

OBSAH:

Anotace

Úvod

I. Teoretická část:

1. Historie poruch příjmu potravy	10
1.1 Historie mentální anorexie.....	10
1.1.1 Mentální anorexie a dějiny odmítání potravy	10
1.1.2 Vývoj chápání mentální anorexie	10
1.1.3 Vývoj mentální anorexie jako diagnózy	11
1.2 Historie mentální bulimie	12
1.2.1 Mentální bulimie dějiny přejídání.....	12
1.2.2 Vývoj chápání bulimie.....	12
1.2.3 Vývoj mentální bulimie jako diagnózy.....	13
2. Vymezení poruch příjmu potravy	14
2.1 Definice mentální anorexie	14
2.3 Průběh a prognóza poruch příjmu potravy	15
3. Příčiny poruch příjmu potravy	16
3.1 Sociální příčiny	16
3.1.1 Nadbytek potravin.....	16
3.1.2 Přehnaný ideál štíhlosti	16
3.1.3 Změna v pojetí úlohy ženy.....	17
3.2 Individuální příčiny.....	18
3.2.1 Porucha ve vnímání těla.....	18
3.2.2. Odpor k dospívání.....	19
3.2.3. Usilování o výjimečnost	19
4. Příznaky poruch příjmu potravy	20
4.1 Příznaky mentální anorexie	20
4.2 Projevy mentální anorexie	21
4.3 Příznaky mentální bulimie	22
5. Následky poruch příjmu potravy	23
5.1 Následky mentální anorexie.....	23
5.2 Následky mentální bulimie	23
6. Léčba poruch příjmu potravy	23
6.1 Klasický přístup	24

6.2 Rodinná terapie	25
6.3 Interpersonální terapie	25
6.4 Kognitivně-behaviorální terapie	25
6.5 Skupinová terapie	25
6.6 Farmakoterapie	25
6.7 Arteterapie	26
6.8 Ergoterapie.....	26
6.9 Hipoterapie.....	26
6.10 Montreaux	26
6.11 Gestalt terapie	26
6.12 Terapie na všech úrovních	27
7. Zásady stravování u poruch příjmu potravy	28
7.1 Zásady stravování při mentální anorexii.....	28
7.2 zásady stravování při mentální bulimii.....	28
8. Co je rozumná váha ?	29
9. Psychoanalytický přístup k poruchám příjmu potravy	30
10. Vliv poruch výživy na duševní činnost.....	31
10.1 Riziko vzniku mentální anorexie u dětí	31
10.2 Vztah k tělesným rozměrům (body image) u dětí a dospívajících	31
10.3 Mentální anorexie a bulimie je bio-psycho-sociálním onemocněním	32
11. Osobnost a anorexie.....	33
11.1 Perfekcionismus.....	33
11.2 Sebekontrola a další formy disciplíny	34
11.3 Zalíbit se	34
11.4 Vnitřní méněcennost.....	34
12. Společenský teror	35
13. Komunikace v rodině.....	36
14. Vnitřní svět anorektičky.....	37
15. Jaký je život po anorexii.....	38

II. Praktická část

16. Šetření	39
16.1 Problém šetření	39
16.2 Cíle šetření	39
16.3 Hypotézy šetření	40
16.4 Charakteristika výběrového souboru	40
16.5 Metody a metodika šetření.....	41
16.6 Analýza výsledků šetření	42
16.7 Závěr šetření	84
17. Praxe	88
18. Závěr	89
RESUME:.....	90

Terminologie

Seznam použité literatury

Seznam příloh

Přílohy

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Historie poruch příjmu potravy

1.1 Historie mentální anorexie

1.1.1 Mentální anorexie a dějiny odmítání potravy

Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k běžným příznakům řady ochromujících somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů. Po řadu staletí však toto chování samo o sobě nebylo pokládáno za primárně patologický jev. Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí sebetrestajících nebo asketických praktik mnoha zbožných křesťanů. V pozdější době vyvolávalo dlouhodobé odmítání jídla, pokud ho nedoprovázely symptomy známých chorob, například tuberkulózy, spíše úvahy o nadpřirozených silách nebo o vlivu ďábla. Přehnané nebo nezvyklé formy odmítání jídla začaly být posléze pokládány za známku duševní poruchy.

1.1.2 Vývoj chápání mentální anorexie

Termín mentální anorexie (anorexia nervosa) implikuje, že porucha pramení z neurotické ztráty chuti k jídlu. Odkazy a termín „anorexia“ lze najít již ve starověkých lékařských pramenech. V antických dobách termín anorexie jednoduše označoval stav „orexis“, to znamená celkové únavy, apatie. Galén, jedna z nejvýznamnějších postav medicíny té doby, používal tento termín v užším smyslu jako absenci chuti k jídlu nebo odpor k jídlu.

Tento stav byl připisován především špatným tělesným tekutinám. Jak je zřejmé z celé řady lékařských disertací o anorexii, toto chápání se až do začátku moderní doby příliš nezměnilo. Třebaže tyto monografie nepomíjely emocionální faktory, soustřeďovaly se především na somatické příčiny, zejména na poruchy funkce žaludku. Žaludek je tak označován za původce všeho zla u anorexie v lékařských lexikonech známých nosologů osmnáctého století. Na počátku devatenáctého století byla anorexie stále ještě pokládána spíše za symptom některých žaludečních potíží než za vyhraněnou klinickou diagnózu.

V roce 1840 Fleury Imbert, prakticky neznámý francouzský fyziolog a frenolog, objevuje dva druhy anorexie: gastrickou anorexií a nervovou anorexií. První typ je především poruchou zažívání, zatímco u druhého typu anorexie pacienti odmítají jíst, protože mozek nevyvolává signál chuti k jídlu. Tato „nervová anorexie“ je provázána neurotickými změnami, jako je „změna naladění“, vyvolávající melancholii, hněv a úzkost. Imbertově práci se nedostalo žádné profesionální odezvy ze strany jeho vrstevníků, a zcela zapadla v análech lékařské historie. Ve Francii se od devadesátých let devatenáctého století mentální anorexie (anorexie mentale) stala běžně užívaným lékařským termínem. Byl to však britský lékař William Gull, který v roce 1874 úspěšně zavedl termín anorexia nervosa. Třebaže evidentně šlo o nesprávné pojmenování, během následujících sedmdesáti pěti let byla ztráta chuti k jídlu mylně pokládána za nezbytné kritérium tohoto syndromu.

1.1.3 Vývoj mentální anorexie jako diagnózy

Přestože mentální anorexie byla tak přesně popsána významnými lékařskými kapacitami, ani nadále jí nebyla věnována přílišná pozornost. I v zemích jejích dvou „objevitelů“ pařížský klinický lékař Ernest – Charles Lasègue a londýnský lékař Sir William Withey Gull, trvalo další desetiletí, než se odborný lékařský tisk začal o „nový“ syndrom více zajímat. Zpočátku byla mentální anorexie všeobecně považována za duševní poruchu. V roce 1914 však hamburský patolog Morris Simmonds objevil u některých vyhublých pacientů léze v podvěsku mozkovém a mentální anorexie začala být nerozlučně spojována se „Simmondsovou chorobou“. Ve čtyřicátých letech dvacátého století byla pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny mentální anorexie znovuobjevena jako duševní porucha. Mentální anorexie se přesunula z učebnic interní medicíny do učednic psychiatrie a postupně se začal rýsovat její širší a komplexnější obraz. Od šedesátých let získává mentální anorexie pověst „moderní“ a „záhadné“ choroby, především díky významným publikacím Hilde Bruchové a Mary Selvini Palazzoli. K původnímu klinickému obrazu mentální anorexie, jak jej popsali Lasègue a Gull, přibyly další dva podstatné rysy : neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání obrazu vlastního těla. V posledních desetiletí se ze vzácné a málo známé klinické entity stala „módní“ porucha, kterou veřejnost sleduje s velkým zájmem.

1.2 Historie mentální bulimie

1.2.1 Mentální bulimie dějiny přejídání

Dějiny přejídání jsou stejně staré jako historie odmítání jídla. Nenasytné hltání bylo bezpochyby časté zejména mezi privilegovanou elitou společnosti. Na jarmarcích občas veřejnost obveselovali výjimeční jedlíci, kteří se předváděli vedle zrůd a dalších atrakcí. Necháme-li stranou tyto rarity, nadměrné přejídání existovalo v království medicíny od nepaměti.

1.2.2 Vývoj chápání bulimie

Podobně jako termín anorexie, má i pojem bulimie rozsáhlou vlastní historii. Podle Plutarcha pojem bolimos označoval zlého démona a původně měl znamenat velký hlad. Pozdější filologové však tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad), a popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk dokázal sníst celého vola. V tomto smyslu chorobného hladu by bylo možné vysledovat bulimii dokonce již v díle řeckého dramatika a básníka Timokla ve čtvrtém století před našim letopočtem. Pojem bulimie se však vztahoval i na slabost a mdloby způsobené hladem. V lékařských kruzích byla etiologie bulimie těsně spojena s dysfunkcí nebo abnormalitami zažívacího ústrojí. Různé významy a rozličná vysvětlení pojmu bulimie přetrvaly z dob antiky až do začátku moderní doby. Někteří nosologové osmnáctého století rozlišovali až sedm druhů bulimie. Čtyři z nich byly symptomatické a byly provázeny dalšími příznaky – cizopasníky, průjmem a křečemi. Primární „idiopatická“ bulimie byla rozdělována do tří kategorií: bulimia helluonum (nadměrný hlad), bulimia syncopalis (omdlévání z hladu) a bulimia emecita (prejídání se zvracením). Stále více byly brány v úvahu emocionální faktory jako například sklíčenost. Přesto však ještě ve dvacátém století považovali internisté zejména v Německu a ve Francii bulimii v první řadě za projev špatného zažívání. Teprve poměrně nedávno získala specifická forma bulimie široce uznávané psychiatrické diagnózy.

V roce 1979¹ britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín bulimia nervosa, označující „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem ze ztloustnutí“ a vyhýbáním se „ztloustnutí jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím“ u žen s normální tělesnou hmotností.

1.2.3 Vývoj mentální bulimie jako diagnózy

Přejídání bývalo v minulosti někdy popisováno v souvislosti s anorexií a právě v tomto kontextu se poprvé objevila mentální bulimie jako klinická entita. Už v roce 1874 popsal Gull v jedné ze svých přednášek nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky a také Lasegue zaznamenal záchvaty přejídání u pacientek zotavujících se z anorexie. Na počátku sedmdesátých let byla identifikována relevantní skupina symptomů, odlišná od klinicky dobře popsaného obrazu mentální anorexie a obezity. Začaly se množit klinické případy žen, které se přecpávaly, ale přitom dokázaly udržet svoji hmotnost v mezích normy prostřednictvím zvracení, projímadel, diuretik nebo neustálým držením diety. Objevila se celá řada návrhů – dysorexie, bulimarexie, syndrom štíhlosti – tloušťka, syndrom přejídání a pročišťování, syndrom dietního chaosu. Dodnes však přetrvávají spory o tom, zda je mentální bulimie skutečně samostatnou klinickou diagnózou.

¹ Krch, D. F.: *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd., Praha, Grada publishing 1999, ISBN 80-7169-627-7, strana 30

2. Vymezení poruch příjmu potravy

2.1 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie je ² porucha charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.

Specifické typy:

Nebulimický (restriktivní) typ: během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Bulimický (purativní) typ: během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

2.2 Definice mentální bulimie

Mentální bulimie je ³ porucha charakterizována zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.

Specifické typy: Purgativní: provádí pravidelně zvracení, zneužívání laxativa nebo diuretika.

Nepurgativní: používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

² Krch, D. F.: *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd., Praha, Grada publishing 1999, ISBN 80-7169-627-7, strana 14

³ Krch, D. F.: *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd., Praha, Grada publishing 1999, ISBN 80-7169-627-7, strana 17

2.3 Záchvatovité přejídání

Výraz „prejídání“ je používán v různých významech. Určitý čas trvalo, než se ustálila klinická definice přejídání, avšak v posledních několika letech bylo dosaženo shody. Přejídání je chápáno jako jídelní epizoda s dvěma charakteristickými rysy. Za prvé, podle běžných měřítek je snědno obrovské množství jídla. Za druhé, jídlo je provázeno subjektivním pocitem ztráty sebekontroly. Přejídání probíhá téměř vždy tajně. Toto tajemství se někdy daří udržet mnoho let. K přejídání dochází v ústraní a okolí je často záměrně udržováno v nevědomosti. Zachování tajemství může vyžadovat velkou dávku lstivosti a podvádění. K přejídání obvykle dochází přímo tam, kde se jídlo nachází, velmi často v kuchyni. Někteří lidé se přejídají při nákupu potravin, cestou mezi obchody.

Jedna z definic záchvatovitého přejídání uvádí, že celý den se postižené osoby točí kolem jídla. Téměř všechny její nejintenzivnější pocity - strach, pocit viny, očekávání, potěšení - souvisejí s jídlem. Těší se na jídlo, cítí se provinile, protože snědla něco sladkého, bojí se, že se přestane ovládat a bude mít záchvat přejídání. Záchvat přejídání znamená konzumaci velkého množství jídla během krátkého časového období. Postižená osoba pokračuje v jídle i potom, co utišila svůj hlad. Některé dívky mají pocit, že jakmile jednou začnou jíst, nedokáží už přestat. Když nakonec přece jen přestanou jíst, je jim už většinou nevolno a cítí se přecpané. Nedokáží se ale zastavit dřív, dokud nesnědí to své určité množství jídla. Jiné prostě jedí obrovské porce jídla nebo jedí velmi často. Jedí způsobem, který vypadá poměrně normálně, ale jejich vztah k jídlu neurčuje hlad nebo snad dokonce potěšení z jídla, ale je ovládán úzkostí, strachem, pocitem frustrace nebo hněvu.

3. Příčiny poruch příjmu potravy

Stejně jako při jiných formách manického postoje k jídlu, existují také pro vznik poruch příjmu potravy individuální a sociální příčiny. Zřejmě teprve tehdy, když na mladého člověka spolupůsobí více činitelů, může propuknout akutní náruživá snaha zhubnout.

3.1 sociální příčiny

Mezi četnými sociálními vlivy, které dnes působí na děti a mladistvé, hrají u mentální anorexie důležitou úlohu tyto:

3.1.1 Nadbytek potravin

Podporuje přirozeně především ty formy chorobné závislosti, které souvisejí s nadměrným jídlém. Podle individuálních podmínek to ale také může vést k pravému opaku, to je k odmítání potravy. Pro mnohé mentální anorektiky je typické, že před nadbytkem potravy kapitulují, a to tím způsobem, že už vůbec nic nejedí.

3.1.2 Přehnaný ideál štíhlosti

Běžná představa o dobrém vzhledu, především ženy, je dosud nerozlučně spjata se štíhlostí, i když se také zde už pomalu rýsuje změna. To samo ale nevysvětluje, proč počet mentálních anorektiků tolik vzrostl. Všechny ženy podléhají tomuto přehnanému ideálu štíhlosti, ale jen málokterá se s tím ztotožní natolik, že u ní dojde k chorobné závislosti. Musí zde existovat ještě další faktory, které vedou k akutním poruchám postoje k jídlu. Ideál štíhlosti, prosazovaný ve společnosti, se však může stát určujícím směrem pro vztahy k jídlu, tedy naprogramovat mentální anorexii.

3.1.3 Změna v pojetí úlohy ženy

Tradiční modelový obraz úlohy ženy už neplatí od doby, kdy jej emancipace odhalila jako nepřátelský ženám a motivovalo tím mnohé ženy k jeho odmítnutí. Ale nové pojetí její úlohy se dosud také ještě nedokázalo prosadit. Jistě, v osobních oblastech života najdou často dva lidé ve svých citových vztazích i bez vzoru takové uspořádání, které sice nezaručuje úplně rovnoprávné postavení ženě, ale přece jen oproti dřívějšímu, přináší podstatné zlepšení. Nedisponují ještě natolik partnerskými zkušenostmi, aby se z nich poučily, že přes všechny problémy a bez všeobecně akceptovaného vzoru, lze partnersky mezi sebou dobře vycházet. Proto se u nich rozvíjí negativní představy o úloze dospělé ženy v partnerském vztahu i ve společnosti a vyvolávají v nich strach a odpor. Podle okolností před tím utíkají do mentální anorexie jako výrazu svého zamítavého postoje.

3.2 Individuální příčiny

K individuálním příčinám, které podporují poruchy příjmu potravy, patří různé chybné psychické postoje postižených. Částečně vznikají již v dětství nesprávnou výchovou nebo negativními zkušenostmi v pozdějším životě, částečně se však vysvětlují výše popsány sociálními příčinami, které vedou k mentální anorexii. Mezi oběma druhy příčin jsou úzké vazby. Hlavní individuální příčiny mentální anorexie jsou podle dnešních znalostí následující:

3.2.1 Porucha ve vnímání těla

„Cítím se tak tlustá,“ stěžují si všechny anorektičky, i když jsou už silně vyhublé. Tento motiv uvádějí jako „rozumný“ důvod pro částečné nebo úplné odmítání potravy. Nic proti tomu nesvede odvolávání se na rozum. Dokonce, i když se tělesná hmotnost určí přesně až na gramy a pak se srovná s obecně platnými váhovými tabulkami, nedá se tento negativní tělesný pocit překonat.

Pacientky na srovnání reagují odmítavě a domnívají se, že takové tabulky platí pro jiné osoby, a to ty, které se nedokáží zdržet jídla, ale pro ně přece ne (zde se tedy objevuje snaha o něco výjimečného). A dokonce i tehdy, když anorexie způsobila takové tělesné potíže, které se už nedají přehlédnout, nelze postižené přesvědčit o škodlivosti jejich postoje k jídlu. Právě ta okolnost, že přes veškeré potíže nemění pacienti svůj nenormální postoj k jídlu, posiluje v nich pocit nadřazenosti, který je důsledkem chorobné mysli.

3.2.2. Odpor k dospívání

Způsob života mnohých lidí může u mládeže vést k domněnce, že se nevyplatí být dospělí. Ta trocha svobod, která je s dospělostí spojená, je v představě mladých lidí spjata s tak četnými povinnostmi, že podle nich nezůstane žádná přednost, ale jen nevýhody. Zda dojde k takovému druhu negativního uvažování, závisí v první řadě na vzoru rodičů, k tomu pak přistupují jiné zkušenosti a pozorování. Navíc zde přirozeně hraje úlohu také strach mladistvých před vlastní zodpovědností, kterou by jako dospělí měli nést. Takový postoj se zhoršuje chybami ve výchově a už dříve zmiňovanými sociálními faktory.

3.2.3. Usilování o výjimečnost

U mentálních anorektiků přetrvává přání pozvednout se nad ostatní ve zjevně přehnaném stupni. Velký význam mají pravděpodobně vlivy výchovy, kterými lze vysvětlit také to, že rodiče anorektiků patří většinou do vyšších společenských vrstev. Do těch se mnohdy vypracovali vlastní těžkou prací, jsou na to hrdí a tuto hrdost přenášejí na své děti. Rodiče „selfmademani“ přikládají velký význam také výkonnosti svých dětí. Ty mají být přinejmenším stejně úspěšní, jako byli oni, a pokud to jde, ještě je ve schopnostech předstihnout.

Takové nároky rodičů často zavádějí děti na špatnou cestu, protože nepodporují rozvoj individuálních schopností dítěte, ale uspokojují pouze vlastní ambice rodičů prostřednictvím dítěte. Za určitých okolností přijdou tyto děti na myšlenku, že odmítání potravy je ve světě, v němž jídlo patří k nejpřirozenějším věcem, natolik nezvyklé, že takto uspokojí očekávání rodičů o své výjimečnosti. Současně se tím vyhnou nesplnitelným přáním rodičů, neboť čím více hubnou, tím méně výkonnosti lze od nich očekávat. V podstatě to opět znamená útěk před situací, která se jeví jako nesnesitelná a která má být vyrovnána neobvyklým chováním.

4. Příznaky poruch příjmu potravy

4.4.1 Příznaky mentální anorexie

- ✓ Dívka si bere menší porce jídla, menší talíř.
- ✓ Omezuje škálu jídel, odmítá některé potraviny.
- ✓ Zajímá se o vaření, sbírá recepty.
- ✓ Pečlivě žvýká.
- ✓ Odnáší si své jídlo do pokoje.
- ✓ Tělesná váha je pod normálem, ztráta více jak 15% tělesné hmotnosti (BMI nižší než 17,5).
- ✓ Restriktivní typ (nebulimický)-Nejí, či velmi málo, cvičí, bere projímadla (diuretika).
- ✓ Purgativní typ (bulimický) – záchvaty přejídání kompenzované zvracením, projímadly.
- ✓ Ztráta menstruace.
- ✓ Strach ze ztloustnutí (přibírání na váze).
- ✓ Hyperaktivita, cvičení (i v pozdních nočních hodinách).
- ✓ Nízký tlak, závratě.
- ✓ Nesoustředěnost, podrážděnost, impulzivita, nespavost, deprese, plačtivost.
- ✓ Snadný vznik modřin, zimomřivost.
- ✓ Suchá naředlá pleť, lámání nehtů, poškozené vlasy.
- ✓ Denní příjem nižší než 1000 Kcal.
- ✓ Osoba trpí přesvědčením, že je tlustá, zkreslená představa o vlastním těle.
- ✓ Snížená citlivost v rukou i nohou, třas rukou.
- ✓ Nepravidelná srdeční činnost.
- ✓ Dehydratace, selhávání ledvin.
- ✓ Nižší tělesná teplota, špatné prokrvování končetin.
- ✓ Lehké zadýchávání.

4.2 Projevy mentální anorexie

Primární: odmítání potravy či v případě nemožnosti odmítnout (nemoc je často tajná) následné vyvracení potravy, dalším projevem je extrémní sportování.

Sekundární:

- Metabolismus* (snížená hladina draslíku, edémy)
- Gastrointestinální trakt* (hypertrofie příslušných žláz, zácpa, záněty slinivky břišní)
- Kardiovaskulární systém* (hypotenze, srdeční arytmie)
- *Hematologické problémy* (anémie, trombocytopenie)
- Kožní* (praskající, suchá kůže)
- Plicní* (záněty plic- vdechnutím zvratků)
- Zubní* (zvýšená kazivost zubů)
- CNS* (atrofie mozku)
- Neurologické* (křeče, svalová slabost)
- Reprodukční* (amenorea).

Kromě fyzických problémů se zde objevují i **psychické**- pocit smutku, deprese, zoufalost.

Související jevy: Bulimie má s anorexií velmi těsný vztah- často jedna z těchto nemocí vede k té druhé. Dále se jedná o porušenou kontrolu impulzů- sklony k sebepoškozování, sebevražedné pokusy, alkoholismus, abusus drog, dále že sebevražda je druhým nejrozšířenějším důvodem úmrtí, hned po vyčerpání organismu.

4.3 Příznaky mentální bulimie

- ✓ Záchvaty přejídání následované dietou, zvracením, užíváním projímadel (diuretik), cvičením.
- ✓ Strach z tloušťky, že nedokáže přestat jíst.
- ✓ Deprese, odsuzování se po záchvatu, pocit viny.
- ✓ Nepravidelná menstruace.
- ✓ Zvýšená kazivost zubů.
- ✓ Výkyvy tělesné hmotnosti.
- ✓ Nateklé slinné žlázy.
- ✓ Závratě, bolesti v dutině břišní, nadýmání.
- ✓ Sebehodnocení je závislé na vzhledu, postavě.
- ✓ Odchody po jídle na toaletu a dlouhá doba zde strávená.

4.4 Příznaky záchvatového přejídání

- ✓ tajně nakupuje a konzumuje jídlo
- ✓ je zahanbený, pokud je spatřen při jídle
- ✓ konzumuje neobvykle velké množství jídla, například celé dorty nebo více chodů najednou
- ✓ neustále jí, denně více než tři hlavní jídla a dvě svačiny
- ✓ často jí i tehdy, když je úplně plný
- ✓ reaguje jídlem na špatné nebo dobré zprávy
- ✓ jí, když se nudí, když je nervózní, frustrovaný, rozzlobený nebo osamělý
- ✓ celý den si plánuje úplně nebo hlavně podle jídla /případně si ho plánuje jako „vyhýbání se jídlu“/
- ✓ má přátele, se kterými ho spojují jenom společné aktivity, související s jídlem
- ✓ má zvláštní rituály, které se týkají potravin a jídla
- ✓ bojí se zůstat sám s jídlem
- ✓ má silné pocity viny a/nebo zahanbení ve vztahu k potravinám a jídlu
- ✓ střídá období těžkého přejídání s obdobím přísné diety
- ✓ neustále se bojí, že bude tlustý

⁴ internet: www.anorexie.czechian.net/NFS.html

5. Následky poruch příjmu potravy

5.1 Následky mentální anorexie

- ✓ nehojící se infekce
- ✓ modřiny, snížená odolnost těla vůči poraněním, kosti jsou méně obaleny tukem, odvápnění kostí, osteoporóza
- ✓ nízká odolnost před chladným počasím, zimomřivost
- ✓ měkké ochlupení (má chránit místo tuku)
- ✓ nízký tlak, nepravidelná srdeční činnost, selhání srdce, chudokrevnost, brachykardie, hypotenze, anémie
- ✓ dehydratace, selhání ledvin, rozvrácení minerálního metabolismu, snížená tělesná teplota, suchá zašedlá či zažloutlá pleť
- ✓ špatná kvalita vlasů (lámavé, suché), únava, poruchy spánku, kazivost zubů
- ✓ špatná funkce střev
- ✓ nepravidelná menstruace či úplné vymizení, hrozba neplodnosti
- ✓ oslabení celkové imunity, močové kameny, otoky nad ponožkami

5.2 Následky mentální bulimie

- ✓ únava, bolest v krku, zvrhodatěný jícen - hrozí protržení jícnu, kazivost zubů
- ✓ srdeční arytmie, špatná pleť, dehydratace, edém
- ✓ záněty slinných žláz, bolesti břicha, zácpa, perforace žaludku

5.3 Následky záchvatovitého přejídání

- ✓ obezita - to znamená hmotnost alespoň o 25 % vyšší než je normální tělesná hmotnost /podle BMI - viz. článek - „Co je to BMI ?“/
- ✓ diabetes mellitus, problémy se srdcem, s krevním oběhem, s tlakem
- ✓ náchylnost k infarktu myokardu, náchylnost k mozkové mrtvici, problémy s pohyblivostí
- ✓ nebezpečí vyústění choroby v další poruchy příjmu potravy - v anorexii či v bulimii

6. Léčba poruch příjmu potravy

6.1 Klasický přístup

Hospitalizace v nemocnici či jiném středisku pro poruchy příjmu potravy, která trvá kolem 2 měsíců. Uplatňuje se naučit pacientku správnému stravování a dodržování jídelníčku. Je poučena o následcích nejedení a nad každým jídlem bdí sestra. Ale nikdo není krmen násilím, pouze v případě, že se jedná o ohrožení života a metabolické a minerální rozvrácení, je pacientka vyživována umělou sondou. Úkolem je přibrat na určitou hranici a dokud pacientka nedosáhne oné váhy, může mít zakázané některé věci (vycházky, různé činnosti,...). Druh léčby se hlavně soustředí na tělo, ale používají se i formy psychoterapie, skupinové terapie, relaxační cvičení, arteterapie,....

Tato léčba je dobrá, ale ne vhodná pro každého. Nevýhodou je důraz na váhu a jídlo, na což pacientka myslí v této době nejvíce. Princip: nebudeš jíst – nepůjdeš na vycházku, se pro léčení mentální anorexie nehodí.

Například na Psychiatrické klinice v Praze používají pro lepší úspěch léčby, jakousi Terapeutickou smlouvu. Tato smlouva seznamuje klienty se zásadami terapeutického režimu na oddělení pro poruchy příjmu potravy (viz. Příloha 3.). Dalším pomocníkem a podmínkou při léčbě poruch příjmu potravy je založení a vedení deníku, do kterého si klienti zapisují vše, co je pro ně podstatné a důležité. Velkou pozornost věnují zejména svému vztahu k jídlu, vlastnímu vzhledu, tělesné hmotnosti a zdravotním obtížím. Dále pacienti používají při léčbě mentální anorexie a mentální bulimie dokumentaci, kterou vyplňují každý den ve vyhrazeném čase. Tato dokumentace se skládá z následujících formulářů: mé terapeutické cíle (viz. Příloha č. 4.), tabulka hodnocení důsledků mé anorexie/bulimie (viz. Příloha č. 5), současný stav mé motivace ke změně (viz. Příloha č. 6), tabulka analýzy a řešení mých problémů (viz. Příloha č. 7), mezilidské vztahy (viz. Příloha č. 8), vnímání sebe sama (viz. Příloha č. 9).

6.2 Rodinná terapie

Na léčbě se podílí celá rodina. Pacientka už na svůj problém není sama a posezení s psychologem pomůže v mnoha věcech i rodičům. Pokud pacientka není v kritickém stavu, není hospitalizována. Rodinná terapie se hodí spíše pro pacientky, které žijí s rodiči.

6.3 Interpersonální terapie

Vztahová terapie, např. partneři. Jinak totéž, co rodinná terapie.

6.4 Kognitivně-behaviorální terapie

Určení racionalizovat a poznávat své pocity, které vedou k záchvatům přejídání a vyprazdňování. Vhodná u mentální bulimie. Účinky terapie jsou rychle viditelné. Tato terapie ale samotná nestačí k vyléčení sebe sama. Doporučuje se kombinovat s interpersonální terapií či ostatními terapiemi.

6.5 Skupinová terapie

Scházení více pacientů a konzultování problému a pocitů mezi sebou i přítomným psychologem. Doporučuje se při zotavování. Vhodnější pro bulimičky, které jsou komunikativnější a otevřenější. V jedné skupině by neměly být anorektičky i bulimičky a nemělo by docházet k výměnám informací o hubnutí, dietách či jiných návodech. Proto je nutné, aby skupina byla po celou dobu pod dozorem psychologa.

6.6 Farmakoterapie

Podávání léků. K léčbě anorexie ani bulimie nestačí, ale je dobrým podpůrným prostředkem. Jedná se o antidepresiva a léky zmírňující úzkost. Také sem můžeme zahrnout hormonální léčbu jako prevenci před osteoporózou.

6.7 Arteterapie

Jde o manuální práce – malování (vodovkami, temperami, pastelkami,..) na libovolné nebo určené téma. Je vhodná pro všechny tělesné a duševní nemoci.

6.8 Ergoterapie

Pracovní terapie. Od vyrábění papírových skládanek až po přesazování květin.

6.9 Hipoterapie

Zvířecí terapie. Významný je vztah člověka a zvířete, neboť se liší od vztahu mezi lidmi.

6.10 Montreaux

Neboli terapie podle Peggy Claudie – Piere. Vlastní metoda léčby v australské klinice. Probíhá hospitalizace, kde má každý pacient 24 hodin denně svého ošetřovatele, který se od svého svěřence téměř nehne. Ten má za úkol pacienta třeba 2 hodiny přemlouvát, aby snědl trochu kaše, či ji nešel vyzvracet. Má za úkol ho rozptylovat a zahrnovat láskou. Pacienti tak postupně ztrácejí pocit méněcennosti.

6.11 Gestalt terapie

Založil ji Fritz Perls. Zaměřuje se na pocity člověka a má spíše zážitkový charakter. Vhodná pro otevřenější lidi a k léčbě úzkosti stavů: fobie, deprese, poruchy příjmu potravy,...

6.12 Terapie na všech úrovních

Při koordinaci léčby se přihlíží k somatickému i psychickému stavu, stupni zralosti jedince, motivaci k léčbě, někdy i sociálním podmínkám a dostupnosti jednotlivých léčebných programů. Neexistuje univerzální terapeutický program či metoda. Dívky jsou zprvu léčeny ambulantně, existují programy parciální hospitalizace v denních centrech a hospitalizace na specializovaných jednotkách. Hospitalizace je indikována při nebezpečí sebevraždy, při současném abúzu alkoholu a drog, u život ohrožujících somatických komplikací. Při propuštění je třeba doporučit dostatečně dlouhou adekvátní následnou péči. V posledních letech je v rámci komplexní terapie uplatňována psychoedukace, kognitivně-behaviorální terapie s užíváním svépomocných manuálů, interpersonální terapie, psychodynamické přístupy (motivační, kognitivně-analytická terapie a terapie skupin tvořených několika rodinami). Své místo by v komplexní léčbě měla mít i rodinná terapie a poradenství. Jsou zvláště důležité u mladších adolescentů a dětí. Psychofarmakoterapie je užívána na empirickém podkladě, žádná zatím prokazatelně neovlivňuje nárůst váhy ani poruchy vnímání vlastního těla. Antidepresiva se indikují dívkám, u kterých deprese přetrvává i po zvyšování váhy. Malé dávky neuroleptik při výrazné agitovanosti a anxietě. Anxiolytika lze selektivně podávat před jídlem ke zmenšení anticipační úzkosti. Stále většího významu nabývají i svépomocné skupiny, které zabezpečují podporu anorektičkám i jejich rodinám. Mohou se podílet na primární prevenci (výchova ke zdravé výživě a nebezpečí diet) i sekundární prevenci (včasná pomoc postiženým).

6.13 Léčba záchvatovitého přejídání

Léčba záchvatovitého přejídání se podobá léčbě bulimie s tím rozdílem, že terapie se soustředí pouze na epizody přejídání. Terapeuti se zaměřují na stavy úzkosti, pocity osamění a deprese. Existuje řada účinných technik, které pomáhají lépe zvládat stres, jež je častou příčinou záchvatů přejídání. Přejídání souvisí často s nárůstem tělesné hmotnosti, a proto je také třeba pracovat na změně stravovacích návyků.

7. Zásady stravování u poruch příjmu potravy

7.1 Zásady stravování při mentální anorexii

Při onemocnění mentální anorexie je včasná realimentace velice důležitá. Neexistuje však universální postup jako při jiných onemocněních. Následující doporučení jsou určena pro ty, kteří mají poruchy příjmu potravy a není zapotřebí hospitalizace. Začíná se s postupnou realimentací. Je nutné postupovat krok po kroku. Během prvního týdne se postupně zvyšuje energetický příjem asi na 1200 Kcal (5000 KJ), v dalších týdnech by se měl dostat na 3000-4000 Kcal (12600-16800 KJ), abyste přibírali zhruba 0,5 až 1 kg týdně. Poté stačí přijímat denně asi 2000-3000 Kcal (8400-12600 KJ).

Extrémně vyhublé osoby by měly být realimentovány pod dohledem lékaře. Postupně by se mělo přidávat množství potravin a obohacovat jídelníček. Místo nízkotučných potravin se zařazují potraviny s větším obsahem tuku. Energetické nápoje se používají jako doplněk, pijí se mezi hlavními jídly, alespoň jednou denně. Nenahrazuje se jimi některé z denních jídel.

7.2 zásady stravování při mentální bulimii a záchvatovitého přejídání

Pro ty, kteří trpí bulimií platí, podobně jako u mentální anorexie, zásady správné výživy. Jíst 5x denně, pravidelně, nevynechávat žádné z jídel. Dlouhá pauza může vyvolat větší hlad a tak se pak při následujícím jídle snadno přejí. Musí se vyvarovat drobnému uždibování během dne. Nejíst sami, lépe jíst společně s další osobou. Nemít doma větší zásoby jídla.

Denní energetický příjem by měl být normální, odpovídající věku, výšce a hmotnosti. Opět je nutné přistupovat individuálně.

Pro přehlednost přikládám ukázkou správně sestaveného jídelníčku (viz. Příloha č. 10) a pro zajímavost ukázkou některých receptů (viz. Příloha č. 11).

8. Co je rozumná váha ?

Když uvažujeme o zdravé váze, je nutné brát v úvahu i výšku. Z lékařského hlediska je nejlepší počítat tzv. body mass index (BMI) – index tělesné hmotnosti, což je váha v kilogramech dělená druhou mocninou výšky. Zdravé rozmezí je 20 – 25 BMI.

⁵ Definujeme-li zdravou váhu jako váhu, při níž je nejnižší úmrtnost, zjistíme, že norma se mění s věkem. Nejnižší úmrtnost je u BMI 19,5 pro ženy ve 20 letech a 27,3 kg/m² v 60letech.

Světová zdravotnická organizace stanovila pro anorexii hranici 17,5 BMI, je kritická hodnota, při které je třeba zvažovat hospitalizaci. V následující tabulce vidíte, že normální je široké váhové rozmezí. Nejzdravější lidé bývají v tomto rozmezí, protože hustota svalové hmoty je značná, těžší a hutnější než tuková tkáň. Jedním z důležitých faktorů ovlivňujících váhu a tělesnou skladbu je genetika. Někteří lidé se narodí s větší a silnější kostrou i svalovinou.

výška	155 cm	165 cm	175 cm
Normální rozmezí BMI 20- 25	44-59 Kg	50- 66 Kg	56- 75 Kg
Anorexia nervosa BMI menší než 17,5	42 Kg	48 Kg	53 Kg

⁵ Papežová, H.: *Anorexia nervosa*. 1. vyd., Praha, Psychiatrické centrum 2000, ISBN 85121-32-8, strana 54

9. Psychoanalytický přístup k poruchám příjmu potravy

Základní východiska psychoanalytického myšlení vycházejí z hypotézy, že prožívání a chování člověka závisí na nevědomých procesech mysli, které ovlivňují lidské chování a prožívání ve zdraví i v nemoci.

Psychoanalytické hypotézy vztahující se k poruchám příjmu potravy odrážejí vývoj psychoanalytických teorií a specifická východiska jednotlivých modelů psychoanalytického myšlení. Tyto teorie se shodují v tom, že kořeny patologie u pacientek s poruchami příjmu potravy leží již v raném dětství, jsou podmíněny vztahy s důležitými osobami (primárně s matkou).

Psychoanalytický přístup se snažil vyrovnat i s rozdílností mentálně anorektické a mentálně bulimické patologie. Oba syndromy jsou považovány za obrácenou stranu téže mince. Zatímco anorektické pacientky mají typické obsedantní rysy spojené s rigidním super egem, u mentálně bulimických pacientek nacházíme projevy zvýšené impulsivity a nedostatečně kontrolující super ego. Fakt, že u řady mentálně bulimických pacientek se může zjistit předchozí anorektické symptomy, vedl k úvaze, že základem jídelní patologie je prvotní intenzita hladu a chvilivosti, zprvu zvládatelná obrannými mechanismy (například potlačení nebo popření), které postupně selhávají. V případě mentální bulimie bývá zdůrazňována přítomnost intenzivní nevědomé agrese k rodičovským představám, zejména k matce, která se projevuje zejména ve způsobu zacházení s jídlem a jeho znehodnocováním. Pacientky s poruchami příjmu potravy jsou obtížně léčitelné. Jejich symptomy sice destruuji jejich život, ale vzdát se jich znamená pro ně pravděpodobně něco horšího.

Psychoanalytický přístup k pacientům s poruchami příjmu potravy pomáhá porozumět hlubším příčinám onemocnění, včetně nevědomých souvislostí. Dynamika onemocnění připomíná pacienty s různými typy závislosti a projevuje se nevyřešenou ranou vazbou k primárnímu objektu. Důsledkem jsou vývojové problémy v oblasti objektivních vztahů, v narcistické patologii a sexuální identitě.

10. Vliv poruch výživy na duševní činnost

⁶ Složky chování a jednání člověka, které jsou spojeny s potravou, představují složitý, a proto i fragilní systém, v němž může dojít k poruchám na různých regulačních úrovních, v komunikaci mezi morfologickými a funkčními jednotkami. Navíc se jedná o dynamický systém, otevřený vůči vnějším podnětům, který se neustále vyvíjí, podléhá změnám v čase i v závislosti na biologickém programu životního běhu individua. Současné zkušenosti s poruchami příjmu potravy ukazují, že se mění časování jejich nástupu, některé jejich projevy v souvislosti s aktuálně probíhajícími procesy, kulturními a dalšími ději. Kauzalita mnohých typů poruch výživy je multifaktoriální. Poruchy výživy mohou mít jiný dopad na psychiku zdravého, normálního jedince nebo na tělesně či duševně nemocného člověka. Ke všem poruchám by se mělo přistupovat i z ontogenetického hlediska, protože nevhodná výživa může vyvolat odlišné reakce u vyvíjejícího se organismu, u dospělého člověka nebo i u seniora.

10.1 Riziko vzniku mentální anorexie u dětí

Nástup mentální anorexie se většinou projevuje v klinické podobě v pubertě a adolescenci. Věk se stále snižuje, setkáváme se s ní u dětí základní školní docházky. Nyní se jako nejnižší věková hranice udává 6 až 7 let.

10.2 Vztah k tělesným rozměrům (body image) u dětí a dospívajících

Děti se učí od časného věku, které tělesné rozměry jsou ve společnosti kladně hodnoceny a které odmítány. Kulturně koncipovaná ideální hmotnost a fyzický zjev přejímají již děti v předškolním věku. Brzy se naučí vnímat a hodnotit vlastní tělesné schéma a rozměry vrstevníků. Soudí se, že BI může být jednou z prvních charakteristik, které dítě začleňuje do

⁶ Fraňková, S., Dvořáková, V.: *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*.

1 vyd., Praha, nakladatelství Karolinum 2003, ISBN 80-246-0548-1, strana 188

svého self - konceptu. Studie, provedené v různých zemích, přinesly poměrně uniformní nálezy o narušeném vztahu k tělesným rozměrům u školních dětí. Studie BI a jeho vztahu k hmotnosti se zaměřovaly na školní věk. Zjistilo se, že už od čtvrtého roku života dovedou děti hodnotit svoje tělesné rozměry a kriticky posuzovat ostatní děti.

Ukazuje se, že je třeba učit děti od časného věku poznávat vlastní tělo, jeho rozměry, funkce i potřeby tak, aby byly psychicky připraveny na změny, ke kterým dochází v průběhu růstu i přestavby v pubertě. Děti mají chápat, že to, co se s jejich tělem děje, je normálním výrazem zákonitého procesu. Tím by se mohlo zabránit vývoji pokřiveného pohledu na tělesnou hmotnost a poruchám ve vnímání svého těla. Prevence mentální anorexie by měla začít již v předškolním věku.

10.3 Mentální anorexie a bulimie je bio-psycho-sociálním onemocněním

Bio – faktory zahrnují neznámou genetickou vložku pro hormonální nerovnováhu.

Psycho – faktory popisují nedostatečnou identifikaci s ženskou rolí, s matkou a zároveň odpor vůči její autoritě.

Sociální faktory se týkají především špatného hodnocení obezity společností a umělé vytváření „ideálu krásy“ reklamním průmyslem.

Případů mentální anorexie a mentální bulimie rychle přibývá.

11. Osobnost a anorexie

Některé rysy osobnosti by mohly eventuelně zvýšit náchylnost ke vzniku anorexie. Všichni máme určité vzorce myšlení, cítění a chování, typické pro naši osobnost. S některými rysy se již narodíme, některé se vyvinou v dětství a také vrozený temperament jedince vzájemně působí s rysy rodinných příslušníků.

Existuje skupina lidských vlastností a představ, které jsou pro anorexiu charakteristické. Jsou to perfekcionismus, potřeba dodržovat disciplínu a kontrolovat sebe i ostatní, touha ostatním se zalíbit a touha vnitřní dokonalosti.

11.1 Perfekcionismus

Chování dívek s anorexií odráží někdy přesvědčení, že všechna láska je podmíněná, že lásku si musí člověk vykoupit zvýšeným úsilím. Je třeba si ji zasloužit výborným chováním a skvělými výsledky i zevnějškem. Neschopnost dosáhnout dokonalosti povede k odmítnutí. Takové schéma může vést k nesmírné úctě k autoritám a citlivosti ke společenským požadavkům na štíhlost a zdravou dietu, nebo ke zdůrazňování čistotnosti a spořádanosti, nebo zvýšené potřebě akademického nebo pracovního úspěchu. Často se vyskytuje i černobílé myšlení. Události a myšlenky jsou buď jen dobré nebo špatné, existuje pouze úspěch nebo pád a v kulturním stereotypním pojetí ženy „svatá“ nebo „padlá“.

11.2 Sebekontrola a další formy disciplíny

Druhý, po anorexii typický způsob chování, se týká sebekontroly a disciplíny. Je to jako by vaše city, radosti a touhy byly nepřístupné a musely být drženy na uzdě. Jako byste měla uvnitř na hlídání dítě, které něco potřebuje, ale je spoutané, se zacpanými ústy, aby někomu neublížilo. Je třeba přísná kontrola, aby udržela pod pokličkou sobecké potřeby a přání. To přispívá k asketickému chování, vyskytujícímu se u anorexie často.

Bolestivé a stresující pocity patří k životu, i když mohou být velmi zraňující. Je dobré, když člověk zná způsob, jak je zvládat a tolerovat. Po uzdravení z anorexie je nutné rozvíjet nové schopnosti ke zvládnutí vlastních pocitů.

11.3 Zalíbit se

Chování směřující k tomu, abychom se zavděčili, líbili, vychází z pocitů vlastní méněcennosti nebo bezmocnosti a vede k zamaskování vnitřního pocitu špatnosti. Někdy se postižení chovají jako rohožky, po kterých druzí šlapou. V některých případech pocit bezmocnosti ve vztazích se může střídat s pocity nadřazenosti.

11.4 Vnitřní méněcennost

Jedno ze schémat, které může být skryto za touhou se zavděčit a být perfektní, je vnitřní přesvědčení, že něco ve mně je v nepořádku- „nikdo by mě neměl rád, kdyby věděl, jaká skutečně jsem“, „když mě mají lidé rádi, zdá se mi, že je klamu“.

12. Prevalence poruch příjmu potravy

⁷Výzkum prevalence poruch příjmu potravy se věnuje především problematice bulimie nebo některých, z hlediska poruch příjmu potravy rizikových faktorů, jako jsou jídelní postoje, dietní strategie nebo určité osobnostní rysy. Nejčastěji sledovanou populační skupinou jsou mladé ženy a studenti. Jednodušší epidemiologické studie se spoléhají na výsledky dotazníkového šetření. Sofistikovanější dvoustupňové studie si ověřují diagnózu v řízeném rozhovoru. Na interview jsou obvykle zváni jen ti respondenti, kteří překročili kritické skóre určité škály nebo naplnili jiná kritéria prvního výběru. Někdy je však vyšetřeno i několik náhodně vybraných respondentů, aby se posoudila rozlišovací kvalita dotazníku a odhadl případný počet nezachycených (falešně negativních) případů. Prevalenční studie založené pouze na dotazníkovém šetření mohou ve svých výsledcích vykazovat falešně pozitivní nebo hraniční případy, a tak i vyšší prevalenci poruchy nebo kritického chování. Vícestupňové studie pak mohou naopak podhodnotit prevalenci poruchy, jestliže první výběr (dotazník) nezachytí všechny kritické případy, v důsledku disimulace nemocného, špatné rozlišovací schopnosti dotazníku nebo nevhodně zvolených kritérií prvního výběru. Aby mohly být kritické případy znovu vyšetřeny, nemohou být tyto studie anonymní, což může některé respondenty odradit a snížit validitu sebeposouzení. Problém mnoha populačních studií je výběr sledovaného vzorku, který je často příliš malý, není náhodně vybraný nebo je omezený na určitou sociální skupinu. Výsledky pak lze jen obtížně zobecnit na celou populaci.

⁷ Krch, D. F. a kolektiv: *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd., Praha, Grada publishing 1999, ISBN 80-7169-627-7, str. 36

13. Komunikace v rodině

⁸Někdy se mluví o anorexii jako o způsobu komunikace. Dívka svým hubnutím opravdu může volat o pozornost, která jí chybí a kterou takto drasticky získává. Startovacím obdobím anorexie bývá nejčastěji puberta, kdy právě komunikace dospívající dívky s rodiči naráží na nejrůznější překážky. Velmi často se může zdát, že dívka nemá zájem komunikovat, mluvit o sobě s rodiči a ti ji tedy nechávají žít podle svého. Opět je těžké stanovit hranici "zájmu", ale ať je to jakkoli obtížné, tuto hranici by měl rodič hledat pro své dítě neustále a hlavně trpělivě. Rodina by měla dospívající dívce pomoci vyjádřit negativní i pozitivní pocity, neshazovat ji za její pubertální projevy a obezřetně posuzovat její vzhled a proměny těla. Domnívám se, že právě pseudokomunikace v rodině a zavírání očí před náznaky konfliktů, může dívku posunout k "náhradnímu" řešení, kterým může být třeba právě touha po štíhlosti a dokonalosti. Komunikace se samozřejmě ještě ztíží, pokud se anorexie u dívky plně rozvine. Rodiče často bývají naprosto bezmocní a bezradní, jak s dcerou mluvit a přesvědčit ji, aby jedla. Patologická touha po štíhlosti nutí dívku lhát a podvádět své blízké, což i sama mnohdy těžce nese a trpí výčitkami svědomí. Snaha nejíst a dále hubnout je ale mnohem silnější, dívka by proto neměla slyšet slova výčitek ještě ze strany rodičů, protože už takto je pod obrovským psychickým tlakem. Anorektička často odmítá o jídle a svých stravovacích návycích mluvit, tvrdí, že má vše pod kontrolou a veškeré debaty točící se okolo jídla a případné léčby zavrhuje. I přes to všechno by se rodiče měli snažit s dcerou komunikovat, nezastavovat rodinný život a nesoustředit pozornost jen na jídlo. Odborníci doporučují společné stravování u stolu (anorektička má snahu jíst osamoceně a velmi, velmi pomalu), s dívkou by měl pokaždé někdo zůstat až do doby, než sní svou porci, která ale musí být přiměřená jejímu stavu. Názor některých, že dívku prostě stačí pouze pořádně vykrmit, je velmi nebezpečný. Není totiž nic neobvyklého, že anorexie se promění v bulimii.

⁸ internet: www.pppinfo.cz

14. Obezita

⁹ Obezita je dnes definována podle klinicky snadno dostupného vyšetření výšky a hmotnosti. Prakticky se opustilo stanovení tzv. *Brocova indexu*:

Hmotnost v kg/(výška v cm- 100)

Tento index je nevhodný z několika důvodů, zejména proto, že koreluje s výškou a nehodí se tedy univerzálně pro malé i velké jedince.

Proto byl již před více než sto lety zaveden tzv. *Queteletův index*, který je dnes celosvětově označován jako *body mass index*(BMI):

Hmotnost v kg/ (výška v m)²

Jako normální hmotnost bývá udávána hodnota BMI 18,5 až 25 kg/m² (tabulka 1). Pod touto úrovní klasifikujeme onemocnění již jako podvýživu. V různých dobách byl však společenský ideál pod touto hranicí.

Tab.1: Klasifikace tělesné hmotnosti podle BMI

Klasifikace	BMI
Podvýživa	Do 18,5
Normální hmotnost	18,5 až 25
Nadváha	25 až 30
Obezita I. stupně (mírná)	30 až 35
Obezita II.stupně (střední)	35 až 40
Obezita III.stupně (morbidní)	Nad 40

Nadváha je považována za předstupeň obezity. Zdravotní rizika však evidentně stoupají již od BMI 25 a riziko ostře stoupá od hodnoty 27. Morbidní obezita je pak závažným onemocněním a osoby s tímto stupněm nadváhy nepřežívají většinou 60 let. Optimální životní prognózu mívají podle řady studií jedinci s BMI 20 až 22. Použití BMI je tedy celosvětově uznávaným měřítkem pro stanovení diagnózy obezity, zároveň může sloužit i jako ukazatel životní prognózy a rizika většiny komplikací obezity.

⁹ Svačina, Š.: *Obezita a psychofarmaka*. 1.vyd., Praha, nakladatelství TRITON, ISBN 80-7254-253-2, str. 15-17

14.1 Prevence vzniku obezity

¹⁰ Prevence obezity jako zdravotně sociálního problému by měla být řešena na úrovni rodiny, škol zdravotních systému, neziskových organizací, potravinářského průmyslu, dopravních systémů, regionů, parlamentu a vlády, neboť se jedná o celospolečenský problém. Prevence by měla být mířena na celou společnost, neboť jedinec může z režimových opatření jenom těžit pro své zdraví. Ukazuje se, že z prognostického hlediska je lepší být v dobré kondici a být obézní (fit and fat) než být neobézní a být ve špatné fyzické kondici (unfit and unfat). **Tabulka 10.1** ukazuje možné preventivní kroky v různých časových obdobích a na různých úrovních společnosti.

Tabulka 10.1- Preventivní opatření

Těhotenství: normalizace BMI před těhotenstvím, nekouřit, pravidelná fyz.aktivita,.....
Dětství: kojení alespoň 6 měs., oddálit zavedení pevné stravy a sladkých nápojů
Rodina: jíst jako rodina ve stejný čas a na stejném místě, nevynechat snídani,....
Školy: odstranění automatů-sladké nápoje, sladkosti, fyz.aktivita, vyvážené stravování
Veřejnost-obec: podpora stavby hřišť, míst na cvičení, cyklostezky, nepoužívat výtahy
Zdravotnická zař.: vysvětlení etiopatogeneze vzniku obezity, měření hmotnosti
Průmysl: vhodné označení potravin-obsah živin a energie
Obchody: prodej ovoce, zeleniny, celozrnné pečivo, koutky zdravé výživy
Média a internet: zákaz reklamy cílené na děti, zdravotně výchovné pořady
Vláda: uznání obezity jako nemoci, financování programů, fin.podpora školám

15. Jaký je život po anorexii

Protože anorexie začíná někdy v době velkých životních změn jedince, může být opravdu těžké představit si normální život bez ní. Mnoho dívek ztratilo normální dospívání, ideální dobu, kdy ostatní objevují kontakty s vrstevníky, experimentují s uvolňováním se z rodiny, hledají vlastní nezávislou identitu a vlastní životní cíle. Ztráta přátel může být zvláště pro stydlivé jedince důvodem zůstat v nemoci. Proto je důležité znovu najít rozumné cíle a změnu životního stylu.

¹⁰Hainerová, I.A.: *Dětská obezita*. 1.vyd., Praha, vyd. MAXDORF, 2009, ISBN 978-80-7345-196-7 str. 103

16. Šetření

V teoretické části jsem se zaměřila na poruchy příjmu potravy a obezitu. Přistoupila jsme k těmto poruchám z bio-psycho-sociálního pohledu.

V praktické části jsem se zaměřila více na mentální anorexii, mentální bulimii, záchvatovité přejídání a jen okrajově na obezitu. Problematika mentální anorexie postihuje nejčastěji jedince ve věkovém rozmezí 13-20 let, tato věková hranice je mi blízká. Mentální bulimie postihuje starší jednice v rozmezí 16-25 let.

16.1 Problém šetření

Na základě teoretických poznatků a praktických zkušeností jsem si stanovila následující problém šetření:

Jaká je míra informovanosti středních škol o poruchách příjmu potravy?

16.2 Cíle šetření

Ve vztahu k problému šetření jsem si stanovila následující cíle:

1. Objektivizovat míru informovanosti u studentů různých typů středních škol.
2. Objektivizovat míru informovanosti podle pohlaví, mužů a žen.
3. Objektivizovat zájem studentů různých typů škol o informace týkající se poruch příjmu potravy.
4. Zkoumat informovanost studentů o chování anorektičky/anorektika.

16.3 Hypotézy šetření

Ve vztahu k uvedeným cílům a k výzkumnému problému jsem si stanovila následující hypotézy:

H1- Předpokládám, že více budou informováni žáci Střední zdravotnické školy než žáci Gymnázia, Obchodní akademie, Střední integrované školy, Střední průmyslové školy v Příbrami a Gymnázia a Střední odborné školy ekonomické v Sedlčanech.

H2 Předpokládám, že míra informovanosti o poruchách příjmu potravy bude nižší u mužů než u žen.

H3 Předpokládám, že největší zájem o informace týkající se poruch příjmu potravy budou mít žáci Střední zdravotnické školy a Střední integrované školy oproti žákům Obchodní akademie, Gymnázia, Střední průmyslové školy v Příbrami a Gymnázia a Střední odborné školy ekonomické v Sedlčanech.

H4 Předpokládám, že chování anorektičky/anorektika budou lépe znát studenti Střední zdravotnické školy, než studenti Gymnázia, Obchodní akademie,.....

16.4 Charakteristika výběrového souboru

Můj výběrový soubor tvořilo 217 respondentů. Respondenti byli žáci třetích ročníků vybraných škol. Do šetření jsem zapojila následující typy škol:

Střední zdravotnická škola	(dále jen SZŠ)
Střední integrovaná škola	(dále jen SIŠ)
Střední průmyslová škola	(dále jen SPŠ)
Gymnázium a Střední odborná škola ekonomická Sedlčany	(dále GaSOŠE)
Obchodní akademie	(dále jen OA)
Gymnázium	(dále jen GM)

16.5 Metody a metodika šetření

Vzhledem k vybranému tématu a velkému počtu respondentů, kteří jsou nezbytně nutní pro co nejobektivnější výsledky, jsem zvolila metodu dotazníku (viz. příloha č.1). Dotazník se skládá z 25 otázek a byl předložen 217 respondentům, kteří tvořili žáci vybraných středních škol. Jednalo se o žáky z SZŠ, SIŠ, SPŠ, GaSOŠE, OA a GM. Do každé školy jsem rozdala potřebné množství dotazníků, jejichž návratnost byla 100%. V dotazníku jsem položila nejvíce uzavřených otázek- 21, 3 otázky polootevřené a 1 otázku otevřenou. Dotazníky byly anonymní a žákům je předkládal vyučující, který byl seznámen s formou vyplňování, časovém rozmezí a o návratnosti vyplněných dotazníků.

Struktura respondentů byla následující:

SZŠ – 22 dívek, 3 chlapci

SPŠ- 0 dívek, 25 chlapců

GaSOŠE- 58 dívek, 34 chlapci

SIŠ- 20 dívek, 5 chlapců

OA- 22 dívek, 3 chlapci

GM- 21 dívek, 4 chlapci

Celkem se zúčastnilo 143 dívek a 74 chlapců.

16.6 Analýza výsledků šetření

Otázka č.1

Název školy

Tabulka č.1

Název školy

název školy	počet studentů
Střední zdravotnická škola	25
Střední integrovaná škola	25
Střední průmyslová škola	25
Gymnázium a Střední odborná škola ekonomická	92
Gymnázium	25
Obchodní akademie	25

Otázka č. 2

Jste

muž – žena

Tabulka č. 2

Pohlaví

název školy	muž	žena	celkem
Střední zdravotnická škola	3	22	25
Střední integrovaná škola	5	20	25
Střední průmyslová škola	25	0	25
Gymnázium a Střední odborná škola ekonomická	34	58	92
Gymnázium	4	21	25
Obchodní akademie	3	22	25

Otázka č.3

Jaký je Váš věk?

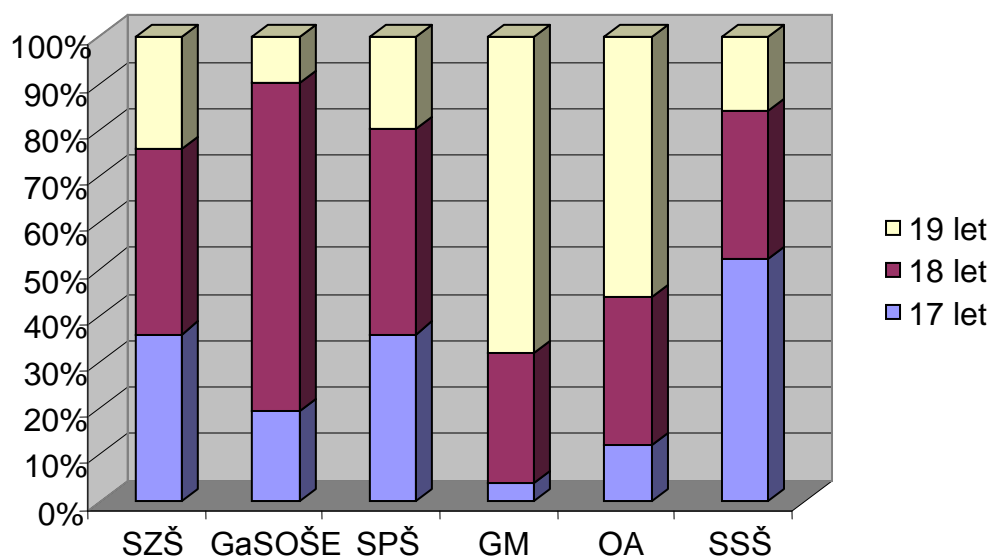
Tabulka č.3

Jaký je Váš věk?

věk	počet žáků					
	SZŠ	GaSOŠE	SPŠ	GM	OA	SSŠ
17 let	9	18	9	1	3	13
18 let	10	65	11	7	8	8
19 let	6	9	5	17	14	4

Graf č.3

Jaký je Váš věk?



Věkové rozmezí studentů bylo 17-19 let. Po vyhodnocení výsledků šetření jsem zjistila, že GM a OA navštěvují nejstarší studenti. Je zde více než polovina studentů, kterým je 19 let. Naopak na GaSOŠE je osmnáct studentů, kterým je 17 let.

Otázka č. 4

Víte co je mentální anorexie?

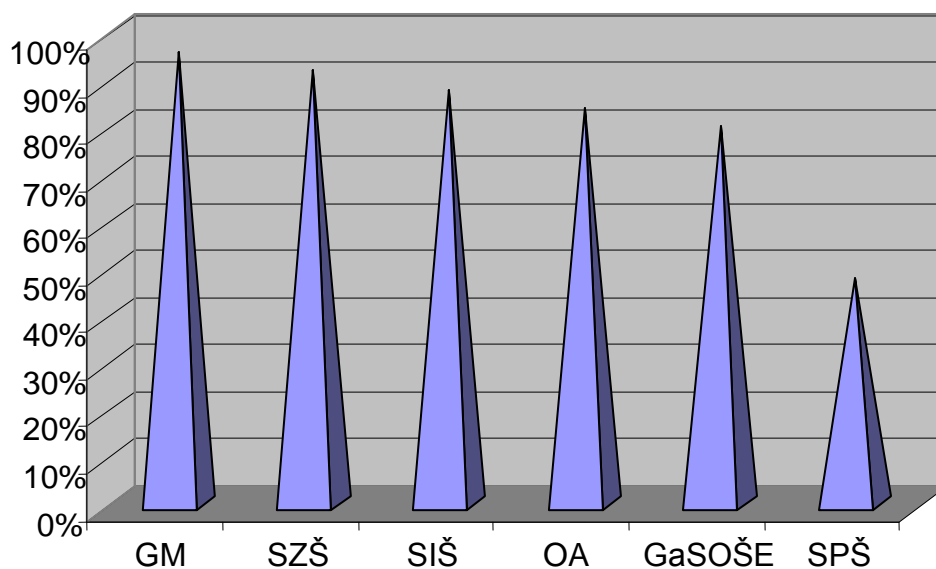
- a) porucha komunikace, b) onemocnění charakteristické opakujícími se záchvaty přejídání s následkem zvracením, c) onemocnění charakteristické bolestmi hlavy a zvracením, **d) onemocnění charakteristické úmyslným snižováním tělesné hmotnosti**

Tabulka č. 4

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí v %
GM	96%
SZŠ	92%
SIŠ	88%
OA	84%
GaSOŠE	80%
SPŠ	48%

Graf č. 4



Otázku č. 4 nejlépe odpověděli studenti GM, kteří měli 96% správných odpovědí.

Otázka č.5a

Vyberte správné příznaky mentální anorexie

Tělesná váha je: a) **pod normálem**, b) zvýšená, c) normální

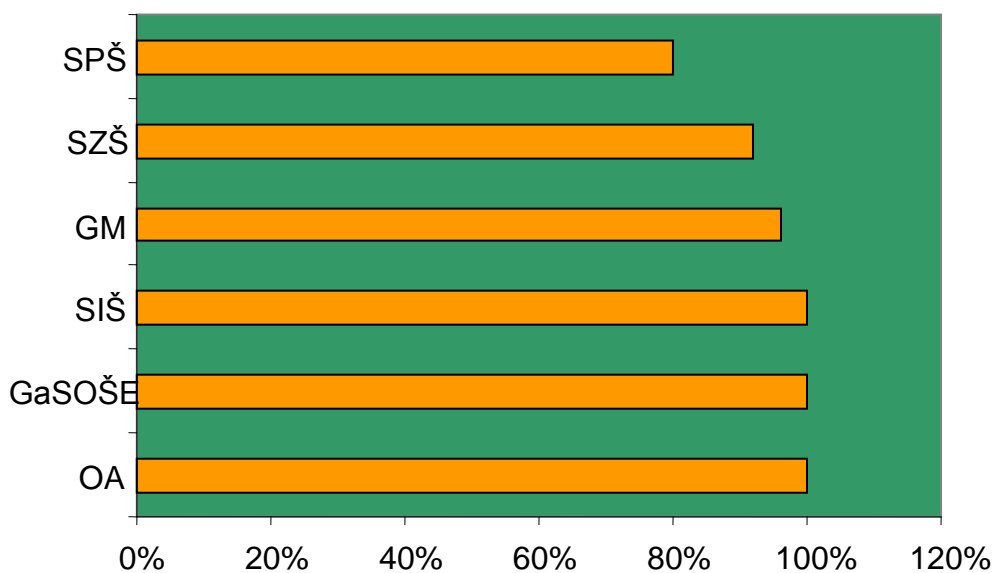
Tabulka č.5a

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí v %
OA	100%
GaSOŠE	100%
SIŠ	100%
GM	96%
SZŠ	92%
SPŠ	80%

Graf č. 5a

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Tuto otázku zodpověděli nejlépe žáci SIŠ, GaSOŠE a žáci OA, kteří měli 100% správných odpovědí a nejhůře žáci SPŠ, kteří měli 80% počtu správných odpovědí.

Otázka č.5 b

Vyberte správné příznaky mentální anorexie

Menstruace: a) pravidelná, b) nepravidelná, c) **ztráta menstruace**

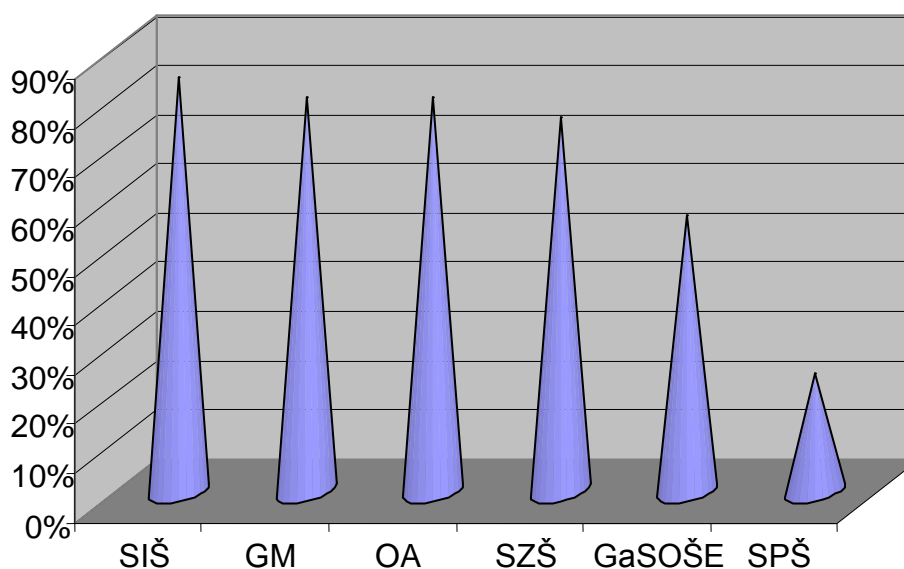
Tabulka 5 b

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
SIŠ	84%
GM	80%
OA	80%
SZŠ	76%
GaSOŠE	56%
SPŠ	24%

Graf č. 5 b

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Tuto otázku zodpověděli nejlépe žáci SIŠ 84% správných odpovědí a nejhůře žáci SPŠ 24% správných odpovědí.

Otázka č. 5c

Vyberte správné příznaky mentální anorexie

Pleť, vlasy, nehty: a) zdravé, b) porušené

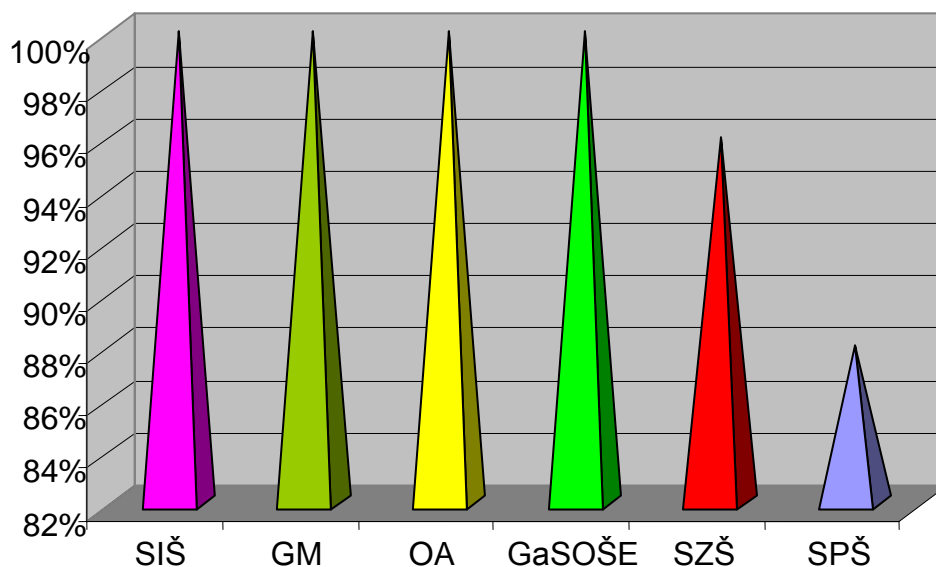
Tabulka č. 5c

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %

název školy	počet správných odpovědí %
SIŠ	100%
GM	100%
OA	100%
GaSOŠE	100%
SZŠ	96%
SPŠ	88%

Graf č. 5c

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Tuto otázku zodpověděli správně žáci SIŠ, GM, OA, GaSOŠE, žáci SZŠ a SPŠ měli malé mezery.

Otázka č. 5d

Vyberte správné příznaky mentální anorexie

Strach z: a) přibrání na váze, b) úbytku váhy

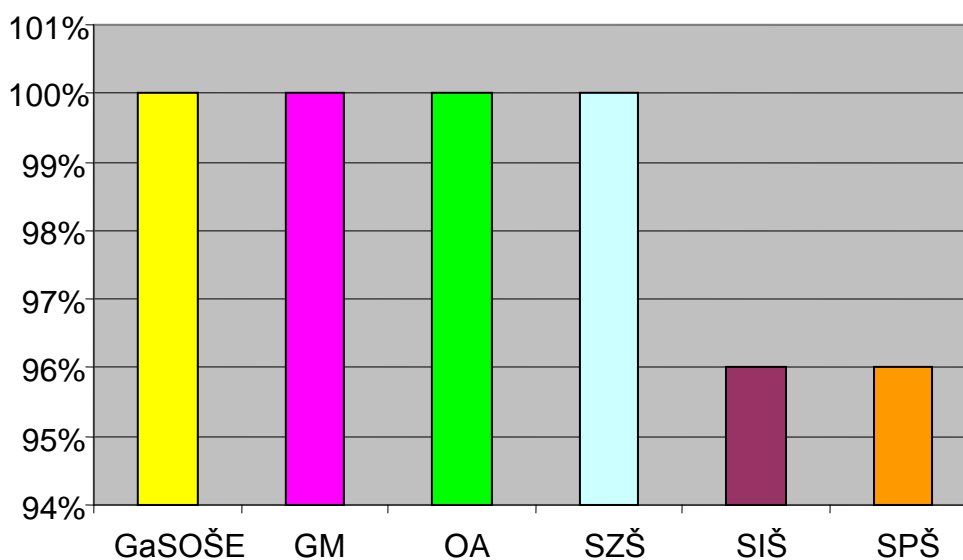
Tabulka č. 5d

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
GaSOŠE	100%
GM	100%
OA	100%
SZŠ	100%
SIŠ	96%
SPŠ	96%

Graf č. 5d

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Tuto otázku zodpověděli téměř všechny školy správně, malé nedostatky měli žáci SIŠ a SPŠ.

Otázka č. 6

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku

a) 5-10 let, **b) 10-20 let**, c) 20-30 let, d) 30-40 let

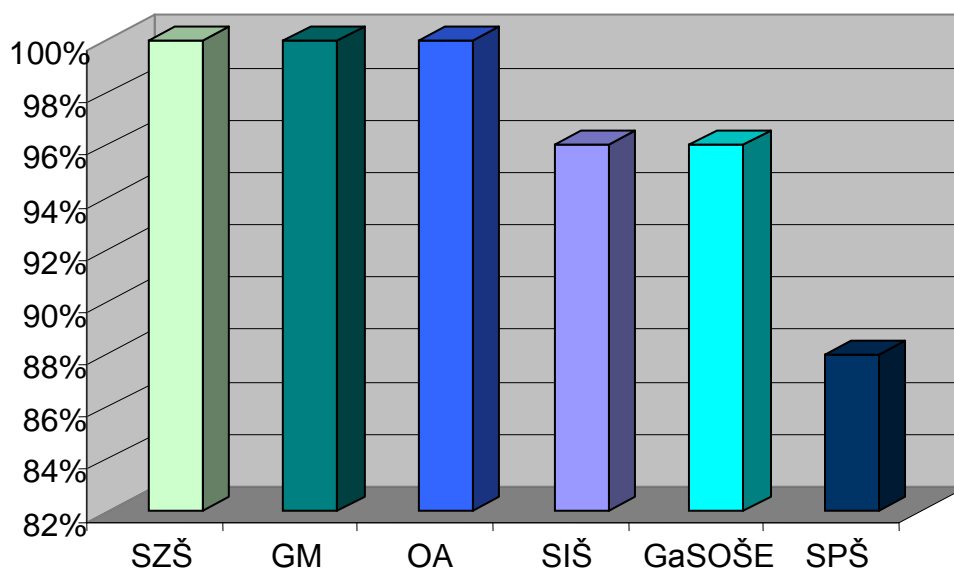
Tabulka č. 6

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
SZŠ	100%
GM	100%
OA	100%
SIŠ	96%
GaSOŠE	96%
SPŠ	88%

Graf č. 6

Počet škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 6 zodpověděli na 100% žáci SZŠ, GM, OA, nejhůře odpovídali žáci SPŠ.

Otázka č. 7

Mentální anorexie postihuje častěji:

a) muže, b) ženy, c) obě pohlaví stejně

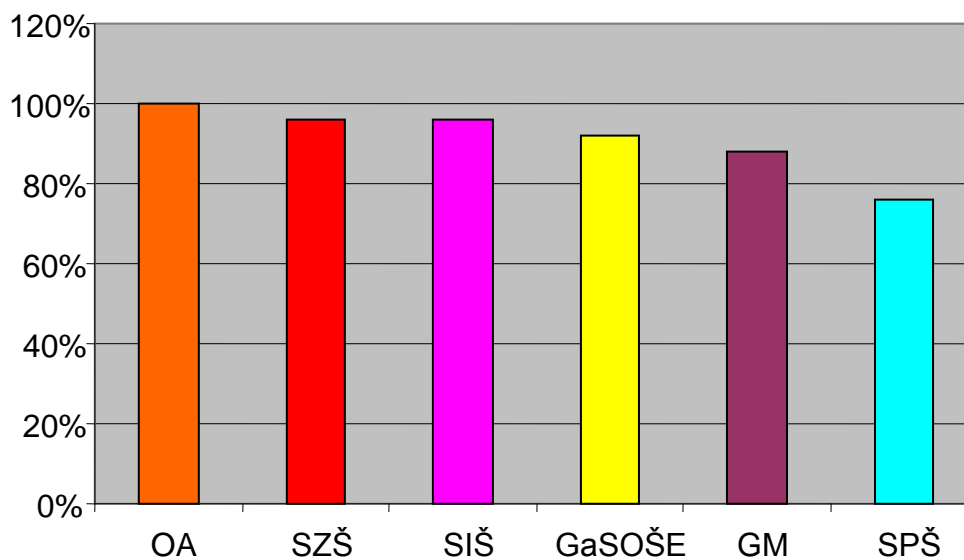
Tabulka č. 7

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
OA	100%
SZŠ	96%
SIŠ	96%
GaSOŠE	92%
GM	88%
SPŠ	76%

Graf č. 7

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 7 na 100% zodpověděla pouze OA, nejhůře odpovídali žáci SPŠ.

Otázka č. 8

Počet nemocných s mentální anorexií:

a) stoupá, b) klesá, c) je stejný

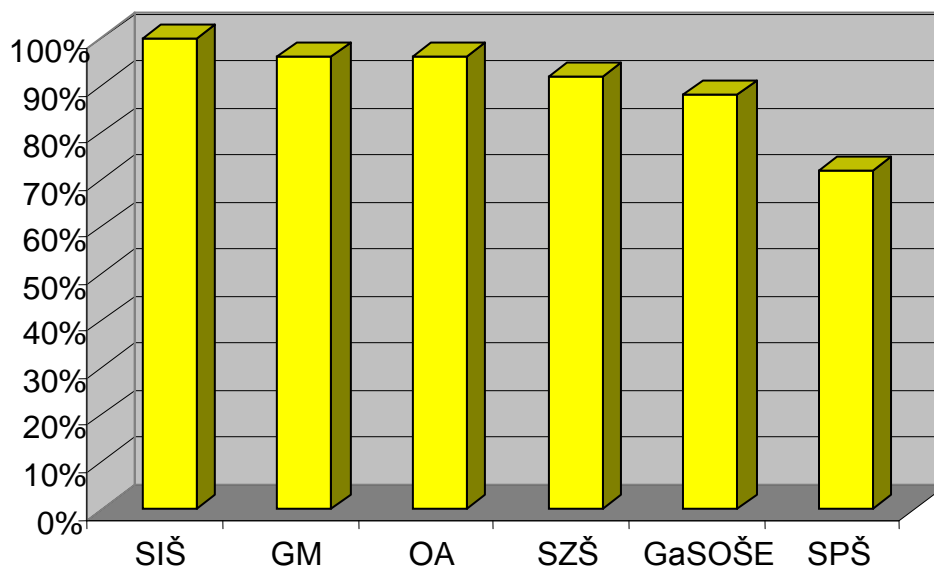
Tabulka č. 8

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
SIŠ	100%
GM	96%
OA	96%
SZŠ	92%
GaSOŠE	88%
SPŠ	72%

Graf č. 8

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 8 zodpověděli nejlépe SIŠ a nejhůře SPŠ.

Otázku č. 9

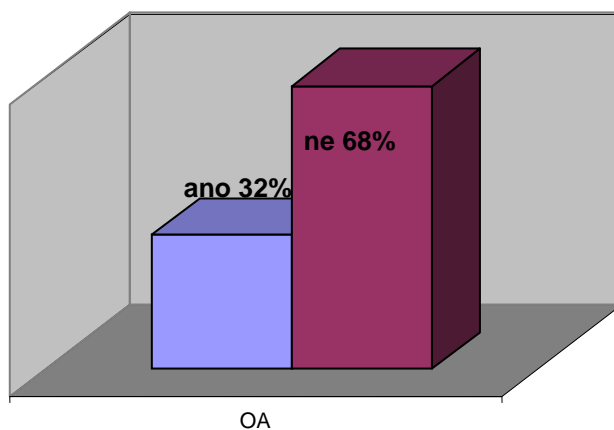
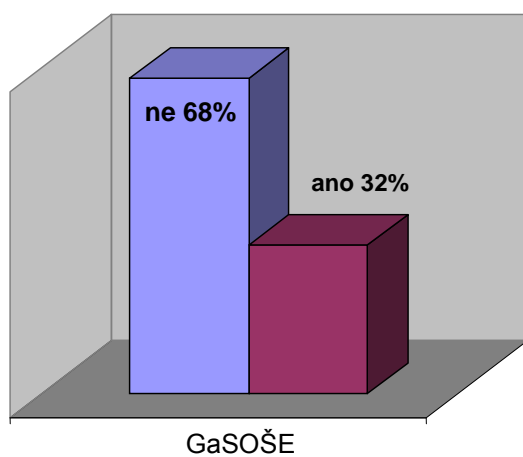
Setkali jsem se s někým, kdo trpí mentální anorexií?

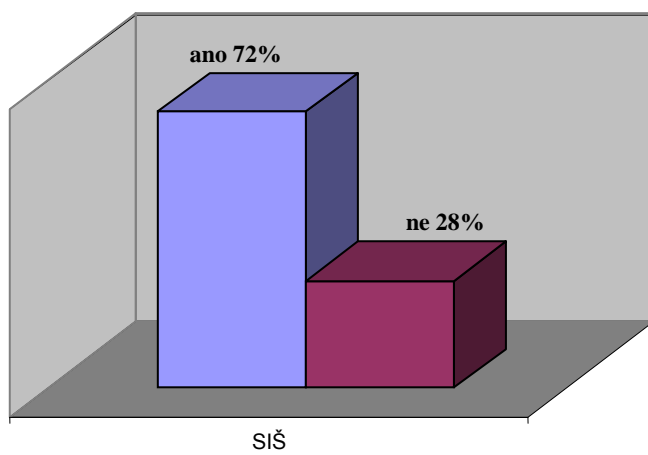
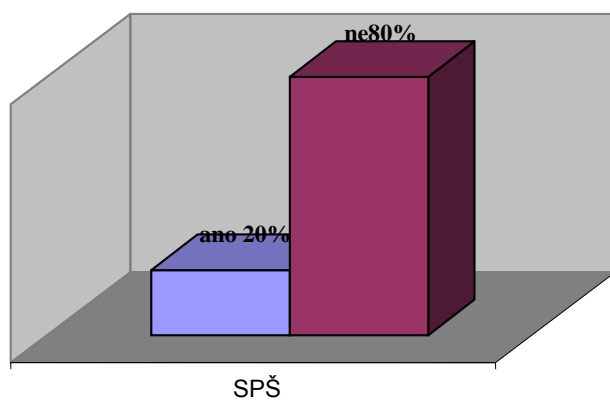
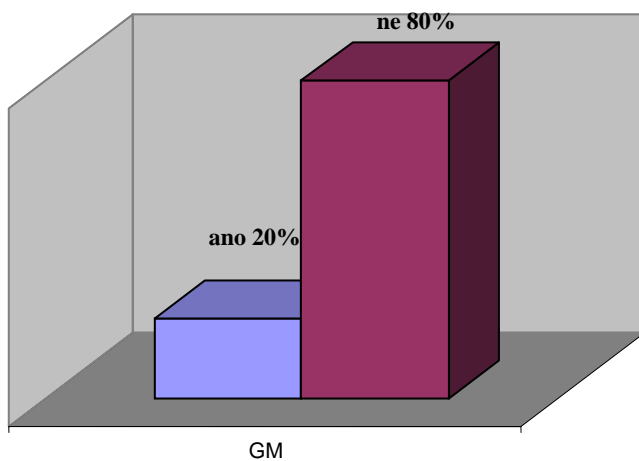
ANO, NE.

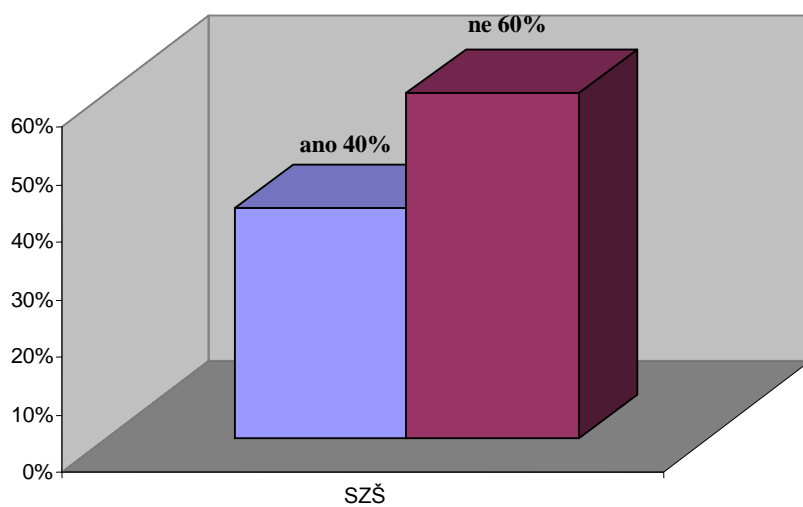
Tabulka č. 9

školy	ano	ne
SZŠ	40%	60%
SIŠ	72%	28%
SPŠ	20%	80%
GM	20%	80%
OA	32%	68%
GaSOŠE	32%	68%

Graf č.9- Setkali jste se s někým, kdo trpí mentální anorexií?







S osobou trpící mentální anorexií se nejvíce setkali studenti SIŠ a nejméně studenti SPŠ a GM.

Otázka č. 10a

Jaké je podle Vás chování anorektičky/anorektitka?

a) soustředěné, b) nesoustředěné

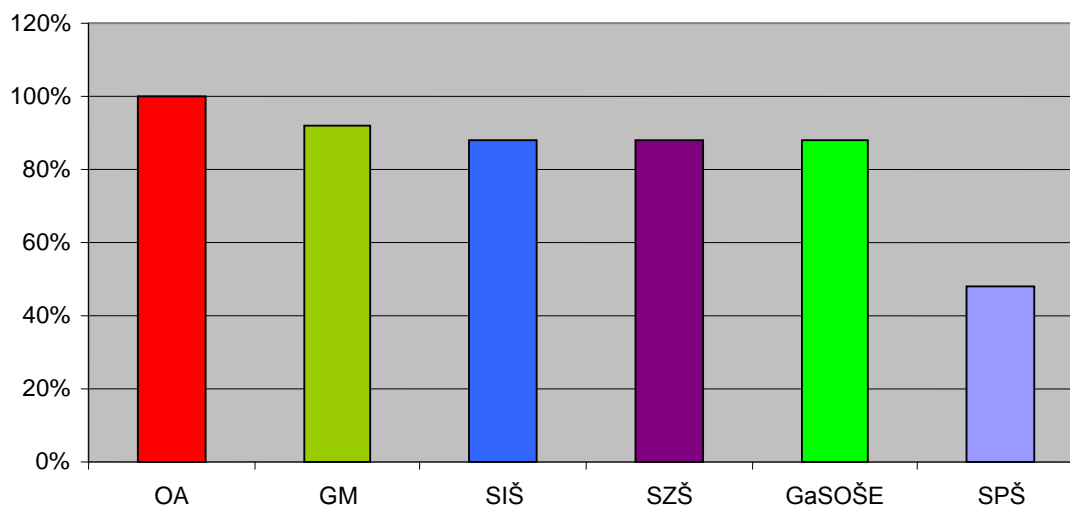
Tabulka č. 10a

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
OA	100%
GM	92%
SIŠ	88%
SZŠ	88%
GaSOŠE	88%
SPŠ	48%

Graf č. 10a

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 10a zodpověděli na 100% žáci OA, žáci SPŠ měli správných odpovědí pouze 48%.

Otázka č. 10b

Jaké je podle Vás chování anorektičky/anorektika?

a) impulsivní, b) klidné

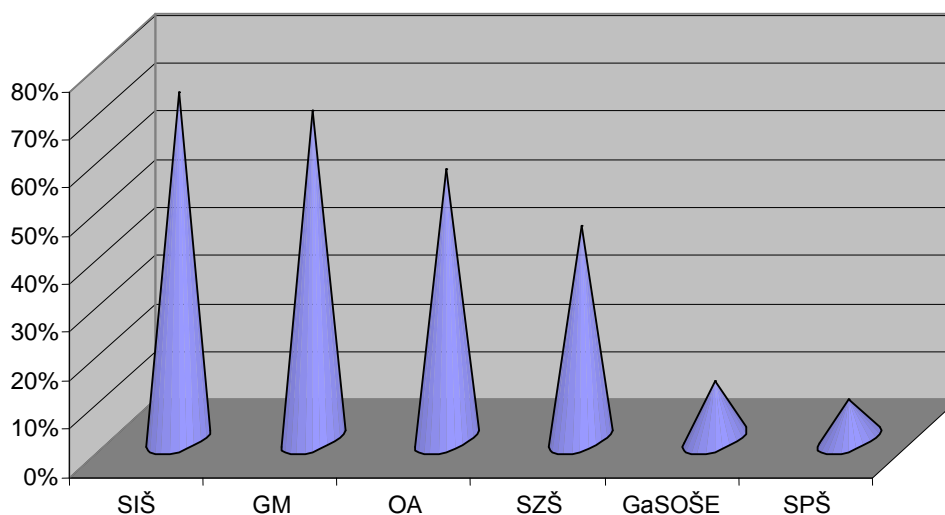
Tabulka č. 10b

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

Název školy	počet správných odpovědí %
SIŠ	72%
GM	68%
OA	56%
SZŠ	44%
GaSOŠE	12%
SPŠ	8%

Graf č. 10b

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 10b nejlépe zodpověděli žáci SIŠ na 72% a nejhůře žáci SPŠ na 8%.

Otázka č. 10c

Jaké je podle Vás chování anorektičky/anorektika?

a) hypoaktivní, b) hyperaktivní.

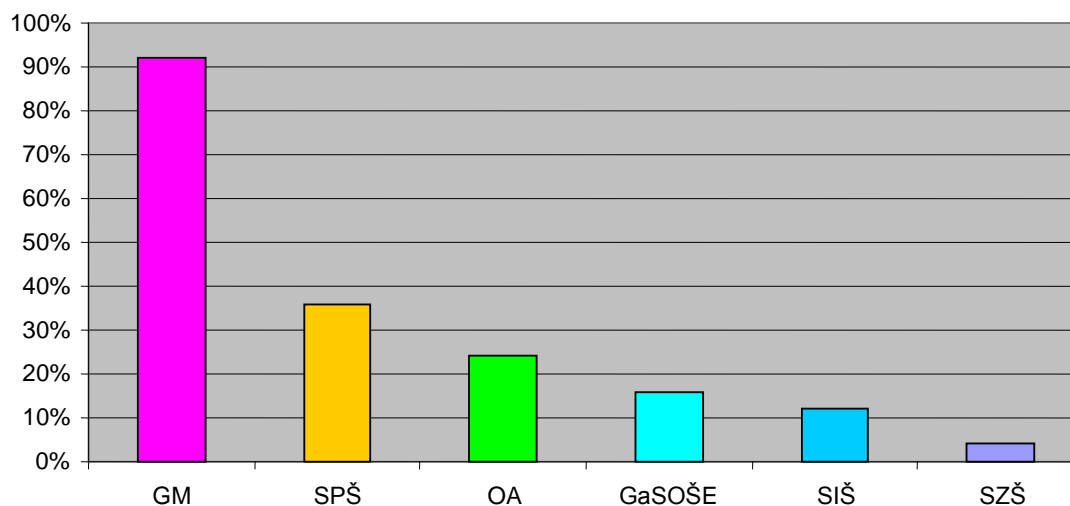
Tabulka č. 10c

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

Název školy	počet správných odpovědí %
GM	92%
SPŠ	36%
OA	24%
GaSOŠE	16%
SIŠ	12%
SZŠ	4%

Graf č. 10c

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 10c zodpověděli nejlépe žáci GM a nejhůře žáci SZŠ.

Otázka č.11

Setkali jste se v průběhu školní docházky s předmětem, jehož součástí byly informace o mentální anorexii?

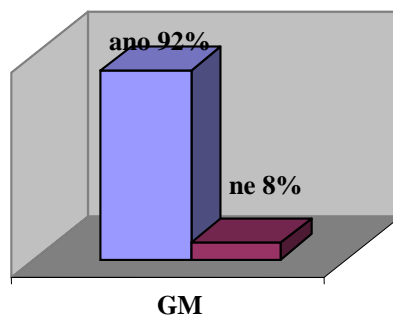
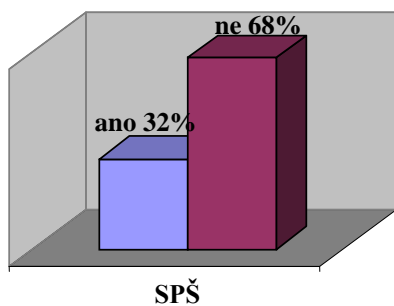
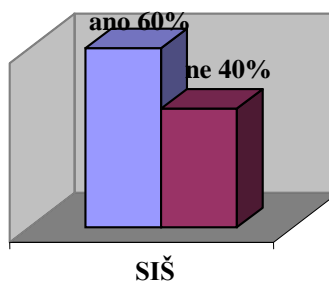
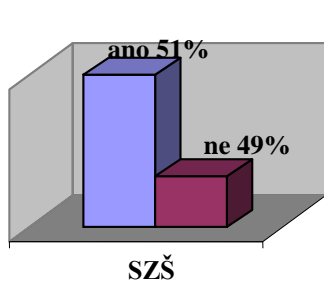
ANO, NE.

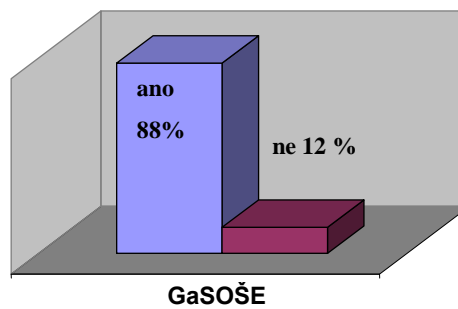
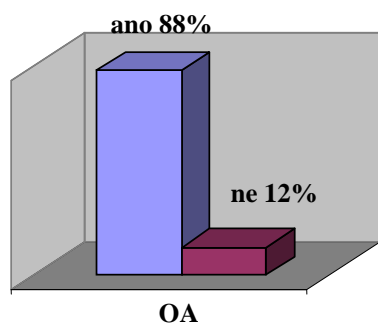
Tabulka č. 11

Školy	ano	ne	v předmětu
SZŠ	51%	49%	psychologii
SIŠ	60%	40%	nauka o výživě
SPŠ	32%	68%	psychologie
GM	92%	8%	biologie
OA	88%	12%	biologie
GaSOŠE	88%	12%	biologie

Graf č. 11

Grafické znázornění- zda-li se studenti setkali s předmětem, jehož součástí byly informace o mentální anorexii.





Po vyhodnocení této otázky a grafickém znázornění jsem došla k výsledku, že nejvíce informací z vyučujících předmětů mají studenti z GM , OA a GaSOŠE.

Otázka č. 12

Snažíte se sami něco zjistit o mentální anorexii?

ANO, NE.

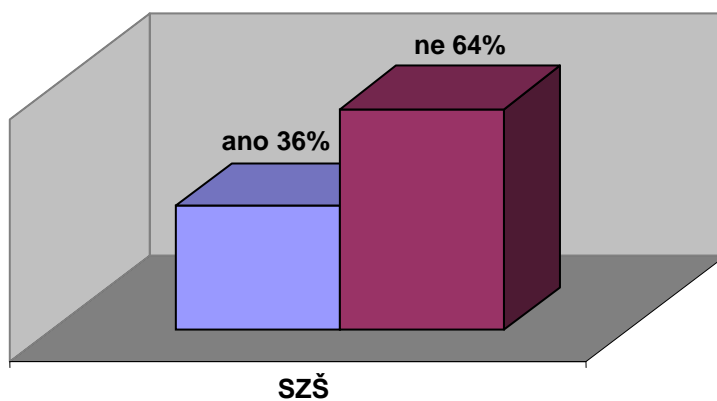
Pokud ano – z jakých zdrojů.

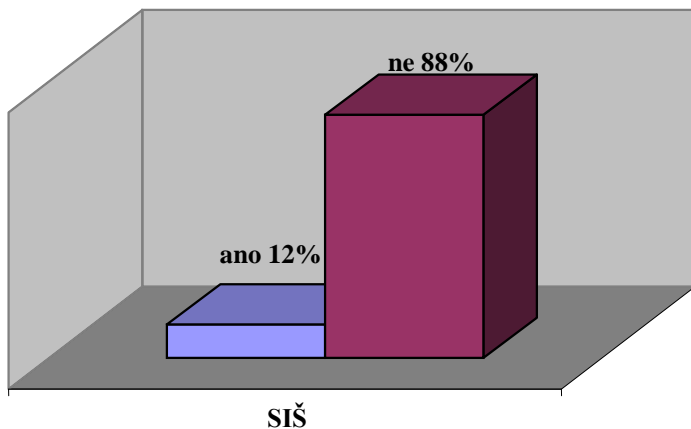
Tabulka č. 12

Školy	ano	ne	zdroje
SZŠ	36%	64%	časopisy, internet
SIŠ	12%	88%	časopisy, internet
SPŠ	16%	84%	Internet
GM	32%	68%	knihy, časopisy
OA	28%	72%	Časopisy
GaSOŠE	12%	88%	Časopisy

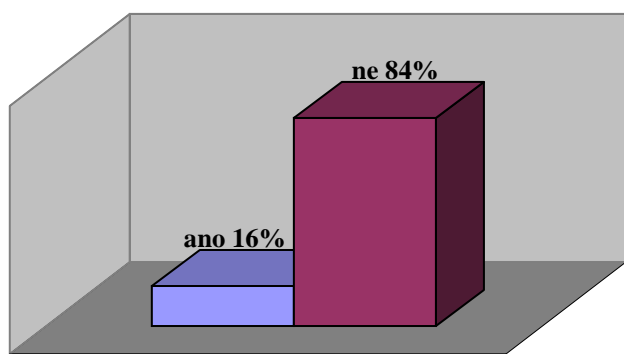
Graf č. 12

Grafické znázornění – zda-li si studenti zjišťují informace o mentální anorexii sami.

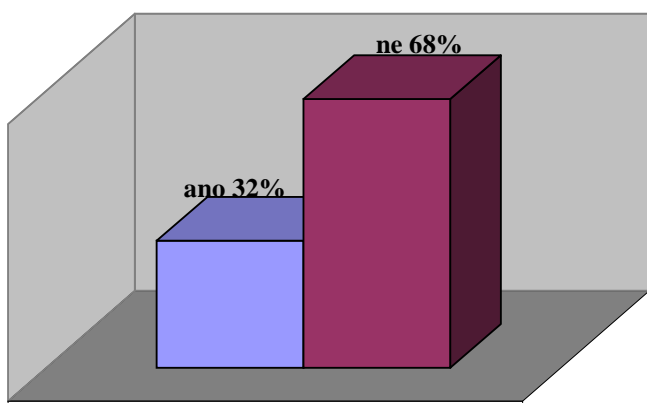




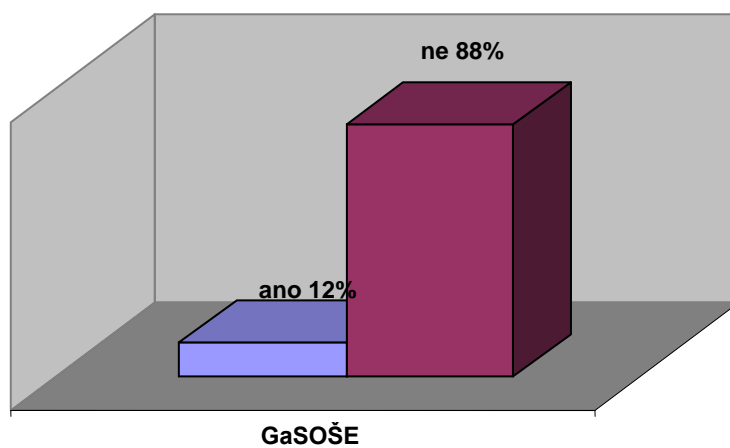
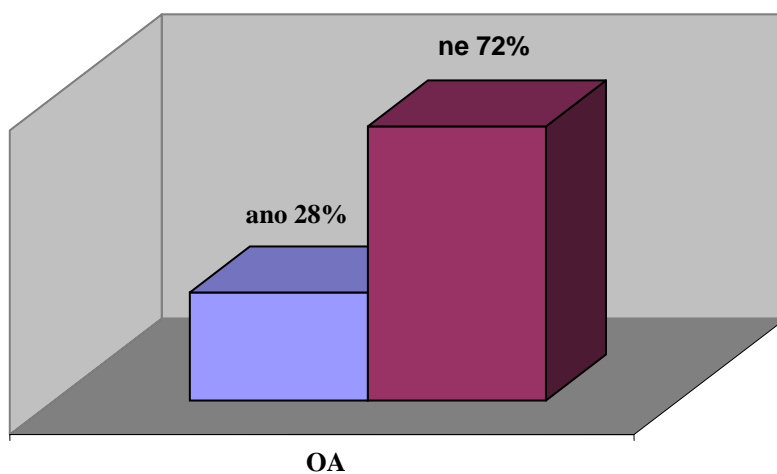
SIŠ



SPŠ



GM



Z výsledků šetření vyplývá, že si nejvíce informací o mentální anorexii zjišťují studenti SZŠ. Nejméně informací si zjišťují studenti GaSOŠE a SIŠ. Žáci uvedli, že informace o PPP čerpají nejčastěji z časopisů, z internetu a neposlední řadě z knih.

Otázka č. 13

Léčba mentální anorexie je podle Vás?

a) snadná- krátkodobá, b) obtížná- dlouhodobá

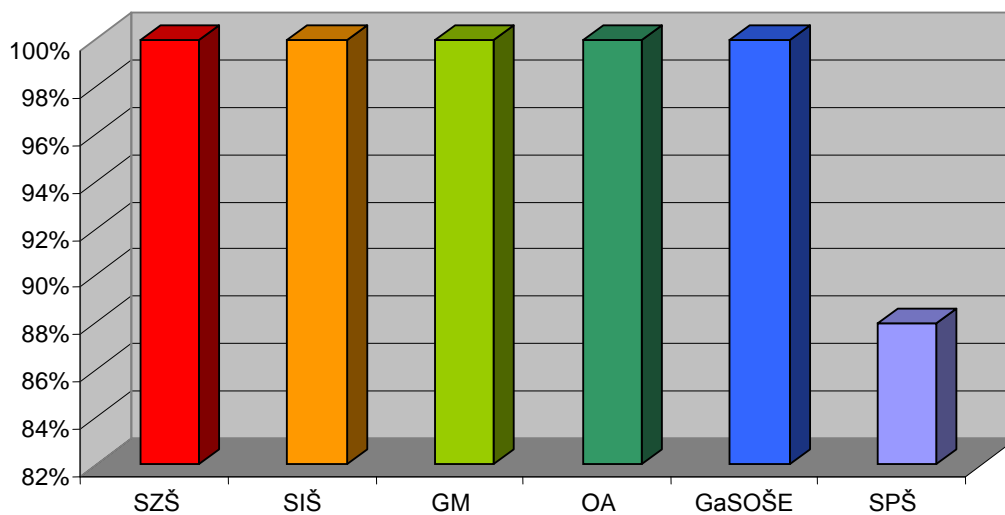
Tabulka č. 13

Pořadí podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
SZŠ	100%
SIŠ	100%
GM	100%
OA	100%
GaSOŠE	100%
SPŠ	88%

Graf č. 13

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 13 odpověděli všichni správně, až na výjimku SPŠ, ta měla 88%.

Otázka č. 14

Myslíte si, že se mentální anorexie může časem opakovat?

a) ano, b) ne, c) nevím

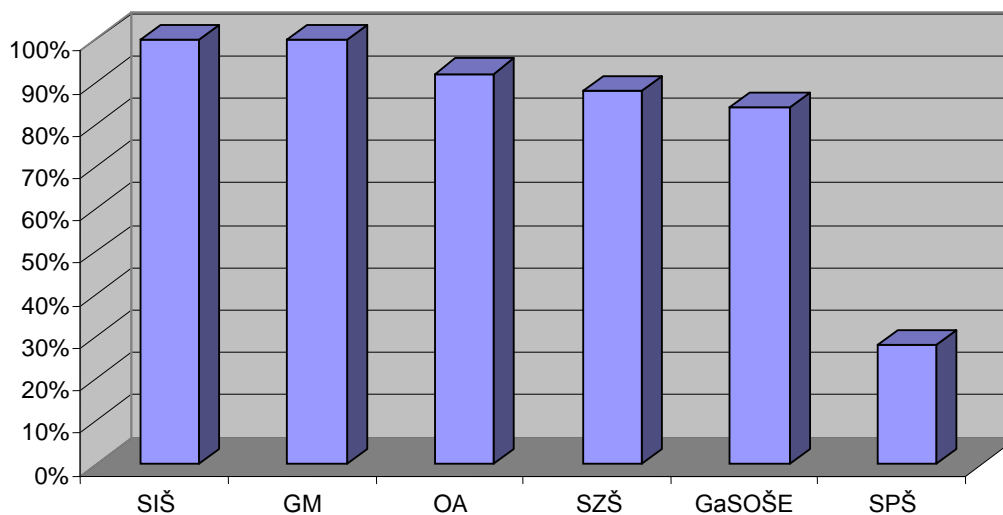
Tabulka č. 14

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
SIŠ	100%
GM	100%
OA	92%
SZŠ	88%
GaSOŠE	84%
SPŠ	28%

Graf č. 14

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 14 zodpověděli nejlépe SIŠ a GM. Nejhůře odpovídali žáci SPŠ.

Otázka č. 15

Myslíte si, že může mentální anorexie způsobit komplikace nebo trvalé následky?

a) ano, b) ne, c) nevím- nemám dostatek informací

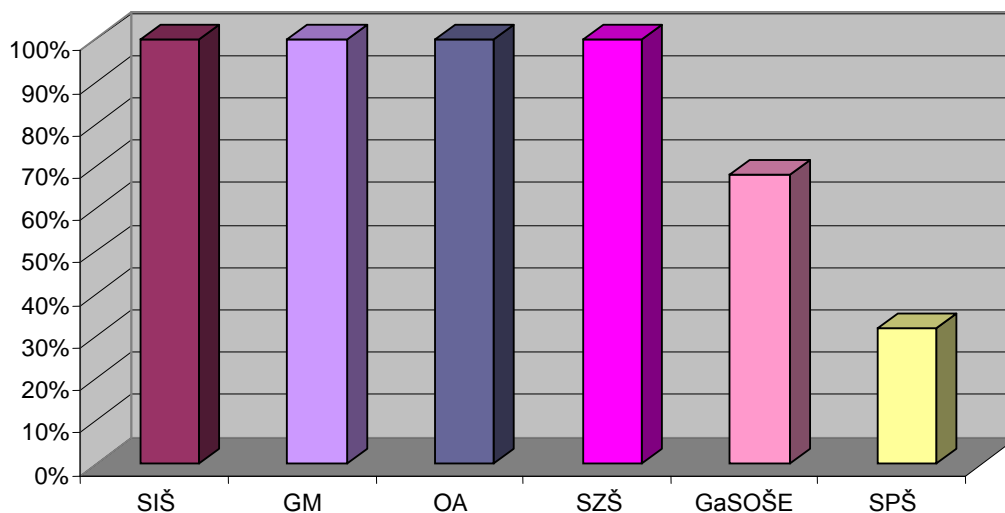
Tabulka č. 15

Pořadí podle počtu správných odpovědí v %.

Název školy	počet správných odpovědí %
SIŠ	100%
GM	100%
OA	100%
SZŠ	100%
GaSOŠE	68%
SPŠ	32%

Graf č. 15

Pořadí podle škol podle počtu správných odpovědí v %.



Tuto otázku zvládli na 100% odpovědět SIŠ, GM, OA a SZŠ. Pouze 32% správných odpovědí měla SPŠ.

Otázka č. 16

Myslíte si, že mentální bulimie je totéž, co záchvatovité přejídání ?

a) ne, není to totéž , b) ano, je to totéž

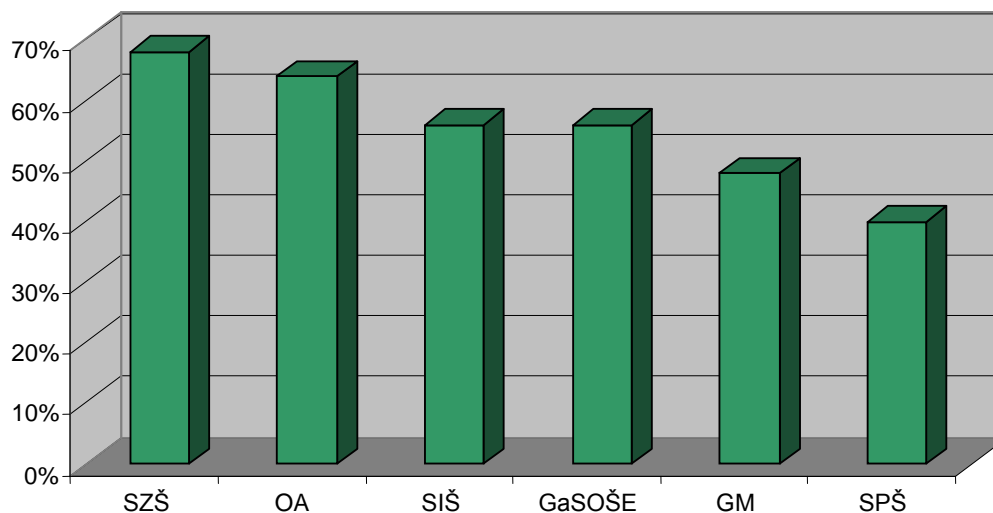
Tabulka č. 16

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
SZŠ	68%
OA	64%
SIŠ	56%
GaSOŠE	56%
GM	48%
SPŠ	40%

Graf č. 16

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 16 nejlépe zodpověděli žáci SZŠ a nejhůře žáci SPŠ.

Otázka č. 17

Myslíte si, že se mohou mentální anorexie a mentální bulimie vzájemně prolínat?

a) ano, b) ne, c) nevím

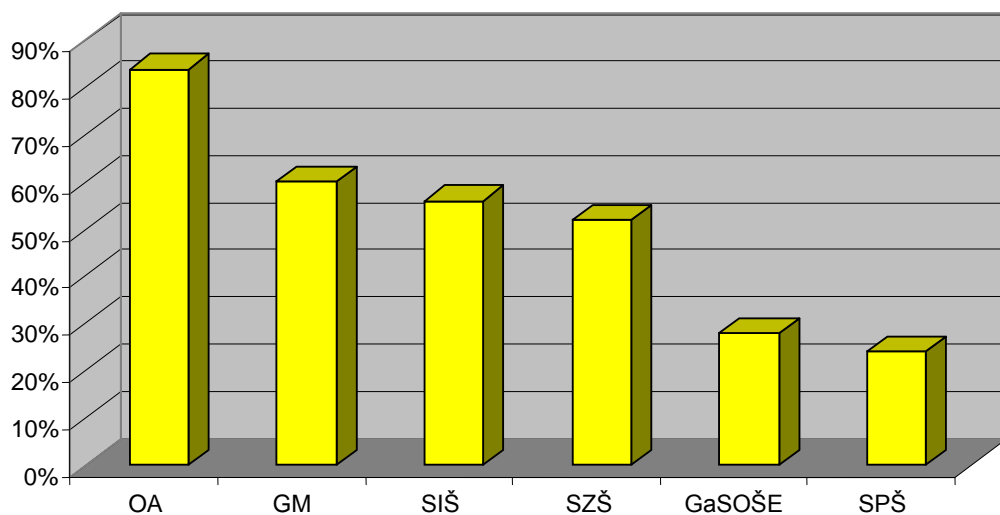
Tabulka č. 17

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
OA	84%
GM	60%
SIŠ	56%
SZŠ	52%
GaSOŠE	28%
SPŠ	24%

Graf č. 17

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Nejlépe na otázku č. 17 odpovídali žáci OA a nejhůře žáci SPŠ.

Otázka č. 18

Víte co je BMI – body mass index?

a) index podkožního tuku, b) index tělesné hmotnosti, c) index příjmu potravy

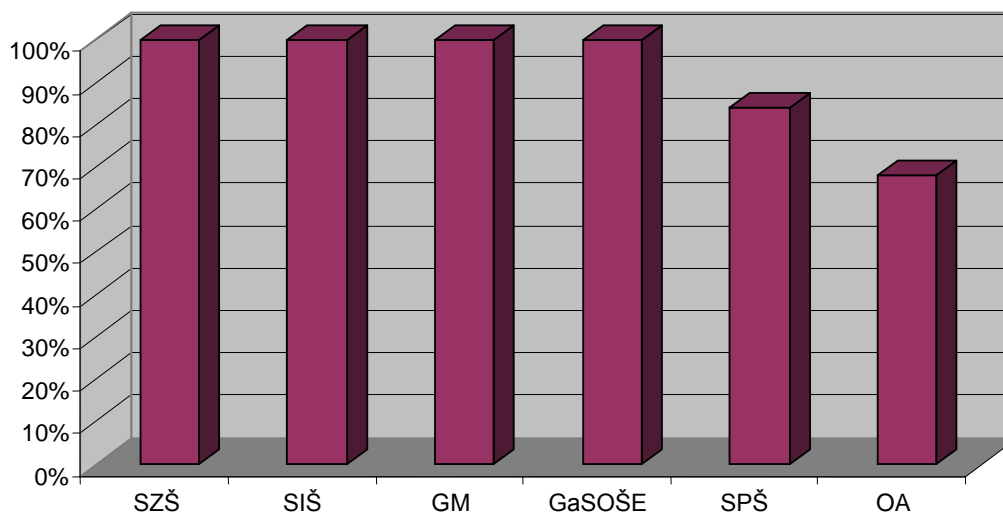
Tabulka č. 18

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
SZŠ	100%
SIŠ	100%
GM	100%
GaSOŠE	100%
SPŠ	84%
OA	68%

Graf č. 18

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Na tuto otázku odpovídali nejlépe žáci SZŠ, SIŠ, GM a GaSOŠE. Nejhůře odpovídali žáci OA.

Otázka č. 19

Víte jaké je fyziologické rozmezí indexu tělesné hmotnosti?

a) 15-20 BMI, b) 20-25 BMI, c) 25-30 BMI

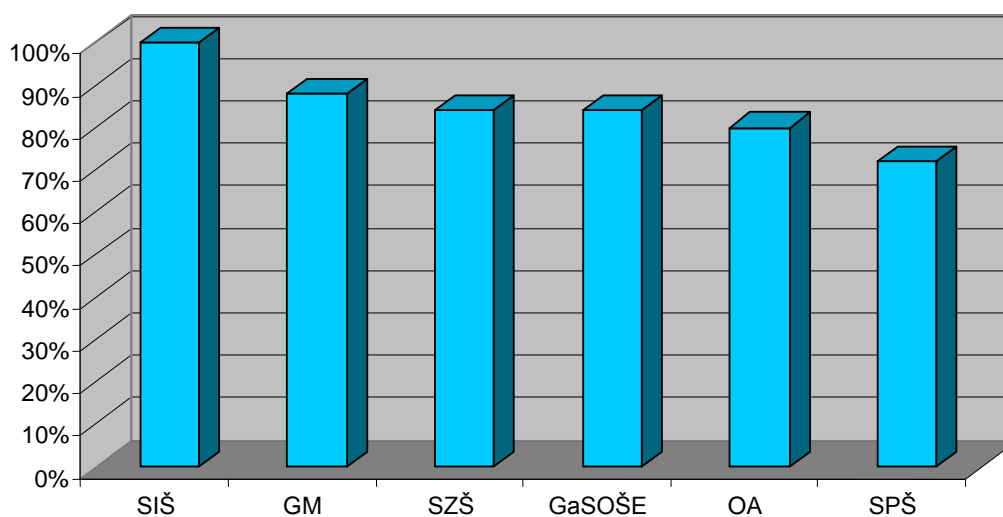
Tabulka č. 19

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
SIŠ	100%
GM	88%
SZŠ	84%
GaSOŠE	84%
OA	80%
SPŠ	72%

Graf č. 19

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 19 zodpověděli nejlépe žáci SIŠ a nejhůře žáci SPŠ.

Otázka č. 20

**Kolik by podle Vás měla vážit zdravá 18 letá dívka, která je vysoká
170 cm?**

a) méně než 50 kg, **b) 55 kg až 70 Kg**, c) více než 70 kg.

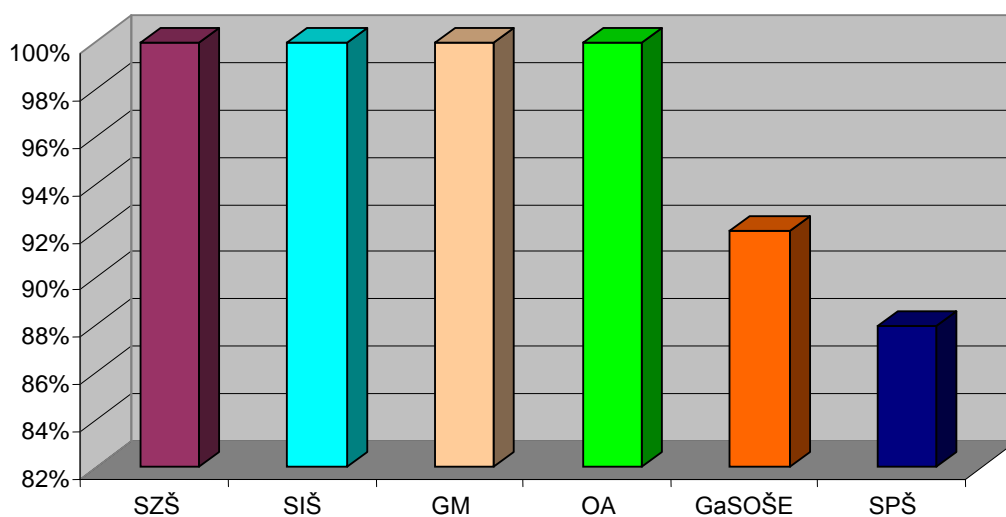
Tabulka č. 20

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

Název školy	počet správných odpovědí %
SZŠ	100%
SIŠ	100%
GM	100%
OA	100%
GaSOŠE	92%
SPŠ	88%

Graf č. 20

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Tuto otázku zodpověděli na 100% žáci SZŠ, SIŠ, GM a OA. O něco méně správných odpovědí měli žáci GaSOŠE a SPŠ.

Otázka č. 21

Víte co je mentální bulimie?

- a) hladovka, b) onemocnění opakující se záchvaty přejídání s následným zvracením,
c) onemocnění charakteristické poruchou paměti, d) úmyslné snižování těl.hmotnosti

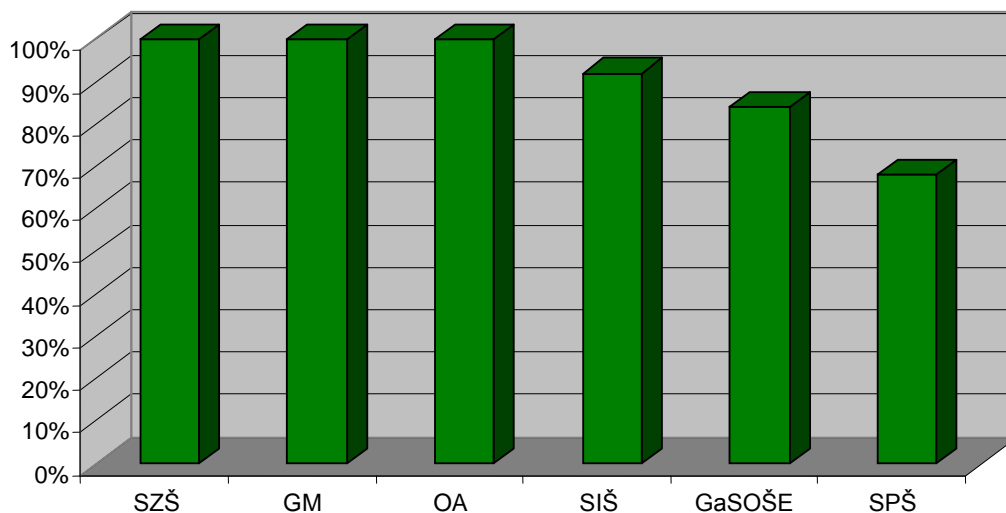
Tabulka č. 21

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

Název školy	počet správných odpovědí %
SZŠ	100%
GM	100%
OA	100%
SIŠ	92%
GaSOŠE	84%
SPŠ	68%

Graf č. 21

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 21 zodpověděli nejlépe žáci SZŠ, GM a OA. Nejhůře odpovědi měli žáci SPŠ.

Otázka č. 22a

Vyberte správné příznaky mentální bulimie

Tělesná váha je: a) pod normálem, **b) kolísavá**, c) nadváha

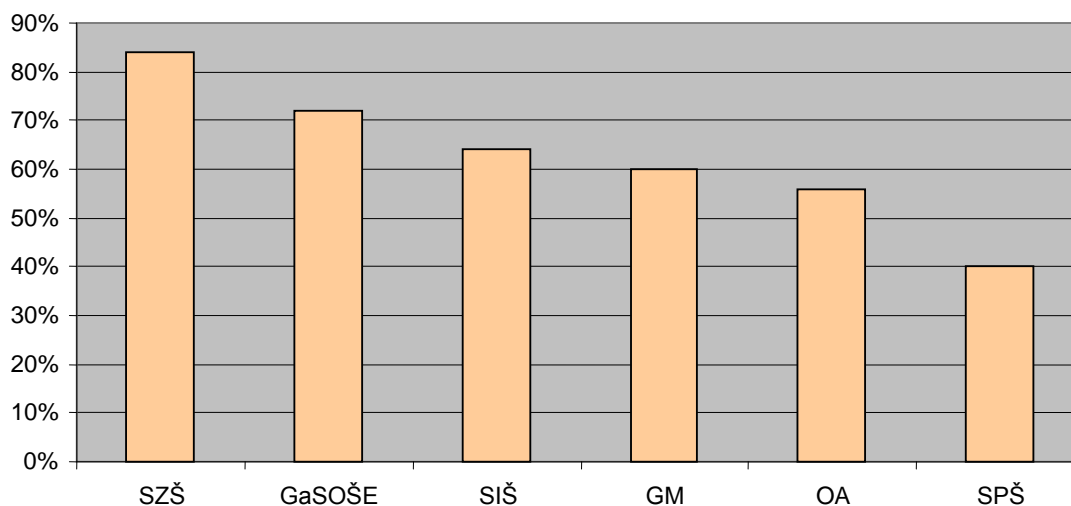
Tabulka č. 22a

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
SZŠ	84%
GaSOŠE	72%
SIŠ	64%
GM	60%
OA	56%
SPŠ	40%

Graf č. 22a

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Tuto otázku nejlépe zodpověděli studenti SZŠ a nejhůře žáci SPŠ.

Otázka č. 22b

Vyberte správné příznaky mentální bulimie

Menstruace: a) pravidelná, b) **nepravidelná**, c) ztráta menstruace

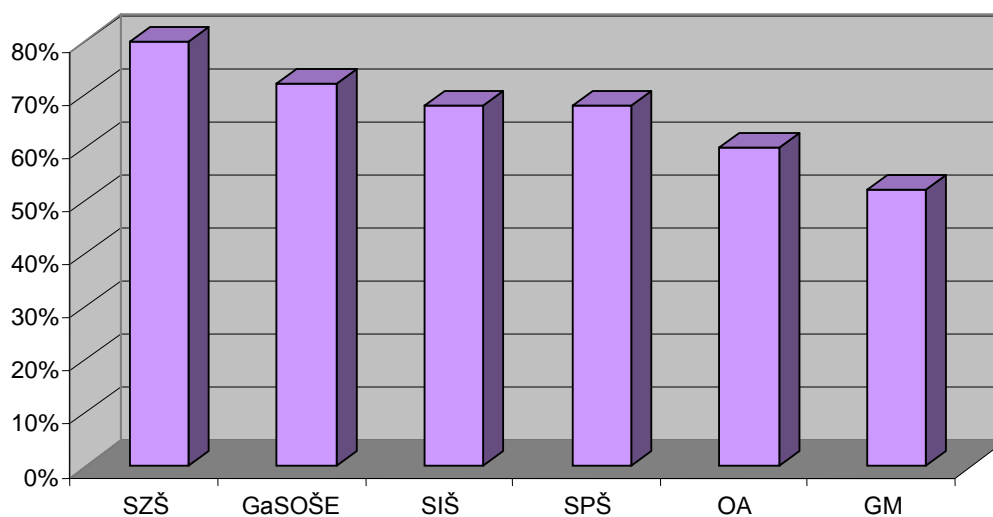
Tabulka č. 22b

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
SZŠ	80%
GaSOŠE	72%
SIŠ	68%
SPŠ	68%
OA	60%
GM	52%

Graf č. 22b

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku 22b nejlépe zvládli žáci SZŠ, kteří měli 80 % správných odpovědí a nejhůře žáci GM, kteří měli správných odpovědí 52%.

Otázka č. 22c

Vyberte správné příznaky mentální bulimie

Chrup: a) zdravý, b) poškozený – zvýšená kazivost

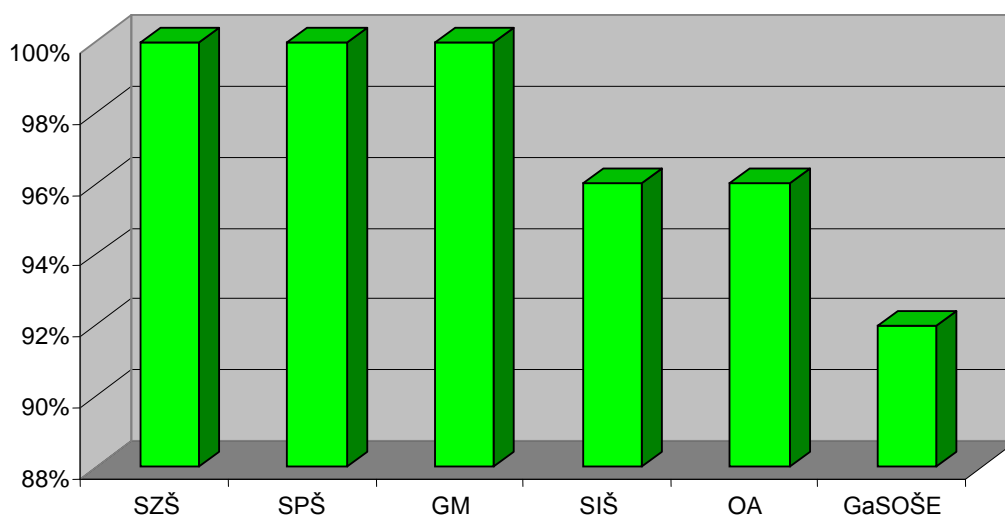
Tabulka č. 22c

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
SZŠ	100%
SPŠ	100%
GM	100%
SIŠ	96%
OA	96%
GaSOŠE	92%

Graf č. 22c

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 22c zvládli na 100% správných odpovědí studenti SZŠ, SPŠ, GM. Nejméně správných odpovědí měli studenti GaSOŠE a to 92%.

Otázka č. 22d

Myslíte si, že s obezitou narůstá riziko "cukrovky" (Diabetes mellitus

II. typu) ?

a) ano , b) ne

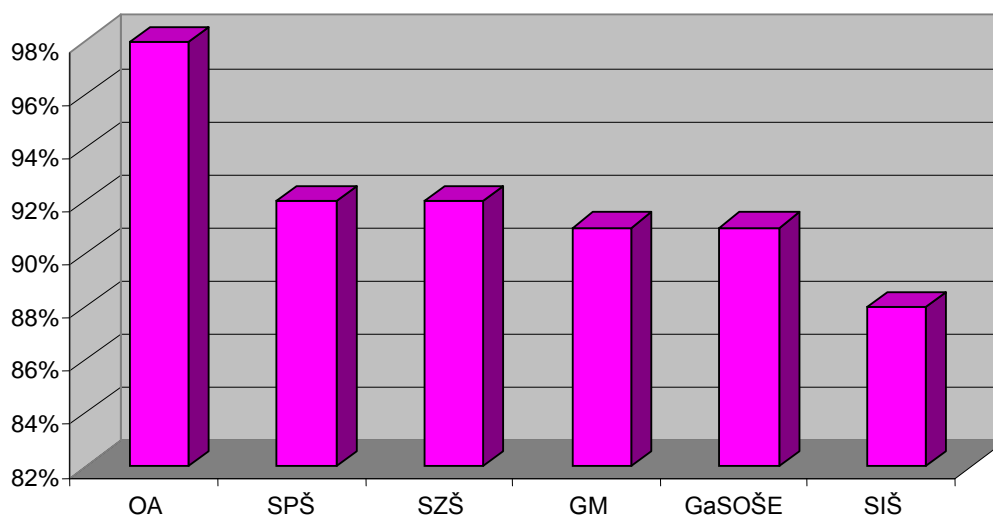
Tabulka č. 22d

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
OA	98%
SPŠ	92%
SZŠ	92%
GM	91%
GaSOŠE	91%
SIŠ	88%

Graf č. 22d

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Tuto otázku nejlépe zodpověděli žáci OA a nejhůře žáci SIŠ.

Otázka č. 23

Záchvatové přejídání je :

- a) konzumace specifické potraviny, b) forma diety, c) konzumace obrovského množství jídla, provázeno ztrátou sebekontroly.

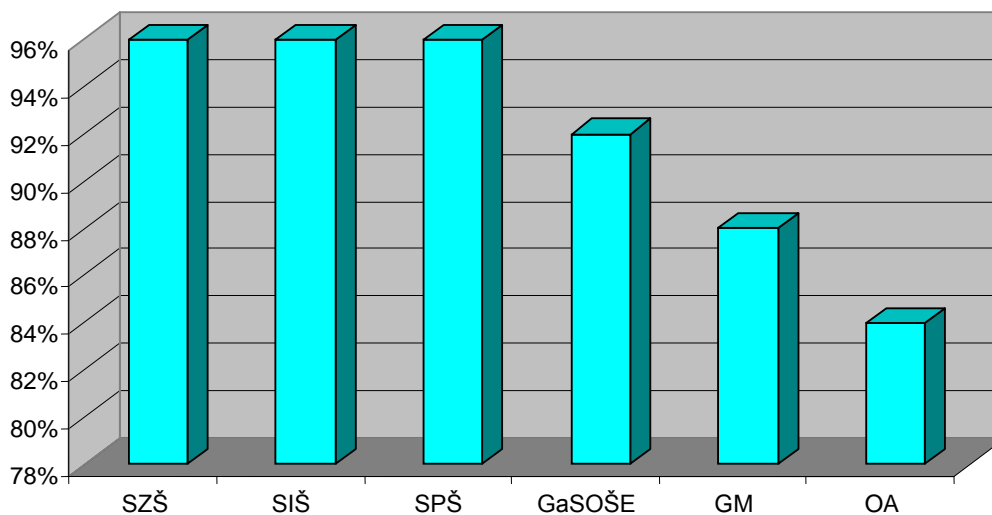
Tabulka č. 23

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.

název školy	počet správných odpovědí %
SZŠ	96%
SIŠ	96%
SPŠ	96%
GaSOŠE	92%
GM	88%
OA	84%

Graf č. 23

Pořadí škol podle počtu správných odpovědí v %.



Otázku č. 23 nejlépe zodpověděli studenti SZŠ, SIŠ, SPŠ a to na 96%, nejhůře odpovídali žáci OA a to na 84%.

Otázka č. 24

Chtěli byste se dozvědět více o poruchách příjmu potravy?

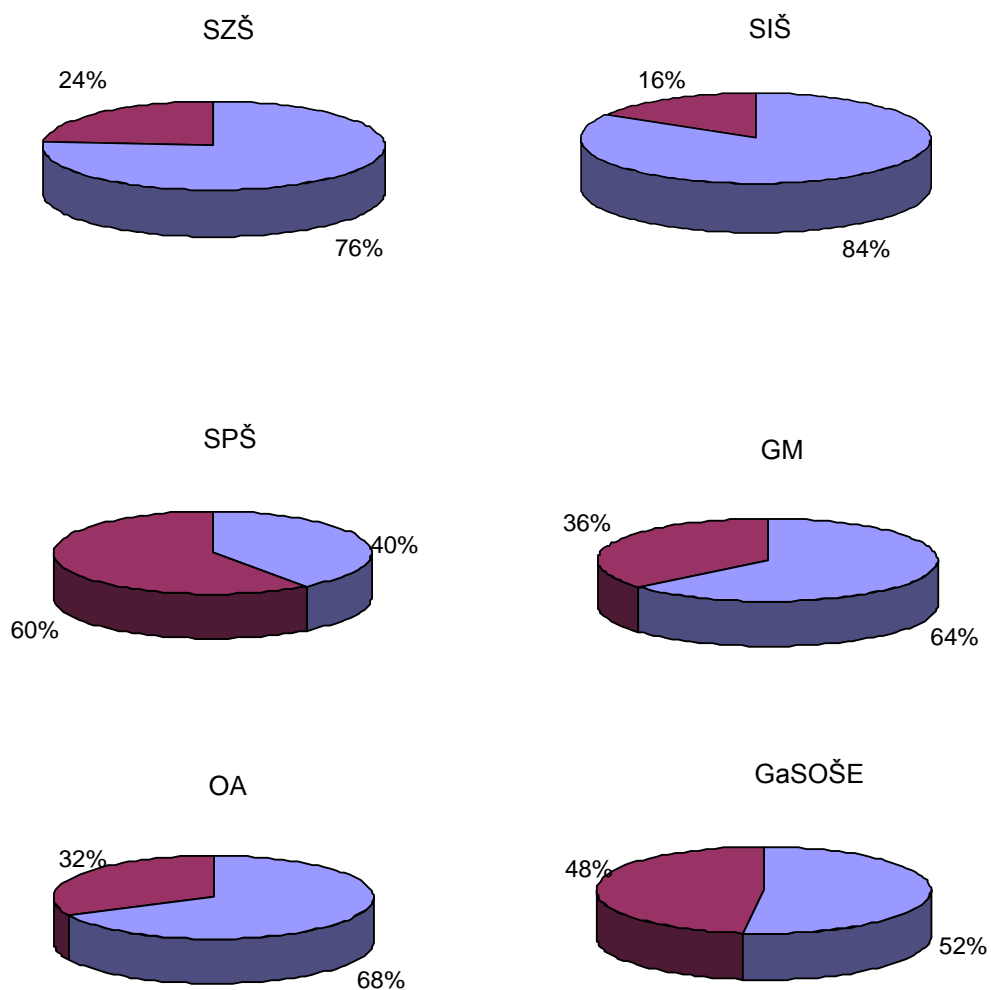
ANO, NE – pokud ano, jakou formou.

Tabulka č. 23

Školy	přednáška	brožura	obojí
SZŠ	16	1	2
SIŠ	16	4	1
SPŠ	5	4	1
GM	9	4	3
OA	13	4	0
GaSOŠE	18	22	8

Graf č. 24

Grafické znázornění škol a jejich zájem o informace týkající se poruch příjmu potravy.



Otázka č. 25

Co podle Vás vede lidi k těmto nemocem?

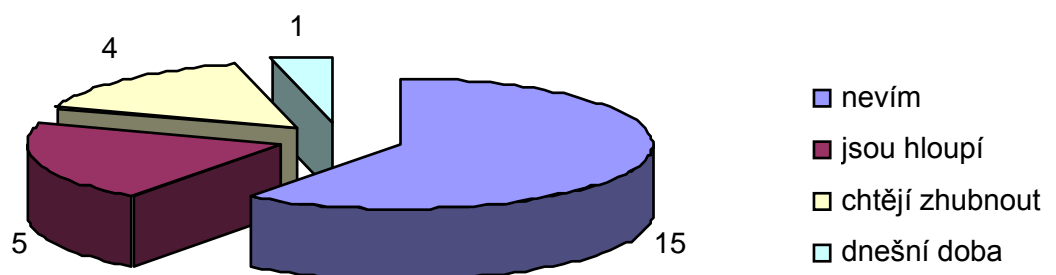
Tabulka č. 25a

Odpovědi studentů, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Škola	odpovědi	počet odpovědí
SPŠ	nevím	15
	jsou hloupí	5
	Chtějí zhubnout	4
	dnešní doba	1
		celkem: 25 respondentů

Graf č. 25a

Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.



Podle studentů SPŠ vede lidi ke vzniku PPP dnešní doba, chtějí zhubnout, jsou hloupý a převážná část studentů neví, co je vede ke vzniku těchto nemocí.

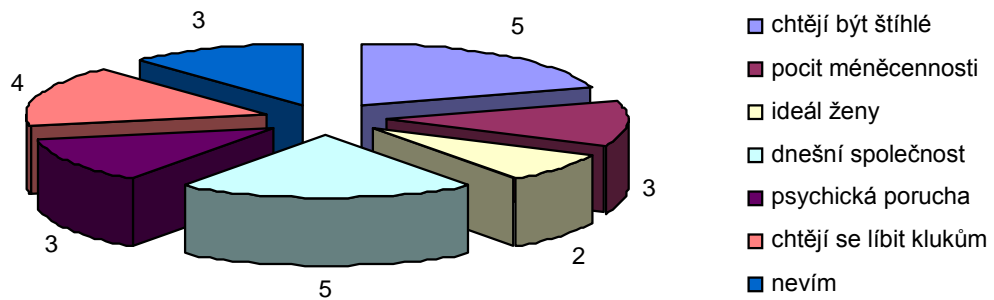
Tabulka č. 25b

Odpovědi studentů, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Škola	odpovědi	počet odpovědí
SZŠ	chtějí být štíhlé	5
	pocit méněcennosti	3
	ideál ženy	2
	dnešní společnost	5
	psychická porucha	3
	chtějí se líbit klukům	4
	nevím	3
		celkem 25 respondentů

Graf č. 25b

Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.



Podle studentů SZŠ vede lidi ke vzniku PPP dnešní společnost, psychická porucha, chtějí se líbit klukům, ideál ženy, pocit méněcennosti, chtějí být štíhlé a 3 studenti neví, co může vést lidi k PPP.

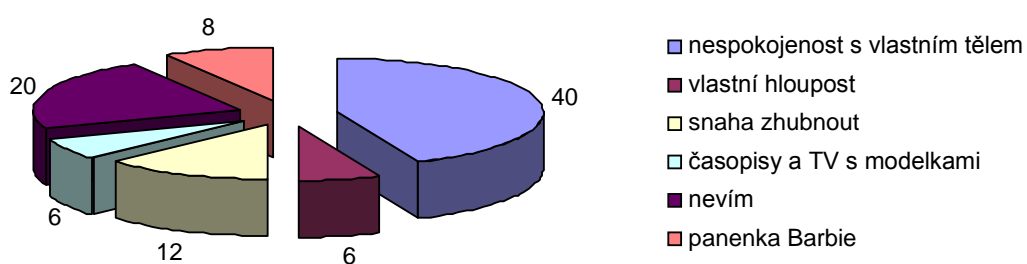
Tabulka č. 25c

Odpovědi studentů, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Škola	odpovědi	počet odpovědí
GaSOŠE	nespokojenost s vlastním tělem	40
	vlastní hloupost	6
	snaha zhubnout	12
	časopisy a TV s modelkami	6
	nevím	20
	panenka Barbie	8
		celkem 92 respondentů

Graf č. 25c

Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.



Podle studentů GaSOŠE vede lidi k PPP nespokojenost s vlastním tělem, vlastní hloupost, snaha zhubnout, časopisy a TV s modelkami a panenky Barbie a 20 studentů neví.

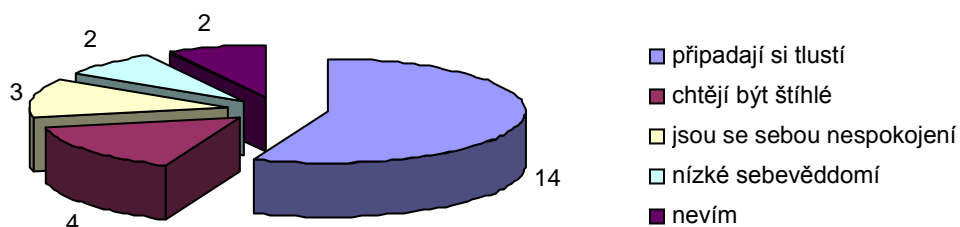
Tabulka č. 25d

Odpovědi studentů, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Škola	odpovědi	počet odpovědí
SIŠ	připadají si tlustí	14
	chtějí být štíhlé	4
	jsou se sebou nespokojení	3
	nízké sebevědomí	2
	nevím	2
		Celkem: 25respondentů

Graf č. 25d

Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.



Podle studentů SIŠ vede lidi k PPP nízké sebevědomí, připadají si tlustí, chtějí být štíhlé, jsou se sebou nespokojení a 2 studenti neví, co vede lidi k PPP.

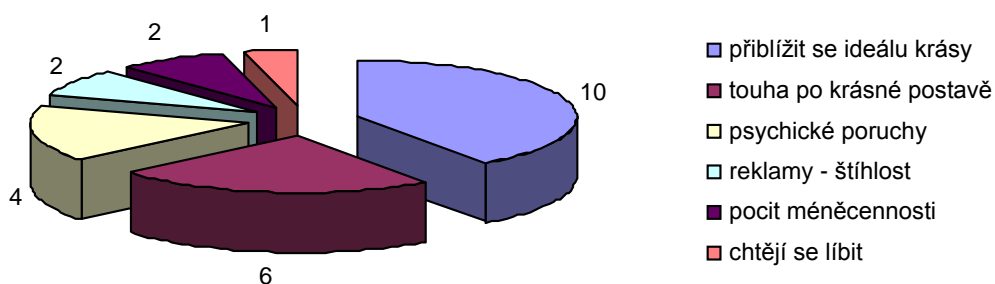
Tabulka č. 25e

Odpovědi studentů, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Škola	odpovědi	počet odpovědí
GM	přiblížit se ideálu krásy	10
	touha po krásné postavě	6
	psychické poruchy	4
	reklamy - štíhlost	2
	pocit méněcennosti	2
	chtějí se líbit	1
		celkem 25 respondentů

Graf č. 25e

Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.



Podle studentů GM vede lidi k PPP touha po kráse, chtějí se líbit, psychické poruchy, reklama – štíhlost, pocit méněcennosti a přiblížit se ideálu krásy. Nikdo ze studentů neodpověděl, že neví.

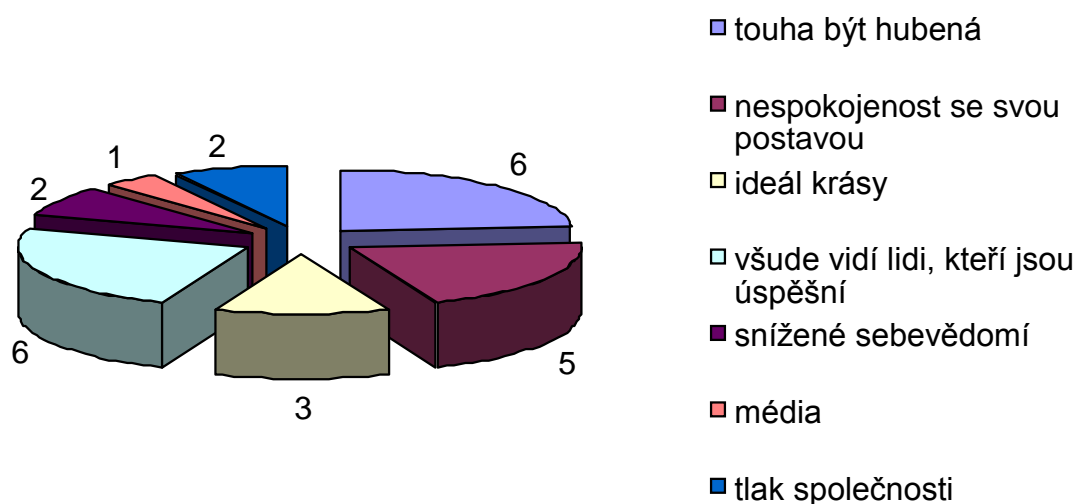
Tabulka č. 25f

Odpovědi studentů, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Škola	odpovědi	počet odpovědí
OA	touha být hubená	6
	nespokojenost se svou postavou	5
	ideál krásy	3
	všude vidí lidi, kteří jsou úspěšní	6
	snížené sebevědomí	2
	média	1
	tlak společnosti	2
		celkem 25 respondentů

Graf č. 25f

Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.



Podle studentů OA vede lidi ke vzniku PPP nespokojenost se svou postavou, touha být hubená, úspěšní hubení lidé, média, ideál krásy. Opět nikdo neodpověděl, že neví.

16.7 Závěr šetření

V prvních třech otázkách jsem zjišťovala název školy, pohlaví a věk studentů. Při grafickém znázornění věku studentů jsem zjistila, že Gymnázia a Obchodní akademie navštěvují nejstarší studenti. Více než polovině studentů je 19 let., v jiných školách jsou studenti o rok a někdy i o dva roky mladší. Hned jsem se zamyslela nad tím, zda-li to bude mít vliv na výsledky šetření, nebo zda-li věkové rozmezí 1 – 2 let budou hrát roli v informovanosti o poruchách příjmu potravy. Následující otázky mi pomohly zjistit, do jaké míry jsou studenti o poruchách příjmu potravy informováni. Otázku, co je mentální anorexie, zodpověděli nejlépe studenti GM a SZŠ, kteří měli nad 90% správných odpovědí. Nejhůře odpovídali studenti SPŠ, kteří měli 48% správných odpovědí. V otázce číslo 5 jsem se zabývala příznaky mentální anorexie. Zde byly nejspěšnější studenti OA. Otázky č. 6,7,8 zjišťovaly v jakém věku nejčastěji mentální anorexie začíná, koho postihuje a zda-li počet nemocných stoupá nebo klesá. Tyto otázky studenti zvládli na 80% a více správných odpovědí. Výjimkou byli studenti SPŠ, kteří se pohybovali pod 80% v počtu správných odpovědí. Otázka číslo 9 mi měla zjistit, zda-li se studenti setkali s někým, kdo trpí mentální anorexií. Nejvíce studentů, kteří se setkali s touto osobou navštěvují SIŠ. Bylo jich celkem 72%, což je velmi vysoké číslo. Tento výsledek mě překvapil, předpokládala jsem, že se nejvíce s mentální anorexií setkávají studenti SZŠ. Otázka č. 10 byla zaměřená na chování anorektičky/anorektika. Zde měli studenti nedostatky. Nejvíce správných odpovědí měli studenti GM a OA, nejvíce špatných odpovědí měli studenti GaSOŠE a SPŠ. Otázka č. 11 mi zjišťovala, zda-li se studenti setkali s předmětem, jehož součástí byly informace o mentální anorexii. Po vyhodnocení výsledků jsem byla opět překvapená. Nejvíce informací z vyučujících předmětů získali studenti GM, OA, GaSOŠE. U této otázky jsem předpokládala, že nejvíce informací ze školních předmětů budou mít studenti SZŠ a SIŠ. Otázky číslo 13, 14, 15, 17 byly zaměřené na léčbu, komplikace, relaps onemocnění, dále jsem zjišťovala, zda-li se mohou vzájemně prolínat. Po vyhodnocení těchto otázek jsem zjistila, že studenti vědí, že je léčba dlouhodobá – obtížná, že se může onemocnění časem opakovat, ale už mají nedostatek informací, o tom, že mohou tato onemocnění způsobit komplikace nebo trvalé následky. Otázka číslo 16 mě celkem zarazila- nečekala jsem, že studenti neznají rozdíl mezi záchvatovitým přejídáním a mentální bulimií. Nejlépe odpověděli žáci SZŠ. Otázku č. 17, zda-li se mohou mentální

anorexie a mentální bulimie prolínat, odpověděli nejlépe studenti OA a GM. Zde mě to taktéž zarazilo, GM ani OA nemají žádnou specializaci, oproti SZŠ, která léčbu zná a ví, že se časem mentální anorexie může opakovat a že způsobuje komplikace. Nejhůře na tyto otázky odpovídali studenti SPŠ. Otázky číslo 18, 19, 20 jsem zaměřila na body mass index – zda-li studenti znají tento pojem a znají jeho fyziologické rozmezí. V této oblasti měli studenti počet správných odpovědí v rozmezí 68% - 100% . U otázky číslo 21 jsem se zaměřila na mentální bulimii. Pojem mentální bulimie znají správně na 100% studenti SZŠ, GM a OA. V posledních dvou otázkách jsem zjišťovala, zda-li by studenti chtěli obohatit své dosavadní znalosti v oblasti poruch příjmu potravy a co podle nich vede lidi ke vzniku těchto nemocí. Zjistila jsem, že nejvíce obohatit své dosavadní znalosti by si chtěli studenti SIŠ a SZŠ. Jako zdroj informací by jim vyhovovala přednáška na toto téma nebo přehledná brožura, která by obsahovala informace o poruchách příjmu potravy. Otázku č. 25 jsem položila jako jedinou otevřenou otázku. Zjišťovala jsem, co podle studentů vede lidi k těmto nemocem. Pro přehlednost jsem u každé školy tyto odpovědi graficky znázornila. Při hodnocení této jediné otevřené otázky jsem došla k výsledku, že studenti OA,GM a GaSOŠE měli nejlépe formulované odpovědi, které byly stručné, jasné, výstižné a jejich celková úprava vyplněných dotazníků mě ujistila v tom, že na těchto školách je úroveň studentů vyšší než na SIŠ, SZŠ a SPŠ.

Ze stanovených hypotéz se mi dvě hypotézy potvrdily a dvě se mi nepotvrdily, byly vyvráceny.

H1 – Předpokládám, že více budou informováni žáci SZŠ než žáci OA, GM, SIŠ, SPŠ V Příbrami a GaSOŠE Sedlčany.

Po vyhodnocení dotazníků jsem došla k výsledku, že tato hypotéza se mi nepotvrdila. K potvrzení či nepotvrzení této hypotézy jsem využila všech otázek v dotaznících, jejichž vyhodnocení a grafické znázornění (viz příloha č. 12) ukázaly, zda-li je SZŠ nejvíce informována o poruchách příjmu potravy oproti jiným vybraným školám. SZŠ bohužel skončila podle celkového počtu správných odpovědí až na čtvrtém místě. Tento výsledek mě nemile překvapil. Myslím si, že až toto vyhodnocení předám

vedení školy, jak dopadli, nebudou nadšeni. Nejvíce správných odpovědí měli žáci OA, následovali je žáci GM a SIŠ. Hned jsem si tyto výsledky pospojovala s věkovým rozdílem. Střední školy OA a GM měly nejvíce devatenáctiletých studentů a nejlepší celkové výsledky. Dle těchto výsledků mohu usoudit, že i jeden rok hraje určitou roli v míře informovanosti o poruchách příjmu potravy.

H2 – Předpokládám, že míra informovanosti o poruchách příjmu potravy bude nižší u mužů než u žen.

Hypotéza číslo 2 se mi po vyhodnocení dotazníků potvrdila. K potvrzení této hypotézy jsem použila všechny položky v dotazníku a nejdůležitější byly položka č. 2: jste muž nebo žena? Ženy měly 76% správných odpovědí a muži pouhých 25% správných odpovědí. Poruchy příjmu potravy postihuje častěji ženy než muže. Na základě tohoto faktu jsem si stanovila hypotézu číslo 2. Usoudila jsem, že když tyto poruchy postihují častěji ženy, budou o těchto poruchách více informováni než muži, které tyto poruchy postihují jen zřídka. Pro přehlednost jsem výsledky graficky znázornila (viz. Příloha č. 13).

H3- Předpokládám, že největší zájem o informace týkající se poruch příjmu potravy budou mít žáci SZŠ a SIŠ oproti žákům OA, GM,SPŠ v Příbrami a GaSOŠE v Sedlčanech.

Hypotézu číslo 3 jsem si stanovila na základě zamyšlení se nad vybranými školami a jejich odbornému zaměření. Usoudila jsem, že největší zájem o informace týkající se poruch příjmu potravy budou mít studenti SZŠ a SIŠ. Proč zrovna tyto školy? Studenty SZŠ by měla tato problematika zajímat, jelikož se s ní zajisté mohou setkat během praxe. Studenti SIŠ- oboru hotelnictví mají k těmto poruchám blízko, v souvislosti s odbornými předměty a odbornou praxí, která se pohybuje v oblasti výživy. Dle mého názoru by o tyto informace měli jevit zájem všichni studenti a obohacovat své

dosavadní znalosti. Zejména pak ti studenti, kteří se mohou s těmito poruchami setkat v praxi. Studenti by své informace chtěli obohatit formou přednášek nebo přehledné brožury, která by obsahovala základní informace o poruchách příjmu potravy. K potvrzení či nepotvrzení této hypotézy jsem se zabývala v otázce č. 24. Hypotéza číslo 3 se mi potvrdila. Pro přehlednost přikládám grafické znázornění škol a jejich zájem o informace týkající se poruch příjmu potravy (viz. Příloha č. 14).

H4 –Předpokládám, že chování mentální anorektičky/anorektika budou znát lépe žáci SZŠ než žáci GM, OA, SIŠ, SPŠ v Příbrami a GaSOŠE v Sedlčanech.

Hypotézu č. 4 se mi po vyhodnocení všech položek, které byly zaměřeny na chování anorektičky/anorektika nepotvrdila. Předpokládala jsem, že studenti SZŠ budou nejlépe znát chování anorektičky/anorektika, jelikož se s takto nemocnými mohou setkat v průběhu odborné praxe. Můj předpoklad se nepotvrdil. Chování anorektičky/anorektika znají lépe studenti GM a OA. Zamýšlela jsem se nad tímto výsledkem a došla jsem k názoru, že studenti GM a OA se sice nesetkali v takové míře s takto nemocnými lidmi, ale mají celkově větší znalosti o poruchách příjmu potravy.

17. Praxe

Jako studentka třetího ročníku VOŠ jsem absolvovala dvě praxe blokové (na podzim r. 2008 a na přelomu února a března 2009) a jednu praxi průběžnou (duben 2009) v benešovském K-centru. Zde jsem se setkala s pacientkami trpící anorexií – téměř vždy díky drogám. Setkala jsem se i s případem maminky, která si přišla pro radu, že její dcera trpí anorexií a nemůže ji přesvědčit, aby se šla léčit. Bylo to velmi těžké radit a vědět, že maminky dcera se pravděpodobně nenechá přesvědčit, aby vyhledala pomoc odborníků. Zde pro příklad uvedu kasuistiku dívky, která díky drogám začala trpět anorexií. Tento příběh má ale šťastný konec a to není vždy bohužel pravidlem.

Kasuistika:

Osobní údaje: dívka Tereza, nar. 4.12.1986 v Benešově, bytem Jiráskova ul. 112, okr. Benešov, matka úřednice, otec řidič, mladší sestra z druhého manželství matky.

Klientka navštěvuje K-centrum již šestým rokem. ZŠ ukončila v Benešově. Rodiče se v té době rozváděli. Škola ji přestávala bavit, odrazilo se to na závěrečných známkách. Začala utíkat z domova za partou, kde ji bylo lépe. Utíkala před stresem a napětím, hádkami doma. Otec si našel milenku. Po ukončení povinné školní docházky byla přijata na OU Benešov. V prvním ročníku měla několik pohlavních styků pod vlivem alkoholu a bez ochrany. V důsledku toho otěhotněla. S tímto problémem vyhledala K-centrum, poté co jej navštívila v rámci exkurze se školou. Na doporučení gynekologa, matky, partnera a školy podstoupila přerušení těhotenství. V té době se stýkala s vrstevníky, kteří brali drogy. Ona začala experimentovat s pervitinem, heroinem, kokainem, extází a kouřila pravidelně marihuanu. Školu s problémy dokončila, příležitostně si hledala práci. V té době díky pervitinu přestala jíst. Jídlo nepotřebovala. Jedla jen když to bylo nezbytně nutné a to ještě vždy, když si přišla do K-centra na výměnu. Začala být doslova jen kost a kůže. Díky drogám ji to bylo jedno. Naštěstí, ještě před totálním skolabováním, zjistila, že je opět těhotná. Tentokrát si dítě nechala a stalo se pro ni motivací dostat se z toho začarovaného kruhu ven. Letos porodila zdravého syna Jakuba, váha 3,70 kg, výška 53 cm. V průběhu druhého těhotenství odmítala chodit na gynekologii, protože v prvních třech měsících brala ještě pervitin a kouřila marihuanu. Po porodu velmi zodpovědně pečuje o své dítě, má byt, milujícího partnera Tomáše, pracuje jako skladník. Tereza na drogy už chuť nemá a na jídlo ano.

18. Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit do jaké míry je dnešní mladá generace informována o poruchách příjmu potravy. V praktické části jsem zjišťovala, která škola je nejvíce informována o poruchách příjmu potravy a která má největší zájem o informace týkající se této problematiky. Dalším cílem bylo objektivizovat míru informovanosti mužů a žen. Pro dosažení co nejobektivnějších výsledků jsem zvolila šest středních škol s různým odborným zaměřením. Pro potvrzení či vyvrácení mých hypotéz jsem použila metodu dotazníku. Dotazník obsahoval 25 otázek, z toho 21 uzavřených, 3 polootevřené a 1 otázku otevřenou. Dotazník byl anonymní a byl předložen 217 respondentům, které představovali studenti třetích ročníků středních škol v Příbrami a v Sedlčanech.

Ve vztahu k uvedeným cílům a k uvedenému šetření problému jsem si stanovila čtyři hypotézy. Po vyhodnocení dotazníků a jejich grafickém znázornění jsem došla k závěru, že se mi dvě hypotézy potvrdily a dvě hypotézy se mi vyvrátily. Cíl mé práce byl splněn. Zjistila jsem jaké je míra informovanosti u studentů středních škol o poruchách příjmu potravy.

Celkově tato práce obohatila i mne o mnoho poznatků. Nemyslím tím jen teorii, ale i praktickou část. Při vyhodnocování dotazníků jsem si udělala svůj vlastní obrázek o míře informovanosti studentů o poruchách příjmu potravy. Jsem i velmi potěšena, že studenti po grafickém zpracování mě ještě vyhledali a měli zájem o to, jak jejich škola dopadla a v jakých otázkách nejvíce chybovali. Měli taktéž zájem o správné odpovědi, aby prý do budoucna věděli, jak to u poruchách příjmu potravy chodí.

Podle mých výsledků šetření a i dle mého názoru, bych mládež nadále informovala o poruchách příjmu potravy a to nejen ve školních předmětech, ale i přidáním informací do médií- televize, rádia, časopisů,...

Je očividné, že lidí trpících poruchou příjmu potravy bude stále přibývat, avšak přála bych si, aby lidí s těmito poruchami ubývalo. Snad do budoucna moderní svět zmoudří a změní se ideál ženské krásy. Aby už nikdo nemusel trpět.

RESUME:

Level of foreknowledge of the eating disorders

Eating disorders make characteristic problem of current world in many ways. Eating disorders are extreme and simplified answer on a complicated question of personal satisfaction and sociable as well as health.

We are surrounded by media which show beauty bodies. Television programmes, films, magazines for woman and men – everywhere we meet with an idea, that beauty, young and feminine body is a guarantee of personal happiness. And unfortunately: not only the guarantee, but even requirement.

I have chosen this topic for its topicality. It can be expected, that a number of disordered by eating disorders will still increase and society will have to deal with it.

In my research – I tried to focus on point how students are notified of eating disorders. “ Why just on students“? This is the most endangered group of people, where usually eating disorders start. In my opinion – I think that a lot of people know these both kinds of disorders, but they do not realise or do not know importance of these disorders. The result of my research should show, if there is a need to more inform young people about these disorders and by this precede a rising of eating disorders.

I divided my development into two parts:

Theoretical part:

In theoretical part I did aim to eating disorders as in anorexia, bulimia, obesity and paroxysm of eating. I approached to these disorders from bio-psycho-social view.

Research part:

In the practical part I did aim especially to anorexia, bulimia, obesity and paroxysm of eating. And the second part is the case study.

Univerzita Karlova V Praze

Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

**Prevalence poruch příjmu potravy a možnosti
prevence**

Vedoucí práce: RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

Autor: Bc. Lenka Matoušková, DiS.

Praha 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

.....

V Oříkově 18.6. 2012

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji RNDr. Janě Leontovyčové, CSc. za cenné rady, podněty a připomínky při zpracovávání mé diplomové práce. Mé poděkování patří i studentům středních škol za vyplnění dotazníků. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině, která byla mou podporou při studiu a bez které bych nestudovala a tudíž by ani nikdy nevznikla tato práce.

.....

Anotace (v českém jazyce): V mé diplomové práci jsem se zabývala poruchami příjmu potravy, jejich historií a současností. Toto téma jsem si zvolila záměrně pro jeho aktuálnost. Již v současné době je zřejmé, že počet lidí s touto poruchou bude narůstat, a proto je třeba se jím zabývat. V teoretické části jsem se zaměřila na vymezení pojmu mentální anorexie, mentální bulimie, obezita a záchvatovité přejídání, jejich symptomy, následky a jejich léčbu. Vymezila jsem speciální léčebné metody. Logicky jsem v teoretické části poukázala na historii těchto poruch příjmu potravy. V praktické části jsem postupovala dle stejných kritérií- což je historie a současnost poruch příjmu potravy. Mezi 217 respondentů jsem rozdala dotazníky s otázkami, které se týkají této problematiky. Celkem jsem měla stanovené čtyři hypotézy. Výsledkem bylo, že dvě hypotézy se potvrdily a dvě ne. Po dotazníku, druhou metodou v praktické části, byla kasuistika. Tuto kasuistiku jsem získala díky své praxi v K-centru. V přílohách mám například: manuál pro léčení anorektiček v psychiatrické klinice 1. UK na Praze 2, obrázky dívek, trpících mentální anorexií, organizacemi, které se zabývají léčbou poruch příjmu potravy a zpovědi dívky, která trpěla jak mentální anorexií, tak i mentální bulimií.

Klíčová slova: mentální anorexie, mentální bulimie, historie, současnost, léčba, následky poruch příjmu potravy, dotazník, kasuistika, záchvatovité přejídání, obezita, prevalence, prevence.

Summary: In my degree work I deal with eating disorders, their history and the situation in the present day. I deliberately chose this topic for its contemporary relevance. It is clear that the number of people with this disorder is increasing, and therefore the issue must be addressed. In the theoretical part, I focus on the definition of anorexia nervosa, bulimia nervosa, paroxysm of eating, obesity, the symptoms, consequences and treatments. I have identified specialized treatment methods. I detailed the theoretical part of the history of eating disorders. In the practical part, I followed the same criteria, with the history and presence of eating disorders. I gave questionnaires to 217 respondents with questions related to this issue. I set out four hypotheses in total. The result was that the two hypotheses were confirmed, two hypotheses was refuted. After the questionnaire, the second method in the practical part is the case study, based on experience that I gained through my experience at the „K-Centre“. The annex I contains for example a manual for treating anorexia at the Charles University Psychiatric Clinic in Prague 2, pictures of girls suffering from anorexia nervosa, organizations that deal with the treatment of eating disorders and statements from a girl who suffered from both anorexia nervosa and bulimia nervosa.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, history, present, treatment, consequences of eating disorders, questionnaire, case study, paroxysm of eating, obesity, prevalence, prevention.