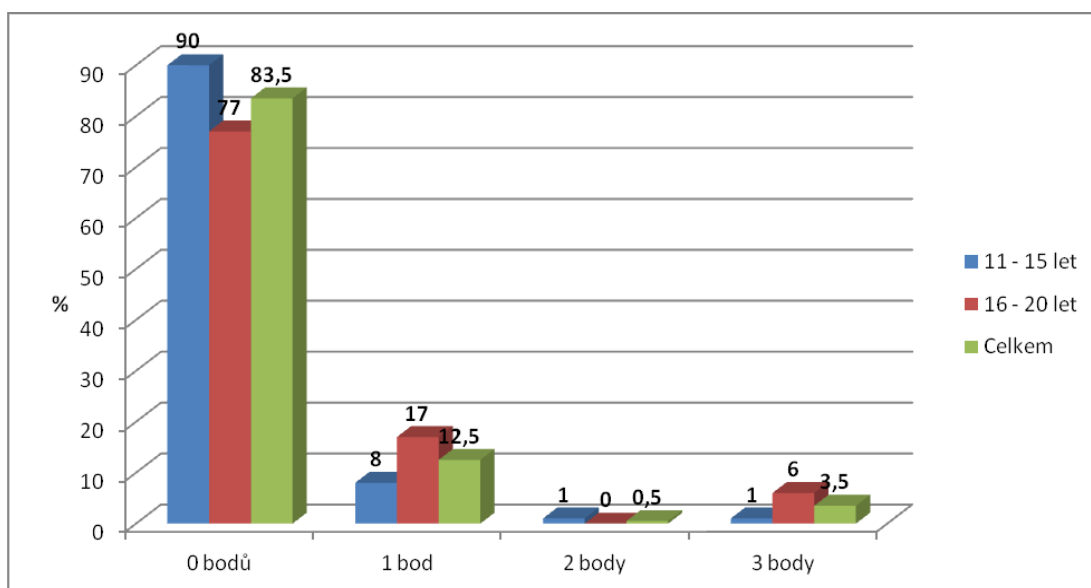
Mínění, že se příliš starají o jídlo, mají o sobě **vždy** 2 respondenti ve věku 11 – 15 let, což tvoří 1 % z celkového počtu 200 dotazovaných; **velmi často** 5 (2,5 %) respondentů, z toho 3 (3 %) ve věku 11 – 15 let a 2 (2 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 32 (16 %) dotazovaných, z toho 13 (13 %) ve věku 11 – 15 let a 19 (19 %) ve věku 16 – 20 let. Přiměřený postoj k jídlu má podle grafu 161 (80,5 %) respondentů, z toho 82 (82 %) ve věku 11 – 15 let a 79 (79 %) ve věku 16 – 20 let. Jako u předchozího grafu by se mohlo zdát, že se o jídlo více starají respondenti z věkové skupiny 16 – 20 let, ale dotazování ze skupiny 11 – 15 let opět dosáhli vyššího bodového ohodnocení (viz tabulka č. 3, graf č. 3).

Položka č. 4: Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat.

Tabulka č. 4: Přejídání

Odpovědi Počet bodů	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	90	90	77	77	167	83,5
1 bod	8	8	17	17	25	12,5
2 body	1	1	0	0	1	0,5
3 body	1	1	6	6	7	3,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 4: Přejídání



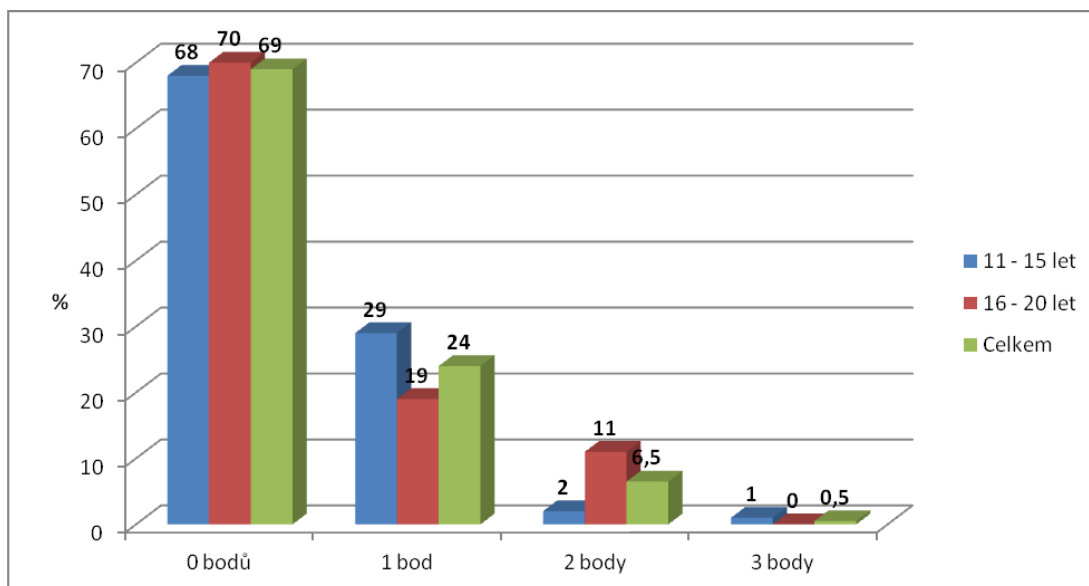
Podle grafu má pocit, že nedokážou přestat jíst **vždy** 7 (3,5 %) z celkového počtu 200 dotazovaných, z toho 1 (1 %) ve věku 11 – 15 let a 6 (6 %) ve věku 16 – 20 let; **velmi často** 1 (1 %) respondent z kategorie 11 – 15 let, což tvoří 0,5 % z celkového počtu dotazovaných; **často** 25 (12,5 %) respondentů, z toho 8 (8 %) ve věku 11 – 15 let a 17 (17 %) ve věku 16 – 20 let. Problémy s přejídáním nemá 167 (83,5 %) respondentů, z toho 90 (90 %) ve věku 11 – 15 let a 77 (77 %) ve věku 16 – 20 let. Můžeme tedy říci, že problémy s přejídáním mají častěji respondenti ze starší věkové skupiny (viz tabulka č. 4, graf č. 4).

Položka č. 5: Krájím jídlo na malé kousky.

Tabulka č. 5: Krájení jídla na malé kousky

Odovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
Počet bodů	n	%	n	%	n	%
0 bodů	68	68	70	70	138	69
1 bod	29	29	19	19	48	24
2 body	2	2	11	11	13	6,5
3 body	1	1	0	0	1	0,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 5: Krájení jídla na malé kousky



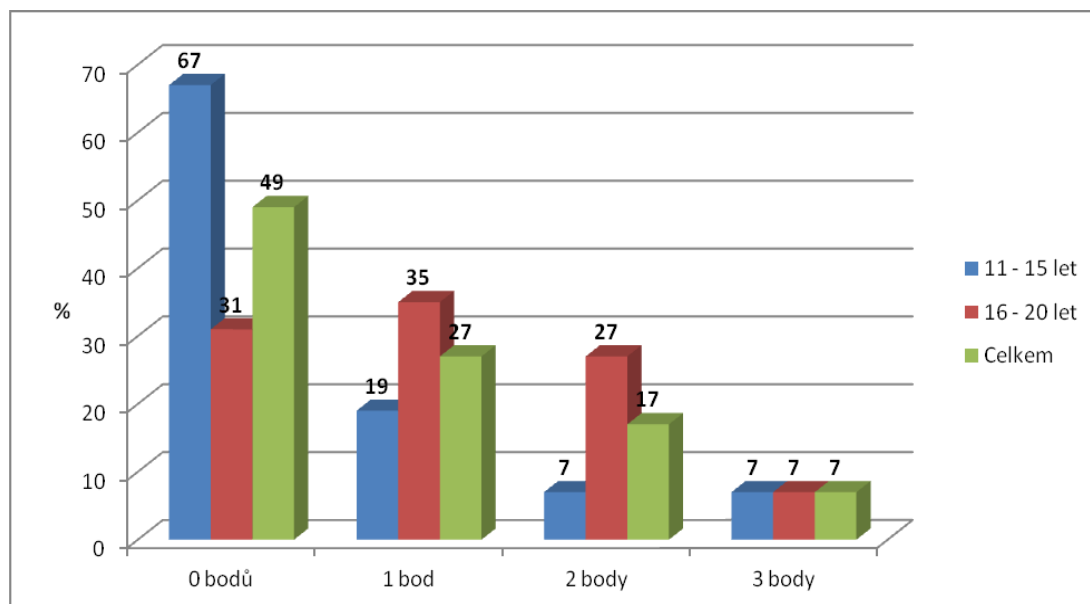
Z grafu lze vyčíst, že jídlo na malé kousky krájí **vždy** 1 (1 %) respondent z věkové kategorie 11 – 15 let, což tvoří 0,5 % z celkového počtu dotazovaných; **velmi často** 13 (6,5 %) respondentů, z toho 2 (2 %) ve věku 11 – 15 let a 11 (11 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 48 (24 %) respondentů, z toho 29 (29 %) ve věku 11 – 15 let a 19 (19 %) ve věku 16 – 20 let. Jídlo na malé kousky nekrájí 138 (69 %) respondentů, z toho 68 (68 %) ve věku 11 – 15 let a 70 (70 %) ve věku 16 – 20 let. Z toho vyplývá, že jídlo na malé kousky krájí častěji dospívající z mladší věkové kategorie (viz tabulka č. 5, graf č. 5).

Položka č. 6: Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.

Tabulka č. 6: Uvědomování si kalorické hodnoty jídla

Odpovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	67	67	31	31	98	49
1 bod	19	19	35	35	54	27
2 body	7	7	27	27	34	17
3 body	7	7	7	7	14	7
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 6: Uvědomování si kalorické hodnoty jídla



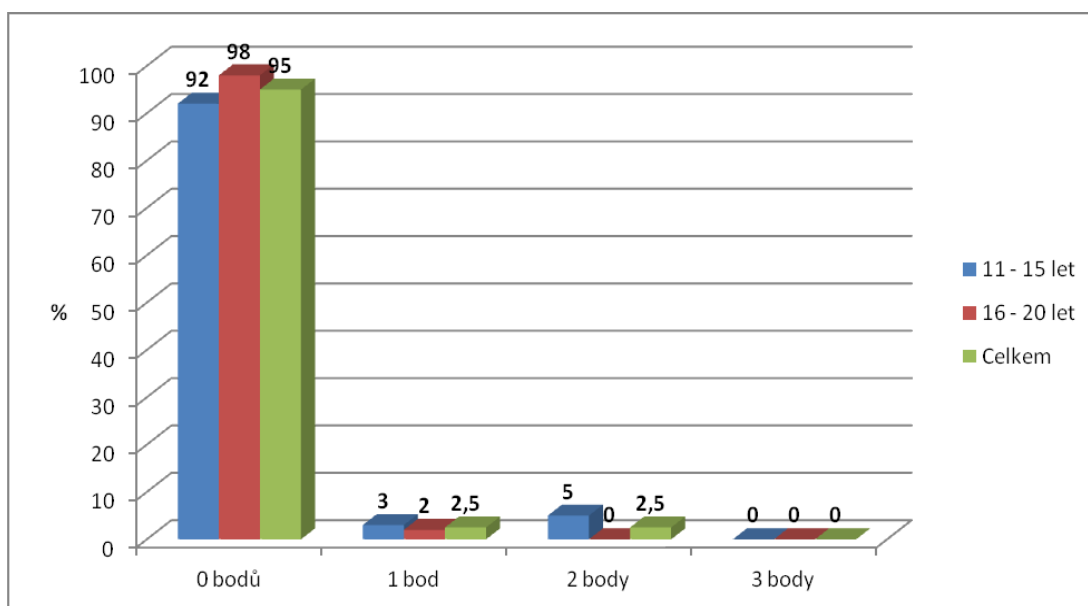
Podle grafu si kalorickou hodnotu konzumované potravy uvědomuje **vždy** 14 (7 %) respondentů, z toho 7 (7 %) ve věku 11 – 15 let a stejný počet ve starší věkové kategorii; **velmi často** 34 (17 %) dotazovaných, z toho 7 (7 %) ve věku 11 – 15 let a 27 (27 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 54 (27 %) respondentů, z toho 19 (19 %) ve věku 11 – 15 let a 35 (35 %) ve věku 16 – 20 let. Kalorickou hodnotu jídla nezohledňuje 98 (49 %) dotazovaných, z toho 67 (67 %) ve věku 11 – 15 let a 31 (31 %) ve věku 16 – 20 let. Můžeme tedy říci, že kalorickou hodnotu jídla si více uvědomují respondenti ze starší věkové skupiny (viz tabulka č. 6, graf č. 6).

Položka č. 7: Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů (pečivu, bramborám, rýži).

Tabulka č. 7: Vyhýbání se určitým jídlům

Odpovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	92	92	98	98	190	95
1 bod	3	3	2	2	5	2,5
2 body	5	5	0	0	5	2,5
3 body	0	0	0	0	0	0
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 7: Vyhýbání se určitým jídlům



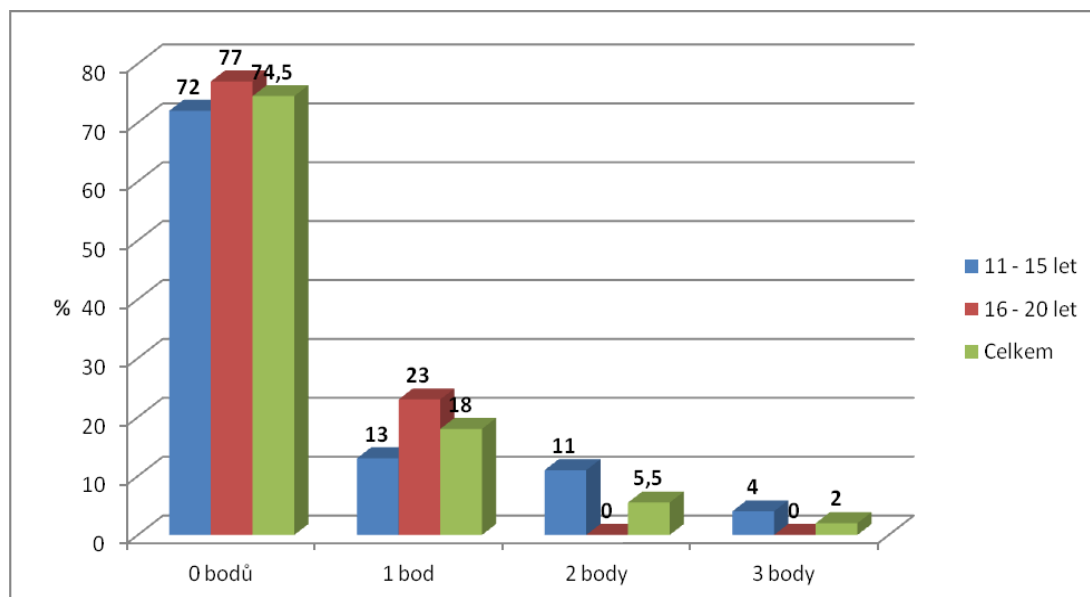
Z grafu vyplývá, že jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů se vyhýbá **velmi často** 5 (5 %) respondentů ve věku 11 – 15 let, což tvoří 2,5 % z celkového počtu dotazovaných; **často** 5 (2,5 %) respondentů, z toho 3 (3 %) ve věku 11 – 15 let a 2 (2 %) ve věku 16 – 20 let. Těmto jídlům se nevyhýbá 190 (95 %) dotazovaných, z toho 92 (92 %) ve věku 11 – 15 let a 98 (98 %) ve věku 16 – 20 let. Pozor na složení potravy si tedy dávají více dospívající z věkové kategorie 11 – 15 let (viz tabulka č. 7, graf č. 7).

Položka č. 8: Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více.

Tabulka č. 8: Pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více

Odpovědi Počet bodů	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	72	72	77	77	149	74,5
1 bod	13	13	23	23	36	18
2 body	11	11	0	0	11	5,5
3 body	4	4	0	0	4	2
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 8: Pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více



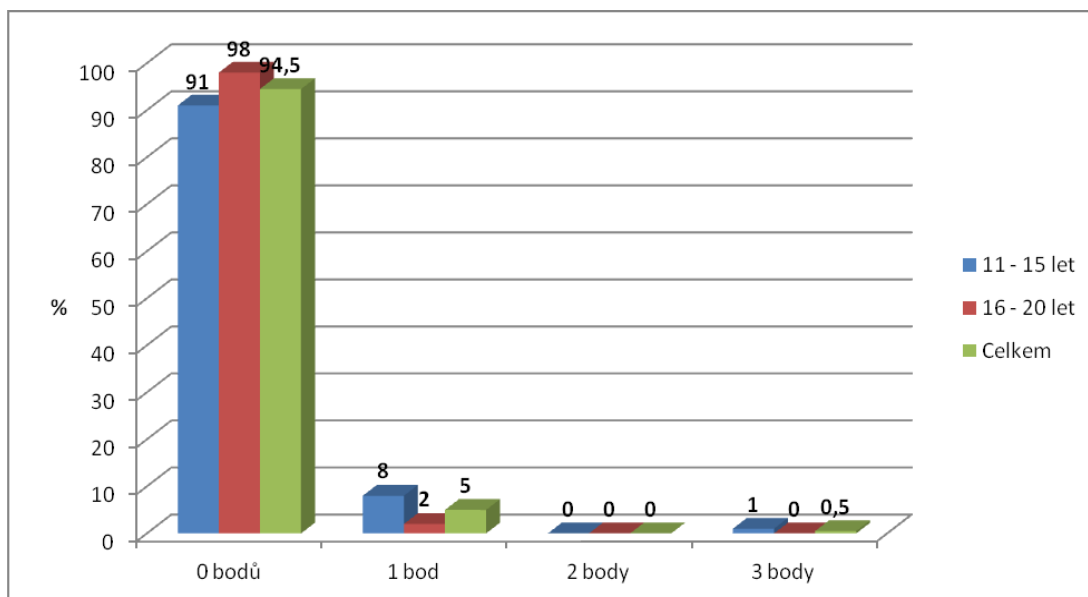
Graf nám ukazuje, kolik respondentů má pocit, že by jejich okolí chtělo, aby jedli více. Tento pocit mají **vždy** 4 (4 %) dotazovaní ve věku 11 – 15 let, což tvoří 2 % z celkového počtu respondentů; **velmi často** 11 (11 %) respondentů ve věku 11 – 15 let, což tvoří 5,5 % z celkového počtu 200 dotazovaných; **často** 36 (18 %) respondentů, z toho 13 (13 %) ve věku 11 – 15 let a 23 (23 %) ve věku 16 – 20 let. Pocit, že ostatní by chtěli, aby jedli více, nemá 149 (74,5 %) dotazovaných, z toho 72 (72 %) ve věku 11 – 15 let a 77 (77 %) ve věku 16 – 20 let. Z toho vyplývá, že respondenti z mladší věkové skupiny (11 – 15 let) si myslí, že jejich okolí chce, aby jedli více (viz tabulka č. 8, graf č. 8).

Položka č. 9: Po jídle zvracím.

Tabulka č. 9: Zvracení po jídle

Odpovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	91	91	98	98	189	94,5
1 bod	8	8	2	2	10	5
2 body	0	0	0	0	0	0
3 body	1	1	0	0	1	0,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 9: Zvracení po jídle



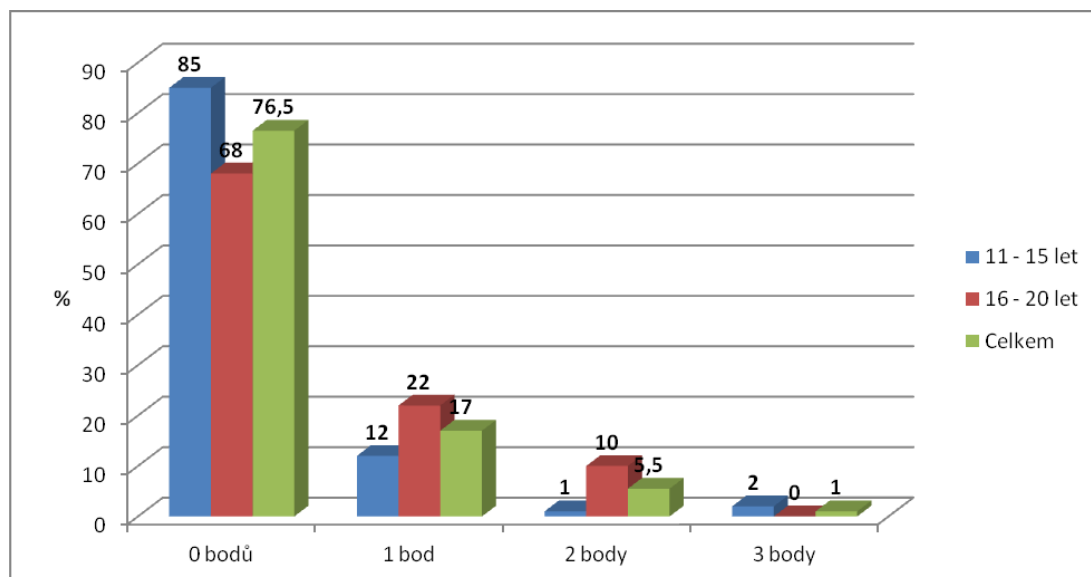
V položce č. 9 uvádí, že zvrací po jídle **vždy** 1 (1 %) respondent ve věkové kategorii 11 – 15 let, což je 0,5 % z celkového počtu dotazovaných; **často** 10 (5 %) respondentů, z toho 8 (8 %) ve věku 11 – 15 let a 2 (2 %) ve věku 16 – 20 let. 189 (94,5 %) dotazovaných, z toho 91 (91 %) ve věku 11 – 15 let a 98 (98 %) ve věku 16 – 20 let po jídle nezvrací. Z grafu vyplývá, že po jídle zvracejí častěji dospívající z věkové skupiny 11 – 15 let (viz tabulka č. 9, graf č. 9).

Položka č. 10: Po jídle se cítím velmi provinile.

Tabulka č. 10: Pocity viny po jídle

Odovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
Počet bodů	n	%	n	%	n	%
0 bodů	85	85	68	68	153	76,5
1 bod	12	12	22	22	34	17
2 body	1	1	10	10	11	5,5
3 body	2	2	0	0	2	1
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 10: Pocity viny po jídle



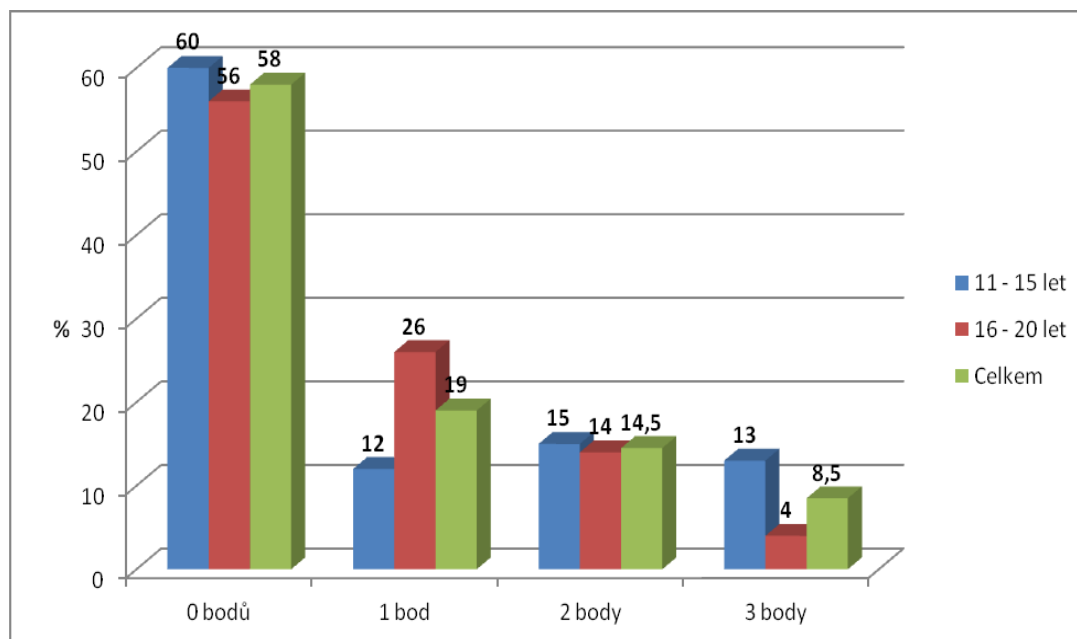
Podle grafu se po jídle provinile cítí **vždy** 2 (2 %) respondenti ve věku 11 – 15 let, což tvoří 1 % z celkového počtu dotazovaných; **velmi často** 11 (5,5 %) respondentů, z toho 1 (1 %) ve věku 11 – 15 let a 10 (10 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 34 (17 %) respondentů, z toho 12 (12 %) ve věku 11 – 15 let a 22 (22 %) ve věku 16 – 20 let. Pocity viny po jídle nemá 153 (76,5 %) dotazovaných, z toho 85 (85 %) ve věku 11 – 15 let a 68 (68 %) ve věku 16 – 20 let, z čehož můžeme soudit, že po jídle se cítí provinile větší počet dotazovaných ze starší věkové kategorie (viz tabulka č. 10, graf č. 10).

Položka č. 11: Myslím příliš často na to, že chci být štíhlý/á.

Tabulka č. 11: Myšlení na štíhlou linii

Odpovědi Počet bodů	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	60	60	56	56	116	58
1 bod	12	12	26	26	38	19
2 body	15	15	14	14	29	14,5
3 body	13	13	4	4	17	8,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 11: Myšlení na štíhlou linii



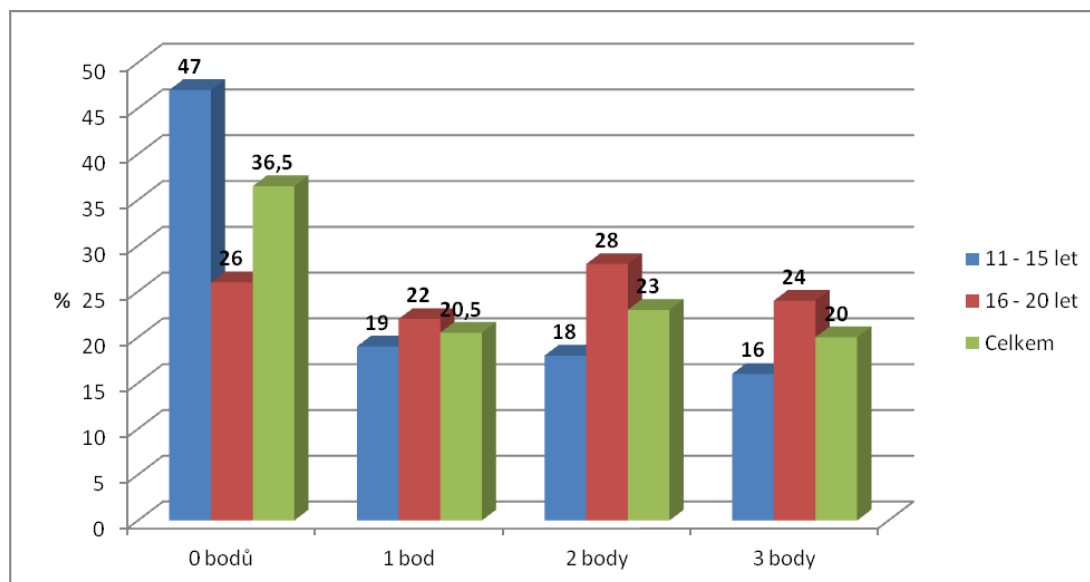
Na to, že chtějí být štíhlí, myslí podle grafu **vždy** 17 (8,5 %) respondentů, z toho 13 (13 %) ve věku 11 – 15 let a 4 ve věku 16 – 20 let; **velmi často** 29 (14,5 %) respondentů, z toho 15 (15 %) ve věku 11 – 15 let a 14 (14 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 38 (19 %) respondentů, z toho 12 (12 %) ve věku 11 – 15 let a 26 (26 %) ve věku 16 – 20 let. Na štíhlou linii nemyslí příliš často celkem 116 (58 %) respondentů, z toho 60 (60 %) ve věku 11 – 15 let a 56 (56 %) ve věku 16 – 20 let. Z toho vyplývá, že svou postavou se více zabývají dotazovaní ze starší věkové skupiny (viz tabulka č. 11, graf č. 11).

Položka č. 12: Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie.

Tabulka č. 12: Cvičení a spalování kalorií

Odpovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	47	47	26	26	73	36,5
1 bod	19	19	22	22	41	20,5
2 body	18	18	28	28	46	23
3 body	16	16	24	24	40	20
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 12: Cvičení a spalování kalorií



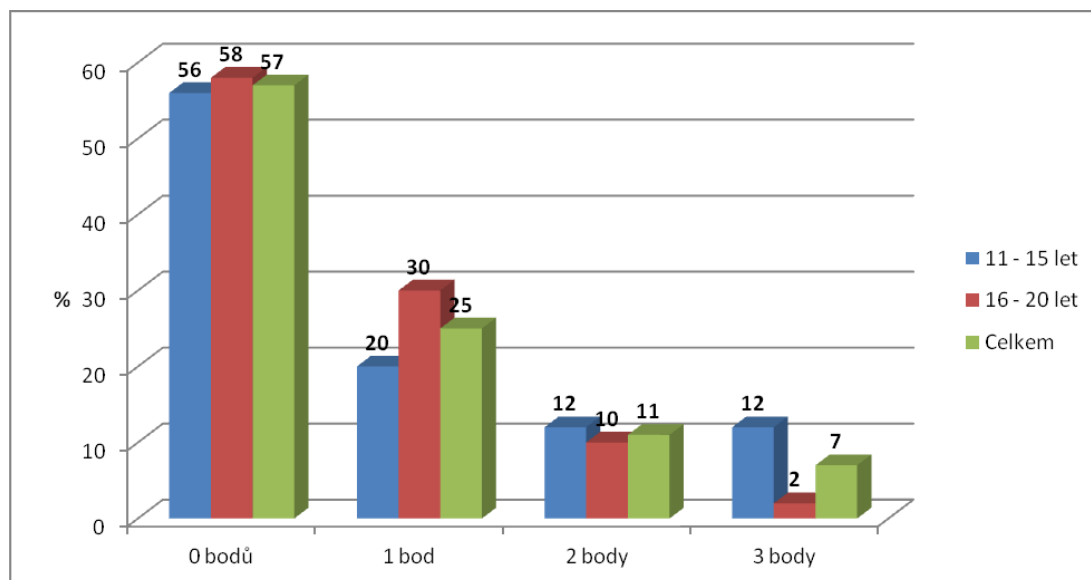
Z grafu lze vyčíst, že na spalování kalorií při cvičení myslí **vždy** 40 (20 %) respondentů, z toho 16 (16 %) ve věku 11 – 15 let a 24 (24 %) ve věku 16 – 20 let; **velmi často** 46 (23 %) respondentů, z toho 18 (18 %) ve věku 11 – 15 let a 28 (28 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 41 (20,5 %) respondentů, z toho 19 (19 %) ve věku 11 – 15 let a 22 (22 %) ve věku 16 – 20 let. Na spalování kalorií při tělesné aktivitě nemyslí 73 (36,5 %) respondentů, z toho 47 (47 %) ve věku 11 – 15 let a 26 (26 %) ve věku 16 – 20 let. Můžeme tedy říci, že na spalování kalorií při cvičení myslí více respondenti z věkové skupiny 16 – 20 let (viz tabulka č. 12, graf č. 12).

Položka č. 13: Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á).

Tabulka č. 13: Mínění ostatních lidí o mé postavě

Odpovědi Počet bodů	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	56	56	58	58	114	57
1 bod	20	20	30	30	50	25
2 body	12	12	10	10	22	11
3 body	12	12	2	2	14	7
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 13: Mínění ostatních lidí o mé postavě



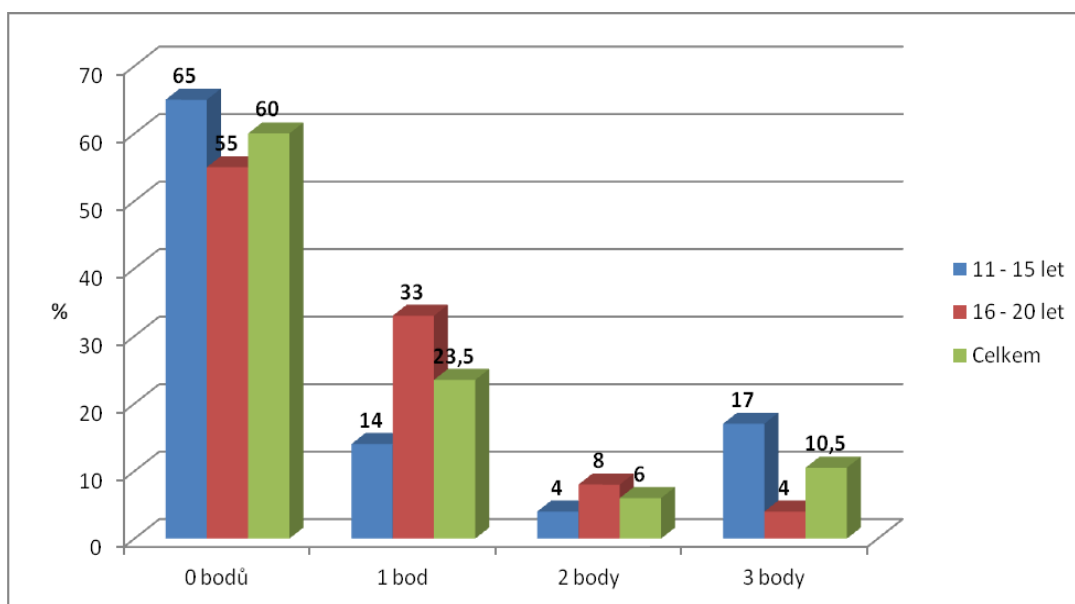
Lidé si myslí, že jsou příliš hubení **vždy** o 14 (7 %) respondentech, z toho 12 (12 %) ve věku 11 – 15 let a 2 (2 %) ve věku 16 – 20 let; **velmi často** o 22 (11 %) respondentech, z toho 12 (12 %) ve věku 11 – 15 let a 10 (10 %) ve věku 16 – 20 let; **často** o 50 (25 %) respondentech, z toho 20 (20 %) ve věku 11 – 15 let a 30 (30 %) ve věku 16 – 20 let. U ostatních sto čtrnácti (57 %) dotazovaných, z toho u 56 (56 %) ve věku 11 – 15 let a 58 (58 %) ve věku 16 – 20 let, si jejich okolí nemyslí, že by byli nějak přehnaně hubení (viz tabulka č. 13, graf č. 13).

Položka č. 14: Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku.

Tabulka č. 14: Přemýšlení nad tukovou složkou těla

Odpovědi Počet bodů	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	65	65	55	55	120	60
1 bod	14	14	33	33	47	23,5
2 body	4	4	8	8	12	6
3 body	17	17	4	4	21	10,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 14: Přemýšlení nad tukovou složkou těla



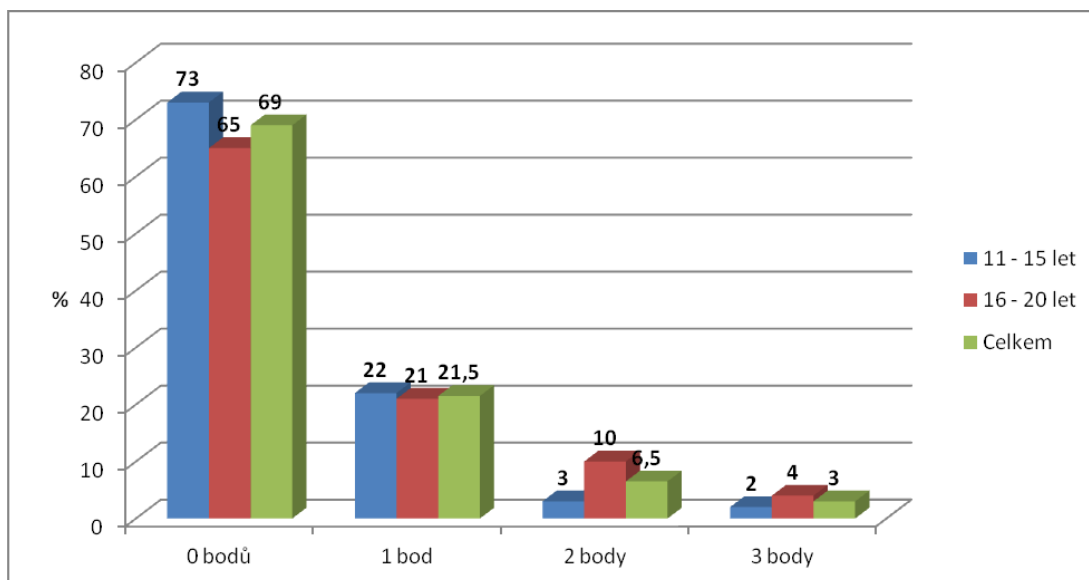
Na to, že má na těle mnoho tuku myslí **vždy** 21 (105 %) respondentů, z toho 17 (17 %) ve věku 11 – 15 let a 4 (4 %) ve věku 16 – 20 let; **velmi často** 12 (6 %) respondentů, z toho 4 (4 %) ve věku 11 – 15 let a 8 (8 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 47 (23,5 %) respondentů, z toho 14 (14 %) ve věku 11 – 15 let a 33 (33 %) ve věku 16 – 20 let. Nad množstvím tuku na těle nepřemýšlí 120 (60 %) respondentů, z toho 65 (65 %) ve věku 11 – 15 let a 55 (55 %) ve věku 16 – 20 let. Z grafu vyplývá, že nad tukovou složkou těla přemýšlí častěji respondenti z věkové skupiny 16 – 20 let (viz tabulka č. 14, graf č. 14).

Položka č. 15: Jídlo mi trvá déle než ostatním.

Tabulka č. 15: Trvání jídla

Odovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
Počet bodů	n	%	n	%	n	%
0 bodů	73	73	65	65	138	69
1 bod	22	22	21	21	43	21,5
2 body	3	3	10	10	13	6,5
3 body	2	2	4	4	6	3
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 15: Trvání jídla



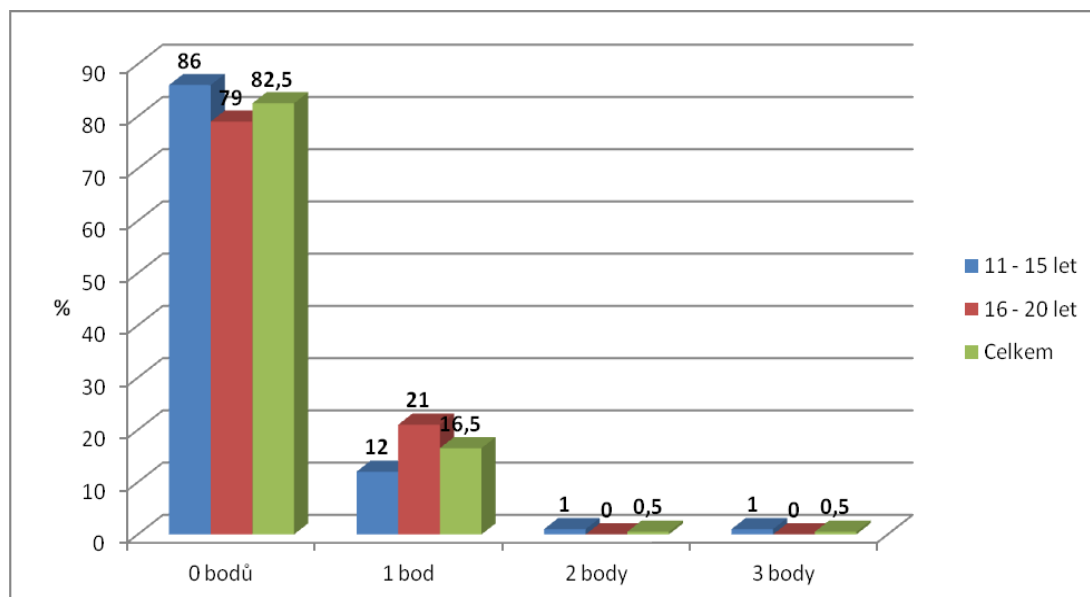
Jídlo trvá déle **vždy** 6 (3 %) respondentům, z toho 2 (2 %) ve věku 11 – 15 let a 4 (4 %) ve věku 16 – 20 let; **velmi často** 13 (6,5 %) respondentům, z toho 3 (3 %) ve věku 11 – 15 let a 10 (10 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 43 (21,5 %) respondentům, z toho 22 (22 %) ve věku 11 – 15 let a 21 (21 %) ve věku 16 – 20 let. Sto třiceti osmi (9 %) dotazovaným, z toho 73 (73 %) ve věku 11 – 15 let a 65 (65 %) ve věku 16 – 20 let, netrvá jídlo déle než ostatním. Z grafu vyplývá, že delší dobu konzumaci jídla věnují respondenti z věkové skupiny 16 – 20 let (viz tabulka č. 15, graf č. 15).

Položka č. 16: Vyhýbám se jídlům, které obsahují cukr.

Tabulka č. 16: Vyhýbání se sladkým jídlům

Odovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
Počet bodů	n	%	n	%	n	%
0 bodů	86	86	79	79	165	82,5
1 bod	12	12	21	21	33	16,5
2 body	1	1	0	0	1	0,5
3 body	1	1	0	0	1	0,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 16: Vyhýbání se sladkým jídlům



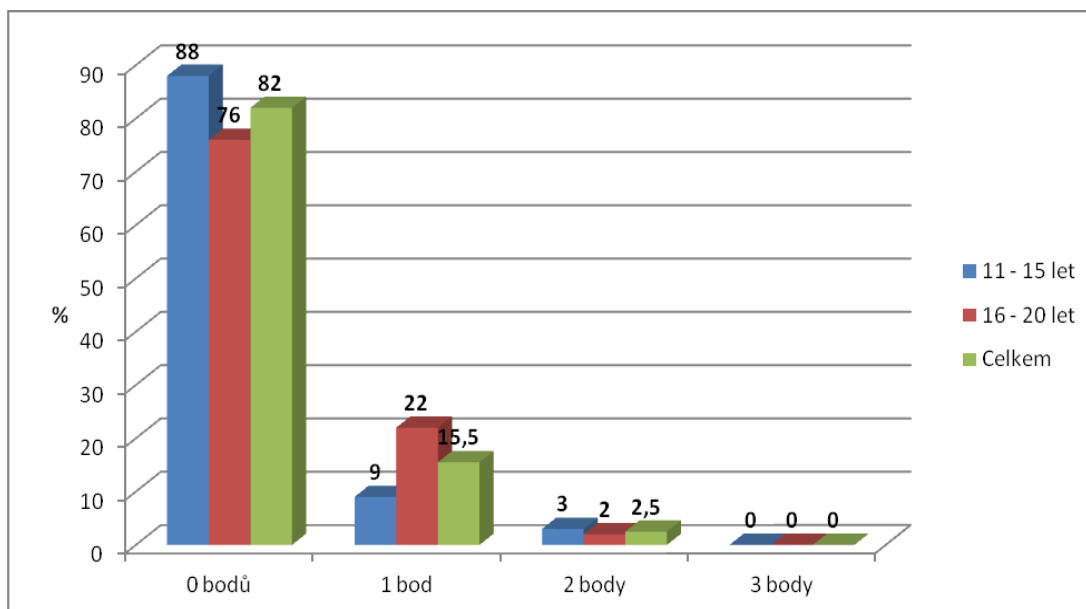
Podle grafu se vyhýbá jídlům obsahujícím cukr **vždy** 1 (1 %) respondent z věkové skupiny 11 – 15 let, což tvoří 0,5 % z celkového množství dotazovaných; **velmi často** taktéž 1 (1 %) respondent z věkové skupiny 11 – 15 let (0,5 % z celkového počtu dotazovaných); **často** 33 (16,5 %) respondentů, z toho 12 (12 %) ve věku 11 – 15 let a 21 (21 %) ve věku 16 – 20 let. Sladkým pokrmům se nevyhýbá celkem 165 (83,5 %) respondentů, z toho 86 (86 %) ve věku 11 – 15 let a 79 (79 %) ve věku 16 – 20 let. Můžeme tedy říci, že slazeným jídlům se vyhýbají spíše respondenti ze starší věkové kategorie (viz tabulka č. 16, graf č. 16).

Položka č. 17: Jím dietní jídla.

Tabulka č. 17: Konzumace dietních jídel

Odovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
Počet bodů	n	%	n	%	n	%
0 bodů	88	88	76	76	164	82
1 bod	9	9	22	22	31	15,5
2 body	3	3	2	2	5	2,5
3 body	0	0	0	0	0	0
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 17: Konzumace dietních jídel



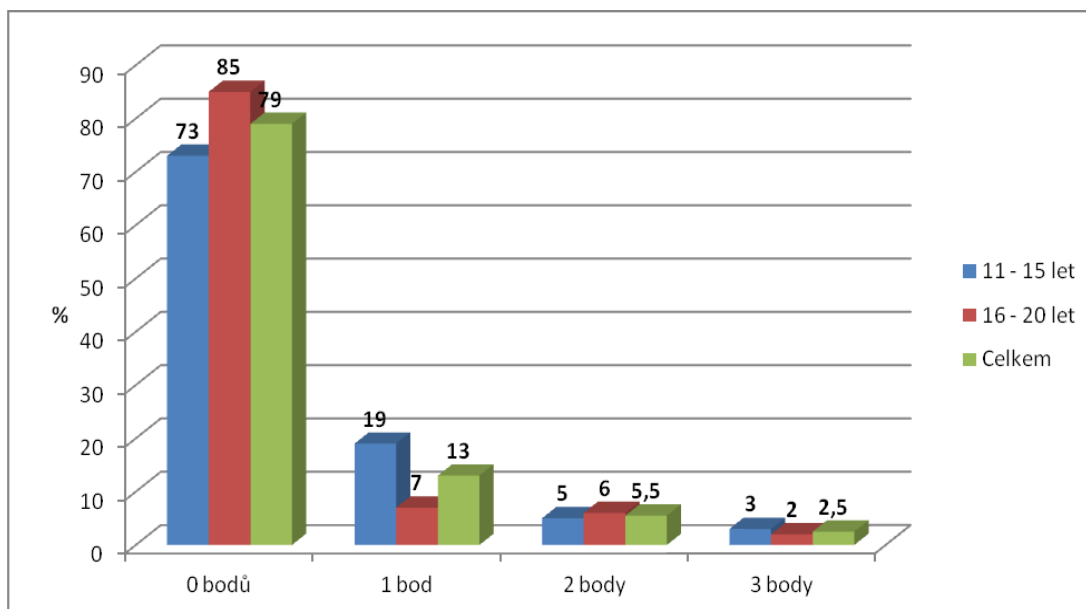
Dietní jídla konzumuje **velmi často** 5 (2,5 %) respondentů. Z toho 3 (3 %) ve věku 11 – 15 let a 2 (2 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 31 (15,5 %) respondentů, z toho 9 (9 %) ve věku 11 – 15 let a 22 (22 %) ve věku 16 – 20 let. Dietně se nestravuje 164 (82 %) respondentů, z toho 88 (88 %) ve věku 11 – 15 let a 76 (76 %) ve věku 16 – 20 let. Z grafu vyplývá, že dietní jídla jedí více respondenti z věkové skupiny 16 – 20 let (viz tabulka č. 17, graf č. 17).

Položka č. 18: Cítím, že jídlo ovládá můj život.

Tabulka č. 18: Postavení jídla v životě

Odpovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	73	73	85	85	158	79
1 bod	19	19	7	7	26	13
2 body	5	5	6	6	11	5,5
3 body	3	3	2	2	5	2,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 18: Postavení jídla v životě



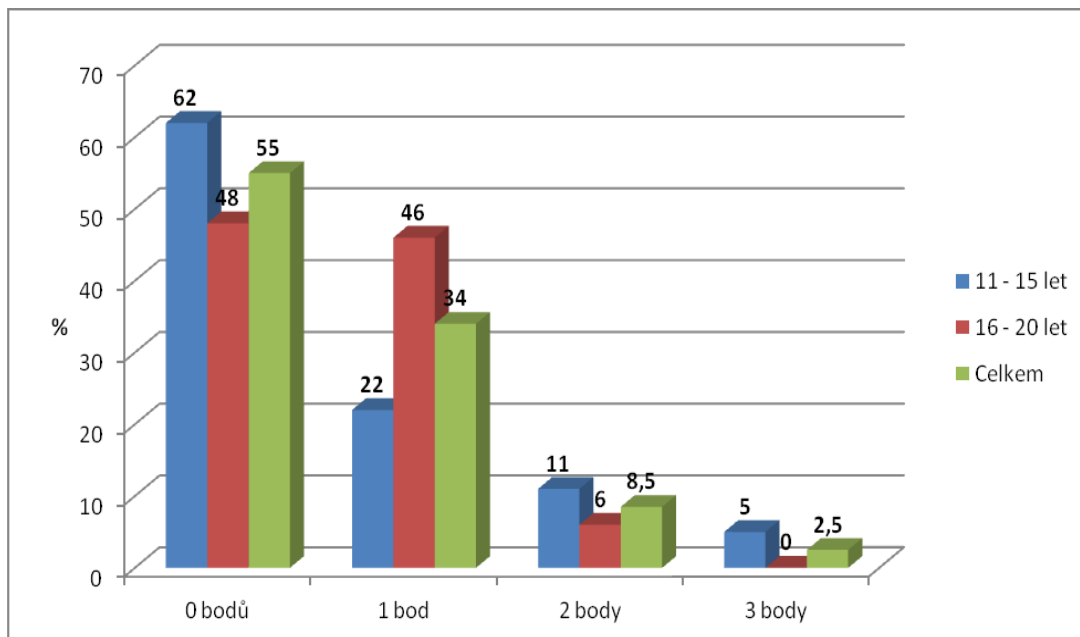
Dle grafu se cítí být ovládáno jídlem **vždy** 5 (2,5 %) respondentů, z toho 3 (3 %) ve věku 11 – 15 let a 2 (2 %) ve věku 16 – 20 let; **velmi často** 11 (5,5 %) respondentů, z toho 5 (5 %) ve věku 11 – 15 let a 6 (6 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 26 (13 %) respondentů, z toho 19 (19 %) ve věku 11 – 15 let a 7 (7 %) ve věku 16 – 20 let. Sto padesát osm (79 %) respondentů, z toho 73 (73 %) ve věku 11 – 15 let a 85 (85 %) ve věku 16 – 20 let, se necítí být ovládáno jídlem. Můžeme tedy říci, že ovládnutí jídlem se cítí být spíše respondenti z mladší věkové kategorie (viz tabulka č. 18, graf č. 18).

Položka č. 19: Projevují sebeovládání, pokud jde o jídlo.

Tabulka č. 19: Sebeovládání v konzumaci jídla

Odpovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	62	62	48	48	110	55
1 bod	22	22	46	46	68	34
2 body	11	11	6	6	17	8,5
3 body	5	5	0	0	5	2,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 19: Sebeovládání v konzumaci jídla



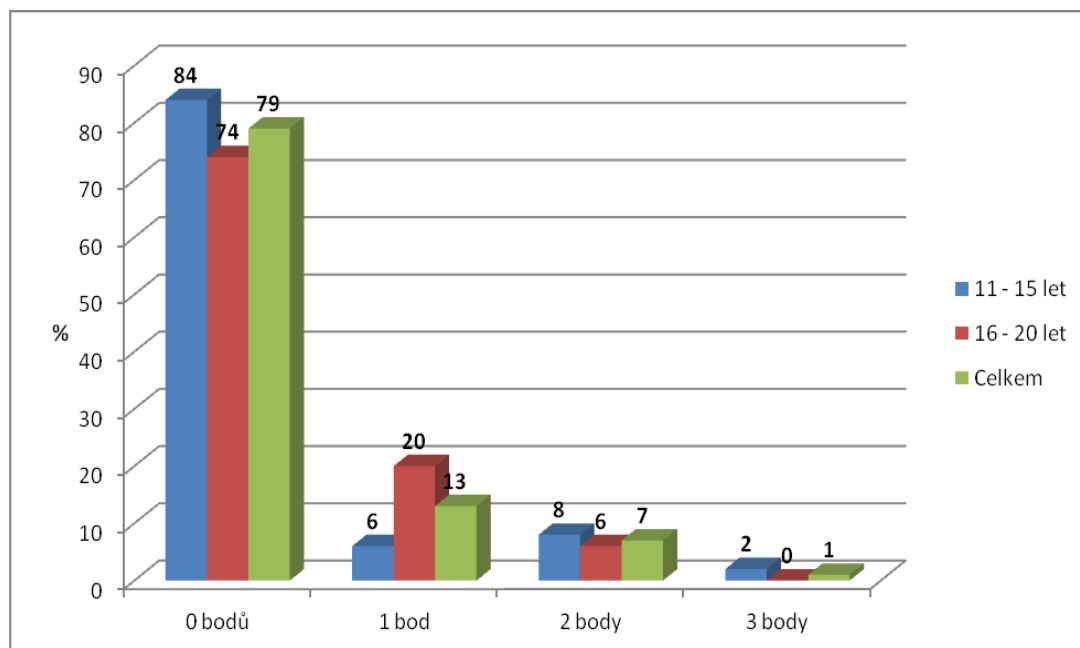
Sebeovládání, pokud jde o jídlo, projevuje **vždy** 5 (5 %) dotazovaných ve věku 11 – 15 let, což činí 2,5 % z celkového počtu respondentů; **velmi často** 17 (8,5 %) respondentů, z toho 11 (11 %) ve věku 11 – 15 let a 6 (6 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 68 (34 %) respondentů, z toho 22 (22 %) ve věku 11 – 15 let a 46 (46 %) ve věku 16 – 20 let. Přílišné sebeovládání v jídle neprojevuje 110 (55 %) dotazovaných, z toho 62 (62 %) ve věku 11 – 15 let a 48 (48 %) ve věku 16 – 20 let. Z grafu můžeme vyčíst, že větší sebeovládání v konzumaci jídla projevují respondenti z věkové skupiny 16 – 20 let (viz tabulka č. 19, graf č. 19).

Položka č. 20: Cítím, že ostatní mě nutí do jídla.

Tabulka č. 20: Nucení do jídla

Odpovědi Počet bodů	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	84	84	74	74	158	79
1 bod	6	6	20	20	26	13
2 body	8	8	6	6	14	7
3 body	2	2	0	0	2	1
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 20: Nucení do jídla



Pocit, že je ostatní nutí do jídla, mají **vždy** 2 (2 %) respondenti z věkové kategorie 11 – 15 let, což činí 1 % z celkového počtu dotazovaných; **velmi často** 14 (7 %) respondentů, z toho 8 (8 %) ve věku 11 – 15 let a 6 (6 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 26 (13 %) respondentů, z toho 6 (6 %) ve věku 11 – 15 let a 20 (20 %) ve věku 16 – 20 let. Nucení do jídla od svého okolí nepociťuje 158 (79 %) respondentů, z toho 84 (84 %) ve věku 11 – 15 let a 74 (74 %) ve věku 16 – 20 let. Z grafu vyplývá, že pocit nucení ke konzumaci jídla od svého okolí mají spíše respondenti ve

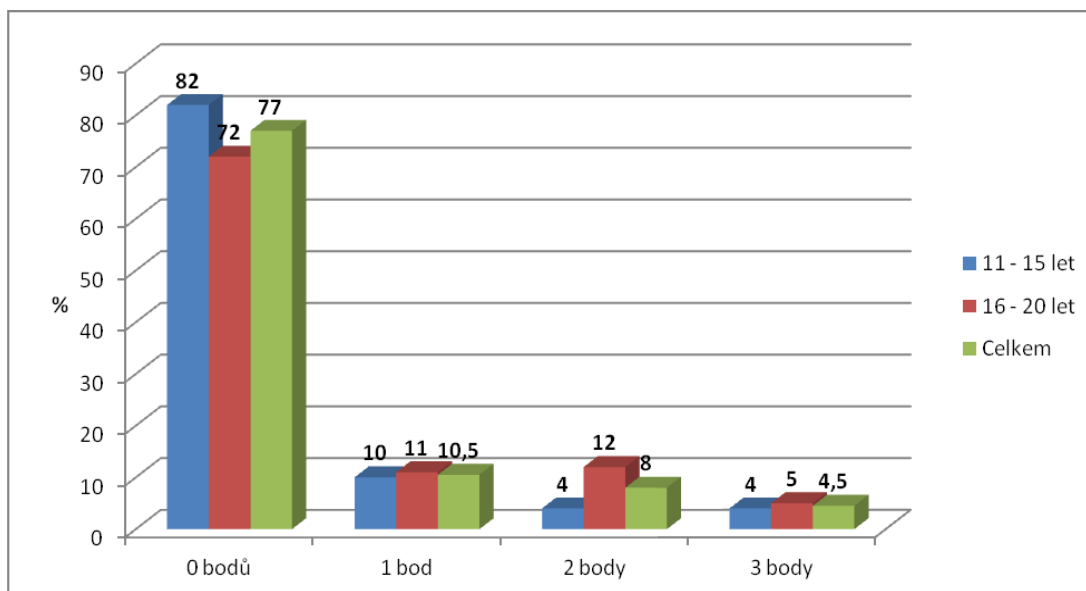
věku 16 – 20 let, ale dotazovaní z mladší věkové skupiny (11 – 15 let) dosáhli vyššího bodového ohodnocení (viz tabulka č. 20, graf č. 20).

Položka č. 21: Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.

Tabulka č. 21: Myšlenky na jídlo

Odovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
Počet bodů	n	%	n	%	n	%
0 bodů	82	82	72	72	154	77
1 bod	10	10	11	11	21	10,5
2 body	4	4	12	12	16	8
3 body	4	4	5	5	9	4,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 21: Myšlenky na jídlo



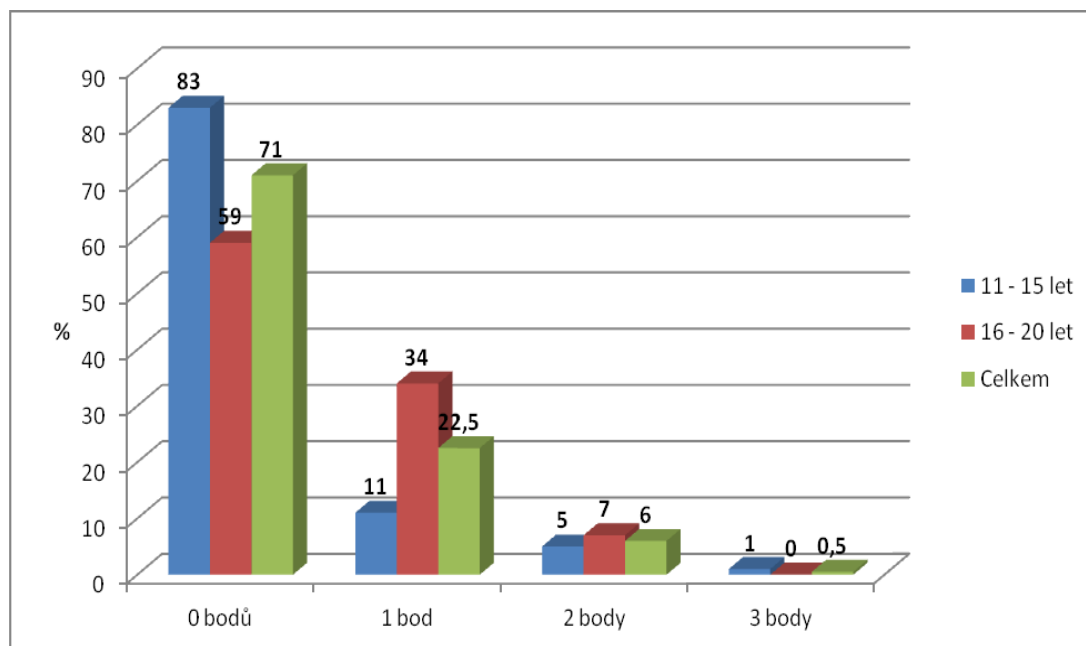
Příliš mnoho času a myšlenek jídlu věnuje **vždy** 9 (4,5 %) respondentů, z toho 4 (4 %) ve věku 11 – 15 let a 5 (5 %) ve věku 16 – 20 let; **velmi často** 16 (8 %) respondentů, z toho 4 (4 %) ve věku 11 – 15 let a 12 (12 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 21 (10,5 %) respondentů, z toho 10 (10 %) ve věku 11 – 15 let a 11 (11 %) ve věku 16 – 20 let. Jídlem se příliš nezabývá 154 (77 %) respondentů, z toho 82 (82 %) ve věku 11 – 15 let a 72 (72 %) ve věku 16 – 20 let. Z grafu tedy vyplývá, že více času a myšlenek jídlu věnují dotazovaní z věkové skupiny 16 – 20 let (viz tabulka č. 21, graf č. 21).

Položka č. 22: Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně.

Tabulka č. 22: Nepříjemné pocity po konzumaci sladkostí

Odpovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	83	83	59	59	142	71
1 bod	11	11	34	34	45	22,5
2 body	5	5	7	7	12	6
3 body	1	1	0	0	1	0,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 22: Nepříjemné pocity po konzumaci sladkostí



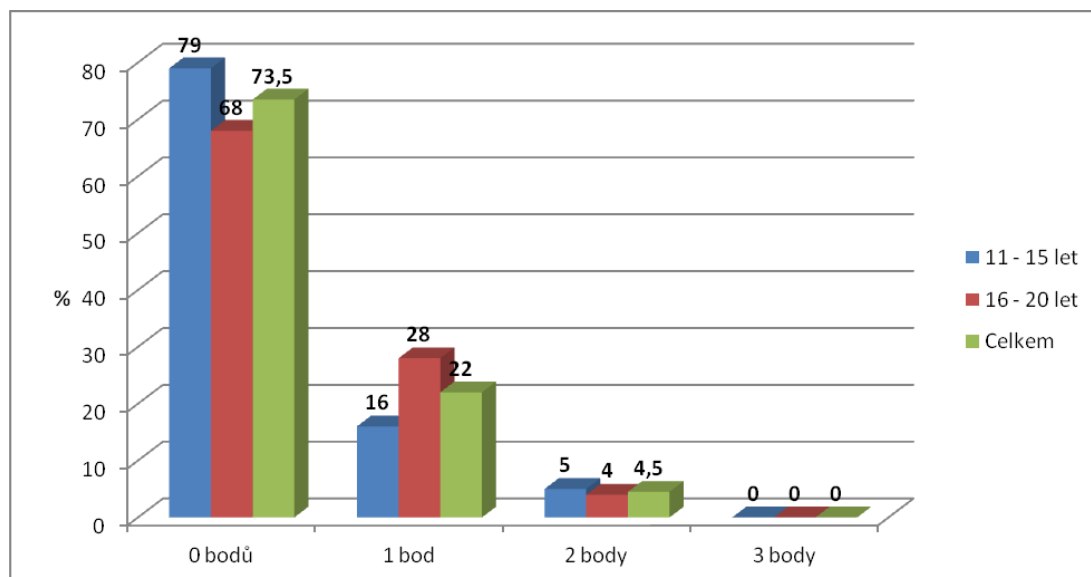
Nepříjemné pocity po konzumaci sladkostí zažívá **vždy** 1 (1 %) respondent z věkové skupiny 11 – 15 let, což tvoří 0,5 % z celkového počtu dotazovaných; **velmi často** 12 (6 %) respondentů, z toho 5 (5 %) ve věku 11 – 15 let a 7 (7 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 45 (22,5 %) respondentů, z toho 11 (11 %) ve věku 11 – 15 let a 34 (34 %) ve věku 16 – 20 let. Sto čtyřicet dva (71 %) dotazovaných nemá po konzumaci sladkostí provinilé pocity. Z grafu vyplývá, že po konzumaci sladkostí se cítí nepříjemně více respondentů ve věku 16 – 20 let (viz tabulka č. 22, graf č. 22).

Položka č. 23: Držím diety.

Tabulka č. 23: Držení diet

Odpovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	79	79	68	68	147	73,5
1 bod	16	16	28	28	44	22
2 body	5	5	4	4	9	4,5
3 body	0	0	0	0	0	0
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 23: Držení diet



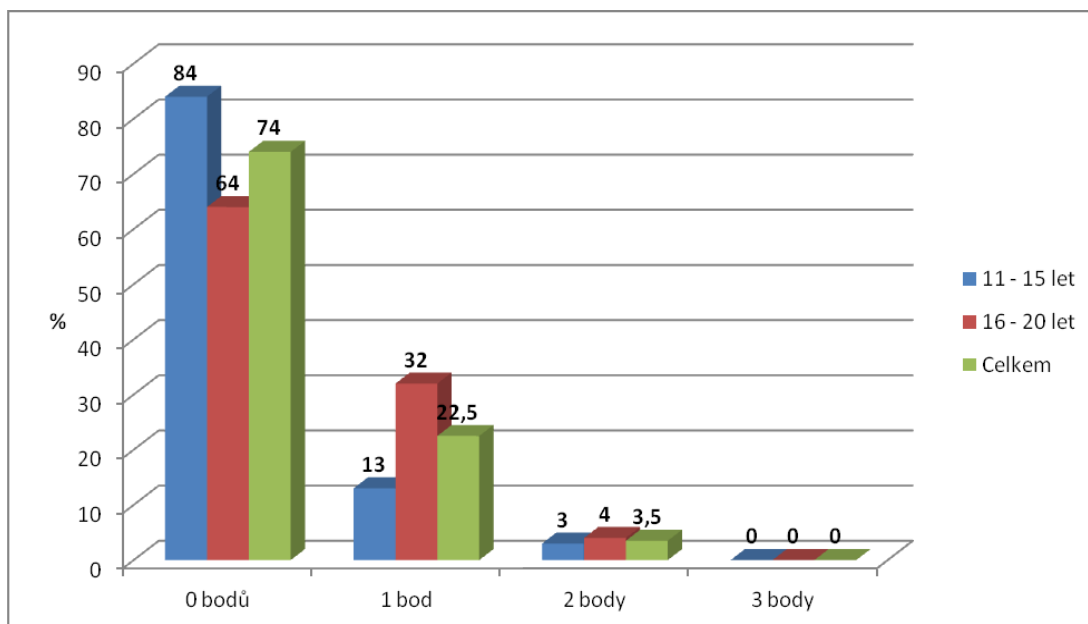
Podle grafu drží diety **velmi často** celkem 9 (4,5 %) respondentů, z toho 5 (5 %) ve věku 11 – 15 let a 4 (4 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 44 (22 %) respondentů, z toho 16 (16 %) ve věku 11- 15 let a 28 (28 %) ve věku 16 – 20 let. Diety drží někdy, zřídka nebo nikdy 147 (73,5 %) dotazovaných, z toho 79 (79 %) ve věku 11 – 15 let a 68 (68 %) ve věku 16 – 20 let. Z toho vyplývá, že diety drží častěji respondenti ve věku 16 – 20 let (viz tabulka č. 23, graf č. 23).

Položka č. 24: Mám rád/a prázdný žaludek.

Tabulka č. 24: Pocit prázdného žaludku

Odpovědi Počet bodů	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	84	84	64	64	148	74
1 bod	13	13	32	32	45	22,5
2 body	3	3	4	4	7	3,5
3 body	0	0	0	0	0	0
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 24: Pocit prázdného žaludku



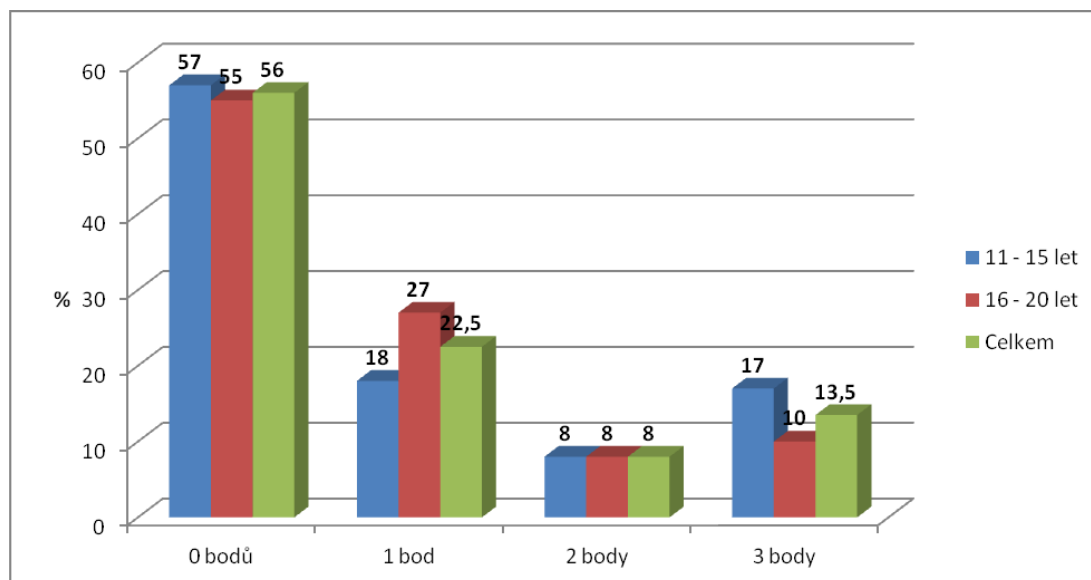
Pocit prázdného žaludku má rádo **velmi často** 7 (3,5 %) respondentů, z toho 3 (3 %) ve věku 11 – 15 let a 4 (4 %) ve věku 16 – 20 let; **často** 45 (22,5 %) respondentů, z toho 13 (13 %) ve věku 11 – 15 let a 32 (32 %) ve věku 16 – 20 let. Prázdný žaludek nemá rádo 148 (74 %) respondentů, z toho 84 (84 %) ve věku 11 – 15 let a 64 (64 %) ve věku 16 – 20 let. Z grafu vyplývá, že pocit prázdného žaludku mají raději dotazovaní z věkové skupiny 16 – 20 let (viz tabulka č. 24, graf č. 24).

Položka č. 25: Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla.

Tabulka č. 25: Konzumace bohatých jídel

Odpovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	57	57	55	55	112	56
1 bod	18	18	27	27	45	22,5
2 body	8	8	8	8	16	8
3 body	17	17	10	10	27	13,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 25: Konzumace bohatých jídel



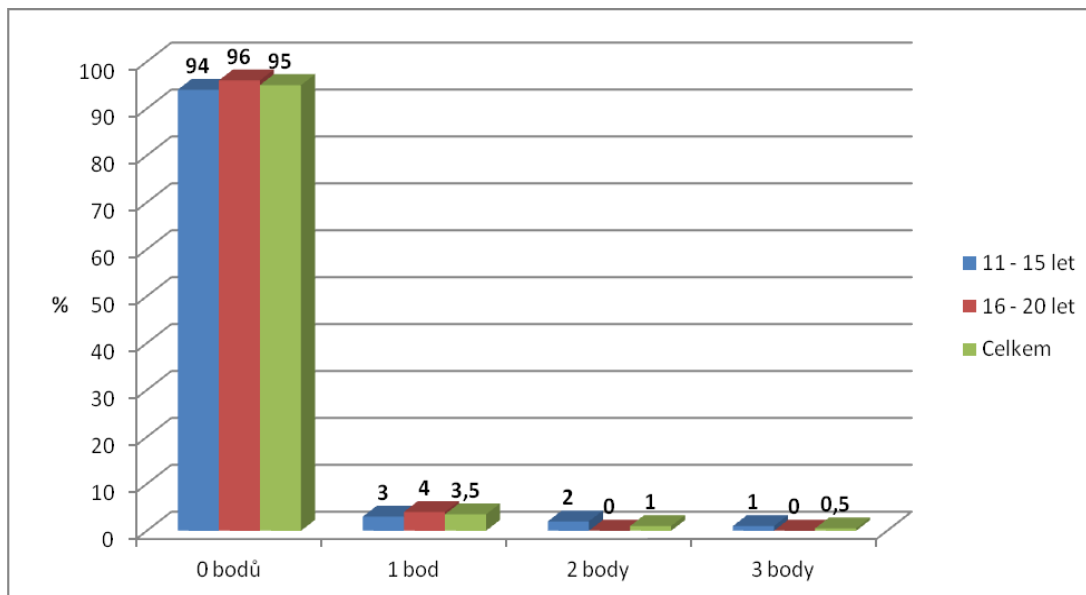
Podle grafu vydatná jídla rádo ochutnává **vždy, velmi často** nebo **často** 112 (56 %) respondentů, z toho 57 (57 %) ve věku 11 – 15 let a 55 (55 %) ve věku 16 – 20 let; **někdy** 45 (22,5 %) respondentů, z toho 18 (18 %) ve věku 11 – 15 let a 27 (27 %) ve věku 16 – 20 let; **zřídka** 16 (8 %) respondentů, z toho 8 (8 %) ve věku 11 – 15 let a stejný počet respondentů z druhé věkové skupiny; **nikdy** 27 (13,5 %) respondentů, z toho 17 (17 %) ve věku 11 – 15 let a 10 (10 %) ve věku 16 – 20 let. Vydatnější jídla rádi ochutnávají spíše respondenti z věkové kategorie 11 – 15 let (viz tabulka č. 25, graf č. 25).

Položka č. 26: Po jídle mám nucení na zvracení.

Tabulka č. 26: Nucení na zvracení po jídle

Odpovědi	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 bodů	94	94	96	96	190	95
1 bod	3	3	4	4	7	3,5
2 body	2	2	0	0	2	1
3 body	1	1	0	0	1	0,5
celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 26: Nucení na zvracení po jídle



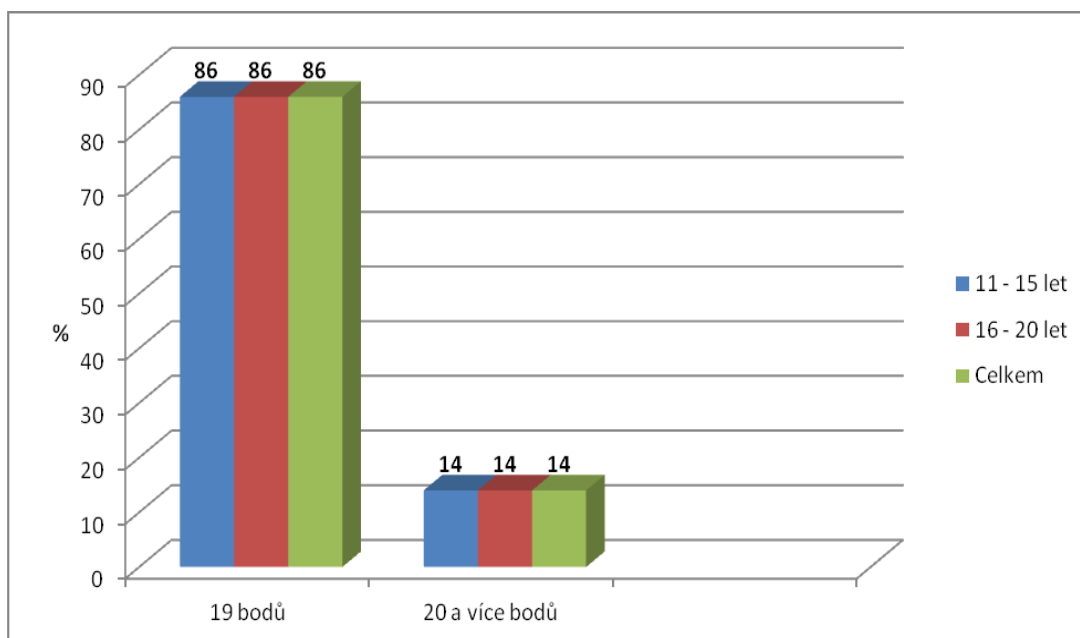
U položky č. 26 uvádí zvracení po jídle **vždy** 1 (1 %) respondent z věkové skupiny 11 – 15 let, což tvoří 0,5 % z celkového počtu dotazovaných; **velmi často** 2 (2 %) respondenti ve věku 11 – 15 let, což je 1 % z celkového počtu 200 dotazovaných; **často** 7 (3,5 %) respondentů, z toho 3 (3 %) ve věku 11 – 15 let a 4 (4 %) ve věku 16 – 20 let. Většina respondentů (95 %) nemá problémy se zvracením po jídle. Z grafu tedy vyplývá, že po jídle zvrací více respondentů z věkové skupiny 11 – 15 let (viz tabulka č. 26, graf č. 26).

Celkové skóre dotazníku EAT – 26

Tabulka č. 27: Celkové skóre

Body	11 - 15 let		16 - 20 let		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 - 19	86	86	86	86	172	86
20 a více	14	14	14	14	28	14
Celkem	100	100	100	100	200	100

Graf č. 27: Celkové skóre



Hranice kritického skóre, dvaceti bodů, dosáhlo celkem 28 (14 %) dotazovaných dospívajících, a to 14 (14 %) z věkové skupiny 11 – 15 let a stejný počet dotazovaných z věkové skupiny 16 – 20 let. Sto sedmdesát dva (86 %) respondentů dosáhlo v dotazníkovém šetření 0 – 19 bodů, nebylo tedy u nich prokázáno riziko vzniku poruch příjmu potravy (viz tabulka č. 27, graf č. 27).

15 ZÁVĚR

Prvním dílčím úkolem diplomové práce bylo zjistit, zda mají dospívající sklon k držení různých diet a tím i k mentální anorexii. K tomuto dílčímu úkolu se váží dotazníkové položky č. 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, a 25.

U otázky č. 1 jsme zjistili, že hrůzu z nadváhy má celkem 86 (43 %) respondentů, z toho 41 (41 %) ve věku 11 – 15 let a 45 (45 %) ve věku 16 – 20 let. Kalorickou hodnotu konzumované potravy si uvědomuje 102 (51 %) z celkového počtu 200 dotazovaných, z toho 33 (33 %) bylo z mladší a 69 (69 %) ze starší věkové skupiny. Jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů se vyhýbá pouze 10 (5 %) respondentů, z nichž 8 (8 %) je ve věku 11 – 15 let a 2 (2 %) ve věku 16 – 20 let. Po jídle se cítí provinile více dotazovaných ze starší věkové skupiny – 32 (32 %), z věkové skupiny 11 – 15 let mívá pocity viny po konzumaci jídla 15 (15 %) respondentů, celkem tedy pocituje vinu po jídle 47 (23,5 %) dotazovaných. Příliš často myslí na svou štíhlou linii celkem 84 (42 %) respondentů, z toho 40 (40 %) ve věku 11 – 15 let a 44 (44 %) ve věku 16 – 20 let. Na spalování kalorií při tělesné aktivitě myslí celkem 127 (63,5 %) respondentů, z toho 53 (53 %) ze skupiny 11 – 15 let a 74 (74 %) ze starší věkové skupiny. Nad tukovou složkou svého těla přemýšlí 80 (40 %) respondentů, z toho je 35 (35 %) z mladší věkové skupiny a 45 (45 %) z věkové skupiny 16 – 20 let. Jídlům obsahujícím cukr se vyhýbá 14 (14 %) dotazovaných ve věku 11 – 15 let a 21 (21 %) ve věku 16 – 20 let, celkem tedy se sladkým pokrmům vyhýbá 35 (17,5 %) respondentů. Dietní jídla konzumuje celkem 36 (18 %) dotazovaných, z toho 12 (12 %) je z mladší a 24 (24 %) ze starší věkové skupiny. Nepříjemné pocity po konzumaci sladkostí zažívá 17 (17 %) respondentů ve věku 11 – 15 let a 41 (41 %) dotázaných ve věku 16 – 20 let, celkem se tedy po požití sladkostí cítí nepříjemně 58 (29 %) respondentů. Sklon k držení diet přiznává 53 (26,5 %) dotazovaných, z toho ve věku 11 – 15 let bylo 21 (21 %) a ve věku 16 – 20 let 32 (32 %) dotazovaných. Pocit prázdného žaludku má rádo 16 (16 %) respondentů z mladší a 36 (36 %) dotázaných ze starší věkové skupiny, celkem tedy 52 (26 %) respondentů. Konzumaci bohatých (vydatných) jídel se vyhýbá 88 (44 %)

dotazovaných, z toho 43 (43 %) bylo ve věku 11 – 15 let a 45 (45 %) ve věku 16 – 20 let.

Výzkumem bylo zjištěno, že u nadpoloviční většiny dotazovaných dospívajících se neprojeví sklony ke vzniku mentální anorexie. Pouze u otázek č. 6 (Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.) a č. 12 (Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie.) byla překročena hranice padesáti procent.

Pokud bychom měli srovnávat obě věkové skupiny dotazovaných, můžeme říct, že podle výzkumu mají větší sklon k rozvoji mentální anorexie dospívající z věkové skupiny 16 – 20 let, kteří dosáhli téměř ve všech otázkách vyššího bodového skóre.

Druhým dílčím úkolem práce bylo zjistit, zda se dospívající trvale nepřiměřeně zabývají jídlem, což by mohlo signalizovat riziko vzniku mentální bulimie. K tomuto dílčímu úkolu se váží dotazníkové položky č. 3, 4, 9, 18, 21 a 26.

Mínění, že se příliš starají o jídlo, má o sobě 18 (18 %) respondentů ve věku 11 – 15 let a 21 (21 %) ve věku 16 – 20 let, celkem tedy 39 (19,5 %) dotázaných. Problémy s přejídáním a s nemožností přestat jíst uvádí celkem 33 (16,5 %) respondentů, 10 (10 %) z mladší věkové skupiny a 23 (23 %) ze skupiny starší. Zvracením po jídle trpí 9 (9 %) dotazovaných ve věku 11 – 15 let a 2 (2 %) dotazovaní ve věku 16 – 20 let, celkem uvádí problém se zvracením po jídle 11 (5,5 %) respondentů. Jídlem se cítí být ovládáno 42 (21 %) dotázaných dospívajících, 27 (27 %) z mladší a 15 (15 %) ze starší věkové skupiny. Příliš mnoho času a myšlenek jídlu věnuje 18 (18 %) respondentů ve věku 11 – 15 let a 28 (28 %) respondentů ve věku 16 – 20 let, celkem tedy 46 (23 %) dotazovaných. Nucení na zvracení po jídle přiznává 10 (5 %) respondentů, z toho 6 (6 %) z mladší a 4 (4 %) ze starší věkové skupiny.

Podle výsledků výzkumu nemají dotazovaní mladí lidé významnější sklony ke vzniku mentální bulimie. Nejvyššího procentuálního ohodnocení, 23 %, dosáhla položka č. 21 (Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.).

Při porovnání obou věkových kategorií zjišťujeme, že sklon k mentální bulimii mají obě věkové skupiny stejný.

Třetím dílčím úkolem bylo zjistit, zda mají dospívající potíže s nadměrnou orální kontrolou příjmu potravy. K této problematice se vztahují dotazníkové položky č. 2, 5, 8, 13, 15, 19 a 20.

Jídlu se vyhýbají, když mají hlad, častěji respondenti ve věku 16 – 20 let – 23 (23 %), z věkové skupiny 11 – 15 let se jídlu vyhýbá 21 (21 %) dotazovaných, celkem se tedy jídlu při pocitu hladu vyhýbá 44 (22 %) respondentů. Krájení jídla na malé kousky uvádí celkem 62 (31 %) respondentů, z toho je 32 (32 %) z mladší věkové skupiny a 30 (30 %) ze starší věkové skupiny. Pocit, že by jejich okolí chtělo, aby jedli více, má 28 (28 %) respondentů ve věku 11 – 15 let a 23 (23 %) respondentů ve věku 16 – 20 let, celkem tedy 51 (25,5 %) dotazovaných. U otázky, zda si jejich okolí myslí, že jsou příliš hubení, zvolilo kladnou odpověď 86 (43 %) respondentů, 44 (44 %) ve věku 11 – 15 let a 42 (42 %) ze starší věkové skupiny. Jídlo trvá déle než ostatním šedesáti dvěma (31 %) dotazovaným, z toho bylo 27 (27 %) z mladší věkové skupiny a 35 (35 %) ve věku 16 – 20 let. Sebeovládání v jídle projevuje 38 (38 %) dotázaných dospívajících z mladší a 52 (5 %) dotázaných dospívajících ze starší věkové skupiny, celkem 90 (45 %) dotazovaných. Pocit, že je ostatní nutí do jídla, uvádí v dotazníkovém šetření 42 (21 %) respondentů, z toho je 16 (16 %) ve věku 11 – 15 let a 26 (26 %) ve věku 16 – 20 let.

Z prováděného výzkumu vyplývá, že dotázaní dospívající v nadpoloviční většině neprojevují přílišnou orální kontrolu při konzumaci jídla. Poměr výsledků mezi oběma zkoumanými skupinami je vyvážený, nemůžeme tedy říci, že by jedna skupina projevovала výraznější orální kontrolu při konzumaci jídla než druhá.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit riziko vzniku poruch příjmu potravy ve věkových skupinách 11 – 15 let a 16 – 20 let.

Kritického skóre (20 a více bodů), které může signalizovat vznik poruch příjmu potravy, dosáhlo celkem 28 (14 %) dotazovaných, z celkového počtu 200 respondentů. Kdybychom měli porovnat výsledky zkoumaných věkových skupin zvlášť, v obou dosáhlo kritického bodového skóre dvaceti a více bodů 14 (14 %) respondentů. Můžeme tedy říci, že riziko vzniku poruch příjmu potravy je u obou věkových skupin stejné.

16 DISKUZE

V diskuzi bych chtěla srovnat výsledky výzkumu mé diplomové práce a výsledky diplomové práce Markéty Pajerové. Budu srovnávat pouze výsledky respondentů, kteří navštěvovali v době výzkumu základní školu (tedy věkovou skupinu 11 – 15 let), protože jsem nenalezla podobně zaměřenou práci, abych mohla srovnat i výsledky respondentů ze starší věkové skupiny (16 – 20 let).

U otázky č. 1 jsme zjistili, že hrůzu z nadváhy má celkem 41 (41%) respondentů, podle Pajerové 8 (14,03 %) respondentů. Kalorickou hodnotu konzumované potravy si uvědomuje 33 (33 %) dotazovaných, podle Pajerové 13 (22,8 %) dotazovaných. Jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů se vyhýbá 8 (8 %) respondentů, podle Pajerové 2 (3,5 %) respondentů. Po jídle se cítí provinile 15 (15 %) dotazovaných, podle Pajerové 2 (3,5 %) dotazovaných. Příliš často myslí na svou štíhlou linii 40 (40 %) respondentů, podle Pajerové 15 (26,32 %) respondentů. Na spalování kalorií při tělesné aktivitě myslí 53 (53 %) dotazovaných žáků, podle Pajerové 15 (26,32 %) dotazovaných. Nad tukovou složkou svého těla přemýšlí 35 (35 %) respondentů, podle Pajerové 10 (17,54 %). Jídlům obsahujícím cukr se vyhýbá 14 (14 %) dotazovaných, podle Pajerové 6 (10,53 %) dotázaných žáků. Dietní jídla konzumuje 12 (12 %) respondentů, podle Pajerové 9 (15,79 %) respondentů. Nepříjemné pocity po konzumaci sladkostí zažívá 17 (17 %) dotazovaných žáků, podle Pajerové 4 (7,2 %) dotazovaných. Sklon k držení diet přiznává 21 (21 %) respondentů, podle Pajerové 6 (10,53 %) respondentů. Konzumaci bohatých (vydatných) jídel se vyhýbá 43 (43 %) dotazovaných, podle Pajerové 26 (45,61 %) dotázaných žáků.

Mínění, že se příliš starají o jídlo, má o sobě 18 (18 %) respondentů, podle Pajerové 10 (17,54 %) respondentů. Problémy s přejídáním a s nemožností přestat jíst uvádí 10 (10 %) dotazovaných, podle Pajerové 5 (8,77 %) dotázaných žáků. Zvracením po jídle trpí 9 (9 %) dotazovaných respondentů, podle Pajerové netrpí zvracením po jídle žádný dotazovaný žák. Jídlem se cítí být ovládáno 27 (27 %) respondentů, podle Pajerové 9 (15,79 %) respondentů. Příliš mnoho času a myšlenek jídlu věnuje 18 (18 %) dotázaných, podle Pajerové 3 (5,26 %) žáků. Nucení na zvracení po jídle přiznává 6 (6 %) respondentů, podle Pajerové 2 (3,51 %).

Jídlu se vyhýbá, když má hlad, 21 (21 %) dotazovaných, podle Pajerové 2 (3,51 %) žáků. Krájení jídla na malé kousky uvádí 32 (32 %) respondentů, podle Pajerové 9 (15,79 %) respondentů. Pocit, že by jejich okolí chtělo, aby jedli více, má 28 (28 %) dotázaných žáků, podle Pajerové 10 (17,54 %) dotazovaných. U otázky, zda si jejich okolí myslí, že jsou příliš hubení, zvolilo kladnou odpověď 44 (44 %) respondentů, podle Pajerové 15 (26,32 %) respondentů. Jídlo trvá déle než ostatním 27 (27 %) dotazovaným, podle Pajerové 9 (19,3 %) respondentům. Sebeovládání v jídle projevuje 38 (38 %) dotázaných, podle Pajerové 12 (21,05 %) žáků. Pocit, že je ostatní nutí do jídla, uvádí v dotazníkovém šetření 16 (16 %) respondentů, podle Pajerové 3 (5,26 %) respondentů.

Kritického skóre (20 a více bodů) dosáhlo celkem 14 (14 %) dotázaných respondentů ve věku 11 – 15 let, podle Pajerové dosáhl dvacetibodové hranice pouze 1 dotazovaný žák, což tvoří 2 % z celkového počtu respondentů.

17 SOUHRN

V diplomové práci jsem se zabývala nebezpečím vzniku mentální anorexie a bulimie u dospívajících. Domnívám se, že v dnešní době jde o hodně aktuální téma, zejména u mladých dospívajících dívek, na které ze všech stran útočí média představující ideál krásy prostřednictvím podvyživených modelek.

Hlavním cílem práce bylo zjistit riziko vzniku poruch příjmu potravy u dospívajících ve věkových skupinách 11 – 15 let a 16 – 20 let. Dílčí úkoly byly zaměřeny na zjišťování sklonů dospívajících k mentální anorexii, mentální bulimii a nadměrné orální kontrole příjmu potravy.

Pro výzkumnou část diplomové práce jsem zvolila standardizovaný dotazník, a to Garnerův test jídelních postojů (EAT – 26). O vyplnění dotazníku byli požádáni žáci druhého stupně základní školy v Dolních Bojanovicích a náhodně vybraní studenti středních škol a středních odborných učilišť.

Výsledky dotazníkového šetření jsou uvedeny v praktické části práce, jsou zaznamenány ve formě tabulek a grafů.

Prostřednictvím výzkumného šetření bylo zjištěno, že riziko vzniku poruch příjmu potravy je u obou zkoumaných skupin shodné. Celkem se zvýšené riziko projevilo u 28 (14 %) respondentů, z celkového počtu 200 oslovených mladých lidí.

Summarization

I was interested by danger of origin of mental anorexia and bulimia for teenagers. I think that nowadays this is very actual subjekt mainly when we talk about teenage girls, who are in danger because of media aggression with their beauty ideal presented by undernourished models.

The main aim for this thesis was to find out the danger for teenagers in ages 11 -15 and 16 – 20. Component labours were geared to trace the teenager's tendency for mental anorexia, mental bulimia and excessive control of intake food.

I have chosen standard questionnaire for explorative part of this thesis. It was Garner's test of dining stand (EAT – 26). For filling this test, I asked scholars in ZŠ Dolní Bojanovice and then some randomly selected students high schools and technical high schools.

Results of this tests are contracted in practical part of this thesis in signs and graphs.

With this researches was discovered that the leopardy for these illnesses formation is for both groups the same. Increased risk was found out for 28 (14 %) respondents from number 200 addressed to jung people.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BENEŠOVÁ, D. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií*. 1. vyd. Praha: Sdružení MAC, 2003. 31 s. ISBN 80-86015-91-2.
2. COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2.
3. ČAČKA, O. *Přehled psychologie obecné, dospívání a pracovní výkonnosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1994. 82 s. ISBN 80-210-0904-7.
4. DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Lidé a jídlo*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 1999. 182 s. ISBN 80-85866-41-2.
5. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: EPAVA, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
6. ELLIOT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 206 s. ISBN 80-247-0182-0.
7. FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-05481.
8. FRAŇKOVÁ, S., ODEHNAL, J., PAŘÍZKOVÁ, J. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. 1. vyd. Praha: HZ Editio, 2000. 198 s. ISBN 80-86009-32-7.
9. HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: ERA, 2003. 240 s. ISBN 80-86517-60-8.
10. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

11. KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.
12. KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 136 s. ISBN 80-247-0736-5.
13. KRCH, F. D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 120 s. ISBN 80-7169-946-2.
14. KRCH, F. D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: Grada, 2008. 195 s. ISBN 978-80-247-2130-9.
15. KRCH, F. D. et al. *Poruchy příjmu potravy. Vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7.
16. KRCH, F. D. et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
17. KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-521-014.
18. KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha. Průvodce úskalím diet a životního stylu*. 1. vyd. Praha: Granit, 1993. 191 s. ISBN 80-85805-12-X.
19. KROBOTOVÁ, M., HOLOUŠOVÁ, D. *Diplomové a závěrečné práce*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 117 s. ISBN 80-244-1237-3.
20. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
21. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.

22. MARÁDOVÁ, E. *Výživa a hygiena ve stravovacích službách*. 3. vyd. Praha: Vysoká škola hotelová v Praze 8, 2010. 199 s. ISBN 978-80-87411-02-5.
23. NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA, K. et al. *Poruchy spánku a bdění*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 345 s. ISBN 978-80-7262-500-0.
24. NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
25. PACLT, I. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 397 s. ISBN 80-7169-506-8.
26. PAJEROVÁ, M. *Některé aspekty poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra rodinné výchovy a výchovy ke zdraví, 2009. 86 s.
27. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8.
28. PAPEŽOVÁ, H. et al. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
29. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 392 s. ISBN 80-7178-829-5.
30. ŠNAJDEROVÁ, M., ZEMKOVÁ, D. *Předčasná puberta*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 124 s. ISBN 80-7262-040-1.
31. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 463 s. ISBN 80-246-0956-8.

Internetové zdroje

1. *Holčička, která nechtěla vyrůst* [online]. [citováno 23.5.2012]. Dostupné z WWW. <<http://www.people.cz/mag/cs/articles-detail/aid-13534>>
2. *Kontakty – Úvodem* [online]. [citováno 23.5.2012]. Dostupné z WWW. <<http://www.anabell.cz/index.php/kontakty>>
3. *Občanské sdružení Anabell* [online]. [citováno 20.3.2012]. Dostupné z WWW. <<http://www.anabell.cz/>>
4. *Ukázka jídelníčku pro léčbu anorexie* [online]. [citováno 23.5.2012]. Dostupné z WWW. <<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/vyziva/20-co-tlo-potebuje/273-ukazka-jidelniku-pro-lebu-anorexie>>
5. *Základní škola – aktuální informace* [online]. [citováno 2.4.2012]. Dostupné z WWW. <<http://www.zsdolboj.cz/>>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

Dotazník

Příloha č. 2

Ukázka jídelníčku pro léčbu anorexie

Příloha č. 3

Kontaktní centra Anabell

Příloha č. 4

Kampaň proti anorexii - obrázek

Příloha č. 1

Dotazník

Dobrý den,

prosím o vyplnění následujícího dotazníku, který se vztahuje k problematice mentální anorexie a mentální bulimie u dospívajících. Dotazník je zcela anonymní. Bude sloužit jako podklad pro zpracování mé diplomové práce a nebude nikde veřejně šířen.

Děkuji za spolupráci.

Jana Komosná, studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Uved'te prosím možnost, která nejvíce vystihuje vaše pocity (vybranou možnost zakroužkujte).

Pohlaví (zakroužkujte): chlapec dívka

1. Mám hrůzu z nadváhy.

a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

2. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.

a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

3. Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.

a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

4. Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat.

a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

5. Krájím jídlo na malé kousky.

a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

6. Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.

a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

7. Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlohydrátů (pečivu, bramborám, rýži).

a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

8. Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více.

a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

9. Po jídle zvracím.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

10. Po jídle se cítím velmi provinile.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

11. Myslím příliš často na to, že chci být štíhlý/á.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

12. Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

13. Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlý/á (hubený/á).

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

14. Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

15. Jídlo mi trvá déle než ostatním.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

16. Vyhýbám se jídlům, které obsahují cukr.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

17. Jím dietní jídla.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

18. Cítím, že jídlo ovládá můj život.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

19. Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

20. Cítím, že ostatní mě nutí do jídla.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

21. Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

22. Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

23. Držím diety.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

24. Mám rád/a prázdný žaludek.

- a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

25. Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla.

a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

26. Po jídle mám nucení na zvracení.

a) vždy b) velmi často c) často d) někdy e) zřídka f) nikdy

Příloha č. 2

Ukázka jídelníčku pro léčbu anorexie (<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/vyziva/20-co-tlo-potebuje/273-ukazka-jidelniku-pro-lebu-anorexie>).

Pondělí:

SNÍDANĚ

- čaj bylinkový, Activia, müsli 150g (448 KJ), 1 celozrnný dalašánek 60g
- **1147 KJ**

PŘESNÍDÁVKA

- jablko 120g (**252 KJ**)

OBĚD

- zeleninová polévka (zapažená) – 300 KJ, rybí filé 150g (400 KJ), bramborová kaše 200g (560 KJ), zeleninový salát 150g (150 KJ)
- **1410 KJ**

SVAČINA

- 100g banán (180 KJ), 50g jablko (105 KJ), 80g kiwi (92 KJ), kefir Danone - 250g (465 KJ), 20g ořechy (540 KJ)
- **1382 KJ**

VEČEŘE

- brynzové halušky 250g (1400 KJ + 250 KJ - 20g brynzy), mléko polotučné – 200 ml (380 KJ)
- **2030 KJ**

2. VEČEŘE

- rohlík 60g (600 KJ), Danone žervé 50g (400 KJ)
- **1000 KJ**

Úterý:

SNÍDANĚ

- bílá káva 250ml (300 KJ), žitný chléb (1 krajíc - 80g) – 776 KJ, máslo 10g (310KJ), plátek sýra Gouda (200 KJ)
- **1586 KJ**

PŘESNÍDÁVKA

- mrkev 120g (**174 KJ**)

OBĚD

- čočková polévka (350 KJ), kuřecí kung-pao 150g (1425 KJ), dušená rýže 180g (1460 KJ), zeleninová obloha 50g (45 KJ)
- **3280 KJ**

SVAČINA

- puding čokoládový (Dr.Oetker) - 150g (1017 KJ), grahamový rohlík 40g (400 KJ)
- **1417 KJ**

VEČEŘE

- 1 chléb 100g (1000 KJ), tvarohová pomazánka, rajče, paprika, okurka - 100g (400 KJ)
- **1400 KJ**

2. VEČEŘE

- Activia nápoj s vlákninou 300ml (1080 KJ), banán 100g (180 KJ)
- **1260 KJ**

Středa:

SNÍDANĚ

- ovocný čaj 50g, corn-flakes (807 KJ), mléko polotučné 100ml (190 KJ), kiwi 100g (115 KJ)
- **1112 KJ**

PŘESNÍDÁVKA

- banán 130g (**234 KJ**)

OBĚD

- vývar se zeleninou a nudlemi (300 KJ), zapečené brambory (zelenina, sýr, vejce, sójová šunka) - 350g (2450 KJ), zeleninová obloha 80g (75 KJ)
- **2825 KJ**

SVAČINA

- ovocný tvaroh Danone 125g (625 KJ), jablko 120g (252 KJ), müsli tyčinka Fit – 522KJ
- **1399 KJ**

VEČEŘE

- zeleninový salát 200g (180 KJ), tmavé pečivo 100g (1100 KJ), pomazánkové máslo 20g (274 KJ)
- **1554 KJ**

2. VEČEŘE

- 50g taveného sýra (400 KJ), 50g tmavého pečiva (500 KJ)
- **900 KJ**

Čtvrtek:

SNÍDANĚ

- bylinkový čaj Milchreis (ne light) 200g (1000 KJ), pečivo 80g (800 KJ)
- **1800 KJ**

PŘESNÍDÁVKA

- pomeranč 100g (**145 KJ**)

OBĚD

- drožd'ová polévka (asi 250 KJ), čočka na kyselo (120g - syrová) 2000 KJ, vařené vejce (250 KJ) + zelenina
- **2500 KJ**

SVAČINA

- ovocný jogurt 150g (450 KJ), banán 120g (216 KJ), pečivo (nebo alespoň RACIO, knackebrot) - 40g (400 KJ)
- **1066 KJ**

VEČEŘE

- pohanka (100g syrové) -1175 KJ se zeleninou 100g (100 KJ), sýrem 20g (220 KJ) jako rizoto
- **1495 KJ**

2. VEČEŘE

- grahamový rohlík 60g (600 KJ), Lučina 30g (365 KJ)
- **965 KJ**

Pátek:

SNÍDANĚ

- bylinkový čaj Danissimo Paradise 150g (1033 KJ), Racio 4 ks (40g – 540 KJ)
- **1573 KJ**

PŘESNÍDÁVKA

- jablko 120g (**252 KJ**)

OBĚD

- bramborová polévka (250 KJ), svíčková omáčka 150g (845 KJ), houskový knedlík 3ks - 120g (1212 KJ), sójový plátek (400 KJ)
- **2707 KJ**

SVAČINA

- bílý jogurt 100g (200 KJ), 150g ovoce (asi 400 KJ), 20g ořechů (540 KJ)
- **1140 KJ**

VEČEŘE

- brokolice 300g (255 KJ) se sýrovou omáčkou (asi 400 KJ), vařené brambory 200g (410 KJ)
- **1065 KJ**

2. VEČEŘE

- Activia Danone bílý 150g (454 KJ), müsli tyčinka Fit (563 KJ)
- **1017 KJ**

Sobota:

SNÍDANĚ

- kakao 250ml (600 KJ), žitný chléb Vita 80g (776 KJ), Flora 10g (150 KJ), plátek sýra Eidam 30% (20g - 220KJ)
- **1746 KJ**

PŘESNÍDÁVKA

- jablko 120g (**252 KJ**)

OBĚD

- krupicová polévka se zeleninou (250 KJ), špagety (210g - 1430KJ) + tofu 50g (140 KJ), zelenina 50g (200 KJ), kečup (63 KJ), sýr Eidam 30% 30g (330 KJ)
- **2413 KJ**

SVAČINA

- 250g kefíru Danone (465 KJ), sušenky Vitalinea 50g (920 KJ)
- **1385 KJ**

VEČEŘE

- slunečnicový chléb 100g (1000 KJ), rybí pomazánka (tvaroh - 50g, cibule - 10g, tuňák - 20g), zelenina 100g (rajče, paprika, okurka) 320 KJ
- **1320 KJ**

2. VEČEŘE

- Jogobella lesní ovoce 150g (620 KJ), banán 120g (216 KJ)
- **836 KJ**

Neděle:

SNÍDANĚ

- čaj s medem (115 KJ), bílý jogurt 1% - 150g (420 KJ), 50g müsli Fit meruňkové (586 KJ)
- **1121 KJ**

PŘESNÍDÁVKA

- mrkvový salát s jablkem (150g) **300 KJ**

OBĚD

- pórková polévka (200 KJ), pečené kuře (1000 KJ), brambory 250g (530 KJ), rajčatový salát (155 KJ)
- **1885 KJ**

SVAČINA

- ovocné řezy s agarem 100g (1040 KJ), mléčný nápoj 250ml (asi 300 KJ)
- **1340 KJ**

VEČEŘE

- houbové rizoto 300g (2100 KJ), 100g zeleniny (kyselá okurka, rajče, paprika) – 110 KJ
- **2210 KJ**

2. VEČEŘE

- jablko 120g (252 KJ), Danone jemný nápoj 250ml (925 KJ)
- **1177 KJ**

Příloha č. 3

Kontaktní centra Anabell (<http://www.anabell.cz/index.php/kontakty>).

ANABELL BRNO

Adresa:

Dům lékařských služeb, 4. patro
Bratislavská 2
602 00 Brno

Telefon: 542 214 014

E-mail: posta@anabell.cz

ANABELL PRAHA

Adresa:

Drtinova 2a
150 00 Praha 5 – Smíchov

Telefon: 775 904 778

E-mail: paha@anabell.cz

ANABELL OSTRAVA

Adresa:

areál Hornické polikliniky
Sokolská tř. 81
702 00 Ostrava

Telefon: 737 069 486

E-mail: ostrava@anabell.cz

ANABELL ZLÍN

Adresa:

Prostory Studentské Unie Univerzity Tomáše Bati v univerzitní budově U10 dveře
č. 119, přízemí vpravo
Náměstí T. G. Masaryka 1279
760 01 Zlín

Telefon: 725 112 703

E-mail: zlin@anabell.cz

ANABELL OLOMOUC

Adresa:

prostory o.s. InternetPoradna.cz
Ztracená 36
Olomouc 779 00

Telefon: 725 924 500

E-mail: olomouc@anabell.cz

Příloha č. 4

Kampaň proti anorexii – obrázek (<http://www.people.cz/mag/cs/articles-detail/aid-13534>).



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jana Komosná
Katedra:	Antropologie a zdravotní pedagogie Pedagogické fakulty UP v Olomouci
Vedoucí práce:	MUDr. Milada Bezděková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Nebezpečí anorexie a bulimie u dospívajících
Název v angličtině:	Dangers of anorexia and bulimia in adolescents
Anotace práce:	<p>Diplomová práce na téma „Nebezpečí anorexie a bulimie u dospívajících“ se skládá z části teoretické a praktické. V teoretické části práce je popsána problematika poruch příjmu potravy, příčiny vzniku tohoto onemocnění, průběh, důsledky, rizikové faktory pro vznik těchto poruch, možnosti léčby a práce s nemocným.</p> <p>Praktickou část práce tvoří výsledky kvantitativního výzkumu. Data potřebná k výzkumu byla získávána pomocí anonymního dotazníkového šetření. Cílem praktické části práce bylo zjistit riziko vzniku poruch příjmu potravy u dospívajících.</p>
Klíčová slova:	Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, dospívání, potrava, tělesná hmotnost, podvýživa, zvracení.
Anotace v angličtině:	<p>Diploma thesis on „The Danger of anorexia and bulimia in adolescents“ with its theme is set up from two parts – one is theoretic and the other practical. In the theoretic part is described the problem about disorders of intake food, causes and effects of this disease, danger factors which can signify these disorders and then some possibilities of the therapy and work with patients.</p> <p>The practical part of this thesis is made with quantitative researches results. The data that was needed for researches were obtained with anonym questionnaires. The main reason for doing this was to find out the danger factors of disorders of intake food for teenagers.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescence, food, body weight, malnutrition, vomiting.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 - Dotazník; příloha č. 2 – Ukázka jídelníčku pro léčbu anorexie; příloha č. 3 – Kontaktní centra Anabell; příloha č. 4 – Kampaň proti anorexii (obrázek).
Rozsah práce:	109 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

