

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Nespokojenost s vlastním tělem a držení diet jako rizikové faktory pro
rozvoj poruch příjmu potravy a sledování metod kontroly tělesné
hmotnosti u studentek středních škol**

Bakalářská práce

Autor bakalářské práce: Magda Koubková

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Leona Meindlová

2007

Abstract

The eating disorders rank among serious diseases which especially teenage girls and young women suffer. The International Classification of Diseases differentiates a number of eating disorders; anorexia nervosa and bulimia nervosa are the most frequent and as well the most dangerous of them. The magnitude of these diseases lies in particular in the fact, that mental influence participates fundamentally in their emergence and development, and this mental influence is very difficult to exercise influence over therapeutically. A multifactor aetiology is assumed with the diseases of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychic, family, socio-cultural, causing and maintaining factors participate in the emergence and development of the disease. The effort to approximate to the ideal of beauty is regarded to be the most general cause. As in other areas, the prevention, which should be comprehensive, consistent and intensive, is very important. The aim of this dissertation was to establish the presence of some risk attitude, which we encounter with the eating disorders, and to monitor body weight control methods within the secondary school female student population.

The dissertation verified the hypotheses concerning the difference between secondary grammar school female students and other secondary school female students. The secondary grammar school female students were slimmer than the secondary school and trade school female students. The secondary school and trade school female students wished to lose weight more often than the secondary grammar school female students and they kept diets more often as well. And further the dissertation verified the hypothesis concerning the dissatisfaction with one's own body which increases related to the body weight.

The questionnaire research was applied to verified hypothesis. The questionnaire was aimed to the risk attitude and behaviour of teenage girls in relation to the eating disorders. The dissertation is possible to use as a screening method for the eating disorders and for the monitoring of the risk attitude and behaviour of teenage girls in relation to the eating disorders. The dissertation outputs can be used as an reminder to the large percentage of young girls in the eating disorders risk, therefore it can be used for the diseases prevention enlargement.

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „**Nespokojenost s vlastním tělem a držení diet jako rizikové faktory pro rozvoj poruch příjmu potravy a sledování metod kontroly tělesné hmotnosti u studentek středních škol**“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne 15. 5. 2007

.....

PODPIS

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Leoně Meindlové za odborné vedení a cenné připomínky k práci. Dále děkuji dívkám, které vyplnily dotazník a učitelům na příslušných školách, kteří mi umožnili provedení výzkumu.

OBSAH

Úvod

1. Současný stav	7
1. 1 Mentální anorexie	10
1. 1. 1 Diagnostická kritéria podle MNK	10
1. 1. 2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV	11
1. 1. 3 Specifické typy mentální anorexie	11
1. 2 Mentální bulimie	12
1. 2. 1 Diagnostická kritéria podle MNK	12
1. 2. 2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV	12
1. 2. 3 Specifické typy mentální bulimie	13
1. 3 Další poruchy příjmu potravy	13
1. 3. 1 Atypická mentální anorexie (F50.1), atypická mentální bulimie (F50.3)	13
1. 3. 2 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4)	14
1. 3. 3 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.5)	14
1. 3. 4 Jiné poruchy jídla (50. 8)	14
1. 4 Příčiny a rizikové faktory poruch příjmu potravy	15
1. 4. 1 Psychické faktory	15
1. 4. 2 Rodinné faktory	15
1. 4. 3 Sociokulturní faktory	15
1. 4. 4 Vyvolávající faktor	16
1. 4. 5 Udržující faktory	16
1. 5 Somatické komplikace	16
1. 6 Psychické změny a změny v chování	17
1. 7 Diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy	18
1. 8 Komorbidita poruch příjmu potravy	18
1. 9 Epidemiologie poruch příjmu potravy	19
1. 10 Prevence poruch příjmu potravy	19
1. 11 Léčba poruch příjmu potravy	20

1. 12 Nespokojenost s vlastním tělem	22
1. 12. 1 Vývoj ideálu krásy	22
1. 12. 2 Hodnocení spokojenosti s vlastním tělem	22
1. 12. 3 Nespokojenost s vlastním tělem a poruchy příjmu potravy	23
1. 13 Metody kontroly tělesné hmotnosti	24
1. 13. 1 Držení diet	24
1. 13. 2 Navozené zvracení	26
1. 13. 3 Zneužívání laxativ, diuretik a anorektik	27
1. 13. 4 Nadměrná pohybová aktivita	28
2. Cíl práce a hypotézy	29
2. 1 Cíl práce	29
2. 2 Hypotézy	29
3. Metodika	30
3. 1 Způsob řešení problému	30
3. 2 Vymezení souboru	30
3. 3 Faktory ovlivňující výběr souboru	30
4. Výsledky	31
5. Diskuze	57
6. Závěr	60
7. Seznam použitých zdrojů	61
8. Klíčová slova	67
9. Přílohy	68

Úvod

Poruchy příjmu potravy patří mezi závažná onemocnění, kterými trpí především dospívající dívky a mladé ženy. Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje řadu poruch příjmu potravy, z nichž nejčastější a zároveň nejnebezpečnější jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Počet pacientů s poruchami příjmu potravy v posledních desetiletích nebezpečně stoupá. Závažnost těchto onemocnění spočívá především v tom, že se na jejich vzniku a vývoji podílejí podstatnou měrou duševní vlivy, které lze velmi obtížně terapeuticky ovlivňovat. Za nejobecnější příčinu mentální anorexie a mentální bulimie je pokládána snaha přiblížit se ideálu krásy. Důraz je kladen na štíhlost až vyhublost, podvyživené modelky se stávají ideálem pro dospívající dívky, ale i pro jejich matky. V módě jsou nejrůznější diety, hladovky a další metody kontroly tělesné hmotnosti. Mnoho dívek začíná experimentovat s laxativy, diuretiky či anorektiky. Dívky, které jsou denně ovlivňovány medií poukazujících na to, jak má vypadat přitažlivá, sebejistá a úspěšná žena, jsou stále více a více nespokojené se svým tělem a začínají se soustředit pouze na svoji hmotnost, diety a nadměrné cvičení.

Tak jako v jiných oblastech, tak i zde, je ze všeho nejdůležitější prevence, která v mnoha případech stále chybí. Tato prevence by měla být komplexní, důsledná a intenzivní. Důležitý je pozitivní vztah k vlastnímu tělu a vhodné pestré zdravé stravování. Rodiče a hlavně matky by měli být v tomto vzoru pro své děti. Důležité je například společné stravování v harmonickém prostředí. Mezi námi žije stále více lidí, kteří nejsou spokojeni se svou postavou, ale na štěstí se u většiny těchto lidí poruchy příjmu potravy nerozvinou. Okolí nemocného by však mělo včas reagovat a ne jen přihlížet blížící se katastrofě.

Co jsou to poruchy příjmu potravy jsem se dozvěděla až na střední škole, kde jsem na toto téma zpracovala seminární práci. Osobně jsem se s mentální bulimií a anorexií setkala, když onemocněla dívka z mého okolí. Tato dívka se jako zázrakem vyléčila ve velmi krátkém čase, během 1 a půl roku. Jinak průměrná délka onemocnění trvá 5 - 6 let. V současnosti znám 45letou ženu, která trpí atypickou formou mentální anorexie.

Téma této bakalářské práce bylo pro mě velice zajímavé, protože problematika nespokojenosti s vlastním tělem a držení diet se týká velkého množství mladých žen, připadá mi tedy důležité se tímto tématem zabývat a diskutovat o něm.

1. Současný stav

Poruchy příjmu potravy jsou označení pro poměrně široký okruh různých patologických způsobů zacházení s jídlem, jejichž historie sahá do daleké minulosti. Hladovění nebo přijímání nedostatečného množství hodnotné stravy v důsledku dodržování různých diet bylo součástí náboženských obřadů, protestních činů nebo reakcí na špatné životní podmínky. Mentální anorexie a mentální bulimie představují ve svých projevech mezní polohy nutričního chování od život ohrožujícího omezování příjmu potravy až po projevy spojené s takzvaným pročišťováním pomocí projímadel, diuretik a především zvracením. Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním s narůstající incidencí v posledních desetiletích. Závažnost tohoto onemocnění spočívá v postižení mladších věkových vrstev (adolescence, věk rané dospělosti, i v dětském věku) s rizikem závažného somatického postižení, s možným přechodem k chronickému průběhu u některých forem těchto poruch (18, 20). Diferencovanost problému poruch příjmu potravy a dynamika jejich vývoje vylučuje jednoduchou odpověď na složitou otázku etiologie. Je zřejmé, že neexistuje žádný klíčový rizikový faktor, a že téměř vždy jde o určitou konstelaci vlivu sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů (12).

Rozdíl mezi anorexia nervosa a bulimia nervosa je velmi často neostrý, jednotlivé formy onemocnění mohou přecházet jedna v druhou. Někteří autoři používají pojem bulimanorexie. Až 50% pacientek s anorexií přechází do bulimie, prakticky 100% bulimiček uvádí v anamnéze alespoň krátkou epizodu mentální anorexie (10, 27). Podle různých studií je u mentální anorexie udávána úmrtnost v rozmezí 2% - 8%, u mentální bulimie je udávána úmrtnost mezi 0% - 2%. V průměru 50% děvčat s anorexií a téměř dvě třetiny s bulimií se zcela vyléčí. U necelých 20% anorektiček byl v průběhu let zjištěn chronický průběh, který je často spojen se sociální izolací a pracovní invalidizací nemocného. Velké nebezpečí, především pro bulimičky, představují v průběhu onemocnění alkohol a drogy (14).

1. 1 Mentální anorexie

Příznaky mentální anorexie popsal již Galén ve druhém století n. l. Na psychologické příčiny extrémního spontánního hladovění upozornil Morton v roce 1689. Patologický stav nazval „nervózní jedení“, jež se odlišuje od kachexie u pacientů s tuberkulózou. V 19. století William Gull a Charles Laségue upozornili na další případy. V České odborné literatuře popsal první případy poruch příjmu potravy a jejich léčbu Jonáš (1941) a Janota (1946) (**11, 21, 25**).

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu (jak slovo anorexie překládáme z řečtiny) je většinou až důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce. Kritéria pro diagnózu mentální anorexie poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí je standardem v klinické praxi. Kritéria stanovená v Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace jsou běžně užívána ve výzkumu a v publikacích (**11, 29**).

1. 1. 1 Základní diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F 50.0):

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň nebo BMI (Body Mass Index) 17,5 a nižší (viz Příloha 2). Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snižování hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá pokrmům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence.

Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizonu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu.

- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny. Zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna (**11, 15, 29, 40**).

1. 1. 2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV:

- A. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15% pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).
- B. Intenzivní obava z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
- C. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- D. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea) (**11, 15**).

1. 1. 3 Specifické typy mentální anorexie:

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

Bulimický (purgativní) typ – během epizody mentální anorexie u pacientek dochází k opakovaným záchvatům přejídání (**11, 15**).

1. 2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je charakterizována zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Už Hippokrates rozlišoval boulimos jako nezdravý hlad od normálního hladu. Aristofanes, Xenofob a další antičtí autoři spojovali boulimos s epizodami přejídání vyvolanými neobvyklou formou hladu. Novodobá historie mentální bulimie ale začíná až v roce 1979, kdy anglický psychiatr Gerard Russel, v návaznosti na pozorování Marlene Boskind-Lodahl, publikoval článek, ve kterém použil termínu bulimia nervosa k popisu příznaků třiceti pacientů, který doplnil detailním klinickým popisem skupiny. Termín bulimie se brzy stal běžně užívaným a nahradil jiné termíny, jako bulimarexie nebo hyperorexie. Převzala ho i Americká psychiatrická komora, která v roce 1980 zařadila mentální bulimii do DSM-III (11, 13, 21, 40).

1. 2. 1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.
- C. Snaha potlačit “výkrmný” účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často nepřiměřenou hmotnost). Často je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnější omezování v jídle (11, 13, 29).

1. 2. 2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV:

- A. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge eating) charakterizuje:
 - 1. Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během

dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.

2. Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody.

- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
- C. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- D. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- E. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie (**11, 13**).

1. 2. 3 Specifické typy mentální bulimie:

Purgativní typ – pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.

Nepurgativní typ – pacient drží přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody (**11, 13**).

1. 3 Další poruchy příjmu potravy

1. 3. 1 Atypická mentální anorexie (F50.1), atypická mentální bulimie (F50.3)

U atypických forem chybí jeden nebo více klíčových rysů, ale jinak vykazují typický klinický obraz či všechny symptomy v mírném stupni. V DMS IV jsou atypické formy shrnuty pod zkratkou EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified).

Do této kategorie patří:

1. Ženy a dívky, které splňují kritéria pro mentální anorexii, avšak přetrvává u nich pravidelná menstruace.
2. Ti, kteří splňují všechna kritéria pro mentální anorexii, ale přes signifikantní váhovou ztrátu jejich individuální hmotnost ještě spadá do normálního rozmezí.
3. Jedinci, kteří splňují všechna kritéria pro mentální bulimii, avšak frekvence záchvatů přejídání neadekvátního kompenzačního chování je menší než 2krát týdně po dobu 3 měsíců.

4. Ti, kteří pravidelně používají neadekvátní kompenzační mechanismy po požití malého množství jídla a mají normální váhu.
5. Jedinci, kteří pravidelně žvýkají a vyplivují velká kvanta jídla, aniž by je polykali.
6. Psychogenní přejídání, opakované epizody přejídání bez užívání kompenzačních mechanismů charakteristických pro bulimii **(23)**.

1. 3. 2 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4)

Přejídání, které vedlo k obezitě jako reakci na stresující událost. Ztráta blízké osoby, nehody, chirurgické operace a emočně stresující události mohou vyvolat "reaktivní obezitu", zvláště u pacientů se sklonem k přibývání na váze. Diagnóza zahrnuje psychogenní přejídání, vylučuje obezitu (E66.-), polyfagii NS (R63.2).

1. 3. 3 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.5)

Nehledě na vyprovokované zvracení u mentální bulimie může nastat opakované zvracení u dissociativních poruch (F44.-), u hypochondrické poruchy (F45.2), kde zvracení může být jedním z několika tělesných symptomů, a v těhotenství, kdy emoční faktory mohou přispět k opakované nauce a zvracení. Diagnóza zahrnuje psychogenní hypertenzi těhotných, psychogenní zvracení, vylučuje nauzeu a zvracení NS (R11).

1. 3. 4 Jiné poruchy jídla (F50.8)

Tato diagnóza zahrnuje piku neorganického původu u dospělých, psychogenní ztrátu chuti k jídlu, syndrom nočního přejídání, noční poruchy příjmu potravy spojené s poruchami spánku a další **(22, 24)**.

1. 4 Příčiny a rizikové faktory poruch příjmu potravy

U onemocnění anorexia nervosa a bulimia nervosa se přepokládá multifaktoriální etiologie. Na vzniku a průběhu onemocnění se podílejí faktory psychické, rodinné, sociokulturní, vyvolávající a udržující.

1. 4. 1 Psychické faktory

Za vznik mentální anorexie mohou být zodpovědné například nevyřešené spory v dospívání, případně potíže při identifikaci ženské role nebo sexuality. Často jsou tyto faktory doprovázeny špatnou situací v rodině. Anorektičky bývají úzkostné, emocionálně inhibované, perfekcionistické, zaměřené na výkon **(38)**.

1. 4. 2 Rodinné faktory

Setkáváme se s poruchami příjmu potravy v druhé generaci, tedy s rodinami, v nichž matka v minulosti touto poruchou trpěla a dosud je zaměřena na štíhlost, dodržování diet a takzvanou zdravou stravu. Toto zaměření pak přenáší na své dítě. Rodiny jsou uzavřené, rigidní s důrazem na perfekcionismus. Rodiny, které udržují dospělého v roli dítěte. Rodiny nevyjadřují emoce. Matky jsou hyperprotektivní, dominantní, ale málo empatické ke skutečným potřebám dítěte. Otcové jsou nevýznamní, vzdálení, ať pro přílišnou zaměstnanost, nepřítomnost, či neschopnost navázat s dítětem pevný vztah **(38, 5)**. Genetický podíl podle literatury tvoří 50 - 90% při vzniku mentální anorexie a 35-83% při vzniku mentální bulimie. U geneticky zranitelnějších může rodinná dispozice spočívat v dědění některých povahových rysů jako je například úzkost a citlivost na stres, které jsou pro vznik onemocnění rizikové. V největším riziku jsou příbuzné ženského pohlaví **(25)**.

1. 4. 3 Sociokulturní faktory

Sociokulturní podmínky představují nepochybně jeden ze sice nesespecifických, ale velmi důležitých rizikových faktorů pro vznik poruchy příjmu potravy. Současné práce předkládají údaje o zvyšujícím se výskytu poruch příjmu potravy v zemích západního světa v posledních desetiletích. Sociokulturní zaměření na štíhlost, diety,

sebekontrolu a sebeovládání, prezentace ideálu krásy v časopisech pro ženy a dívky ovlivňuje i dívky mladšího věku. Ohroženy jsou zejména takzvané rizikové skupiny jako gymnastky, baletky nebo modelky (11).

1. 4. 4 Vyvolávající faktory

Výše uvedené rizikové faktory představují jak celospolečenské (sociokulturní), rodinné (rodinná konstelace), tak individuální (například osobnostní charakteristiky) pozadí pro rozvoj mentální anorexie. Kromě těchto faktorů můžeme někdy zjistit individuální vyvolávající příčiny. Takovou bezprostřední příčinou mohou být traumatizující zážitky, které mají různé psychosociální souvislosti (11). Zmínka spolužáků či rodičů o postavě, nejistota v prvním erotickém vztahu mohou být impulzem pro vznik jídelní poruchy. Často je začátek onemocnění spojen s předchozí událostí, která narušuje či mění rodinnou rovnováhu, jako je odchod na internát, konflikty rodičů, rozvod rodičů (38).

1. 4. 5 Udržující faktory

Tak jako každá nemoc i poruchy příjmu potravy přináší nemocnému kromě potíží i určité výhody a zisky, které následně nemoc podporují a udržují. Onemocnění snižuje úzkost a potlačí prožívání emocí zaměřením pozornosti na kontrolu potravy. Dospívající získává opět pozornost rodičů, zajišťuje si jejich blízkost a ovlivňuje tak jejich chování. Například rodiče v partnerském konfliktu zaměřují svoji pozornost na dítě a musí se sjednotit (38).

1. 5 Somatické komplikace poruch příjmu potravy

Mezi somatické komplikace poruch příjmu potravy patří gastrointestinální komplikace, kam můžeme zařadit otok slinných žláz, kazivost zubů, jícnové eroze, žaludeční a jícnové vředy, zácpu, steatózu jater, akutní pankreatitidu. Kardiovaskulární komplikace, které v souvislosti s narušením elektrolytické rovnováhy v důsledku zvracení a užívání laxativ a diuretik, často přispívají k fatálnímu zakončení poruchy. K

renálním komplikacím patří zvýšená hladina urey, hypokalemie, hypochloremická metabolická alkalóza, otoky končetin, riziko tvorby močových kamenů. Byla publikována i kasuistika pacientky a mentální anorexií, která měla výhřez močové trubice v souvislosti s podvýživou (21, 35). Z kosterních komplikací sem můžeme zařadit zpomalení vyžrávání kostí, osteopenie, osteoporózu, netraumatické zlomeniny, hypoplazie kostní dřeně. Mezi endokrinní komplikace patří hlavně amenorea, nízká hladina estrogenů a infertilita. Hematologické komplikace poruch příjmu potravy jsou normochromní normocytární anémie, snížená sedimentace erytrocytů, leukopenie a trombocytopenie. Do neurologických komplikací řadíme například abnormní EEG, periferní neuropatie, bolesti hlavy, tetanie, dvojité vidění, poruchy hybnosti. Velmi nebezpečné jsou také metabolické komplikace – zhoršení regulace tělesné teploty, zpomalení bazálního metabolismu, celkový rozvrat metabolismu. Z dermatologických komplikací lze jmenovat vypadávání vlasů, purpura, kožní vyrážky z nadužívání projímadel, lanugo (viz Příloha 3) (21, 22, 33).

1. 6 Psychické změny a změny v chování u poruch příjmu potravy

Postižení jsou přecitlivělí, podráždění, úzkostní, náladoví. Počáteční euforie přechází do deprese, objevují se sebevražedné myšlenky. Dále nejistota, nízké sebevědomí, izolace od společnosti. Pozastavují se psychické projevy puberty. Nastupuje porucha tělesného schématu - zkreslená představa o vlastním těle, tělo je vnímáno i při vyhublosti jako tlusté a neforemné. Objevuje se i porucha vnímání vnitřních tělesných signálů, menší vnímavost únavy a bolesti, nesnadné rozlišování emočních stavů. Neobvyklé jídelní návyky – stravování se v ústraní, upřednostňování nízkotučných výrobků, vynechávání hlavních jídel, konzumování jídla velmi pomalu a krájení si jídla na malé kousíčky, u bulimie hltání a nevhodné kombinování potravin dohromady. U pacientek dochází ke změně chuti, více solí a více pijí kávu. Častá je extrémní fyzická aktivita s cílem spálit co největší množství energie. Zneužívání projímadel a diuretik – často vede k dehydrataci organismu. Sklon k abúsu návykových látek (37, 38).

1. 7 Diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy

Stanovení diagnózy je obtížné zejména u atypických forem onemocnění, u mladších nebo naopak starších žen nebo u mužů. Anorexie se může objevit už v 7 letech (27). Diferenciální diagnostika je často také komplikována popíráním obtíží, zatajováním jídelních rituálů a odmítáním léčby. Viditelná symptomatologie u anorexia nervosa není pro stanovení diagnózy dostačující. Ztráta hmotnosti musí být navozena přímo pacientkou. U pacientek s podváhou a amenoreou je potřeba odlišit mentální anorexii od jiných onemocnění (tuberkulóza, nádory, hypertyreoidismus, Addisonova choroba, diabetes mellitus) (30). Mentální bulimii je nutné odlišit od zvracení konverzní etiologie, přejídání a zvracení v rámci poruchy osobnosti, přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, mezi které patří například psychogenní přejídání, kdy postižený konzumuje velké množství potravy jako reakce na stresovou situaci. K určení správné diagnózy je zapotřebí komplexní somatické vyšetření včetně vyšetření laboratorního, EKG, CT CNS, případně MRI, oční pozadí, vhodné je i gynekologické, endokrinologické a neurologické vyšetření (10).

1. 8 Komorbidita poruch příjmu potravy

Komorbidita poruch příjmu potravy s dalším psychiatrickým nebo somatickým onemocněním vede ke zhoršení prognózy a potřebám specializované léčby. Častá jsou spojení s poruchami osobnosti, závislostí na alkoholu a návykových látkách, posttraumatickou stresovou poruchou, depresivní poruchou, a to až v 25%-50% případů. Mezi nemocnými trpícími poruchami příjmu potravy je vysoká prevalence užívání drog, a proto je potřeba vytvořit specializované léčebné programy pro tyto diagnózy. Jinak by současný abúzus návykových látek, není-li malnutrice kritická, měl být léčen přednostně (3, 24, 30). Spojení se somatickými onemocněními jako s diabetes mellitus, gastrointestinálními či neurologickými onemocněními problematizuje farmakoterapii, psychoterapii i celkovou spolupráci pacientů na léčebném režimu. Pro léčbu diabetu 1. typu je charakteristické konstantní monitorování příjmu potravy. Tato nadměrná pozornost věnovaná jídlu a hmotnosti jak zdravotníkům, tak i samotných nemocných,

může být rizikovým faktorem pro rozvoj závažných jídelních problémů až poruch příjmu potravy. Kombinace poruch příjmu potravy a diabetu 1. typu je spojena se závažnými zdravotními riziky a komplikacemi v léčbě. Hladovky, zvracení, užívání laxativ a diuretik, snižování hladiny inzulínu ve strachu z tloušťky, stejně jako přejídání narušují metabolickou kontrolu. Předpokládá se, že komorbidita těchto dvou poruch výrazně zvyšuje riziko vzniku pozdních komplikací diabetu **(3)**.

1. 9 Epidemiologie poruch příjmu potravy

Výskyt poruch příjmu potravy je celosvětový. Tato onemocnění jsou mnohem častější v industrializovaných společnostech, ve kterých je nadbytek jídla a hubenost je měřítkem ženské krásy, proto počet pacientek s poruchami příjmu potravy v naší zemi vzrostl po roce 1989, kdy nastala snaha přiblížit se vzorům západní kultury **(34)**. Mentální bulimii trpí v České republice asi každá dvacátá dospívající dívka, což je asi 4-6%, nástup onemocnění je většinou mezi 16. - 20. rokem. Mentální anorexie je méně častá, trpí jí necelé 1% mladých děvčat, nástup onemocnění je nejčastěji ve věku 13 - 20 let. Poměr žen a mužů trpících poruchami příjmu potravy je v běžné populaci asi 10:1 **(18, 14)**.

1. 10 Prevence poruch příjmu potravy

Zejména v kritickém období nastupující puberty je možné poruchám příjmu potravy předcházet vhodným výchovným působením. Základ prevence spočívá hlavně v rodině a také v přístupu školy, která by měla žákům poskytnout dostatečné a správné informace o této problematice, měla by vést žáky ke zdravým stravovacím návykům a vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka **(14)**. Rodiče by měli své děti poučit o základních sexuálních rozdílech, fyzickém vývoji a různých tělesných typech a také o tom, jak nebezpečné může být vytváření předsudků vůči určitému typu. Dále jak nevhodné je držení diet a naopak důležité jíst pestrou a vyváženou stravu v pravidelných denních dávkách. Rodiče by se měly vyhýbat rozdělování jídla na dobrá,

nízkokalorická tedy bezpečná a na špatná, tučná tedy nebezpečná. Rodiče by se měli také vyvarovat počítání kalorií, snažit se být dobrým vzorem pro své dítě v oblasti stravování, cvičení a přijímání sebe sama. Kladné přijímání sebe sama je tou nejlepší prevencí proti nesmyslným dietám a špatným stravovacím návykům. Důležité je také bránit se vlivu médií propagujících tělesnou krásu spojenou s vyhublostí (26). Na primární i sekundární prevenci se mohou podílet i svépomocné skupiny například výchovou o zdravé výživě, vysvětlením nebezpečí při držení diet a včasnou pomocí postiženým (24). Díky většímu obecnému povědomí o poruchách příjmu potravy takto nemocní vědí, že na svůj problém nejsou sami a je pro ně snazší vyhledat pomoc. Jestliže má prevence fungovat musí se na ní podílet všichni a musí být systematická a dlouhodobá. Poučit studentky o rizicích poruch příjmu potravy je neúčinné, pokud zároveň nepoučíme jejich rodiče, učitele a vrstevníky (2).

1. 11 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba poruch příjmu potravy je náročná, složitá a dlouhodobá (viz Příloha 4, 5). U pacientů je časté, že odmítají připustit závažnost svého onemocnění. Členové rodin pacientů dávají přednost fyziologickému vysvětlení poruchy před psychologickým. Vzorce komunikace v rodině jsou často nefunkční. Příčiny mentální anorexie stále nejsou plně vysvětleny, onemocnění je pravděpodobně důsledkem více faktorů. I léčba by tedy měla zahrnovat více způsobů a kombinovat různé přístupy. Základním požadavkem je stanovení realistických cílů (11).

Hospitalizace je nutná především pro navrácení hmotnosti nebo přerušování dalších úbytků hmotnosti u pacientů se zdravotním rizikem, zabránění zdravotním rizikům a komplikacím, které mohou být vyvolány přejídáním, zvracením nebo užíváním laxativ, zhodnocení a léčení dalších potenciálních závažných komplikací, zvládnutí přidružených stavů například vážných depresí. Léčba během dne nebo částečná hospitalizace zajišťuje hlavně systém v podávání jídel, nabízí intenzivní léčbu, aniž by došlo k přerušování podpory z okolí a vnějších styků, je také ekonomičtější než

úplná hospitalizace, zajišťuje překlenutí mezi nemocniční a ambulantní péčí. Ambulantní lékařská péče pro pacienty s chronickými stavy může být vhodná, pokud se po pečlivém zvážení zjistí, že pacient nereaguje na další psychologickou léčbu, cílem je dosáhnout tělesné a psychologické stability pravidelnou kontrolou tělesné hmotnosti, elektrolytů a vitálních funkcí a v případě nutnosti doporučením ke specialistům. Důležitým prvkem léčby je psychoterapie, především terapeutický vztah založený na důvěře a pochopení (11, 24). Koncept vícerodinné terapie mentální anorexie vytvořený Dr. Ivanem Eislerem ve Velké Británii je poměrně nový, avšak výsledky jeho dosavadní aplikace jsou velmi nadějně. Primární myšlenkou této formy terapie je vytvořit rodinám nové a neobvyklé prostředí terapeutické skupiny, která je spíše rodinného charakteru, a tím umožnit všem členům aktivně se podílet na léčbě svého blízkého, přijmout pocit kompetence a znovuobjevit svou vlastní sílu a naději. Rodinná terapie a poradenství jsou důležité u mladších adolescentů a dětí. Psychofarmakoterapie se užívá převážně na empirickém základě, prokazatelně neovlivňuje nárůst váhy ani poruchy vnímání vlastního těla. Například antidepresiva se užívají pro pacientky s mentální anorexií, u kterých deprese přetrvává i po zvýšení váhy. Indikace parenterální výživy při ne spolupráci pacientky a při výrazné podvýživě je stále předmětem diskuzí, hlavně pro riziko refeeding syndromu, což jsou symptomy, které jsou spojené s náhlým zvýšením příjmu energie (20, 36).

Ať už je použita jakákoli léčba, cílem u mentální anorexie je navodit normální váhu, obnovit reprodukční funkce, zastavit demineralizaci kostí, odstranit biologické a psychologické následky malnutrice, zvýšit motivaci k léčbě, poskytnout informace o zásadách zdravé výživy a následcích hladovění a diet, změnit myšlení, postoje a pocity o příjmu potravy, poskytovat poradenství a podporovat rodiny, zajistit prevenci relapsu, který je popsán až u 50% případů. Při léčbě mentální bulimie je cílem redukce přejídání a zvracení, pacientova akceptace individuálně stanovené tělesné hmotnosti, obnovení pravidelného a vyváženého stravování, volba adekvátní tělesné zátěže (23).

1. 12 Nespokojenost s vlastním tělem

V prosperujících západních společnostech je štíhlost u žen chápána jako žádoucí vlastnost a je spojována se sebekontrolou, elegancí, společenskou přitažlivostí a mládím. Ženy byly vždy vedeny k tomu, aby přizpůsobovaly tvar své postavy a tělesnou hmotnost soudobým trendům (6).

1. 12. 1 Vývoj ideálu krásy

V průběhu dějin se měnil ideál krásy. V antickém Řecku dbali na tělesnou zdatnost, harmonii těla i duše, zaoblené tvary. Římané se k obezitě stavěli velmi kriticky, zde se také rozšířil způsob kontroly tělesné hmotnosti, který dnes nazýváme bulimickým, tedy záměrně vyprovokované zvracení. V gotickém období vládla křesťanská ideologie, je zde zdůrazňován spíše duchovní život. Renesance s sebou přinesla návrat k antickým ideálům. V Baroku u žen převládá kulatost a plnost, které symbolizují reprodukční schopnost. V 19. století se střetávají dva odlišné pohledy na ženské tělo, ale oba se pyšnilly útlými pasy zvýrazněnými korzetem, lišily se v ostatních tělesných a osobnostních charakteristikách. Díky stahujícím korzetům snášely ženy nepohodlí a jejich mobilita byla omezována ve jménu určité módy. V západní společnosti 20. století byly tyto praktiky vystřídány přísnými dietami, které ženy oslabují a invalidizují, a kosmetickou chirurgií, při níž ženy musejí snášet bolestivé procedury, pokud chtějí dosáhnout kulturně definované přitažlivé postavy (6, 7).

1. 12. 2 Hodnocení nespokojenosti s vlastním tělem

Psychologové a sociologové požívají při hodnocení spokojenosti s tělem nejrůznější metody. Většina těchto technik byla vytvořena pro posuzování nespokojenosti s tělem u žen, které mají problémy s příjmem potravy. Skutečná velikost těla se vyjadřuje indexem tělesné hmoty BMI (Body Mass Index), který definoval v 19. století Belgičan A. Quetelet. Vzorec pro výpočet BMI:

$$BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m)}^2$$

BMI však nevyjadřuje podíl tukové hmoty. Ženy mají při stejném BMI více tuku než muži a starší lidé více tuku než mladší. Normě BMI odpovídají hodnoty 18 – 24, 9, podváha je určena hodnotou pod 18, naopak nadváha 25 – 29, 9, obezita 30 a více (**8, 16**). Jak vzniká zkreslená představa o vlastním těle pacientů s poruchami příjmu potravy není zatím přesně známo. Jednou z metod, která může odhalit zkreslené vnímání vlastní postavy je metoda měření tělesných rozměrů. Metoda je založena na jednoduchém propočtu indexu vnímání vlastního těla BPI (Body Perception Index). Tohoto se využívá při diagnostice a především při hodnocení efektivity léčby. Jedná se o srovnání skutečných tělesných rozměrů s rozměry, které pacient vnímá. Vzorec BPI:

$$\text{BPI} = (\text{vnímaný rozměr} / \text{skutečný rozměr}) \cdot 100 (\%) \text{ (33).}$$

1. 12. 3 Nespokojenost s vlastním tělem a poruchy příjmu potravy

Ženy s problematickým vztahem k jídlu bývají obvykle nejvíce nespokojené s vlastní postavou, která jim připadá příliš silná. Populární hypotéza, že nespokojenost s vlastním tělem vede k poruchám příjmu potravy, není podložena dostupnými výsledky. Nespokojenost s tělem může být důležitým prvkem při vzniku poruch příjmu potravy, ale je zřejmé, že k rozvoji problematického vztahu k jídlu u žen musí vedle toho působit ještě další faktory. Poruchy příjmu potravy obvykle začínají dietami. Mnoho žen je nespokojeno s vlastním tělem a drží diety, ale u většiny z nich se nerozvinou poruchy příjmu potravy. Byla identifikována celá řada dalších faktorů působících na rozvoj a přetrvávání poruch příjmu potravy. Patří mezi ně rodinné vztahy a genetické faktory. Nízké sebevědomí může být rovněž významným spouštěcím faktorem. Už výzkumy v padesátých letech objevily statisticky významný vztah mezi spokojeností s vlastní postavou a sebevědomím. Studie zkoumající sebevědomí u anorektiček zjistily, že ženy s poruchami příjmu potravy mají obvykle velmi nízké sebevědomí ve srovnání s ostatní ženskou populací. V poruchu příjmu potravy mohou vyústit pocity nedostatečné kontroly nad potřebami těla, nízké sebevědomí a přemrštěné obavy o tělesnou hmotnost a tvar postavy. Obavy o postavu a množství jídla jsou, stejně intenzivní jako obavy o hmotnost, spojeny s nutkavou potřebou měřit „míru ohrožení“.

To vede k neustálému vážení nebo naopak k panickému vyhýbání se osobní váze. Jedním z mnoha důvodů strachu z tloušťky je skandalizace obezity. Už malé děti popisují obézní postavy jako líné, hloupé, nešikovné a smutné. Nepřátelství vůči obézním a strach z tloušťky mohou pramenit i z toho, že nadváhu spojujeme s nedostatkem sebekontroly a silné vůle, a protože máme tendenci přeceňovat zdravotní důsledky nadváhy. Klíčovou podmínkou uzdravení z poruchy příjmu potravy je rozvoj realistického a pozitivního vnímání vlastního těla (**11, 14, 15, 32**).

1. 13 Metody kontroly tělesné hmotnosti

Přehnaná pozornost věnovaná tělesným proporcím, tělesné hmotnosti a nadměrný strach z tloušťky jsou hlavními příznaky mentální anorexie a bulimie. Pacientky s touto diagnózou používají ke snižování své váhy různé metody, nejčastěji držení diet a hladovek, zvracení, zneužívání laxativ, diuretik, anorektik, nadměrnou pohybovou aktivitu (**14, 25, 27**).

1. 13. 1 Držení diet

Je zřejmé, že mnoho dívek a mladých žen zaměňuje redukční dietu za normální jídelní režim. Svými postoji a demonstrovaným chováním pak spoluvytváří určitý standard, který posiluje dietní postoje. Redukční diety mají klíčovou roli v rozvoji poruch příjmu potravy, jsou většinou dlouhodobě neúčinné a vedou naopak k přejídání. S dietou roste hlad i pozornost věnovaná jídlu a oslabují se možnosti kontroly v jídle. Lidské pocity jsou relativní, a tak i běžné jídlo v malé porci může být v období hladovění pociťováno jako přejedení. Diety mění chuť k jídlu, roste chuť na sladké. Výsledkem je chaotický stravovací režim a přesvědčení o ztrátě kontroly nad jídlom. Diety jsou základním příznakem anorexie a jedním z hlavních činitelů, které přispívají k rozvoji bulimie (**14, 15**). To potvrdil například výzkum, při kterém bylo sledováno 1010 londýnských dívek, které byly rozděleny podle toho, zda držely dietu či nikoli.

Poruchy příjmu potravy byly zjištěny u 21% studentek, které před rokem držely dietu a jen u 3% dívek, které dietu nedržely. Držením diet vzrůstá riziko poruch příjmu potravy osmkrát **(11)**.

Postoje člověka k jídlu jsou výsledkem mnoha vnějších a vnitřních činitelů. Za normální postoj se považuje takový, který vede k uspokojování fyziologických potřeb a přitom plní i psychologickou a sociální funkci jídla. Nevede k přejídání ani k zavrhování potravy. Většina bulimiček podceňuje nebezpečí diet a zaměřuje se jen na otázku přejídání. Neustále smlouvají se svým tělem a snaží se vyměnit jednu dietu za druhou. V zásadě existují tři typy redukčních diet. První metodou je půst, kdy se lidé snaží během dne co nejdéle nejíst. Jako vhodný argument slouží práce a nedostatek času. Některé bulimičky dokáží držet půst i několik dnů, zpravidla od jednoho záchvatu přejedení ke druhému a jedí podle pravidla: „všechno nebo nic“. Další metodou je snaha udržet energetický příjem pod určitým limitem, který může být velmi přesně vymezen kalorickou hodnotou denního jídla (například 1000 kalorií) nebo rigidním jídelním plánem (každé sousto navíc je potom vnímáno jako přejedení). Poměrně velmi častá dieta je vyhýbání se některým jídlům, která jsou považována za energeticky velmi hodnotná nebo riziková z hlediska přejedení, a některým hlavním denním jídlům obvykle snídaní nebo večeří. Pocit provinění při ochutnání a porušení kategorického zákazu je často spouštěcím mechanismem přejedení. S rozrůstajícím se počtem „zakázaných“ potravin tak vzrůstá nebezpečí přejedení. **(13, 15)**.

Déletrvajícím hladověním navozuje stav podvýživy a řadou adaptivních i maladaptivních změn v organismu a psychice. V průběhu hladovění se mění psychologická symptomatologie, která odráží stupeň deprivace a s ní spojené patologické změny v organismu. Bez jídla lze vydržet 60-70 dní, jsou-li k dispozici tekutiny. Duševně choť vydrží hladovět podstatně déle. Strach z otylosti vede k posedlosti jíst pouze to, co vypadá jako nízkokalorické **(9)**. Energetický deficit provázený nedostatečným přísunem základních živin a nutričních faktorů vede k obrazu malnutrice. Malnutrice provází nejen kachektizující choroby a mentální anorexii, ale můžeme se s ní setkat i při dlouhodobé aplikaci velmi přísných nevyvážených redukčních diet, jejichž užívání vlivem komerčních aktivit stoupá. Energetický deficit

má za následek zprvu redukci tukových zásob, později klesá i množství aktivní hmoty, kterou představuje především svalstvo. Diety jsou navíc většinou jednostranné, nevyvážené, zatěžují organismus a hlavně vedou k nevhodným stravovacím návykům (11, 28).

1. 13. 2 Navozené zvracení

Kromě diet sahají některé bulimičky i anorektičky k ještě radikálnějšími metodám kontroly tělesné hmotnosti. Pět až osm procent mladých žen připouští, že se někdy ve strachu z tloušťky pokouší zvracet. Kromě úlevy, že se zbavily nadbytečné energie, může zvracení některým z nich přinášet pocit uvolnění od napětí. Dávivý reflex si často vyvolávají prsty a různými předměty. Po určité době si dokáží vyvolat zvracení i pouhou vůlí. Některé z nich zvrací, jen když sní velké množství jídla, jiné zvrací po každém jídle, které pokládají za nadbytečné, kalorické, a nebo jen ze zvyku. Frekvence zvracení postupně vzrůstá a některé bulimičky zvracejí až do stavu fyzického vyčerpání (14).

Navozené zvracení posiluje mylná představa, že zvracením se tělo zbaví veškeré energie snědeného jídla. Zejména cukry, které se začínají štěpit už v ústech, dokáže však lidské tělo zpracovat velmi rychle. Například experiment Pittsburské laboratoře pro výživu prokázal, že navozené zvracení sledovaných bulimiček mělo za následek redukci méně než jedné poloviny zkonsumovaného jídla. Pokusné osoby měly za úkol se během experimentu přejíst a zvracet. Když byl zjištěn jejich energetický příjem a energetická hodnota vyzvraceného jídla, ukázalo se, že během záchvatu zkonsumovaly v průměru 2 131 kalorií a vyzvracely 979 kalorií. To také vysvětluje, proč ženy, které zvracejí po každém jídle nemusí vůbec hubnout. Zvracení oslabuje strach z tloušťky a tak následně vede k častějšímu přejídání. S plným žaludkem se také lépe zvrací. Není proto pravda, že přejedení opravňuje zvracení, ale naopak, že zvracení podporuje přejídání (23).

Mezi viditelné následky zvracení patří otoky slinných žláz pod čelistí, které umocňují dojem opuchlého obličeje nebo také Russelovo znamení (viz Příloha 6), což jsou mozoly na hřbetě ruky způsobené zuby při vyvolávání zvracení. Žaludeční šťávy způsobují záněty a vředy jícnu a erozi zubní skloviny, kterou někdy ještě umocňuje energické čištění zubů a žvýkání žvýkaček. Méně nápadným avšak nebezpečnějším následkem zvracení je narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, které nadměrně zatěžuje srdce a ledviny. Největší problémy působí hypokalémie. Smrtelně nebezpečné mohou být některé léky vyvolávající zvracení. Zatímco nebezpečnost zvracení nedokáže většinu bulimií ohrožených dietárek odradit, jeho dlouhodobá neúčinnost při kontrole tělesné hmotnosti by mohla být účinným varováním **(14)**.

1. 13. 3 Užívání laxativ, diuretik, anorektik

Podobně nebezpečná a především neúčinná jako vyprovokované zvracení jsou i laxativa a diuretika. Jen málo dívek, které uspokojí snížení váhy po užití projímadel, si uvědomuje, že se jen rychleji vyprázdnily a dočasně zbavily tekutin **(11)**. Laxativa neboli projímadla jsou léčiva podporující vyprazdňování střev. Tohoto účinku je dosahováno buď změkčením a zvětšením střevního obsahu nebo přímým drážděním peristaltiky. Při dlouhodobém užívání mohou vyvolat poškození tlustého střeva, velkou ztrátu vody a elektrolytů, potlačení přirozených defekačních mechanismů, což má za následek návyk s úpornými zácpami při přerušení užívání projímadel. Diuretika se dobře absorbují z trávicího traktu, zvětšují objem moči, ale i elektrolytů v ní, proto nežádoucím účinkem může být hypokalémie. Neměly by se tedy užívat dlouhodobě. Anorektika centrálním mechanismem (stimulují „centra sytosti“) potlačují chuť k jídlu. Používají se při léčbě obezity jako doplňková terapie **(19)**.

1. 13. 4 Nadměrná pohybová aktivita

Pro organismus umírněné a prospěšné cvičení trvá 30-45 minut 3 až 4krát týdně. Nejvhodnějšími sporty jsou chůze, běh, cyklistika a plavání **(28)**. Cvičením se lidé snaží získat ideální postavu a snížit tím nespokojenost s vlastním tělem. Někteří autoři se ale domnívají, že cvičení může nespokojenost s vlastním tělem ještě prohloubit. Bylo prokázáno, že lidé, kteří často a nadměrně cvičí, představují rizikovou skupinu, která je ohrožena poruchami příjmu potravy **(6)**. Lidé s poruchami příjmu potravy cvičí téměř nepřetržitě, stále mají potřebu něco dělat, chtějí si „dát do těla“, zpotit se. Dokáží například chodit mnohakilometrové vzdálenosti pěšky, posilovat až několik hodin denně nebo cvičit v neprodyšném oblečení, cvičí i těsně před spaním a okamžitě po probuzení. Nedokáží se zcela uvolnit a jen tak relaxovat. Zhoršuje se tím jejich schopnost soustředit se na učení a s rostoucí podvýživou může přijít únava, apatie a vyčerpání **(4, 14)**. Postiženému mentální anorexií by mělo být cvičení ve škole i mimo ni zakázáno. Cvičení je při nízké váze velkým zdravotním rizikem. Nadměrné cvičení je typičtější u mužů, kteří to vysvětlují tím, že chtějí být fit, nechtějí zlenivět a podobně **(27, 39)**.

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo zjištění přítomnosti některých rizikových postojů, s kterými se setkáváme u poruch příjmu potravy, a sledování metod kontroly tělesné hmotnosti v populaci středoškolských studentek.

2.2 Hypotézy

Hypotézy byly stanoveny na základě studie Františka Davida Krcha provedené v roce 1997.

1. Studentky gymnázia byly štíhlejší než studentky středních a učňovských škol. Studentky středních a učňovských škol si častěji než studentky gymnázia přály zhubnout a také častěji držely dietu **(11)**.

2. S rostoucí tělesnou hmotností vzrůstala u žen nespokojenost s tělem **(11)**.

3. Metodika

3. 1 Způsob řešení problému

V bakalářské práci byl použit kvantitativní výzkum technikou dotazníků. Dotazníkové šetření bylo provedeno v populaci středoškolských studentek. Dotazník byl anonymní, obsahoval 20 otázek, z nichž 16 otázek bylo uzavřených, 1 otázka polootevřená a 3 otázky otevřené, u některých otázek byla možnost označit více odpovědí. Dotazníky byly studentkám rozdány ve školním prostředí. Na vyplnění dotazníku měly dívky 15 – 20 minut. Celkem bylo rozdáno 460 dotazníků, celková návratnost byla 425 dotazníků (92%). 5 z navrácených dotazníků nebylo kompletně vyplněných. Z každé školy bylo získáno 105 plnohodnotných dotazníků. Dotazníky byly zpracovány v počítačovém programu Microsoft Excel. Pro prezentaci výsledků byly použity grafy a tabulky. Výsledky jsou uvedeny v absolutních číslech a v procentech.

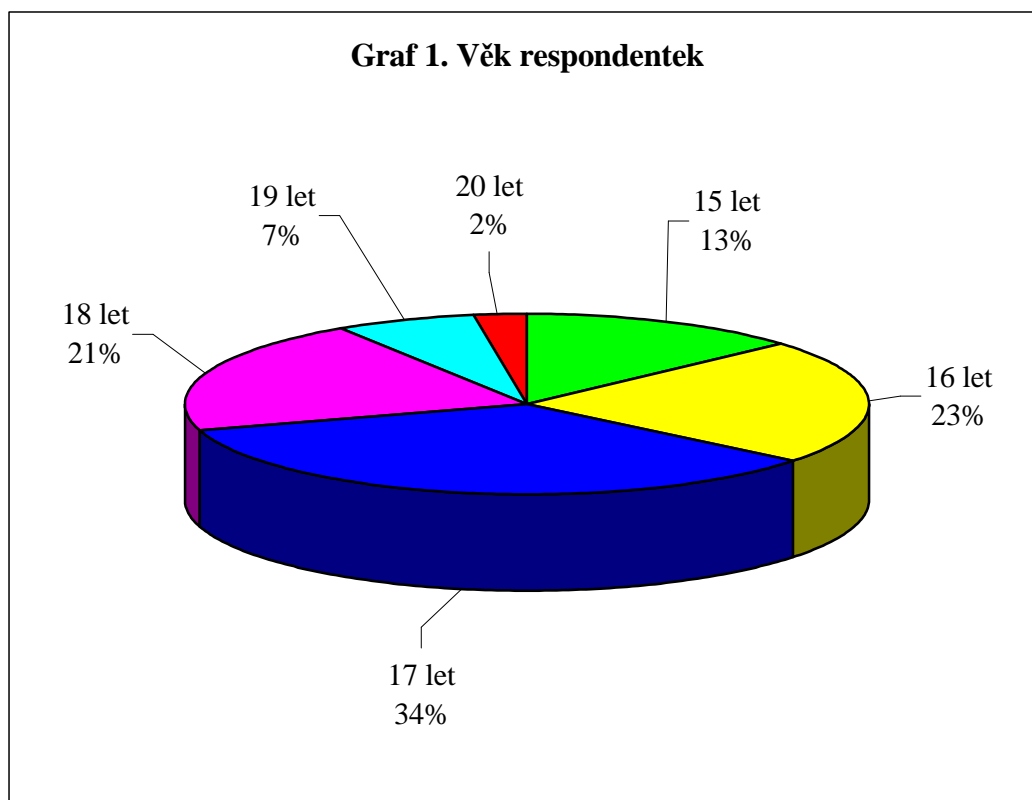
3. 2 Vymezení souboru

Zkoumaný soubor byl tvořen 420 dívkami ze středních škol Jihočeského kraje ve věku 15 - 20 let. Výzkum byl proveden v září a říjnu roku 2006. Dotazované dívky byly studentkami Gymnázia Strakonice, Střední odborné školy Blatná (SOŠ), Střední zdravotnické školy České Budějovice (SZŠ), Středního odborného učiliště Písek (SOU). Soubor byl rozdělen podle škol.

3. 3 Faktory ovlivňující výběr souboru:

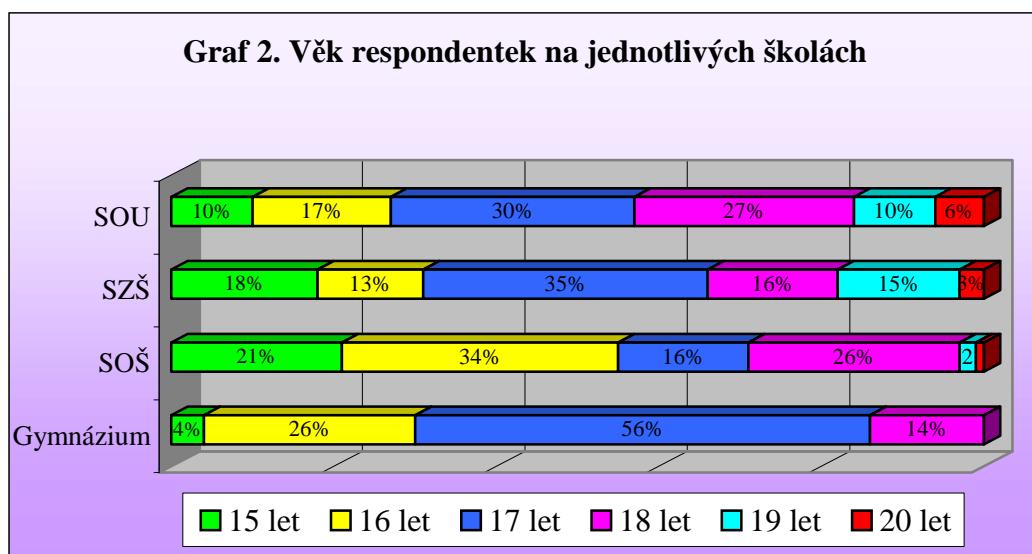
- a) Mnohonásobně vyšší výskyt poruch příjmu potravy u ženského pohlaví.
- b) Nejvyšší kumulace poruch příjmu potravy v rozmezí 15-30 let.
- c) Počátek onemocnění většinou mezi 13-18 rokem života.
- d) Školy s odlišným zaměřením – heterogenita souboru.
- e) Předpoklad vyšší návratnosti dotazníků při spolupráci se školou.

4. Výsledky



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku týkající se věku odpovídalo 420 respondentek. 15 let bylo 56 respondentkám (13%), 16 let bylo 95 respondentkám (23%), 17 let bylo 144 respondentkám (34%), 18 let bylo 87 respondentkám (21%), 19 let bylo 28 respondentkám (7%), 20 let bylo 10 respondentkám (2%).



Ze 105 studentek z učiliště bylo 11 (10%) 15 let, 18 studentkám (17%) 16 let, 32 studentkám (30%) 17 let, 28 studentkám (27%) 18 let, 10 studentkám (10%) 19 let, 6 studentkám (6%) 20 let. Ze 105 studentek střední zdravotnické školy bylo 19 (18%) 15 let, 14 studentkám (13%) bylo 16 let, 36 studentkám (34%) bylo 17 let, 17 studentkám (16%) bylo 18 let, 16 studentkám (15%) bylo 19 let, 3 studentkám (3%) bylo 20 let. Ze 105 studentek střední odborné školy bylo 22 (21%) 15 let, 36 studentkám (34%) bylo 16 let, 17 studentkám (16%) bylo 17 let, 27 studentkám (26%) bylo 18 let, 2 studentkám (2%) bylo 19 let, 1 studentce (1%) bylo 20 let. Ze 105 studentek gymnázia bylo 4 studentkám (4%) 15 let, 27 studentkám (26%) bylo 16 let, 59 studentkám (56%) bylo 17 let, 15 studentkám (14%) bylo 18 let.

Tabulka 1. Celkové hodnoty – výška, hmotnost, BMI (420 respondentek)

	rozmezí hodnot	aritmetický průměr	modus	medián
výška (cm)	151 - 190	168,8	168	168
hmotnost (kg)	40 - 97	59,5	60	59
BMI	15 - 32,2	21,1	20,6	20,6

Tabulka 2. Gymnázium Strakonice (105 respondentek)

	rozmezí hodnot	aritmetický průměr	modus	medián
výška (cm)	155 - 181	171	170	170
hmotnost (kg)	44 - 85	58,9	60	59
BMI	15 - 29,4	20,5	20,1 ; 20,8	20,2

Tabulka 3. SZŠ České Budějovice (105 respondentek)

	rozmezí hodnot	aritmetický průměr	modus	medián
výška (cm)	151 - 190	167,9	170	168
hmotnost (kg)	40 - 97	59,5	60	59
BMI	15,6 - 31,7	21,1	19	20,7

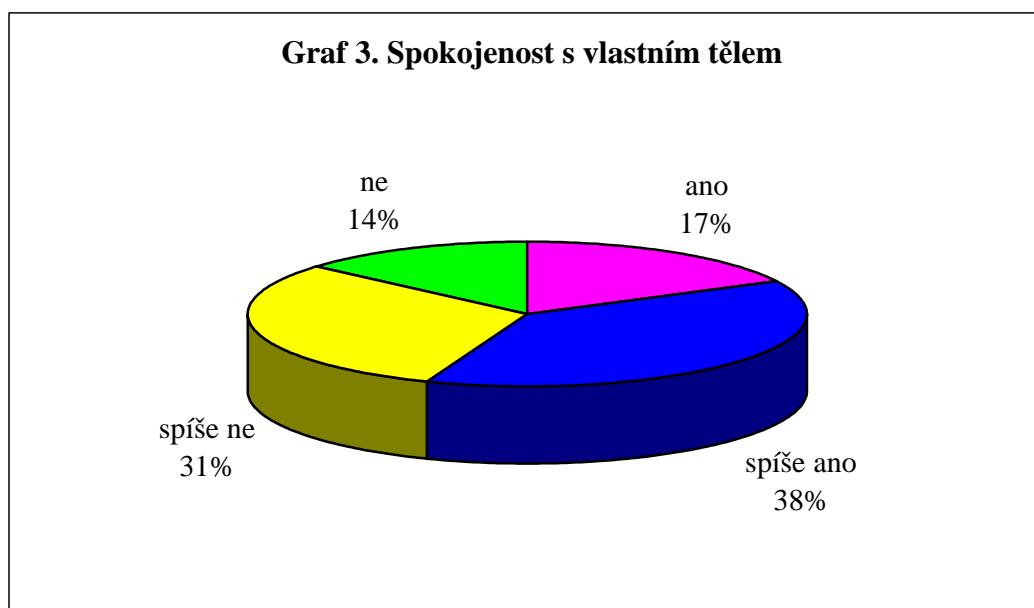
Tabulka 4. SOŠ Blatná (105 respondentek)

	rozmezí hodnot	aritmetický průměr	modus	medián
výška (cm)	153 - 185	168,1	168	168
hmotnost (kg)	45 - 72	58,6	55; 60	58
BMI	15,6 – 29,9	20,9	22	20,7

Tabulka 5. SOU Písek (105 respondentek)

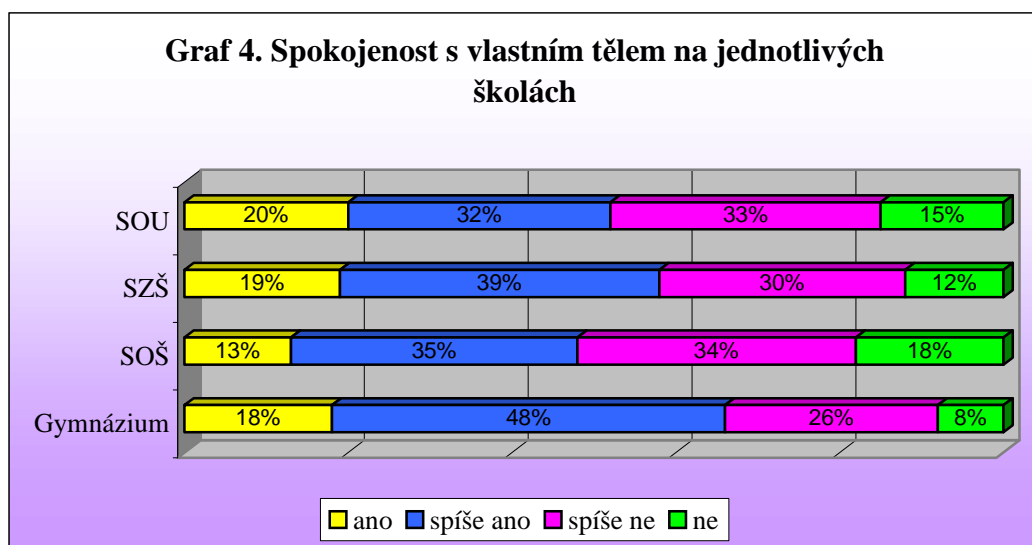
	rozmezí hodnot	aritmetický průměr	modus	medián
výška (cm)	154 - 182	168, 2	168	168
hmotnost (kg)	47 - 89	61, 1	60	60
BMI	15,4 - 32,2	21,7	20,6	20,6

Zdroj: Vlastní výzkum

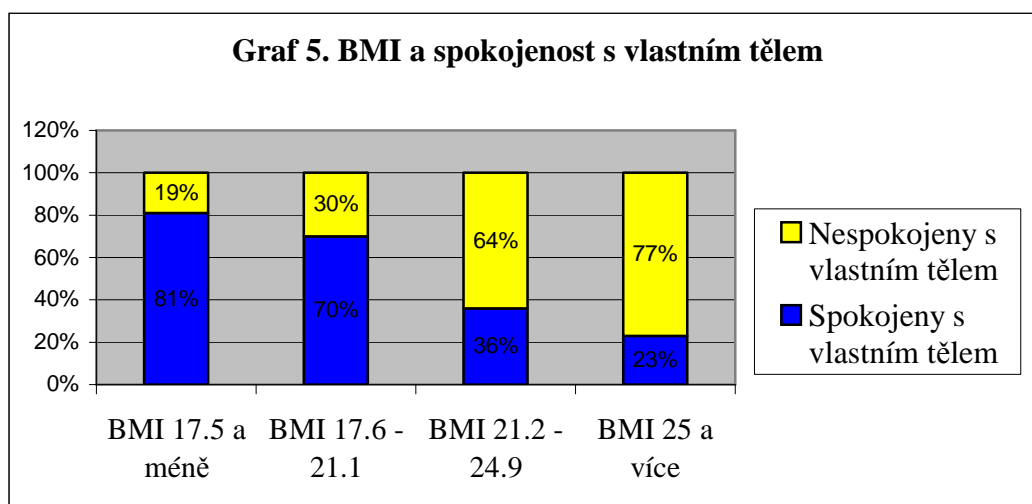


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 2 „Jste spokojená se svou postavou?“ odpovědělo 420 respondentek. 73 respondentek (17%) odpovědělo „ANO“, 161 respondentek (38%) označilo odpověď „SPÍŠE ANO“, 129 respondentek (31%) zakroužkovalo odpověď „SPÍŠE NE“, odpověď „NE“ označilo 57 respondentek (14%).



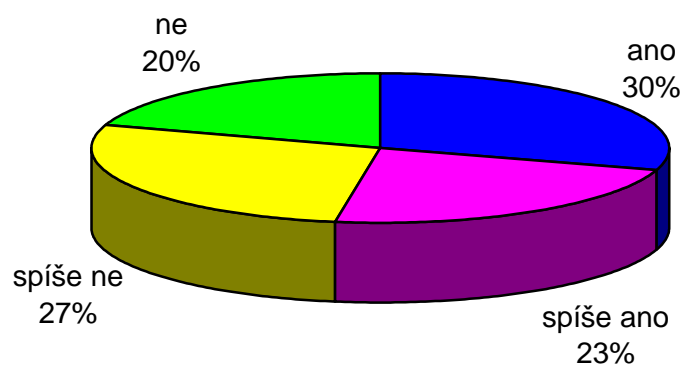
Na otázku týkající se spokojenosti s vlastní postavou odpovědělo ze 105 studentek SOU „ANO“ 21 studentek (20%), „SPÍŠE ANO“ odpovědělo 33 dívek (32%), „SPÍŠE NE“ odpovědělo 35 studentek (33%), „NE“ odpovědělo 16 studentek (15%). Ze 105 studentek SZŠ odpovědělo na stejnou otázku „ANO“ 20 studentek (19%), „SPÍŠE ANO“ odpovědělo 41 dívek (39%), „SPÍŠE NE“ 31 studentek (30%), „NE“ odpovědělo 13 respondentek (12%). Ze 105 studentek SOŠ odpovědělo „ANO“ 13 studentek (13%), „SPÍŠE ANO“ odpovědělo 37 dívek (35%), „SPÍŠE NE“ 36 studentek (34%), „NE“ odpovědělo 19 studentek (18%). Ze 105 studentek gymnázia odpovědělo „ANO“ 19 studentek (18%), „SPÍŠE ANO“ odpovědělo 50 dívek (48%), „SPÍŠE NE“ 27 studentek (26%) a odpověď „NE“ označilo 9 studentek (8%).



Zdroj: Vlastní výzkum

Počet dívek s BMI 17, 5 a méně bylo 21. Z těchto 21 dívek bylo 17 (81%) spokojených se svým tělem a 4 dívky (19%) byly se svým tělem nespokojeny. Počet dívek s BMI 17, 6 – 21, 1 bylo 231. Z těchto dívek bylo 161 (70%) se svým tělem spokojeno a 70 dívek (30%) se svým tělem nespokojeno. BMI 21, 2 – 24, 9 mělo 128 dívek, z nichž 46 (36%) bylo spokojeno se svým tělem a naopak nespokojeno se svým tělem bylo 82 dívek (64%). BMI 25 a více mělo 40 dívek, ze kterých bylo spokojených se svým tělem 9 (23%) a nespokojených 31 (77%).

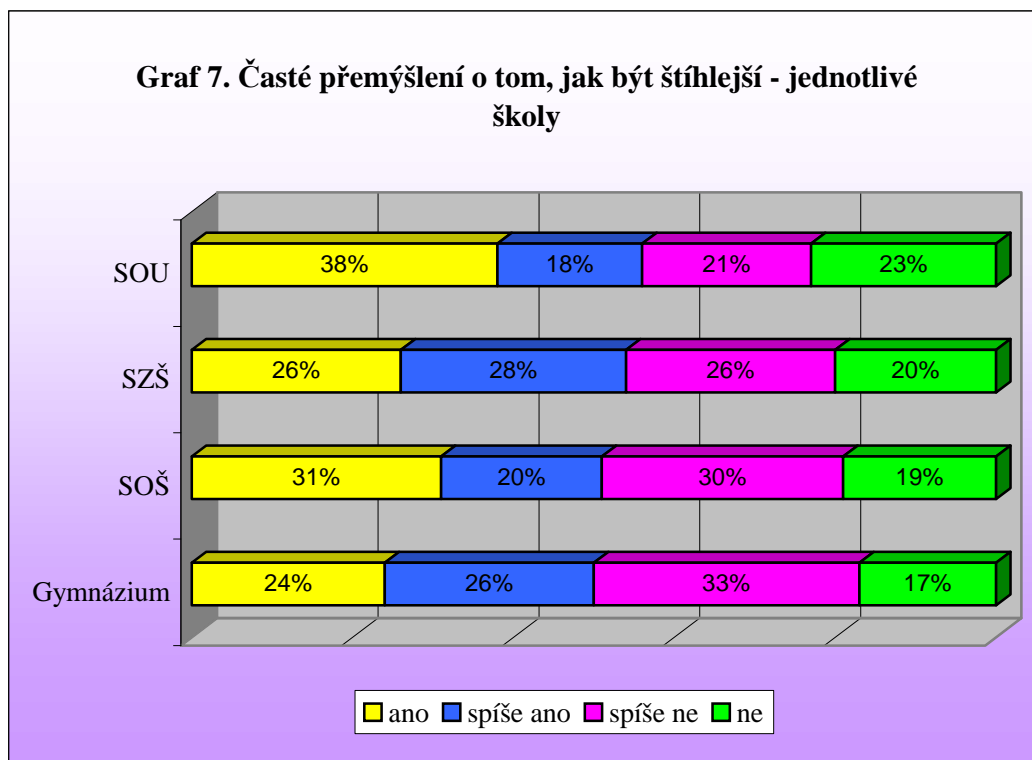
Graf 6. Časté přemýšlení o tom, jak být štíhlejší



Zdroj: Vlastní výzkum

Počet respondentek byl 420. Na otázku, zda často přemýšlejí o tom, jak být štíhlejší, odpovědělo 125 respondentek (30%) „ANO“. 115 respondentek (27%) odpovědělo „SPÍŠE NE“. 96 respondentek (23%) označilo odpověď „SPÍŠE ANO“. 84 respondentek (20%) odpovědělo „NE“

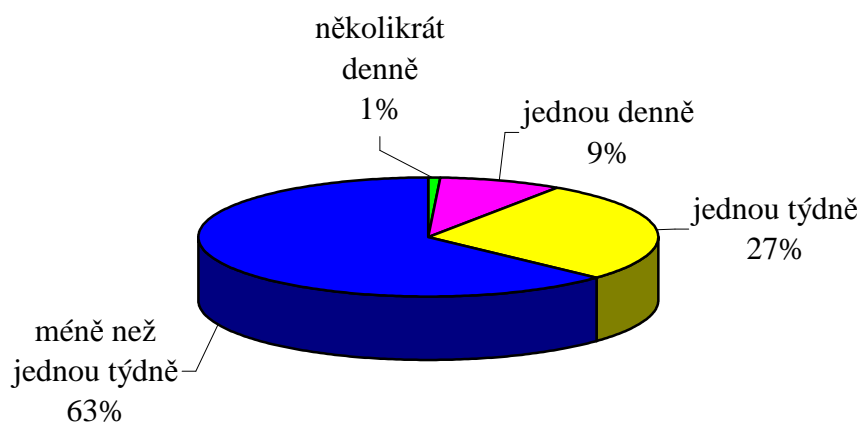
Graf 7. Časté přemýšlení o tom, jak být štíhlejší - jednotlivé školy



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda studentky často přemýšlejí o tom, jak být štíhlejší, odpovědělo ze 105 studentek SOU „ANO“ 40 studentek (38%), odpověď „SPÍŠE ANO“ označilo 19 studentek (18%), odpověď „SPÍŠE NE“ označilo 22 studentek (21%), „NE“ označilo 24 studentek (23%). Na tuto otázku odpovídalo také 105 studentek ze SZŠ. 27 studentek (26%) odpovědělo „ANO“, 29 studentek (28%) označilo odpověď „SPÍŠE ANO“, 27 studentek (26%) odpovědělo „SPÍŠE NE“, 22 studentek (20%) označilo odpověď „NE“. Ze 105 studentek SOŠ odpovědělo 33 (31%) „ANO“, 21 studentek (20%) označilo odpověď „SPÍŠE ANO“, 31 studentek (30%) odpovědělo „SPÍŠE NE“, 20 studentek (19%) označilo odpověď „NE“. Ze 105 studentek Gymnázia odpovědělo 25 (24%) „ANO“, 27 studentek (26%) označilo odpověď „SPÍŠE ANO“, 35 studentek (33%) odpovědělo „SPÍŠE NE“, 18 studentek (17%) označilo odpověď „NE“.

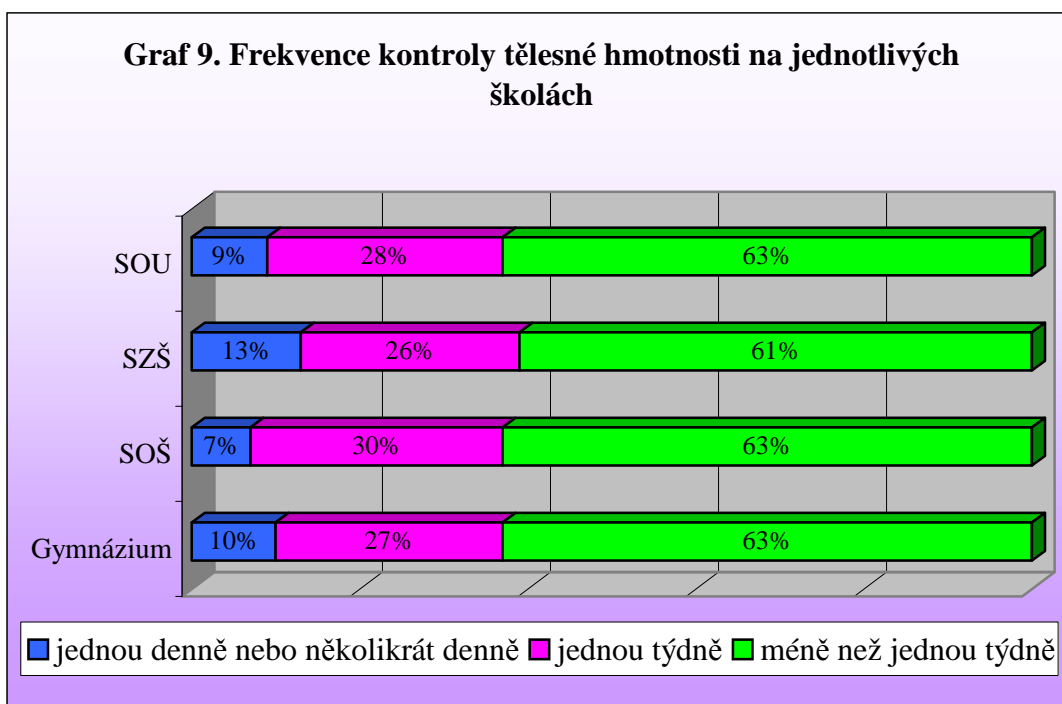
Graf 8. Frekvence kontroly tělesné hmotnosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jak často studentky kontrolují svou váhu, odpovědělo 420 studentek středních škol. 265 studentek (63%) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně, 115 studentek (27%) kontrolovalo svou váhu jednou týdně, 36 studentek (9%) jednou denně a 4 studentky (1%) svou váhu kontrolovaly několikrát denně.

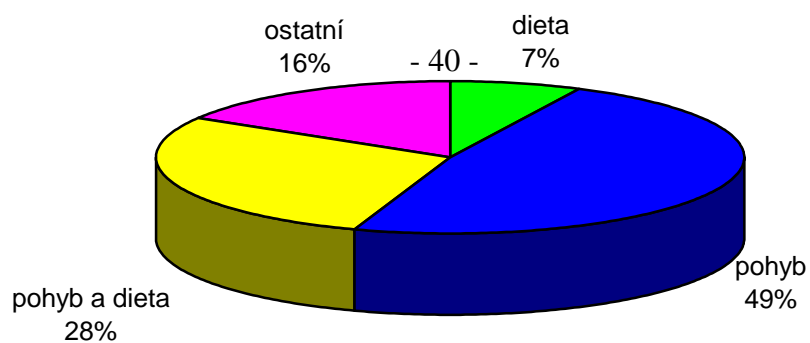
Graf 9. Frekvence kontroly tělesné hmotnosti na jednotlivých školách



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 105 studentek SOU kontrolovalo svou váhu jednou nebo několikrát denně 9 studentek (9%), 29 studentek (28%) kontrolovalo svou váhu jednou týdně, 67 studentek (63%) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně. Ze 105 studentek SZŠ kontrolovalo svou váhu jednou nebo několikrát denně 14 dívek (13%), 27 studentek (26%) kontrolovalo svou váhu jednou týdně, 64 studentek (61%) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně. Ze 105 studentek SOŠ kontrolovalo svou váhu jednou nebo několikrát denně 7 dívek (7%), 31 studentek (30%) kontrolovalo svou váhu jednou týdně a 67 studentek (63%) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně. Ze 105 studentek gymnázia kontrolovalo svou váhu jednou denně 10 dívek (10%), 28 dívek (27%) kontrolovalo svou váhu jednou týdně, 67 dívek (63%) kontrolovalo svou váhu méně než jednou týdně.

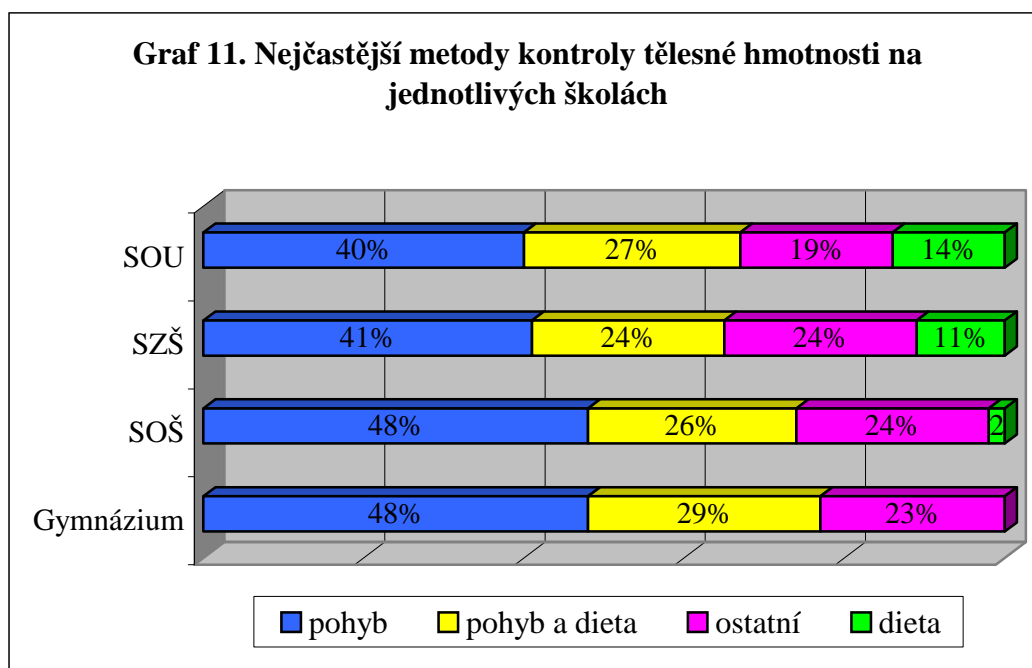
Graf 10. Nejpoužívanější metody kontroly tělesné hmotnosti



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 420 respondentek 185 (49%) používalo jako metodu kontroly tělesné hmotnosti pohyb, 110 respondentek používalo metodu držení diet spolu s pohybem, 28 respondentek (7%) drželo dietu pro kontrolu tělesné hmotnosti, 63 respondentek (16%) nepoužívalo žádné metody nebo používalo metody jako zvracení, projímadla či tabletky na hubnutí.

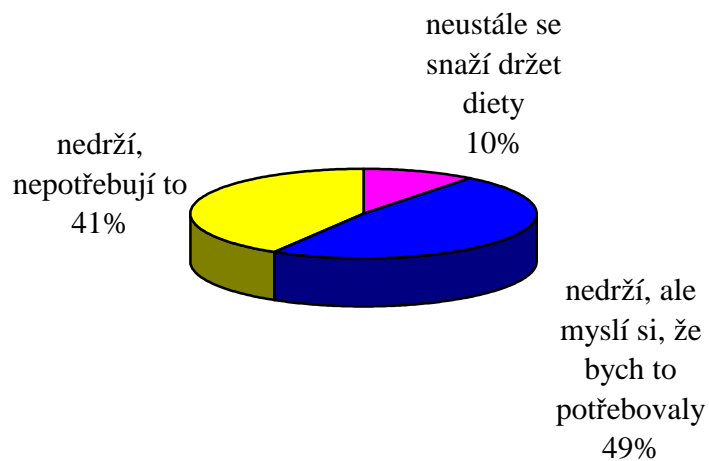
Graf 11. Nejčastější metody kontroly tělesné hmotnosti na jednotlivých školách



Zdroj: Vlastní výzkum

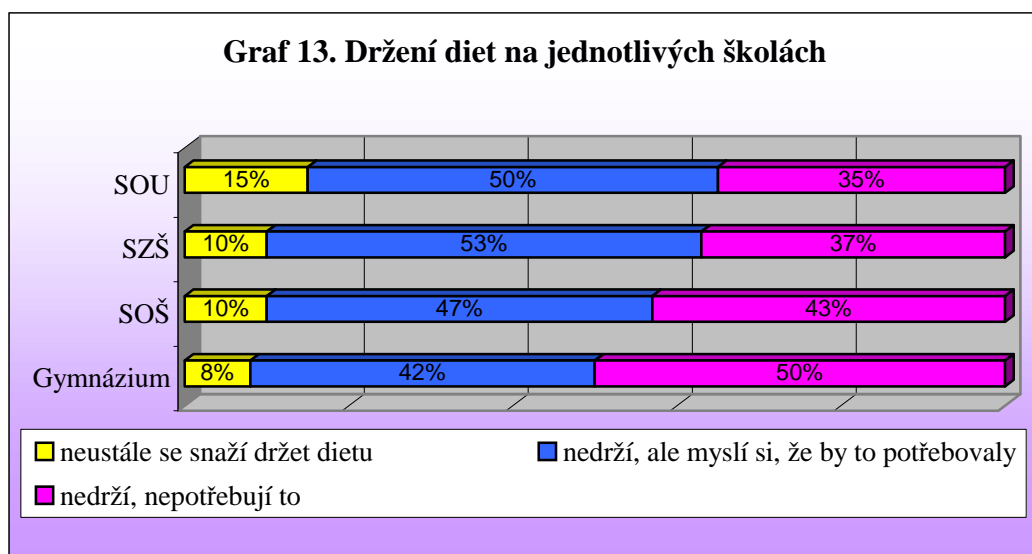
Ze 105 studentek SOU 42 (40%) používalo jako metodu kontroly tělesné hmotnosti pohyb, 28 dívek (27%) používalo ke kontrole své hmotnosti pohyb spolu s dietou, 20 dívek (19%) používalo jiné kombinace metod při kontrole své hmotnosti nebo nekontrolovaly svou váhu vůbec, 15 dívek (14%) kontrolovaly svou váhu pomocí diet. Ze 105 studentek SZŠ 43 (41%) používalo jako metodu kontroly tělesné hmotnosti pohyb, 25 dívek (24%) používalo ke kontrole své hmotnosti pohyb a diety, 26 dívek (24%) používalo jiné metody nebo svou váhu nekontrolovaly, 11 dívek (11%) kontrolovalo svou váhu pomocí diet. Ze 105 studentek SOŠ 50 (48%) používalo jako metodu kontroly tělesné hmotnosti pohyb, 27 dívek (26%) používalo ke kontrole své hmotnosti pohyb a diety, 26 dívek (24%) používalo jiné metody nebo svou hmotnost nekontrolovaly, 2 dívky (2%) kontrolovalo svou hmotnost pomocí diet. Ze 105 studentek gymnázia 50 (48%) používalo jako metodu kontroly tělesné hmotnosti pohyb, 30 dívek (29%) používalo ke kontrole tělesné hmotnosti pohyb spolu s dietou, 25 dívek (23%) používalo jiné metody nebo svou váhu nekontrolovaly.

Graf 12. Držení diet

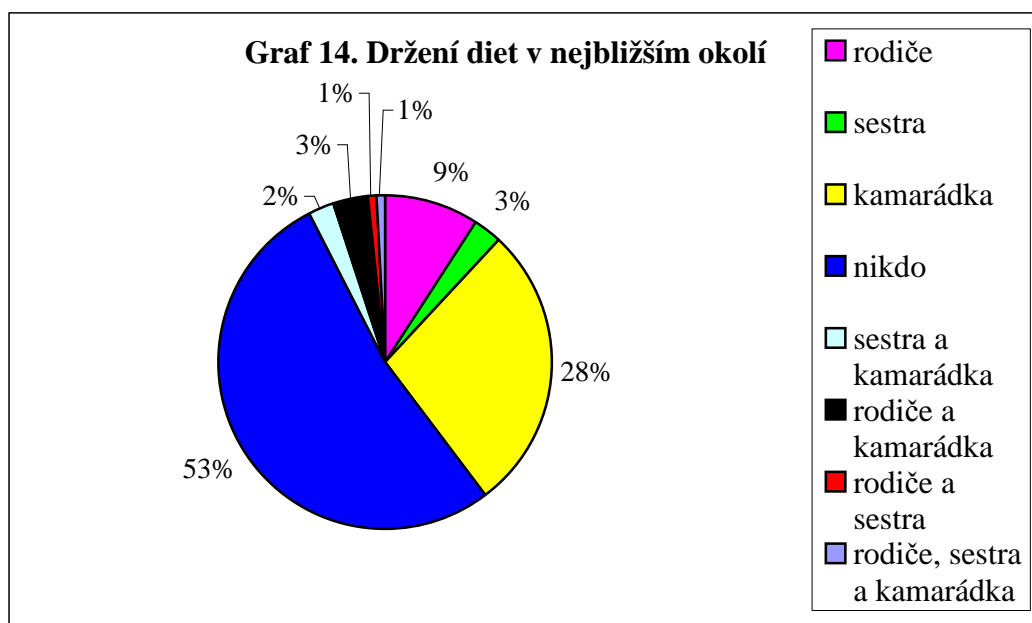


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku číslo 10 „Držíte v současné době dietu?“ odpovědělo 420 studentek, z nichž 202 (49%) odpovědělo, že dietu nedrží, ale myslí si, že by to potřebovaly. Těch, které dietu nedrží, protože to nepotřebují, bylo 174 (41%). 44 respondentek (10%) se neustále snažilo držet diety.



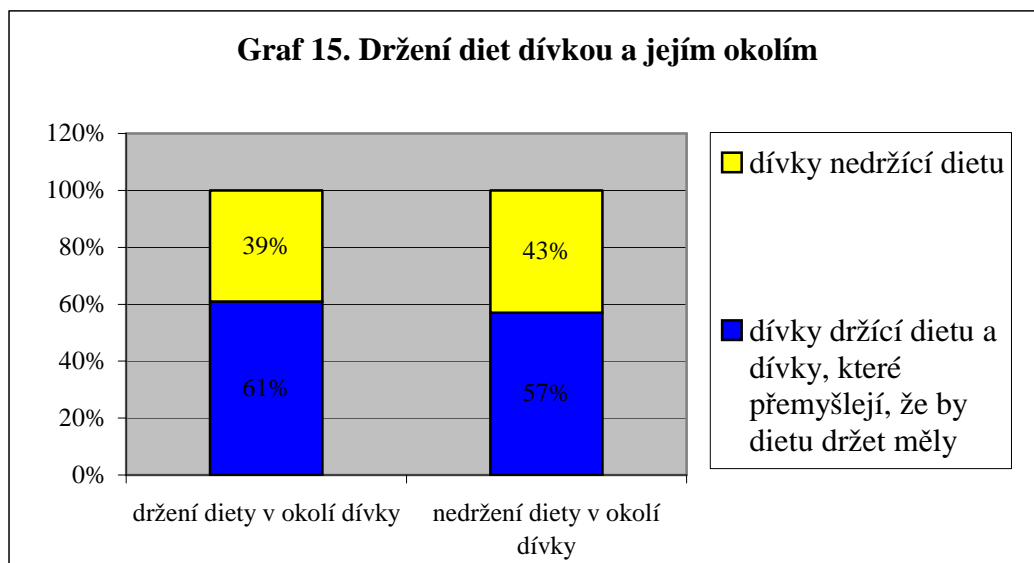
Na otázku týkající se držení diet odpovídalo 105 dívek z každé střední školy. Ze SOU se neustále snažilo držet diety 16 dívek (15%), 52 dívek (50%) diety nedrželo, ale myslí si, že by to potřebovaly. Dietu nepotřebovalo držet 37 dívek (35%). Ze SZŠ se neustále snažilo držet diety 10 dívek (10%), 56 dívek (53%) diety nedrželo, ale myslí si, že by to potřebovaly a 39 dívek (37%) dietu nedrželo, protože to nepotřebují. Ze SOŠ se neustále snažilo držet diety 10 dívek (10%), 50 dívek (47%) diety nedrželo, ale myslí si, že by to potřebovaly a 45 dívek (43%) dietu nedrželo. Z gymnázia 8 dívek (8%) drželo neustále diety, 44 dívek (42%) diety nedrželo, ale myslí si, že by to potřebovaly a 53 dívek (50%) dietu nedrželo.



Zdroj: Vlastní výzkum

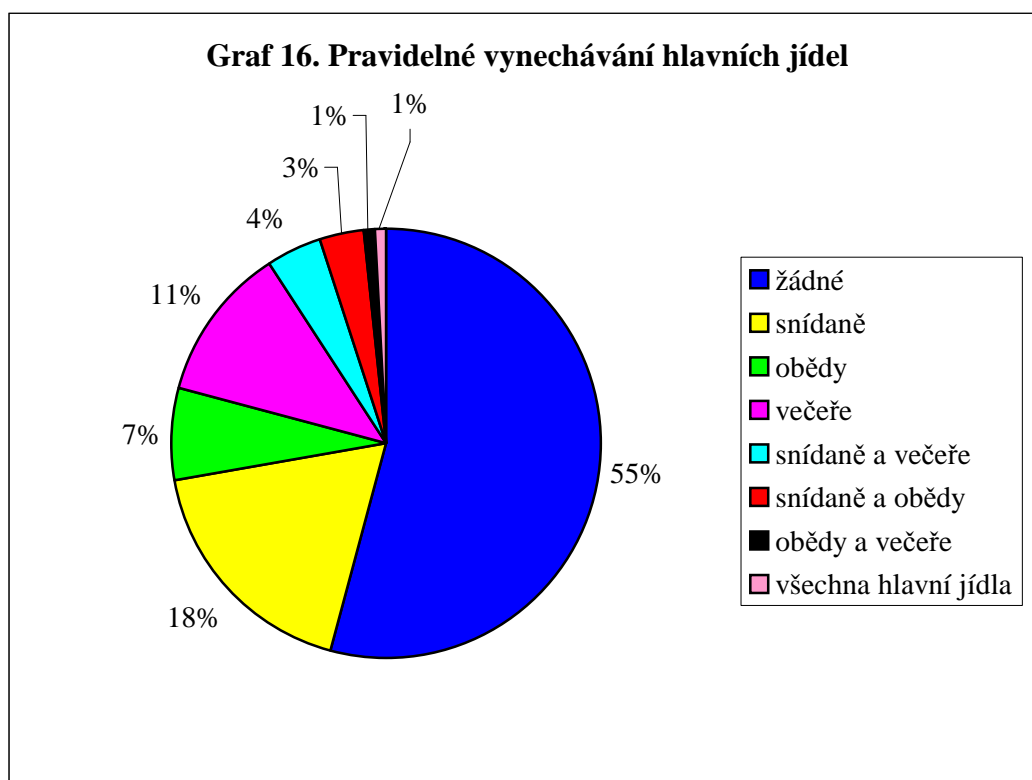
Na otázku zda někdo v okolí drží dietu odpovídalo 420 studentek středních škol. 222 studentek (53%) odpovědělo, že nikdo z jejich okolí dietu nedrží. 117 studentek (28%) odpovědělo, že v jejich okolí drží dietu kamarádka. 39 studentek (9%) odpovědělo, že dietu drží jejich rodiče. 14 studentek (3%) odpovědělo, že dietu drží jejich rodiče i jejich kamarádka. 11 studentek (3%) odpovědělo, že dietu drží jejich sestra. 10 studentek (2%) odpovědělo, že dietu drží jejich sestra i kamarádka. 4 studentky (1%) odpověděly, že dietu v jejich okolí drží rodiče, sestra i kamarádka. 3 studentky (1%) odpověděly, že dietu drží jejich rodiče a sestra.

Graf 15. Držení diet dívkou a jejím okolím



Zdroj: Vlastní výzkum

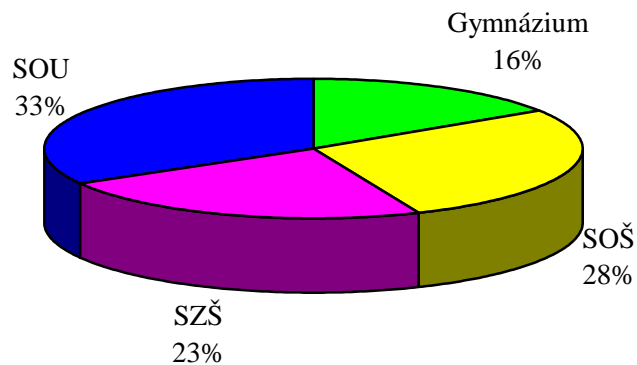
Celkový počet respondentek byl 420. 198 z nich uvedlo, že někdo z jejich okolí drží dietu (rodiče, sestra nebo kamarádka). Z těchto respondentek 120 (61%) drželo také dietu nebo o držení diety přemýšlelo, 78 respondentek (39%) dietu nedorželo. 222 respondentek uvedlo, že nikdo z jejich okolí dietu nedorží. Z těchto respondentek 126 (57%) drželo dietu nebo o držení diety přemýšlelo, 96 respondentek (43%) dietu nedorželo.



Zdroj: Vlastní výzkum

420 studentek odpovídalo na to, zda pravidelně vynechávají některé z hlavních jídel. 227 studentek (55%) nevynechávalo žádné z hlavních jídel. 76 studentek (18%) vynechávalo pravidelně snídani, 48 studentek (11%) vynechávalo pravidelně večeře, 30 studentek (7%) vynechávalo pravidelně obědy, 18 studentek (4%) vynechávalo pravidelně snídaně i večeře, 14 studentek (3%) vynechávalo pravidelně snídaně i obědy, 3 studentky (1%) vynechávaly pravidelně obědy i večeře a 4 studentky (1%) vynechávaly pravidelně všechna hlavní jídla.

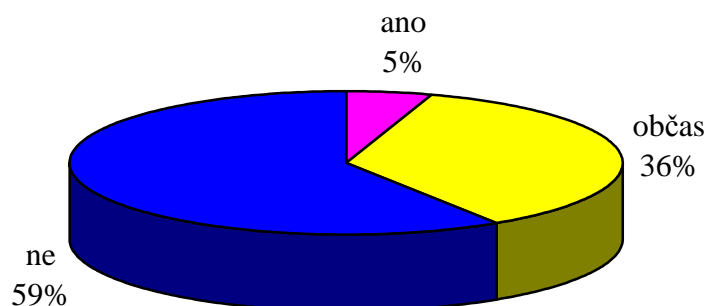
Graf 17. Nespokojenost s vlastním tělem a držení diet



Zdroj: Vlastní výzkum

108 studentek (což je 26% z celkového počtu 420 respondentek) v dotazníku odpovědělo, že nejsou spokojeny s vlastním tělem a zároveň v současné době drží dietu nebo dietu používají jako metodu kontroly tělesné hmotnosti. Z těchto 108 dívek bylo 36 (33%) z učiliště, 30 dívek (28%) bylo ze střední odborné školy, 25 dívek (23%) bylo ze střední zdravotnické školy a pouze 17 dívek (16%) z gymnázia.

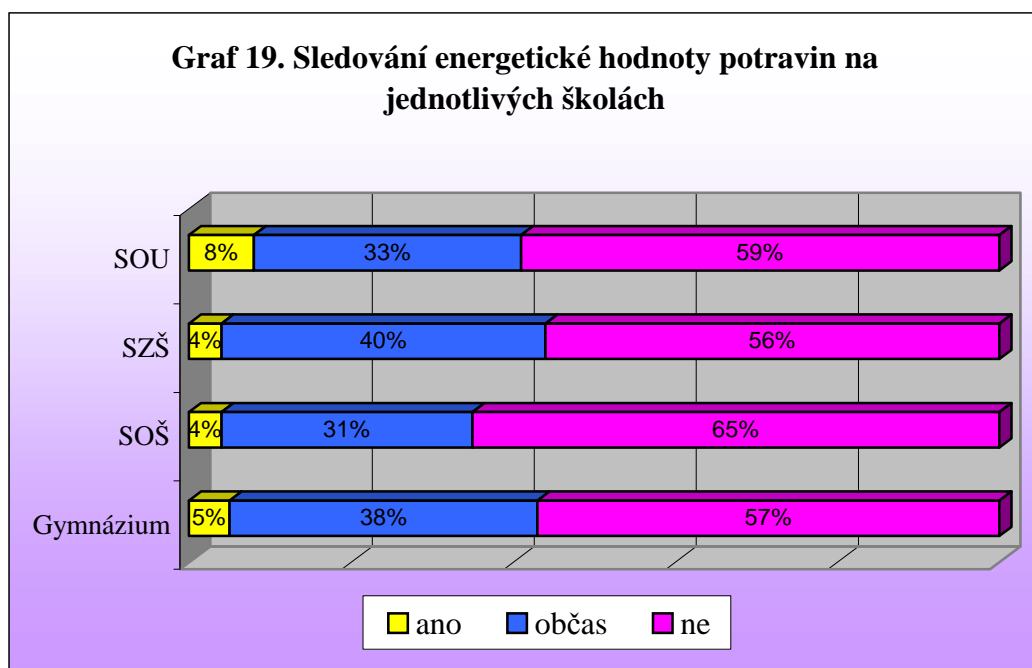
Graf 18. Sledování energetické hodnoty potravin



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 420 studentek 249 (59%) nesledovalo energetickou hodnotu potravin. 150 studentek (36%) sledovalo energetickou hodnotu potravin občas. 21 studentek (5%) sledovalo energetickou hodnotu potravin.

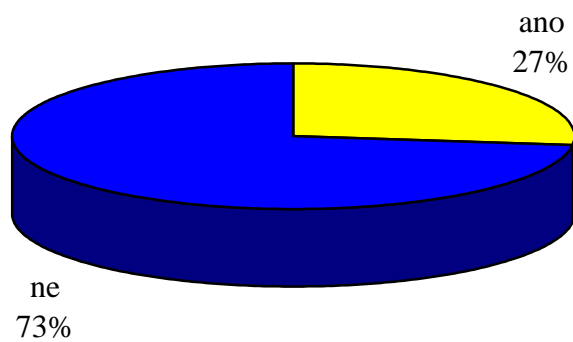
Graf 19. Sledování energetické hodnoty potravin na jednotlivých školách



Zdroj: Vlastní výzkum

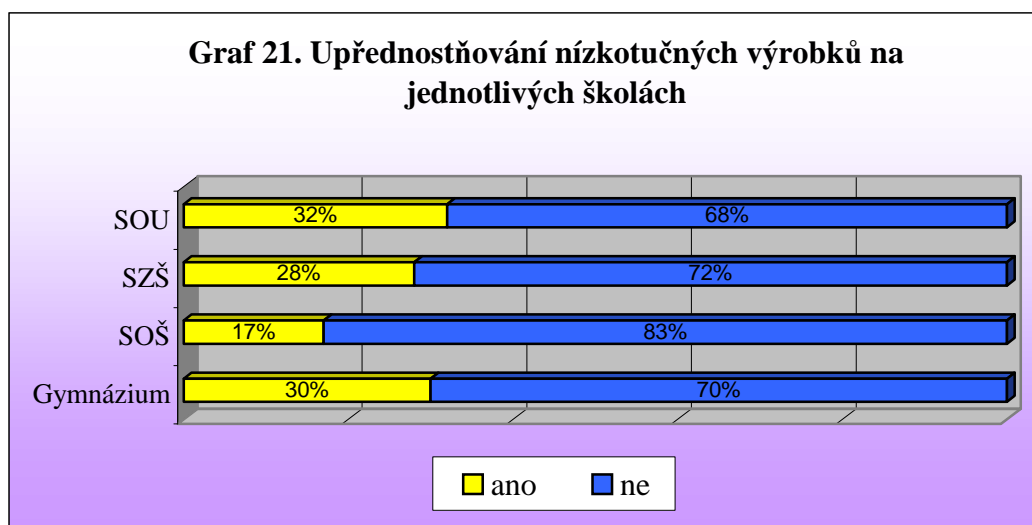
Ze 105 studentek SOU sledovalo energetickou hodnotu potravin 8 studentek (8%), 35 studentek (33%) sledovalo energetickou hodnotu občas a 62 studentek (59%) nesledovalo energetickou hodnotu potravin. Ze 105 studentek SZŠ sledovalo energetickou hodnotu 4 dívky (4%), 42 dívek (40%) sledovalo energetickou hodnotu občas a 59 dívek (56%) nesledovalo energetickou hodnotu potravin. Ze 105 studentek SOŠ sledovaly energetickou hodnotu 4 dívky (4%), 33 dívek (31%) sledovalo energetickou hodnotu občas, 68 dívek (65%) nesledovalo energetickou hodnotu potravin. Ze 105 studentek gymnázia 5 studentek (5%) sledovalo energetickou hodnotu, 40 studentek (38%) sledovalo energetickou hodnotu potravin občas, 60 dívek (57%) nesledovalo energetickou hodnotu potravin.

Graf 20. Upřednostňování nízkotučných výrobků



Zdroj: Vlastní výzkum

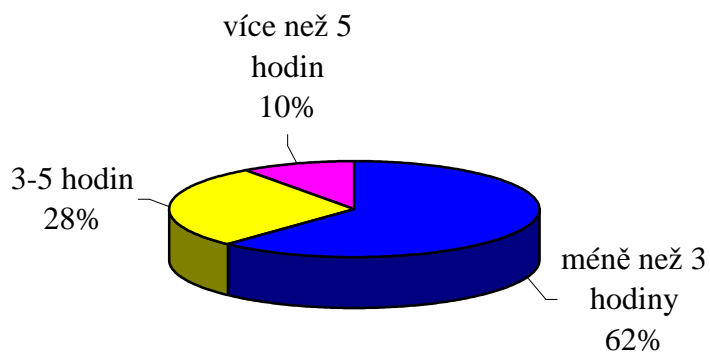
307 dívek (73%) ze 420 neupřednostňovalo nízkotučné výrobky. 113 dívek (27%) nízkotučné výrobky upřednostňovalo.



Zdroj: Vlastní výzkum

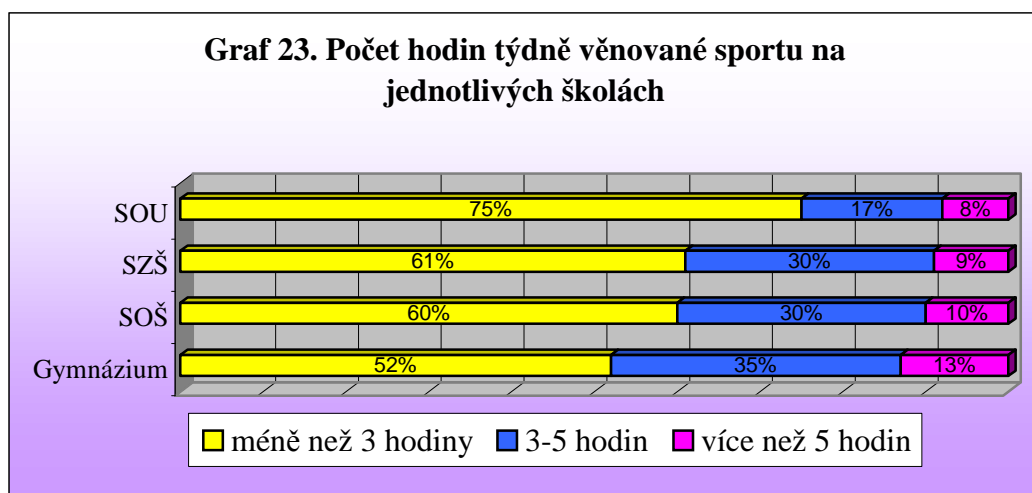
Ze 105 studentek SOU upřednostňovalo nízkotučné výrobky 34 dívek (32%), 71 dívek (68%) nízkotučné výrobky neupřednostňovalo. Ze 105 studentek SZŠ upřednostňovalo nízkotučné výrobky 29 dívek (28%), 76 dívek (72%) nízkotučné výrobky neupřednostňovalo. Ze 105 studentek SOŠ upřednostňovalo nízkotučné výrobky 18 dívek (17%), 87 studentek (83%) neupřednostňovalo nízkotučné výrobky. Ze 105 studentek gymnázia upřednostňovalo nízkotučné výrobky 32 dívek (30%), 73 dívek (70%) nízkotučné výrobky neupřednostňovalo.

Graf 22. Počet hodin v týdnu věnované sportu



Zdroj: Vlastní výzkum

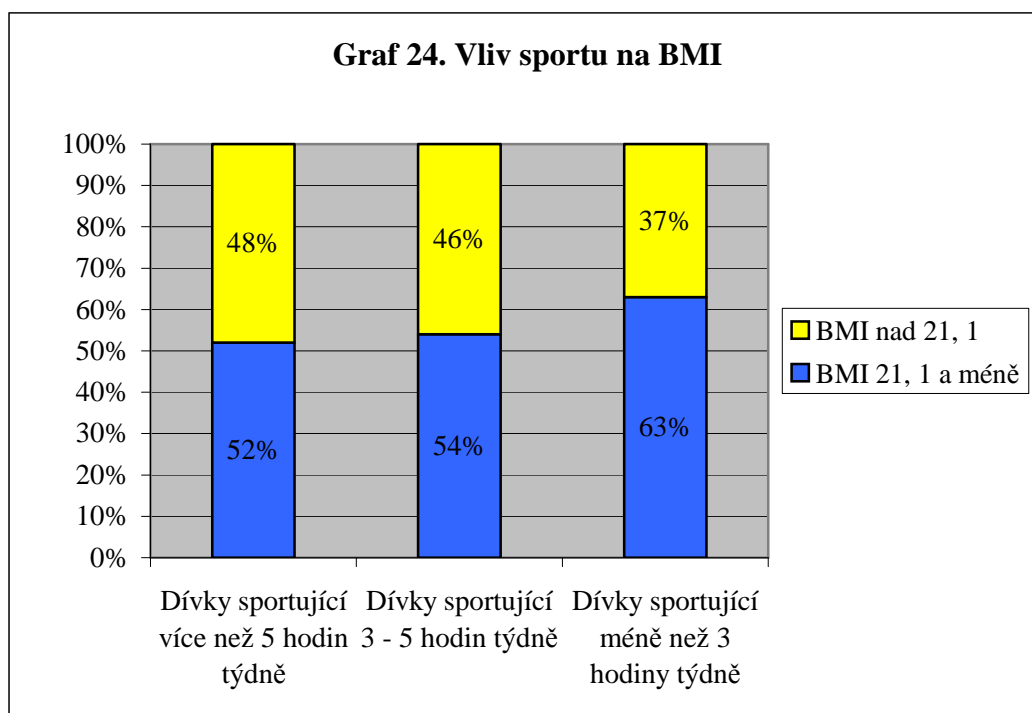
Z celkového počtu 420 respondentek se 260 (62%) věnovalo sportu méně než 3 hodiny týdně, 118 respondentek (28%) se sportu věnovalo 3 – 5 hodin týdně. 42 respondentek (10%) se věnovalo sportu více než 5 hodin týdně.



Zdroj: Vlastní výzkum

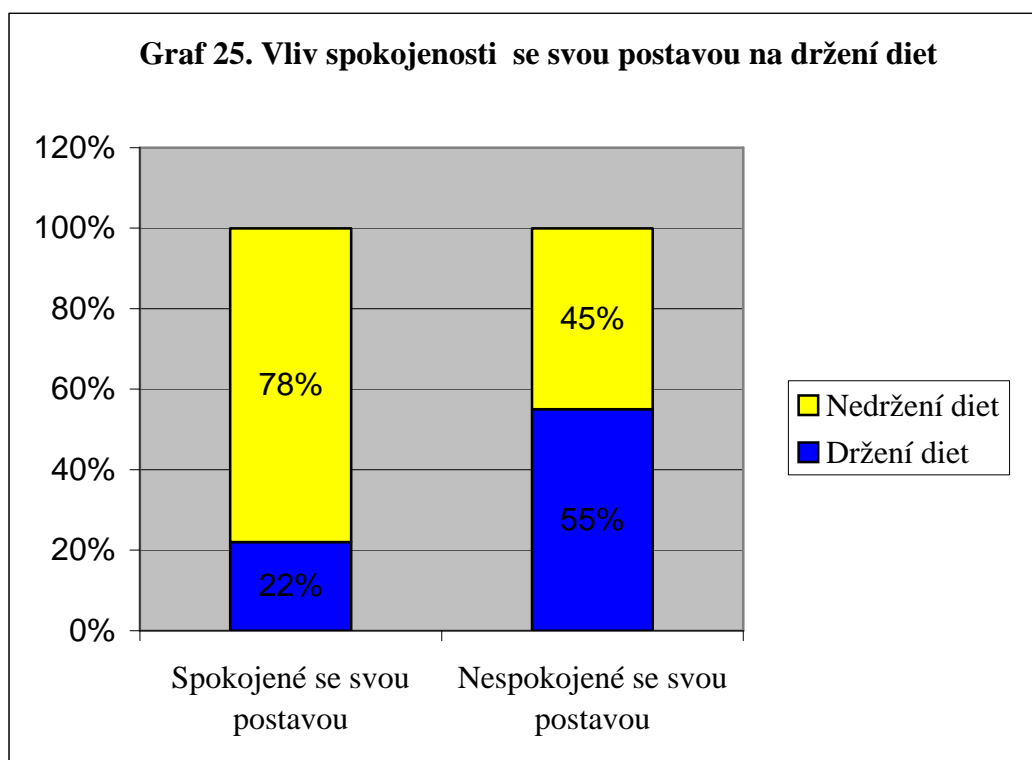
Ze 105 studentek SOU se věnovalo sportu méně než 3 hodiny týdně 79 dívek (75%), 18 dívek (17%) se sportu věnovalo 3 – 5 hodin týdně a 8 dívek se sportu věnovalo více než 5 hodin týdně. Ze 105 studentek SZŠ se věnovalo sportu méně než 3 hodiny týdně 64 dívek (61%), 32 dívek (30%) věnovalo sportu 3 – 5 hodin v týdnu a 9 dívek (9%) se sportu věnovalo více než 5 hodin týdně. Ze 105 studentek SOŠ se věnovalo sportu méně než 3 hodiny týdně 63 dívek (60%), 31 studentek (30%) se sportu věnovalo 3 – 5 hodin týdně a 11 dívek (10%) se sportu věnovalo více než 5 hodin týdně. Ze 105 studentek gymnázia se věnovalo sportu méně než 3 hodiny týdně 54 dívek (52%), 37 dívek (35%) se sportu věnovalo 3 – 5 hodin týdně a 14 studentek (13%) se sportu věnovalo více než 5 hodin týdně.

Graf 24. Vliv sportu na BMI



Zdroj: Vlastní výzkum

Dívek, které sportovaly více než 5 hodin týdně bylo 42, z nichž 22 dívek (52%) mělo BMI 21,1 a méně, zbylých 20 dívek (48%) mělo BMI vyšší než 21, 1. Dívek sportujících 3 -5 hodin týdně bylo 118, z nichž 64 (54%) mělo BMI 21, 1 a méně, 54 dívek (46%) mělo BMI vyšší než 21, 1. Dívek sportujících méně než 3 hodiny týdně bylo 260, z nichž 165 (63%) mělo BMI 21, 1 a méně a 95 dívek (37%) mělo BMI vyšší než 21, 1.



Zdroj: Vlastní výzkum

Dívek spokojených se svou postavou bylo 234, z nichž 183 (78%) nepoužívalo dietu jako metodu kontroly tělesné hmotnosti, 51 dívek (22%) dietu používalo. Dívek nespokojených se svou postavou bylo 186, z nichž 102 (55%) nepoužívalo dietu jako metodu kontroly tělesné hmotnosti a 84 dívek (45%) dietu používalo.

5. Diskuze

Výzkum byl proveden pomocí dotazníků (viz Příloha 1) mezi studentkami středních škol ve věku 15 – 20 let (Graf 1), což je rizikový věk pro rozvoj poruch příjmu potravy (14). Výsledky získané z dotazníků ukázaly rozdíly mezi čtyřmi středními školami (Gymnázium Strakonice, Střední zdravotnická škola České Budějovice, Střední odborná škola Blatná, Střední odborné učiliště Písek). Respondentek bylo celkem 420, 105 respondentek z každé školy. Otázky dotazníku byly směřovány na rizikové chování a postoje typických pro poruchy příjmu potravy, především na nespokojenost s vlastním tělem, přání být štíhlejší, používání různých metod ve snaze zhubnout, držení diet, vynechávání hlavních jídel (11).

Podle průměrných Body Mass Indexů, které jsou zaznamenány v tabulkách 2. - 5., byly nejtíhlejší dívky na gymnáziu (průměrné BMI 20,5), naopak nejvyšší průměrná hodnota BMI (21,7) byla zjištěna na učilišti. Nejvyšší spokojenost s vlastním tělem byla zjištěna na gymnáziu, a to 66%. Naopak nejnižší spokojenost 52% byla zjištěna u studentek učiliště (Graf 4). Spokojenost s vlastním tělem u všech 420 respondentek byla 55% (Graf 3). Z výsledků znázorněných v grafu 5 je patrné, že se vzrůstajícím BMI spokojenost s vlastním tělem klesá. BMI 17,5 a méně je jedním s diagnostických kritérií pro diagnózu mentální anorexie. 17 dívek s BMI 17,5 a méně byly nejvíce spokojené s vlastním tělem, jen 4 dívky byly nespokojené se svým tělem, sami sebe označily jako vyhublé a chtěly přibrat na váze. Toto nesvědčí o zkraslenosti vlastní postavy, která představuje další diagnostické kritérium pro diagnózu mentální anorexie. 31 dívek ze 40 s BMI 25 a více byly v nespokojeny s vlastním tělem a přály si zhubnout. Držení diet je jedním z hlavních rizikových faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy (15). Studentky z učiliště držely dietu v 15% případů, zatímco na gymnáziu drželo dietu jen 8% studentek (Graf 13). Ze všech 420 respondentek drželo dietu 10% dívek (Graf 12). Nejvíce dívek, které přemýšlely, jak být štíhlejší, bylo z učiliště (56%), nejméně dívek pak z gymnázia (50%) (Graf 7). Ze 420 studentek si přálo zhubnout 53% (Graf 6). Obě hypotézy byly na základě těchto výsledků potvrzeny. Studentky gymnázia byly štíhlejší než studentky středních a učňovských škol. Studentky středních a učňovských škol si

častěji než studentky gymnázia přály zhubnout a také častěji držely dietu. S rostoucí tělesnou hmotností vzrůstala u žen nespokojenost s tělem (11).

Z frekvence kontroly tělesné hmotnosti lze usuzovat na to, jak moc se dívka zaobírá vlastní postavou. Bylo zjištěno, že 63% dívek sledovalo svou hmotnost méně než jednou týdně, 27% studentek jednou týdně, 9% dívek jednou denně a 1% dívek několikrát denně (Graf 8). Jednotlivé školy se v tomto výrazně nelišily (Graf 9). Držení diet v nejbližším okolí dívky ovlivňuje často ve stravování dívku samotnou (11). Z výsledků znázorněných v grafu 15 je patrné, že tento vztah nebyl prokázán, neboť držení diet bylo ve skupině dívek, v jejichž okolí někdo držel dietu, téměř stejné jako ve skupině dívek, v jejichž okolí nikdo dietu nedržel. Nejvíce dívek 53% uvádělo, že nikdo v jejich okolí dietu nedrží, 28% dívek uvádělo, že dietu drží jejich kamarádka, u 9% dívek dietu drželi rodiče (Graf 14). Na otázku, zda dívky vynechávají pravidelně některé z hlavních jídel, což je časté chování u dívek s poruchou příjmu potravy, odpovědělo kladně 45% studentek. Nejvíce dívky vynechávaly snídani (18%) a večeři (11%). 4 studentky (1%) vynechávaly pravidelně všechna hlavní jídla (Graf 16). Spojení dvou velmi zásadních rizikových faktorů pro rozvoj poruch příjmu potravy – nespokojenosti s vlastním tělem a držení diet, bylo zjištěno u 108 studentek z všech 420 dotazovaných. 36 (33%) těchto studentek bylo z učiliště, 30 studentek (28%) bylo ze střední odborné školy, 25 studentek (23%) ze střední zdravotnické školy a 17 (16%) bylo studentek z gymnázia (Graf 17), i zde je vidět významný rozdíl mezi gymnáziem a učilištěm. Dívky mající poruchu příjmu potravy velmi často sledují energetickou hodnotu potravin a upřednostňují nízkotučné výrobky (9). Energetickou hodnotu potravin sledovalo 5% studentek, občas ji sledovalo 36%, a 59% dívek energetickou hodnotu potravin nesledovalo (Graf 18). Nejméně sledovaly energetickou hodnotu potravin studentky střední odborné školy (Graf 19). 27% studentek upřednostňovalo nízkotučné výrobky a 73% naopak nízkotučné výrobky neupřednostňovaly (Graf 20). Opět nejméně upřednostňovaly nízkotučné výrobky studentky střední odborné školy (Graf 21).

Dívky s problematickým vztahem k příjmu potravy používají ke snižování své váhy různé metody, nejčastěji držení diet a hladovek, zvracení, zneužívání laxativ,

diuretik, anorektik, nadměrnou pohybovou aktivitu (14). V tomto výzkumu byl jako nejčastější metoda kontroly tělesné hmotnosti zjištěn pohyb. Tuto metodu používalo 49% studentek středních škol. Jako druhou nejčastější metodu kontroly tělesné hmotnosti používaly studentky pohyb spolu s dietou. Tuto kombinovanou metodu používalo 28% dívek. Metodu držení diet používalo 7% studentek. Žádná dívka z gymnázia však nepoužívala pouhé držení diety jako metodu kontroly tělesné hmotnosti. Jako jiné metody kontroly tělesné hmotnosti uvádělo 15% dívek, že žádnou metodu nepoužívají a 1% dívek uvádělo kombinaci těchto metod: zvracení, užívání projímadel, užívání tablet na hubnutí a zeštíhlující krémy (Graf 10). Počet hodin věnovaných sportu během týdne se značně lišil mezi gymnáziem a učilištěm. Bylo zjištěno, že studentky gymnázia se více věnují sportu než dívky z učiliště. 48% dívek z gymnázia se věnovalo sportu více než 3 hodiny týdně. Na učilišti bylo zjištěno procento dívek věnujících se sportu více než 3 hodiny týdně mnohem nižší než na gymnáziu, a to 25%. Na dalších dvou školách byla procenta téměř vyrovnaná. Na SZŠ se věnovalo sportu více než 3 hodiny týdně 39% studentek a na SOŠ 40% studentek (Graf 23). Z výsledků znázorněných v grafu 24 je patrné, že s délkou sportování se mírně zvyšuje počet dívek s BMI nad 21,1, což je průměrná hodnota BMI zjištěná na daných středních školách. Vliv sportu na BMI - svalová hmota je těžší než tuková. Sportující dívky měly více svalové hmoty a tedy měly vyšší BMI, než dívky vyhublé bez cvičení. Z výsledků znázorněných v grafu 25 vyplývá, že dívky spokojené se svou postavou méně používaly dietu jako metodu pro kontrolu tělesné hmotnosti než dívky se svou postavou nespokojené.

6. Závěr

Domnívám se, že cíl bakalářské práce, jejíž téma znělo „Nespokojenost s vlastním tělem a držení diet jako rizikové faktory pro rozvoj poruch příjmu potravy a sledování metod kontroly tělesné hmotnosti u studentek středních škol“, byl splněn. Práce ověřila hypotézu, že ve sledovaném souboru středoškolských studentek byly studentky gymnázia štíhlejší než studentky z ostatních středních škol a učiliště, a také, že studentky středních a učňovských škol si častěji přály zhubnout a častěji držely diety. Práce dále ověřila hypotézu týkající se BMI a spokojenosti s vlastním tělem. S rostoucí tělesnou hmotností vzrůstala u dívek nespokojenost s vlastním tělem.

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější onemocnění dospívajících dívek a jsou nejčastější příčinou úmrtí v populaci mladých žen. Tato onemocnění jsou spojena s řadou závažných somatických, psychických a sociálních důsledků. Mají negativní dopad na psychiku dospívajících dívek, které jsou úzkostné, depresivní a jejich jediným problémem se stává vlastní tělo a přijímání potravy.

Práci lze využít jako screeningovou metodu pro sledování poruch příjmu potravy, k monitoringu rizikových postojů a chování ve vztahu k příjmu potravy dospívajících dívek. Výstupy z této práce mohou být použity jako upozornění na vysoké procento mladých dívek v riziku poruch příjmu potravy a tedy na nutnost rozšíření prevence těchto onemocnění.

7. Seznam použitých zdrojů

1. **BOLDIŠ, Petr.** *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typu dokumentu.* Verze 3.0 (2004). © 1999–2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004. [cit. 2007-03-25]. URL: < <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf> >
2. **HALL, Lindsey. – COHN, Leigh.** *Rozlučte se s bulimií.* 1. vydání. Brno: ERA, 2003. 240 s. ISBN 80-86517-60-8.
3. **HRACOVICOVÁ, Tamara.** Poruchy příjmu potravy u dospívajících dívek s diabetem I. typu. *Psychiatrie pro praxi.* Konice: 2002, roč. 3, č.1., s 25-28. ISSN 1213-0508.
4. **CLAUDE – PIERRE, Peggy.** *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy.* 1. vydání. Praha: Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5.
5. **COHEN, Robert.** *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi.* 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4.
6. **GROGAN, Sarah.** *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem.* 1. vydání. Praha: GRADA Publishing, 2000. 186 s. ISBN 80-7169-907-1.

7. **FIALOVÁ, Ludmila.** *Moderní body image, jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla.* 1. vydání. Praha: GRADA Publishing, 2006. 92 s. ISBN 80-247-1350-0.
8. **FIALOVÁ, Ludmila.** *Body image jako sebepojetí člověka.* 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 269 s. ISBN 80-246-0173-7.
9. **FRAŇKOVÁ, Slávka. – DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, Věra.** *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla.* 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0548-1.
10. **KOUTEK, Jiří. et al.** *Dětská a adolescentní psychiatrie.* 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
11. **KRCH, František David.** *Poruchy příjmu potravy.* 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: GRADA Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
12. **KRCH, František David.** *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. Psychiatrie pro praxi.* Konice: 2004, roč. 5, č. 1., s 14-16. ISSN 1213-0508.
13. **KRCH, František David.** *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním.* 2. doplněné vydání. Praha: GRADA Publishing, 2003. 170 s. ISBN 80-247-0527-3.

14. **KRCH, František David. – MARÁDOVÁ, Eva.** *Poruchy příjmu potravy.* Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT, 2003. 32 s.
15. **KRCH, František David.** *Mentální anorexie.* 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80- 7178-598-9.
16. **KRCH, František David. et al.** *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie.* 1. vydání. Praha: GRADA Publishing, 1999, 238 s. ISBN 80-7169-627-7.
17. **KULHÁNEK, Jan.** *Prevence poruch příjmu potravy* [online]. © 2002-2006. [cit. 2006-10-11]. URL: < http://www.idealni.cz/prevence-poruch-prijmu-potravy+clanek_show.asp?id=23 >
18. **KULHÁNEK, Jan.** *Poruchy příjmu potravy* [online]. © 2002-2006. [cit. 2006-10-11]. URL: < http://www.pppinfo.cz/poruchy-prijmu-potravy---lecba+clanek_show.asp?id=22 Poruchy příjmu potravy – léčba >
19. **LINCOVÁ, Dagmar. – HASSAN, Farghal.** *Základní a aplikovaná farmakologie.* 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 601 s. ISBN 80-7262-168-8.
20. **NAVRÁTILOVÁ, Miroslava.** Riziko refeeding syndromu u mentální anorexie. *Psychiatrie pro praxi.* Konice: 2002, roč. 3, č. 4. s 146-151. ISSN 1213-0508.

21. **NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. – ČEŠKOVÁ, Eva. – SOBOTKA, Luboš.** *Klinická výživa v psychiatrii.* Praha: MAXDORF, 2000. 270 s. ISBN 80-85912-33-3.
22. **NĚMEČKOVÁ, Pavla.** Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi.* Konice: 2002, roč. 3, č. 3., s 124-128. ISSN 1213-0508.
23. **PAPEŽOVÁ, Hana.** Poruchy příjmu potravy a mezioborová spolupráce. *Postgraduální medicína, odborný časopis pro lékaře.* Praha: 2005, roč. 7, č. 1., s 94-100. ISSN 1212-4184.
24. **PAPEŽOVÁ, Hana et al.** *Psychiatre – poruchy příjmu potravy.* 2. doplněné a opravené vydání. Praha: TIGIS, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.
25. **PAPEŽOVÁ, Hana.** *Bulimia nervosa.* 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
26. **PAPEŽOVÁ, Hana.** *Informace pro rodiče* [online]. © 2002 – 2006. [cit. 2007-01-09]. URL: < [http://www.pppinfo.cz/informace-pro-rodice+clanek show.asp?id=44](http://www.pppinfo.cz/informace-pro-rodice+clanek%20show.asp?id=44) >
27. **PAPEŽOVÁ, Hana.** *Anorexia nervosa.* 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-92-8.

28. **PROVAZNÍK, Kamil. - KOMÁREK, Lumír.** *Manuál prevence v lékařské praxi.* 1. vydání. Praha: Fortuna, 2004. 736s. ISBN 80-7168-942-4.
29. **RABOCH, Jiří – PAVLOVSKÝ, Pavel.** *Psychiatrie – minimum pro praxi.* 3. vydání. Praha: TRITON, 2003. 211 s. ISBN 80-7254-423-3.
30. **RABOCH, Jiří. – ZVOLENSKÝ, Petr. et al.** *Psychiatrie.* 1. vydání. Praha: Galén, 2001. 662 s. ISBN 80-7262-140-8.
31. **SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana.** *Z deníku bulimičky.* 1. vydání. Praha: Portál, 2003, 128s. ISBN 80-7178-795-7.
32. **STÁRKOVÁ, Libuše. – LUŇÁČKOVÁ, Markéta.** Štíhlost v hodnotové hierarchii žen a mužů moravského regionu. *Psychiatrie pro praxi.* Konice: 2004, roč. 5, č. 6. s 325-328. ISSN 1213-0508.
33. **STÁRKOVÁ, Libuše.** Kognitivně – behaviorální terapie: praktické využití v ordinaci pedopsychiatra. III. část: poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi.* Konice: 2003, roč. 4, č. 2., s. 52-56. ISSN 1213-0508.
34. **STÁRKOVÁ, Libuše.** Poruchy příjmu potravy – psyché a soma. *Pediatric pro praxi.* Konice: 2005, roč. 6, č. 1., s 11-15. ISSN 1213-0494.

35. **STÁRKOVÁ, Libuše. et al.** Prolaps uretry – neobvyklá komplikace mentální anorexie. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: 2003, roč. 7, č. 2., s 124-125. ISSN 1211-7579.
36. **TOMANOVÁ, Jana.** *Vícerodinná terapie mentální anorexie v Čechách* [online]. © 2002-2006. [cit. 2006-11-05].
URL: < http://www.idealni.cz/vicerodinna-terapie-mentalni-anorexie-v-cechach+clanek_show.asp?id=1463 >
37. **VÁGNEROVÁ, Marie.** *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
38. **VODÁČKOVÁ, Daniela. et al.** *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
39. **VOMASTEK, Petr.** *Z deníku anorektika*. 1. vydání. Praha: Tomáš Houška, 2000, 256 s. ISBN 80-86065-10-3.
40. **ZVOLENSKÝ, Petr. et al.** *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2001. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

8. Klíčová slova

poruchy příjmu potravy

mentální anorexie

mentální bulimie

nespokojenost s vlastním tělem

kontrola tělesné hmotnosti

diety

9. Přílohy

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 2 - Fotografie patientek s mentální anorexií

Příloha 3 – Jak bulimie napadá celé tělo

Příloha 4 - Schéma péče o pacienty s poruchami příjmu potravy

Příloha 5 - Graf – počty hospitalizovaných s poruchou příjmu potravy od roku 2000

Příloha 6 – Fotografie: Russelovo znamení, otok slinných žláz

Příloha 1. Dotazník

Jmenuji se Magda Koubková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Ochrana veřejného zdraví Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Prosím Vás, abyste pravdivě odpověděla na otázky tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity v mé bakalářské práci. Přečtěte si pozorně následujících 21 otázek a zakroužkujte jednu odpověď, popřípadě odpovězte slovně.....

Předem Vám moc děkuji za pomoc a přeji mnoho úspěchů v dalším životě.

1. Věk

Výškam

Hmotnost.....kg

2. Jste spokojená se svou postavou?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

3. Přemýšlíte často o tom, jak být štíhlejší?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

4. Co byste na Vaší postavě chtěla změnit?

.....

5. Jak Vás hodnotí okolí?

- a) vyhublá
- b) štíhlá
- c) mohla byste být štíhlejší
- d) tlustá

6. Přikládáte velký význam tomu, co si o Vás myslí ostatní?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

7. Jak často kontrolujete svou váhu?

- a) několikrát denně
- b) jednou denně
- c) jednou týdně
- d) méně než jednou týdně

8. Myslíte často na to kolik vážíte?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne



9. Jaké metody používáte ve snaze zhubnout? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) dieta
- b) pohyb
- c) zvracení
- d) projímadla
- e) tabletky na hubnutí (jaké)
- f) jiné (uved'te jaké)

10. Držíte v současné době dietu?

- a) neustále se snažím držet diety
- b) nedržím, ale myslím, že bych to potřebovala
- c) nedržím, nepotřebuji to

11. Drží někdo z Vašeho okolí dietu? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) rodiče
- b) sestra
- c) kamarádka
- d) nikdo

12. Sledujete energetickou hodnotu potravin?

- a) ano
- b) občas
- c) ne

13. Upřednostňujete nízkotučné výrobky?

- a) ano
- b) ne

14. Vyhýbáte se sladkým jídlům?

- a) ano
- b) ne

15. Vynecháváte pravidelně jedno nebo více hlavních jídel? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) ano - snídani
- b) ano - oběd
- c) ano - večeři
- d) ne

16. Jíte ráda ve společnosti jiných lidí?

- a) ano
- b) ne, ale při jídle se ostatním nevyhýbám
- c) ne, jím jenom o samotě

17. Jíte pomaleji než ostatní?

- a) ano
- b) ne, jím stejně rychle jako ostatní
- c) ne, jím rychleji než ostatní

18. Krájíte si jídlo na velmi malé kousky?

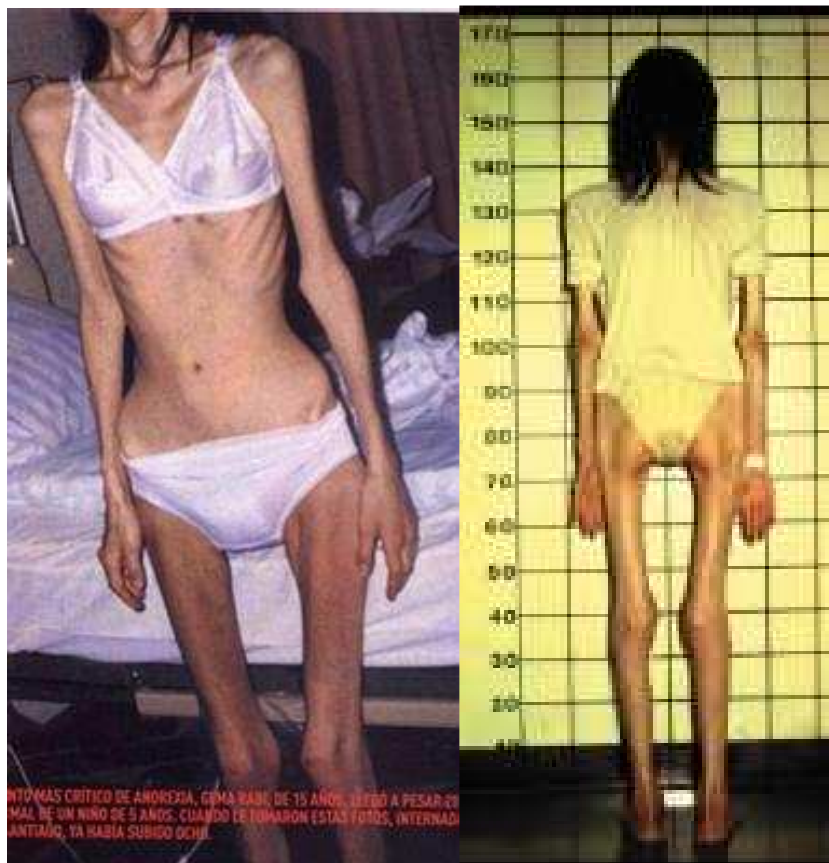
- a) ano
- b) ne

19. Kolik hodin týdně sportujete?

- a) méně než 3 hodiny
- b) 3-5 hodin
- c) více než 5 hodin

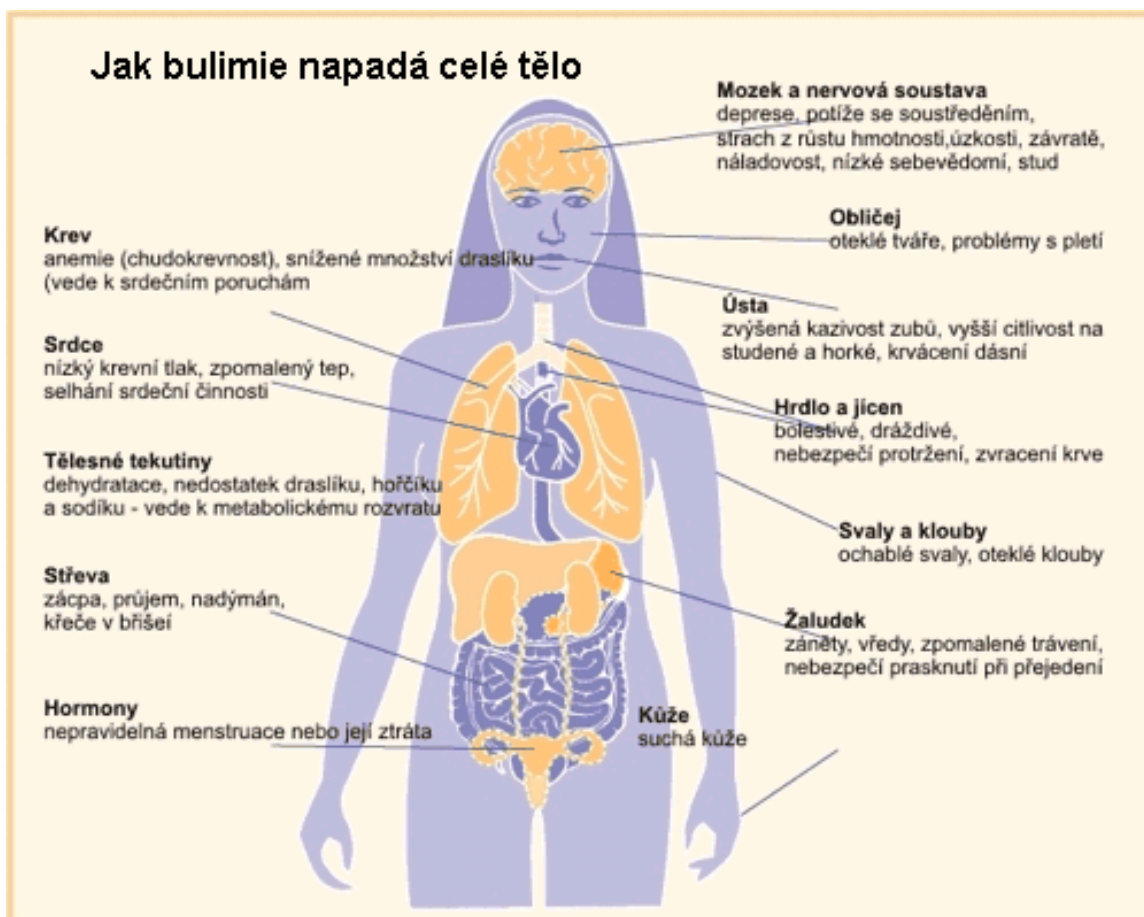
20. O jaké sporty jde?.....

Příloha 2 - Fotografie patientek s mentální anorexií



Zdroj: <http://mudr.petrak.sblog.cz/fotky>

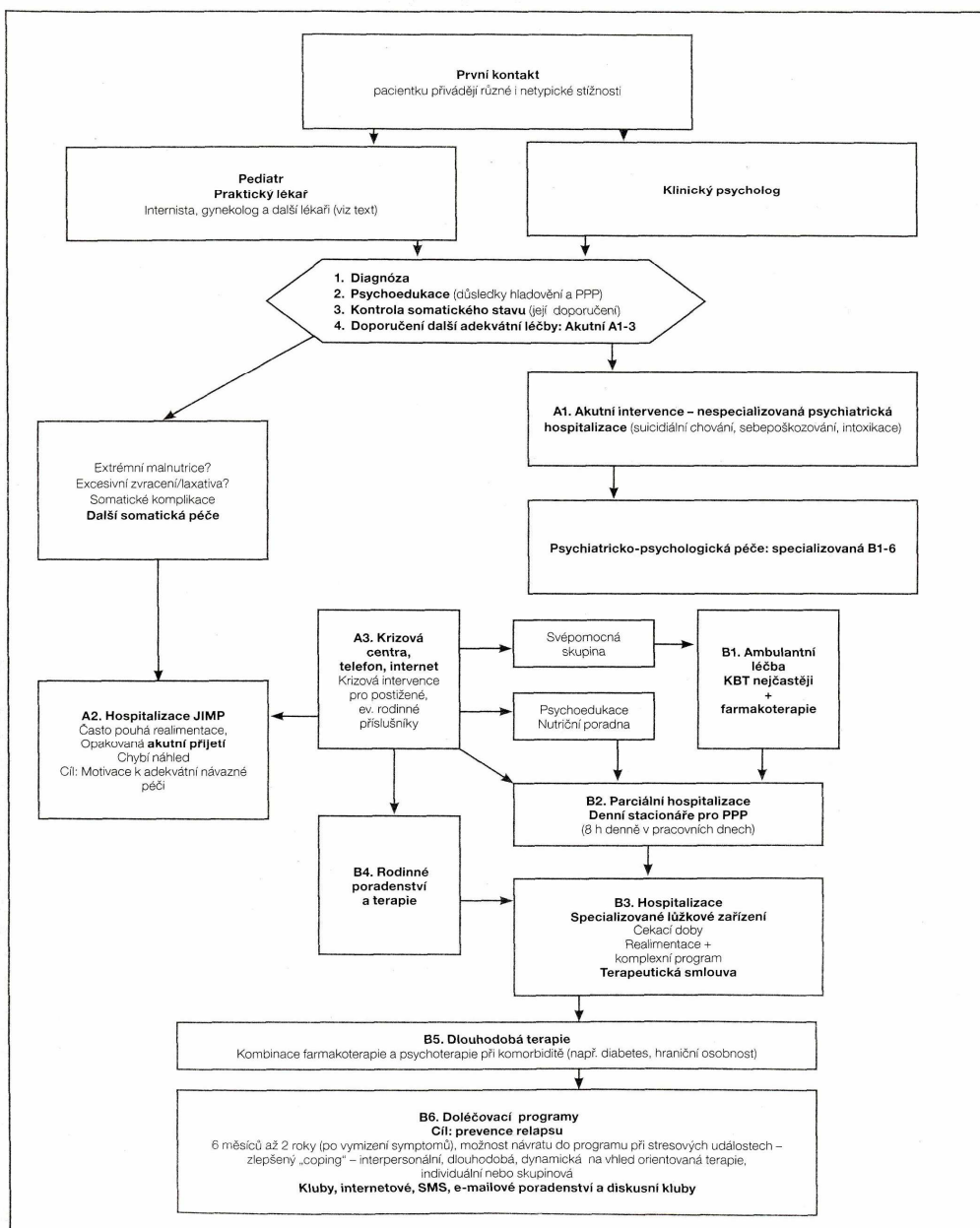
Příloha 3 – Jak bulimie napadá celé tělo



Zdroj: <http://velvet-nightmare.blog.cz/0612/telesne-potize-bulimicky>

Příloha 4 - Schéma péče o pacienty s poruchami příjmu potravy

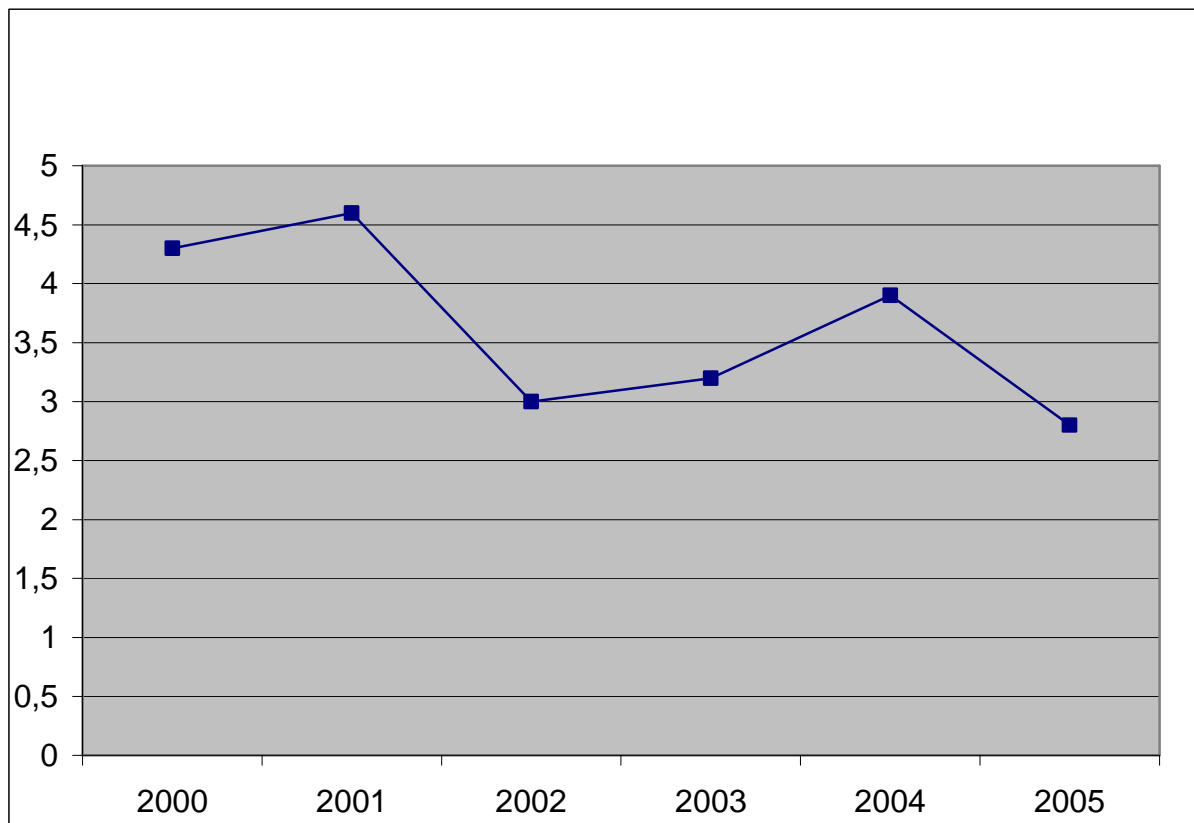
Obr. 1 – Schéma péče o pacienty s poruchami příjmu potravy



Postgraduální medicína, 2005. 7. č. 1

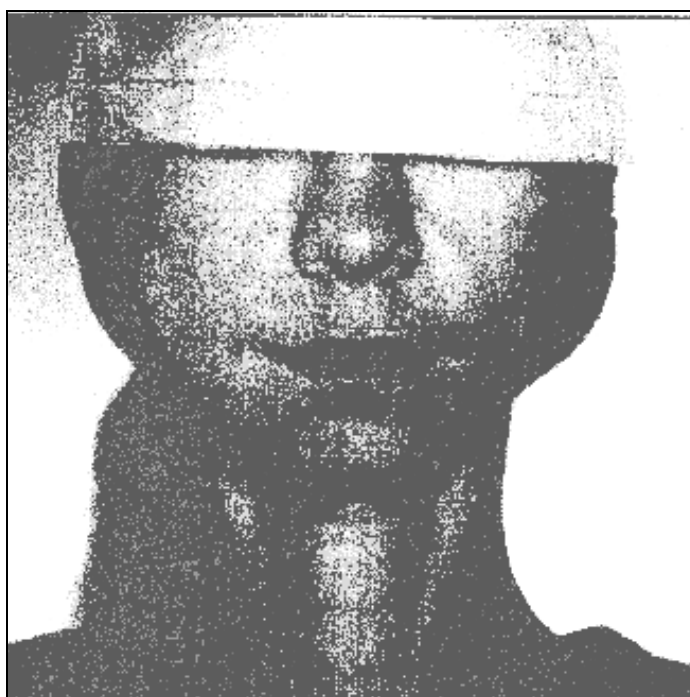
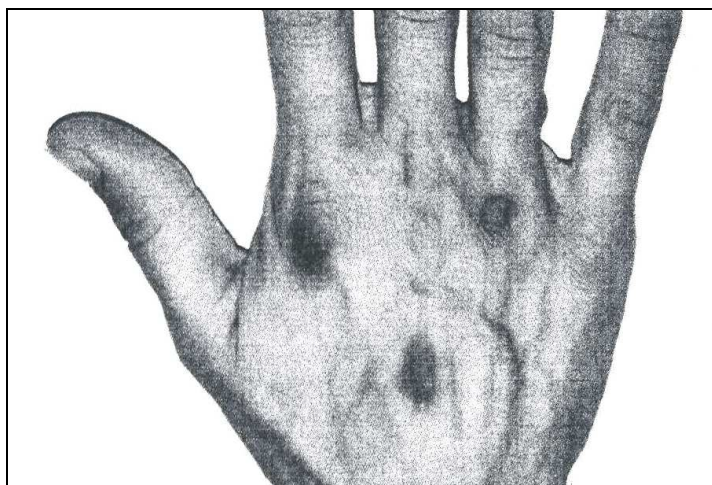
Zdroj: viz Seznam použitých zdrojů (23)

Příloha 5 – Graf - Počet hospitalizovaných v ČR na psychiatrických odděleních s diagnózou F50 – poruchami příjmu potravy (na 100 000 obyvatel)



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (<http://www.uzis.cz/>)

Příloha 6 – Fotografie: Russelovo znamení, otok slinných žláz



Zdroj: viz Seznam použitých zdrojů (23)