

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – MONITORING
INFORMOVANOSTI DOSPÍVAJÍCÍCH DÍVEK V DANÉ
PROBLEMATICE**

Bakalářská práce

Autor práce : Jana TICHÁ
Vedoucí práce: Mgr. Leona MEINDLOVÁ
14. května 2007

Prohlášení

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

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

14. května 2007

Poděkování

Zde bych chtěla poděkovat především Mgr. Leoně Meindlové za připomínky a rady, které mi poskytla během psaní této bakalářské práce. Dále děkuji také dívkám, které byly ochotny vyplnit dotazník k této práci.

ABSTRACT

In this bachelor's thesis I am describing eating disorders. I have chosen this topic for its urgency and still increasing popularity of slenderness and excessive thinness among young people.

According to ICD-10 identically with DSM-IV American psychiatric association include in the concept of eating disorders two clearest defined syndromes: anorexia nervosa and bulimia nervosa. Both of these defects are very similar, the following signs are characteristic: intensive effort at slimming connected with restriction of taken energy and with increasing outlay of energy, being afraid of fatness, paying an extreme attention to food, own body and weight.

Eating disorders mostly appear in adolescent girls and young women. Women are suffering from this defect ten-times more than men. They usually have a chronic course, serious mental, somatic and social consequences.

There is not a key risk factor and there seem to always occur a complex constellation of social, cultural and family influence factors, life events and personality features with developmental and biological factors.

Food intake disorders prevention is still at a very low level in the Czech republic. However high attention is paid to prevention and dealing with overweight.

OBSAH

Úvod	7
1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Poruchy příjmu potravy – vymezení, definice, pojmy	8
1.2 Mentální anorexie	9
1.2.1 Diagnostická kritéria	9
1.2.2 Diferenciální diagnóza	11
1.2.3 Historie mentální anorexie	11
1.3 Mentální bulimie	12
1.3.1 Diagnostická kritéria	12
1.3.2 Diferenciální diagnóza	13
1.3.3 Historie mentální bulimie	13
1.4 Rozdíly mezi MA a MB	14
1.5 Škály pro hodnocení PPP	14
1.6 Rozdílnost pohlaví	15
1.7 Atypické a nespecifické PPP	16
1.7.1 Záchvatovité přejídání	16
1.7.2 Syndrom nočního přejídání	16
1.8 Specifika dětských pacientů	17
1.8.1 Rozdíl mezi časným a pozdějším začátkem MA	17
1.8.2 Specifické syndromy PPP u dětí a dospívajících	17
1.9 Rizikové faktory vzniku PPP	18
1.9.1 Sociokulturní faktory	19
1.9.1.1 Ideál krásy	19
1.9.2 Biologické faktory	20
1.9.2.1 Ženské pohlaví	20
1.9.2.2 Tělesná hmotnost	20
1.9.2.3 Puberta	21
1.9.3 Genetické faktory	21

1.9.4 Psychologické faktory	21
1.10 Zdravotní komplikace	22
1.10.1 Kardiovaskulární komplikace	22
1.10.2 Renální komplikace	23
1.10.3 Gastrointestinální komplikace	23
1.10.4 Kosterní komplikace	23
1.10.5 Endokrinní komplikace	24
1.10.6 Metabolické komplikace	24
1.10.7 Dermatologické komplikace	24
1.10.8 Hematologické komplikace	25
1.10.9 Neurologické komplikace	25
1.11 Léčba poruch příjmu potravy	25
1.11.1 Nutriční rehabilitace	26
1.11.2 Svépomocné skupiny	26
1.11.3 Rodinná terapie	27
1.11.4 Kognitivně behaviorální terapie	27
1.11.5 Interpersonální terapie	28
1.11.6 Psychodynamická a psychoanalytická terapie	28
1.11.7 Farmakoterapie poruch příjmu potravy	28
1.12 Prevence poruch příjmu potravy	29
2. CÍL PRÁCE A PŘEDPOKLÁDANÉ HYPOTÉZY	30
2.1 Cíl práce	30
2.2 Předpokládané hypotézy	30
3. METODIKA	31
3.1 Použitá metoda	31
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	31
4. VÝSLEDKY	32
5. DISKUZE	63
6. ZÁVĚR	65
7. POUŽITÁ LITERATURA	67

ÚVOD

Téma poruch příjmu potravy jsem si vybrala z mnoha důvodů. Domnívám se, že těmto poruchám je i přes zvyšující se počet případů onemocnění stále věnována malá pozornost. A přitom se jedná o vážná, někdy dokonce až smrtelná, psychosomatická onemocnění – onemocnění těla i duše. Často se dnes hovoří o rizicích spojených s nadváhou a obezitou, ale problémy opačného rázu jakoby neexistovaly. Mezi nejčastěji citované patří mentální anorexie a mentální bulimie.

Řekla bych, že literatury, která se zabývá touto problematikou, je v současné době již dostatek. Co ale chybí, je dle mého informovanost veřejnosti. Nejen dětí a dospívajících, ale i generace jejich rodičů. V praktické části své práce se pokusím zjistit, jaká je informovanost mezi dospívajícími dívkami.

Výskyt poruch příjmu potravy je do určité míry spojen s postojem k ideálu krásy, který v dnešní společnosti hraje významnou roli. Se štíhlými ženskými těly se setkáváme v reklamách, filmech, televizních pořadech a časopisech – prostě všude. Tělesná krása se stává důležitou životní hodnotou. Tento ideál je však jen velmi těžko slučitelný se zdravým rozvojem mladého organismu.

Problémy spojené s těmito poruchami se dotýkají nejen postiženého samotného, ale i jeho blízkého okolí – rodiče, sourozenci, kamarádi. Onemocnění bývá dlouho utajováno, nemocný si svou nemoc buď neuvědomuje, nebo se stydí někomu se svěřit. Tím se prohlubují zdravotní potíže a léčba bývá mnohdy zdlouhavá a neúspěšná.

V médiích a hlavně tiskovinách se setkáváme s ohromným množstvím materiálu s tematikou držení diet. Tím se vytváří velký tlak především na ženskou populaci. Mnoho žen pak zaměňuje dietu s normálním stravováním. To bývá také příčinou vzniku poruchy příjmu potravy.

Můj první kontakt s touto problematikou proběhl právě prostřednictvím časopisů. Informace v některých časopisech mi i dnes připadají občas neúplné a zkreslené. Na některé dívky by mohly působit dokonce jako návod jak zhubnout. Na základní i střední škole jsme se dozvěděli jen okrajově o mentální anorexii a bulimii. Ale je třeba vzdělávat právě tuto věkovou skupinu, protože ta je z hlediska vzniku onemocnění tou nejohroženější.

1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY

1.1 Co jsou poruchy příjmu potravy – vymezení, definice, pojmy

Poruchy příjmu potravy se dnes řadí do skupiny behaviorálních poruch. Jejich podstatou jsou poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a zkrácené vnímání vlastního těla. Zařazujeme sem především dva, ne zcela ostře oddělené typy poruch příjmu potravy: mentální anorexii a mentální bulimii. Oba tyto syndromy jsou popsány v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) a také v Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace. V publikační činnosti a ve výzkumu se běžně užívají kritéria stanovená v DSM-IV, zatímco standardem v klinické praxi je naopak MKN-10. Velký počet pacientů se však nějak odlišuje nebo nenaplnuje některé z diagnostických kritérií. Proto obě diagnostické příručky věnují pozornost i těmto atypickým, subklinickým, parciálním či jinak nespecifikovaným poruchám příjmu potravy. Diagnostická kritéria jsou přizpůsobena i zvláštní problematice dětských pacientů. (11, 22, 27)

Mentální anorexie a bulimie poznamenávají a ohrožují nejen tělo nemocného, ale i jeho duši. Proto jsou tato onemocnění opravdu závažná. V důsledku malé informovanosti o nemocech poruch příjmu potravy se k jejich projevům veřejnost staví lehkomyšlně a pohrdavě a jsou jednoduše považovány za samolibost dovedenou do extrému. Tato onemocnění ničí nejen pacienta samotného, ale i jeho rodinu – ta se často o jeho problémech dozví příliš pozdě. (10, 18)

Obě poruchy jsou si i přes zdánlivou odlišnost velmi podobné. Je pro ně typický strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu, tělesné hmotnosti a jídlu. Nemocní se nepřiměřeně zabývají tím, kolik váží, jak vypadají a neustále se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Je pro ně příznačné omezování energetického příjmu a zvyšování energetického výdeje ve snaze o dosažení štíhlé postavy. (8, 9)

1.2 Mentální anorexie

Pro mentální anorexii je charakteristické úmyslné snižování tělesné hmotnosti. A to tím, že se nemocný vyhýbá jídlům o nichž se domnívá, že po nich ztloustne, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací či užívá nějaké jiné prostředky na hubnutí.. Neodmítá jídlo proto, že nemá chuť, ale proto, že nechce jíst. Strach z tloušťky může být popírán nebo zaměňován za snahu jíst zdravě. Omezování se v jídle však může být u pacientů doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo – myslí na něj, sbírají recepty, mají oblibu ve vaření. U nemocných se objevuje narušené vnímání vlastního těla – úzkostlivě sledují některé partie svého těla a jejich proporce nadhodnocují. Celoživotní prevalence se odhaduje 0,2-0,9% se vzrůstajícím trendem. (9, 22)

Váha v době před začátkem onemocnění bývá zřídka vyšší, přesto dívky začínají držet dietu za účelem snížení váhy. Příčinou bývá strach z tloušťky. Spouštěcím faktorem může být například poznámka týkající se vzhledu. Dívka začne s omezováním některých potravin. Tráví spoustu času přemýšlením co si dá a nedá k jídlu. Nejdříve začne vynechávat ze svého jídelníčku potraviny s vysokým obsahem tuků, cukrů a škrobů. Svůj denní příjem tak snižuje na minimum. Pocit hladu může kompenzovat pitím velkého množství kávy či kouřením cigaret. Lidem ve svém okolí lže a zatajuje skutečnosti o svém hubnutí, předstírá odmítavý postoj k dietám a přitom je úzkostlivě dodržuje. Kolik kalorií přijme, minimálně tolik se snaží vydat. A to jakýmkoliv způsobem – nadměrným až nesmyslným cvičením, například při čtení kope nohama, televizi sleduje ve stoje, zamyká se v koupelně, aby mohla tajně cvičit. (13, 28)

1.2.1 Diagnostická kritéria

Podle MKN-10 musí být pro definitivní diagnózu přítomny všechny níže uvedené defekty:

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou tělesnou hmotností vzhledem k věku a výšce (nezáleží na tom, zda již byla snížena nebo jí nikdy

nebylo dosaženo), nebo body mass index (BMI) je 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.

- Úbytek hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“, a že užívá alespoň jeden z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, diuretik a anorektik, nadměrné cvičení.

- Specifická psychopatologie, přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá myšlenka, obava z dalšího ztloustnutí. Pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.

- Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, u žen se projevuje jako amenorea a u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Výjimkou je vaginální krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, obvykle ve formě antikoncepčních tablet. Může se vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

- Pokud k začátku onemocnění dojde ještě před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, ale mohou být i zastaveny (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenorei, u chlapců zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení často dochází k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna. (3, 11)

DSM-IV má diagnostická kritéria podobná, navíc však odlišuje dva specifické typy – restriktivní (nebulimický) a purgativní (bulimický).

a) Restriktivní forma, která je charakterizovaná významným omezením příjmu potravy, v extrémní podobě jde o těžké hladovění, někdy také omezování příjmu tekutin. K dosažení ideální váhy bývá používáno i excesivní cvičení, které mívá podobu rituálu.

b) Purgativní forma, kdy omezování jídla je doplněno určitým množstvím přijímané potravy. Je však vzápětí kompenzováno - zvracením, použitím laxativ či diuretik, nebo také excesivním cvičením. (11, 25)

1.2.2 Diferenciální diagnóza MA

Před vyřčením diagnózy mentální anorexie je třeba vyloučit jiná psychická či somatická onemocnění. Z psychiatrických nemocí je to zejména deprese. U depresivní poruchy zpravidla chybí aktivní snaha zhubnout, typické zacházení s jídlem a aktivní bránění přírůstku hmotnosti. Z jiných psychických nemocí je třeba odlišit schizofrenii, somatizační poruchu a obsedantně-kompulzivní syndrom. Při rozvoji PPP bývá také pomýšleno na somatické onemocnění. Lékaři prvního kontaktu bývají praktičtí a dětští lékaři, internisté, někdy i dermatolog či stomatolog, při ztrátě menstruace gynekolog. Je potřeba vyloučit organickou podstatu obtíží. V úvahu připadá tumor v CNS, v oblasti hypotalamu či hypofýzy, kachektizující nádorové onemocnění ad. Déle jsou to endokrinní onemocnění, jako je hypertyreóza, diabetes mellitus nebo insuficience nadledvin. (5)

1.2.3 Historie mentální anorexie

Odmítání jídla se objevovalo již v hluboké minulosti. Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí asketických praktik mnoha zbožných křesťanů. V souvislosti s odmítáním jídla se hovořilo také o nadpřirozených silách nebo o vlivu d'ábla. Později se začalo uvažovat zda se nejedná o známky duševní poruchy. Ve středověku termín anorexie popisoval stav celkové únavy, apatie. Hippokrates a Galén používali tento termín jako absenci chuti k jídlu, odpor k jídlu. Tento stav připisovali špatným tělesným tekutinám. (16, 17)

První lékařský popis anorexie v roce 1694 se přičítá Richardu Mortonovi. Jednalo se tehdy o dva případy odmítání potravy u dívky a chlapce. Avšak první věrohodné případy se objevují až v druhé polovině 19. století. Upozornili na ně William Gull a Charles Lasègue. Jednalo se pokaždé o extrémní vyhubnutí a nadměrnou aktivitu. V české literatuře popsali první případy a jejich léčbu Vratislav Jonáš (1941) a Otakar Janota (1946). (16)

1.3 Mentální bulimie

Nejdůležitější charakteristikou pro mentální bulimii jsou především opakující se záchvaty extrémního přejídání a dočasný vzestup hmotnosti. Konzumovaná potrava bývá energeticky bohatá, většinou jde o sladká jídla nebo jídla s vysokým obsahem škrobu. Některé bulimičky jedí svá oblíbená dětská jídla, nebo taková jídla, kterým se ve své dietě vyhýbají, jiné jedí to, co je jim vyloženě odporné. Pocit přejedení je však relativní. Za důležitější faktor je považován pocit ztráty kontroly nad jídlem než zkonsumované množství. Po těchto záchvatech nastupují zpravidla pocity viny a pokusy o odstranění následků těchto excesů – nejčastěji zvracením, užitím projímadel, diuretik. Přejedení se a následné zvracení bývá doprovázeno pocitem příjemného uvolnění psychického napětí. Přítomna je opět přehnaná kontrola tělesné hmotnosti. (7, 8, 14, 27)

Mnohaleté těžké trvání mentální bulimie ničí své nositele nejen po zdravotní stránce, ale i po ekonomické. Postižený během záchvatu přejídání někdy třeba sní až desetkrát víc než je běžná porce. Získávání peněz na takové množství potravy může být finančně náročné, a proto někdy nezbývá nic jiného než se zadlužit nebo krást. Bulimičky samy používají různé triky, jak se ubránit přejídání. Jídlo před sebou zamykají, schovávají, znehodnocují potraviny, vyhazují do koše, mívají prázdné lednice. Jakmile ale pocítí potřebu se najíst, jídlo si vždy seženou a všechny triky jsou zbytečné. (14, 27)

V chování bulimiček i na jejich vzhledu nemusí být patrné žádné známky poruch příjmu potravy. Ženy s touto poruchou mohou být paradoxně úspěšné v práci, ve studiu i společensky. Průměrný věk začátku obtíží je přibližně 18 let. Celoživotní prevalence je vyšší než u MA, odhaduje se asi 1-4%. (14, 22)

1.3.1 Diagnostická kritéria

Pro určení diagnózy mentální bulimie je podle MKN-10 nezbytná přítomnost následujících charakteristik:

- Neustálé zabývání se jídlem, silná, neodolatelná touha po jídle.
- Opakované epizody přejídání s konzumací velkého množství jídla během krátké doby, a to nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců.

- Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním či více z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním projímadel, střídavými obdobími hladovění, užíváním anorektik, tyreoidních preparátů nebo diuretik.

- Psychopatologie spočívá v chorobné obavě z tloustnutí, pacient má pocit přílišné tloušťky. Pacient si určí hmotnostní práh, často nižší než premorbidní váha. Nezřídka bývá v anamnéze epizoda mentální anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídle. (3, 11)

V DSM-IV je porucha opět rozdělena na dva specifické typy obdobně jako mentální anorexie. Typ purgativní, kdy pacient ve snaze zabránit zvýšení hmotnosti pravidelně používá zvracení, zneužívá projímadla nebo diuretika. Nepurgativní typ používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení. (11)

1.3.2 Diferenciální diagnóza

Stejně tak jako u mentální anorexie je nutné odlišit i mentální bulimii od jiné psychické nebo somatické poruchy. Z duševních poruch lze jmenovat zvracení konverzní etiologie, přejídání a zvracení v rámci poruchy osobnosti a přejídání spojené s jinými psychickými poruchami. Mentální bulimie bývá spojena s depresivním syndromem a suicidálním chováním, proto je také nutné odlišení od depresivní poruchy. Ze somatických obtíží jsou to opět tumory CNS, dále onemocnění žaludku a jícnu, gastroezofageální reflux. Můžeme se setkat s komorbiditou s jiným onemocněním, zmiňován bývá diabetes mellitus, dojit může i rozvoji závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. (5)

1.3.3 Historie mentální bulimie

Přejídání zasahuje do historie stejně tak hluboko jako odmítání jídla. Nenasytné hltání bylo časté hlavně mezi privilegovanou elitou společnosti. Po mnoho století byly za příčinu pokládány dysfunkce a abnormality žaludku. Ještě ve dvacátém století ji internisté považovali za projev špatného trávení. V úvahu byly brány stále více emocionální faktory. (11)

V roce 1976 byla popsána bulimanorexie u vysokoškolských studentek. Bernard Russel poprvé popsal bulimii jako formu anorexia nervosa v roce 1979. O rok později se syndrom bulimie poprvé dostal do americké klasifikace nemocí (DSM-III). Už v letech 1980-1982 ukazují americké a anglické studie na skutečnost, jak často se bulimie vyskytuje ve společnosti. Objevuje se také literatura o účinnosti kognitivně behaviorální terapie a antidepresiv. V evropské klasifikaci nemocí (MKN-9) se objevuje v roce 1987. (17)

1.4 Rozdíly mezi MA a MB

Rozdíl mezi oběma poruchami je často neostrý, jednotlivé formy onemocnění mohou přecházet jedna v druhou. Smíšené projevy násobí zdravotní problémy. (16, 17)

Zásadní rozdíl mezi MA a MB však představuje tělesná hmotnost – zatímco u anorexie je důležitým kritériem vyhublost, bulimičtí pacienti mají většinou normální nebo lehce sníženou tělesnou hmotnost, ale mohou mít v anamnéze i nadváhu. Dle studií se u jedné třetiny případů mentální anorexie rozvine časem mentální bulimie. (11)

Dalším rozdílem je vnímání problému a postoj k léčbě. Anorektičky popírají své potíže a rozhodně nechtějí být léčeny, protože k tomu podle nich není důvod. Naopak bulimičtí pacienti svou nemoc vnímají a dobře vědí, že jejich chování není normální. Přesto ale nemoc několik let úspěšně tají, protože na rozdíl od anorektiček nebývají nápadně vyhublé. Až poté některé z nich vyhledají pomoc. K léčbě jsou pak výrazněji motivované a snaží se spolupracovat s lékaři. (14)

1.5 Škály pro hodnocení poruch příjmu potravy

Pro hodnocení PPP se používají dva typy sebehodnotících dotazníků. První dotazník, test postoje k jídlu – Eating Attitude Test (EAT), se užívá u mentální anorexie. Skládá se celkem z 40 položek (ve zkrácené verzi pouze z 26), které popisují obvyklé obavy a anorektické chování. Pomocí bodování se vypočte skóre, podle kterého se posoudí stav pacientek, míra závažnosti anorektických příznaků a dynamika vývoje příznaků během léčby.

Ke zhodnocení psychopatologie u mentální bulimie i u mentální anorexie se užívá dotazník stravovacích poruch – Eating Disorder Inventory (EDI). Tento dotazník má 64 položek, které jsou rozříděny do osmi podškál – míra potřeby hubnout, míra bulimie, nespokojenost s vlastním tělem, neefektivita (pocit celkové nejistoty), perfekcionismus, interpersonální stres, narušené interoreceptivní vnímání, strach z dospívání. Hodnocení je podobné jako u EAT, ale každá subškála se skóruje zvlášť. Nová verze testu EDI 2 obsahuje ještě další škálu zaměřenou na asketizmus, impulzivitu a sociální nejistotu. (5, 21)

1.6 Rozdílnost pohlaví

Mluví-li se o lidech trpících poruchami příjmu potravy, používá se často ženský rod. Je to tím, že těmito poruchami trpí většinou mladé dívky a ženy. Neznamená to však, že u mužů se s těmito onemocněními setkat nemůžeme. Literatura uvádí, že na jednoho postiženého muže připadá deset postižených žen. Takto nízký, dalo by se říct až vzácný výskyt u mužů vedl k úvahám, zda tito muži nemají sklon k homosexualitě. Tyto předpoklady se však nepotvrdily. Dívky jsou postiženy mnohem častěji také proto, že jejich vývoj je v pubertě daleko zřetelnější, rychlejší a viditelnější. Vytvářejí se u nich sexuální pohlavní znaky s pocitem, že je to něco vůlí neovlivnitelné. (8, 9, 20)

Ženské pohlaví je jedním z nejrizikovějších faktorů pro vznik poruchy příjmu potravy. Velkou roli hrají rozdíly biologické. Ženy všech věkových skupin a ras mají větší tendenci tloustnout než muži. A vzhled je pro ženy významnější hodnotou než pro muže. Ženy se vždy více zajímaly o tělesný tuk a krásu. Narozdíl od mužů, pro které jsou důležitější svaly a síla. (8, 9)

V roce 2001 byl u nás Schreiberem popsán Adonisův komplex jako nadměrná péče mužů o zvýšení svalnatosti těla bez zvýšení tuků. Není vyloučeno, že v budoucnosti bude zařazen do psychiatrické klasifikace. Zahrnuje zkreslené vnímání těla, zvláštní jídelní návyky, excesivní cvičení zaměřené na zejména posilování za účelem zvýšení svalové hmoty, zneužívání steroidních hormonů. To vše ústí v sociální izolaci, snížení zájmů a vzniku interpersonálních problémů. (6)

1.7 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Zvyšuje se počet pacientů, u kterých nejsou přítomna všechna diagnostická kritéria. Pokud chybí jeden nebo více základních příznaků, nabízí se možnost diagnózy atypické mentální anorexie nebo atypická mentální bulimie. MKN-10 nabízí i další kategorii poruch příjmu jídla – „Jiné poruchy jídla“, kam se zařazuje například pika neorganického původu u dospělých - nutkavé požívání nestravitelných látek (např. hlíny, papíru, vlasů, odpadků), nebo psychogenní ztráta chuti k jídlu.

V DSM-IV jsou atypické formy shrnuty pod zkratkou EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified) – jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy. Do této kategorie se může zařadit i syndrom nočního přejídání a záchvatovité přejídání. (11)

1.7.1 Záchvatovité přejídání

Typické jsou opakované epizody přejídání bez následného purgativního chování a bez období hladovění. Existuje návrh pod tímto termínem klasifikovat třetí druh poruch příjmu potravy. Vyznačuje se tím, že během epizody přejídání postižený člověk jí mnohem rychleji než je obvyklé, a to do té doby, dokud se necítí nepříjemně plný. Aniž by pociťoval hlad, konzumuje nezvykle velké množství jídla. Jí tajně, protože se stydí, že jí tak mnoho. Po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován, nebo se cítí velmi provinile. Objevuje se pocit úzkosti. Stejně tak jako u bulimie, dochází k přejídání alespoň dvakrát týdně po dobu 6 měsíců, ale není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním. (11)

1.7.2 Syndrom nočního přejídání

Popsán již v roce 1955. Diagnostickým kritériem je večerní anorexie, nespavost a noční přejídání - konzumace nejméně čtvrtiny celkového denního příjmu kalorií po večeři. Objevuje se v periodách nárůstu váhy, je časově spojen se selháním v dietním režimu a s životním stresem. Nemocní nemají potřebu jíst jestliže nemají jídlo k dispozici. Noční přejídání může být spojeno s jinými psychickými chorobami. (17)

1.8 Specifika dětských pacientů

Jelikož období dětství a počátek dospívání vykazuje velkou citlivost na vývojové změny, vyskytují se PPP i v tomto období, ale v nižší míře než u adolescentů. Působí zde destruktivně na mnoha úrovních – biologických, psychologických i sociálních. Děti uvádějí důvody k omezování příjmu potravy v jiných termínech, proto bývají poruchy obtížněji identifikovatelné. Často si stěžují na nechutenství nebo nejružnější somatické obtíže spojené s jídlem. Přestože mají mnoho společných rysů s poruchami s pozdějším počátkem, je potřeba na ně pohlížet odděleně vzhledem k možným komplikacím a s ohledem na důsledky, terapii a potřebu jejich vymezení. S mentální anorexií se můžeme setkat již u 6- až 7letých dětí. Mentální bulimie se u dívek které ještě nemají menstruaci vyskytuje vzácně. V dětském věku se kromě těchto dvou poruch vyskytují i jiné, atypické formy PPP. (5, 11)

1.8.1 Rozdíl mezi časným a pozdějším začátkem mentální anorexie

Časným začátkem onemocnění se rozumí věk do 14 let. Omezení v příjmu potravy vede u dětí rychleji k výraznější vyhublosti. Dětské tělo má totiž menší tukové zásoby – nástup zdravotních obtíží bývá tedy rychlejší a hrozí větší nebezpečí dehydratace. Existuje riziko zastavení tělesného růstu, puberty a zpomalení sexuálního zrání. Jsou přísnější v dodržování diet. Mladší pacienti obtížněji spolupracují při léčbě – často nechápou cíle léčby, na snahu vykrmit je reagují dramatičtějším odporem. Častý je také výskyt depresivních příznaků. Důležité je zapojení rodičů do léčby, kteří by měli kontrolovat, jak jejich dítě přijímá jídlo a tekutiny. Problémy dítěte však vedou k obviňování mezi rodiči a vyhrocování konfliktů v rodině. (9)

1.8.2 Specifické syndromy poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících

Infantilní mentální anorexie – objevuje se především v batolecím věku, mezi 6. měsícem a 3. rokem věku. Rodiče vyvíjejí nátlak na dítě aby jedlo, to však jíst odmítá a

má konflikty s matkou kolem jídla. Patrná je malnutrice bez přítomnosti somatické poruchy.

Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu – představuje pomezí mentální anorexie a emoční poruchy v dětství. Jako důvod, proč nechtějí jíst uvádějí děti strach, že jim bude špatně, strach z nákazy, nebo že se udusí či pozvrací, stěžují si na bolesti břicha. Popírají snahu zhubnout, úporné lpění na nízké váze nebylo pozorováno. Z hlediska somatických následků ale mohou být ohroženy stejně jako děti s typickou mentální anorexií.

Syndrom vybíravosti v jídlu – pozorován u 8- až 12letých dětí, častěji chlapců. Obvykle preferují jen několik málo potravin, většinou nezdravých, a ostatní odmítají. Toto je komplikací pro zdravou výživu, důsledkem bývají konflikty v rodině. Nedochozí k úbytku hmotnosti.

Syndrom pervazivního odmítání – charakterizován hlubokým a vše prostupujícím odmítáním jíst, pít, mluvit, chodit nebo se o sebe starat. Může končit tím, že pacient leží v posteli, nejí a nekomunikuje s okolím. Pozorujeme jej častěji u dívek. Může jít o formu posttraumatické stresové poruchy. (7)

1.9 Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy vznikají vzájemnou interakcí biologických, psychologických, rodinných a sociokulturních faktorů. Rizikové faktory mají kumulativní charakter. Zejména u pacientek s delším trváním poruchy je nesnadné odlišit, zda se jedná o příčinu nebo důsledek onemocnění. Některé rizikové faktory mohou být společné pro všechny formy PPP, jiné jsou specificky vázané na odlišné formy PPP (rozdílné osobnostní a rodinné vzorce u pacientek). Traumatické zážitky spojené s tělem, jídlem a sexualitou jsou také rizikovým faktorem. Mohou působit v koincidenci s vývojovým obdobím (špatné zážitky v dětství jsou potlačeny a projeví se až v adolescenci). (23)

1.9.1 Sociokulturní faktory

Již od raného dětství člověk podléhá tlakům a mnoha požadavkům moderní společnosti, s nimiž se musí učit postupně vyrovnávat. Sociálních vlivů působících na děti a mladistvé je mnoho, některé z nich hrají pro vznik poruch důležitou úlohu. Nepochybně je to přehnaný důraz kladený na ideál štíhlosti ve společnosti. Dále hojná nabídka potravin – ta teprve umožňuje odmítání jejich příjmu. Ten, komu nebyla poskytnuta možnost pokrýt svou životně nutnou potřebu jídla a kdo bojuje o přežití, nebude se vzdávat dosažitelné potravy. Ve světě, kde hladovění není dobrovolnou volbou, ale nepříjemnou životní skutečností a nadváha nepředstavuje estetickou vadu ani mravní selhání, ztrácejí poruchy příjmu potravy smysl. Dalším sociokulturním faktorem je nepochybně změna v pojetí ženské role ve společnosti, která je výsledkem emancipace a feministického hnutí. (13)

Malá pozornost je věnována škodlivým důsledkům omezování se v jídle a nebezpečí redukčních diet. Naopak riziko obezity bývá přeceňováno. Kulturním fenoménem se stala předpojatost vůči obézním. Ti bývají popisováni jako líní, hloupí a oškliví. Není proto divu, že se posiluje strach z tloušťky. (11)

1.9.1.1 Ideál krásy

Tloušťka byla dříve symbolem úspěchu a bohatství, silnější lidé byli považováni za milé, veselé a vyrovnané. Kulturní ideál dnes však stále hubne. Ale v rozporu s tím je průměrná hmotnost populace na vzestupu. Tlaky na dodržování štíhlosti jsou v rozporu z přirozeností a biologickou variabilitou lidského těla. V posledních letech mají dívky a ženy ve zvyku stále se srovnávat s okolím, s jakýmsi ideálním ženským tělem, a tím se celý problém vyhrocuje. Norma štíhlosti nebyla nikdy v minulosti tak nerealistická. Tyto cíle a nevhodné vzory oslabují sebedůvěru dospívajících mladých žen. Tím vzrůstá strach z tloušťky, nespokojenost s vlastním tělem a nadměrný zájem o svou postavu. Nevhodné jídelní postoj se stávají společenským standardem. Všechny ženy podléhají přehnanému ideálu štíhlosti, ale jen málokterá se s ním ztotožní natolik, že u ní dojde k chorobné závislosti. PPP jsou přitažlivější také díky tomu, že mnoho známých

osobností, které trpěli těmito poruchami, se stalo středem pozornosti sdělovacích prostředků. (4, 11, 14)

1.9.2 Biologické faktory

Biologické predispozice jsou podmiňujícím prvkem pro vznik onemocnění. Představují rizikový moment poruchy, na významu nabývají až v souhře s psychosociálními faktory. Hladovění samo o sobě už způsobuje řadu biochemických změn. Na sníženém pocitu hladu se podílejí endogenní opiáty, cytokiny a snížená hladina neuropeptidů Y. Postupně dochází ke ztrátě apetitu a ke ztrátě potřeby se najíst. Snižuje se také pocit hladu, až zmizí úplně. Riziko vzniku poruchy představují následující charakteristiky. (15, 23)

1.9.2.1 Ženské pohlaví

Stačí být ženou a riziko vzniku PPP je mnohonásobně vyšší. Ženské pohlaví je jedním z nejrizikovějších faktorů pro rozvoj poruchy. Hoek uvádí, že v případě mentální anorexie je zastoupení žen mezi pacienty 10x vyšší než mužů, bulimických pacientek je dokonce 20x více. Mužům méně vadí tloušťka, v pubertě oproti dívkám nepřibírají tolik na tuku a více jim rostou svaly, což vnímají pozitivně. Zřídka drží diety ve snaze kontrolovat svou tělesnou hmotnost. Rozdíly však nejsou jenom ve fyzickém vývoji. Dívky bývají na rozdíl od chlapců nejistější, více se zajímají o to, zda jsou nebo nejsou oblíbené. Mají nižší úctu k vlastnímu tělu a nižší sebevědomí. (12)

1.9.2.2 Tělesná hmotnost

Se zvyšující se tělesnou hmotností bezpochyby roste i nespokojenost s vlastním tělem. V důsledku toho roste i nebezpečí redukčních diet a bulimie. Hruškovitá distribuce tuku v těle, kdy se tuk nejvíce ukládá na bocích, stehnech a hýždích, významně zvyšuje riziko PPP. Při úbytku hmotnosti se ztrácí svalová i tuková hmota. Kolísáním hmotnosti tak dochází ke změnám ve složení těla. Uvádí se, že změny tělesné váhy jsou ze zdravotního hlediska stejně nebezpečné jako obezita, a že jsou často

spojeny se zvýšenou psychopatií. PPP se nejčastěji objevují v obdobích, která jsou spojena s tělesnými změnami – dospívání nebo těhotenství. (11, 23)

1.9.2.3 Puberta

Toto vývojové stadium je typické pro vznik mentální anorexie. Na jedince jsou kladeny zvýšené nároky. V tomto období dochází také k psychosexuálnímu zrání. Jedním z etiologických faktorů může být strach z dospělosti a přijetí dospělé mateřské role. První příznaky se objevují po menarche a se začátkem rozvoje sekundárních pohlavních znaků. Dívka často nalézá vzor v krásné štíhlé spolužačce či filmové hvězdě, přestává jíst, nebo si přivolá zvracení. S tímto věkovým obdobím je také spojena realizace autonomních snah směrem od rodiny. Odloučení od rodiny a snaha o sebeprosazení může vést k narušení jídelních zvyklostí a tím ke vzniku PPP. (5, 11, 19)

1.9.3 Genetické faktory

O možných genetických predispozicích bylo vedeno mnoho studií. Vlivy genetických faktorů lze přičíst vyššímu riziku onemocnění pro sourozence, které se uvádí okolo 6%. Častěji než PPP se v rodinách pacientů vyskytují různé afektivní poruchy. Studium genetických komponent se soustředilo hlavně na studie dvojčat. Jednovaječná dvojčata mají identické geny, tím lze poukázat na podíl genetických faktorů. Výskyt PPP u jednovaječných dvojčat byl vyšší (25-50%) než u dvojvaječných (10%). Výskyt dvojčat mezi pacienty je poměrně častý, proto již tato skutečnost může být významným rizikovým faktorem – dvojčata jsou neustále navzájem srovnávána. (5, 11)

1.9.4 Psychologické faktory

Psychologické faktory, které lze pokládat za rizikové pro vznik jídelních poruch, se týkají zejména osobnostních rysů, regulace afektů, způsobu kognitivního zpracování informací a vazbového chování. Vzniku PPP obvykle předchází přehnaně nízké sebevědomí a hluboký pocit neschopnosti. Ke vzniku poruchy často dochází u lidí majících sklon k perfekcionismu. U lidí, kteří neúnavně usilují o splnění svých cílů a

kladou na sebe vysoké požadavky. Hlavním predisponujícím faktorem může být právě tato kombinace perfekcionismu a zmíněného pocitu neschopnosti. (2)

Osobnostní charakteristiky u pacientek mentální anorexie a mentální bulimie bývají odlišné. Anorektičky jsou většinou úzkostné, perfekcionistické, emocionálně inhibované a zaměřené na výkon. K typickým osobnostním rysům bulimiček patří impulzivita, zlost, emocionální labilita, tendence k sebepoškozování a suicidální pokusy, abúzus k alkoholu nebo drobné krádeže, převážně potravin. Odlišnosti lze pozorovat také v regulaci afektů, od inhibující tendence u anorektiček po nekontrolovatelné afektivní projevy u bulimiček. Kognitivní zpracování informací je narušeno např. ve vnímání vlastního těla, nebo tzv. černobílé myšlení – vidí vždy jen opačné protipóly, rozlišují pouze tlustý – hubený, spokojený – nespokojený atd., nic mezi tím. (23)

1.10 Zdravotní komplikace

Zdravotní obtíže bývají způsobeny buď ztrátou tělesné hmotnosti držením diet a hladověním, nebo vznikají jako důsledek určitého chování – navozené zvracení, užívání laxativ a diuretik. Četné zdravotní komplikace přispívají také ke zvýšení úmrtnosti u obou poruch. Mentální anorexie má na rozdíl od bulimie vysokou mortalitu, hrubý odhad dosahuje až 18%. Zdravotní komplikace se dotýkají všech hlavních tělesných systémů. (11)

1.10.1 Kardiovaskulární komplikace

K nejzávažnějším zdravotním obtížím patří kardiovaskulární komplikace. V průběhu onemocnění se s nimi můžeme setkat téměř u 90% postižených. Nejčastěji se jedná o bradykardii, která je způsobena snížením metabolismu. U obdobného procenta se objevuje také hypotenze vedoucí k závratovým stavům a náhlým ztrátám vědomí. Nadužívání diuretik a projímadel narušuje elektrolytovou rovnováhu, největší problémy působí nízká hladina draslíku (hypokalemie), způsobující srdeční arytmie. Tím může dojít až ke smrtelné srdeční zástavě. Mezi další kardiální potíže patří zhoršení výkonnosti srdečního svalu. (11)

1.10.2 Renální komplikace

Poruchy funkce ledvin se mohou objevit až u dvou třetin anorektiček. Může u nich dojít ke zvýšení urey v krvi, protože většinou přijímají dostatek bílkovin. Zvýšené riziko vzniku močových kamenů díky dehydrataci, nízkému výdeji moči, nadužívání diuretik a zvláštním stravovacím návykům. K renálním komplikacím patří také mírné i těžké otoky končetin. (11)

1.10.3 Gastrointestinální komplikace

Gastrointestinální komplikace bývají spojeny se zvracením. Až u 50% postižených se objevují otoky slinných žláz pod čelistí. Následkem pravidelného zvracení jsou i ústní a zubní problémy. Ke kazivosti zubů dochází působením žaludečních kyselin ve zvracích. Dívky si poté zuby vyčistí, čímž kazivost ještě znásobí, protože si energicky dřou zubní sklovinu. Zvýšená kazivost zubů a vznik paradentózy souvisí také se sníženým přívodem vápníku ve stravě a i s hypovitaminózou. Působením žaludečních šťáv dochází také ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů. Žaludeční komplikace nejsou příliš časté. Pozorovat můžeme zhoršenou motilitu tenkého střeva. S nadužíváním projímadel souvisejí komplikace v oblasti tlustého střeva. Typické jsou nevolnost, zvracení, střídání zácpy a průjmu a někdy i syndromy malabsorpce, steatoreu nebo enteropatii, vedoucí k poruše vstřebávání bílkovin. (11, 14)

1.10.4 Kosterní komplikace

Kosterní komplikace. U mentální anorexie může dojít ke vzniku osteopenie a osteoporózy. Nejdůležitější období pro tvorbu kostní tkáně je období pubertální a časně postpubertální – doba s nejvyšším výskytem mentální anorexie. Vlivem výrazné restriktce příjmu potravy však nedochází ke vzniku dostatečné kostní rezervy. Výrazně vzrůstá výskyt patologických zlomenin ve vyšším věku. Pacientky s mentální anorexií mají hustotu kostní tkáně v průměru až o jednu čtvrtinu nižší než kontrolní osoby. (15)

1.10.5 Endokrinní komplikace

Endokrinní komplikace. Vedoucím příznakem je amenorea. Primární amenorea vzniká během puberty, před menarché. Pro nástup menarché je potřeba zásoba nejméně 17% tělesného tuku. Pokud tělo tuto zásobu nemá, menstruace se vůbec neobjeví. Sekundární amenorea se vyvine až po menarché, když hladina tělesného tuku klesne pod určitou hranici. Podmínkou pro pravidelnou menstruaci se uvádí hodnota 22% tělesného tuku. Pokud mentální anorexie vznikne před nástupem puberty, dochází ke zpožděnému dospívání – nevyvíjejí se sekundární pohlavní znaky a nemocné mají infantilní vzhled. Dalšími endokrinními abnormalitami mohou být pokles sekrece inzulinu, snížená hladina růstového hormonu nebo snížení konverze thyroxinu na trijodtyronin v periferních tkáních. (15)

1.10.6 Metabolické komplikace

Z metabolických komplikací je na prvním místě porucha termoregulace. Tělo nereaguje na vystavení chladu – nedochází ke zvýšení jádrové tělesné teploty, ke stabilizaci tělesné teploty ani ke třesu. Na vystavení horku tělo reaguje minimální vazodilatací a jádrová tělesná teplota se abnormálně zvyšuje. Na povrchu celého těla se může objevit drobné ochlupení zvané lanugo, jímž se organismus snaží pomoci selhávající termoregulaci. Dalším známým adaptačním mechanismem je pokles bazálního energetického výdeje. Narušen je také metabolismus glukózy a kalcia. (11)

1.10.7 Dermatologické komplikace

Dermatologické potíže mají řadu důvodů. Nedostatečnou výživou trpí nehty, vlasy a pokožka. Nehty se lámou a třepí, vlasy vypadávají, pokožka je dehydrovaná, suchá, šupinatá a ztrácí pružnost. Karotenodermie – jasně nažloutlé zbarvení kůže při nadměrném příjmu karotenu a vitamínu A. Důsledky úmyslného zvracení jsou například purpura, modřiny, mozoly na hřbetech rukou. Objevují se kožní vyrážky z užívání projímadel, diuretik a léků ke snížení hmotnosti. (11)

1.10.8 Hematologické komplikace

Z hematologických komplikací můžeme pozorovat například anémii. Pro syntézu hemoglobinu jsou nepostradatelné měď a železo. Vlivem podvýživy má tělo snížený přívod těchto prvků. Změny krevního obrazu a kostní dřeně se objevují u více než poloviny anorektiček. (9)

1.10.9 Neurologické komplikace

V důsledku narušení elektrolytové rovnováhy může dojít k řadě neurologických komplikací. Mezi ně patří například generalizované tonicko-klonické křeče, stavy akutní zmatenosti, tetanie, svalové slabosti a další. (11)

1.11 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba bývá mnohdy obtížná. Musí být komplexní a musí zahrnovat faktory jak fyzické, tak psychické. Přístupy pacientek k léčbě jsou rozdílné. Obtíže způsobuje zejména navození potřebné motivace k souhlasu s léčením. Nemocní bývají mistři v manipulování, v předstírání a v bojkotování léčby. Nalézají se pod tlakem rodiny, která nesdílí jejich hodnotová schémata. PPP se přirovnávají k závislosti na návykových látkách, do popředí zájmu se ale dostává subjektivně domnělá štihlost, ve skutečnosti však jde o život ohrožující kachexii. Jídlo se ale, na rozdíl od drog, nelze vyhnout. (5, 23, 27)

Terapie patří do rukou specialistů. Při její volbě se vychází ze stadia onemocnění – jak dlouho porucha trvá a nakolik ovlivnila psychický a tělesný stav pacientky. Přístup musí být komplexní a je třeba brát ohled na individuální potřeby nemocného. Obecně platné kritérium pro postup při volbě léčby neexistuje. Důležité bývá rozhodování, zda má pacient podstoupit ambulantní nebo nemocniční léčbu. Hospitalizace na jednotce intenzivní péče bývá indikována při ohrožení života metabolickým rozvratem, je-li pacient vyhublý a jsou-li zřetelné somatické následky poruchy. Cílem je základní realimentace. Na specializovaném psychiatrickém oddělení hospitalizujeme v případě nebezpečí sebevraždy, je-li patrná depresivní porucha a při současném abúzu alkoholu nebo jiných návykových látek. (22, 23, 29)

V České republice je ročně hospitalizováno průměrně 500 dívek a žen s mentální anorexií a 200 s mentální bulimií. Přesná čísla bohužel neznáme, protože chybějí statistiky. V ambulancích se léčí asi desetkrát více pacientů a mnohonásobně více je těch, kteří se neléčí. (26)

1.11.1 Nutriční rehabilitace

Cílem nutriční rehabilitace je realimentace, navození normálního jídelního režimu, příjem potravy 6x denně a odstranění následků malnutrice – psychických i somatických. Je nezbytná u všech pacientek. Stanoví se cílová váha a optimální týdenní váhový nárůst. U hospitalizovaných pacientů je to 1,0-1,5 kg a u ambulantních 0,5 kg. Po konzultaci s nutričním specialistou se stanoví kalorický příjem celkem 30-40 kcal/kg/den, tj. asi 1000-1600 kcal/den. Kalorický příjem je postupně zvyšován, ve fázi zvyšování váhy na 70-100 kcal/kg/den, ve fázi udržování váhy na 40-60 kcal/kg/den. Začíná se s podáváním šetřící diety která je doplňována přísadami energeticky bohatých látek a bílkovin formou modulů (přidávání některých složek bohatých na energii do jídla) nebo sippingu (popíjení speciální modifikované výživy, která obsahuje energetické substráty, bílkoviny, minerály a vitaminy). Vyšší energetický příjem může způsobit vyšší metabolický obrát, je potřeba dávat pozor na utajovaná zvracení, vyhazování jídla, zvýšenou tělesnou aktivitu a motorický neklid. Při nespolupráci pacientky a výrazné podvýživě přichází v úvahu indikace parenterální výživy, měla by být výsledkem mezioborové spolupráce. Intenzivní metabolickou péčí vyžadují závažné stavy malnutrice, akutní onemocnění, orgánová selhání, traumata a chirurgické výkony. Při realimentaci je důležitá hlavně normalizace perorální formy příjmu potravy, ale v závažných případech se užívají nazogastrické, nazojejunální sondy a parenterální formy výživy. (15)

1.11.2 Svépomocné skupiny

Tato forma zvládnutí PPP je vhodná zejména pro ty pacienty, kteří mají relativně mírné příznaky. Jedná se o skupiny lidí, které mají stejné potíže. Může je vést odborník, poradce nebo i vyléčený pacient. Poskytují doporučení a informace při řešení problémů

těchto osob. V těchto skupinách si dívky uvědomí, že na svůj problém nejsou samy, a mohou se dívat na své potíže z jiných pohledů. Svépomocné skupiny neposkytují pomoc a podporu jen postiženým samotným, ale jsou tu i pro rodinu a okruh blízkých osob, poskytují služby i pro veřejnost formou přednášek, seminářů a kurzů. (14)

1.11.3 Rodinná terapie

Tato terapie přichází v úvahu zejména u mladých pacientů nebo u pacientů žijících se svojí rodinou. Jako doplněk k individuální terapii by měla být zvolena i u starších pacientek, kde v popředí stojí rodinné konflikty. Rodinné problémy se mohou uplatňovat jak při vzniku, tak při udržování symptomatiky. Také je nezbytné si uvědomit, že PPP rozvracejí rodinné vztahy, s rozvojem onemocnění se stupňují konflikty mezi rodiči a nemocným dítětem či dospívajícím. Doporučení rodinné terapie má několik důvodů. Pacient sdílí domov se svými rodiči a ti mají odpovědnost za jeho pohodu a zdraví. Rodiče také mohou výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle. Při partnerských problémech pacientek se navrhuje párová terapie. (5, 11)

1.11.4 Kognitivně behaviorální terapie

Z psychoterapeutických metod byla zatím nejlépe prozkoumána a stala se významnou součástí léčby PPP. Jejím cílem je změnit patologické vzorce ve vztahu k jídelnímu chování, postoje k vlastnímu tělu, způsob myšlení, který souvisí s rozvojem a udržováním poruchy. Běžně se užívá při léčbě MB, účinná je i při záchvatovém přejídání, u MA se doporučuje především pro klinické užití. Hlavními body KBT jsou například vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a myšlenkách s tím souvisejících, pravidelné vážení, změnu schématu jídelního chování, změnit chyby v myšlení, zavedení prevence relapsu. Mezi jednu z metod patří operantní podmiňování. Při této metodě je žádoucí chování odměňováno, posilováno. Obvykle se vypracuje terapeutická smlouva, určitý plán změn v chování a hmotnosti, který vede k předem stanovenému cíli. Spolupráce s pacientkou na počátku léčby bývá komplikovaná a tato metoda se zdá být smysluplnou. Zásadními problémy bývá zkreslená představa o vlastním těle, strach ze změny těla a strach z tloušťky. Další metodou je například

měření odhadu tělesných velikostí. Srovnávají se reálné tělesné rozměry s těmi, které pacientka vnímá, odhaduje. Obvykle se měří obličej, ramena, hrudník, pas, boky, hýždě, stehna. (5, 11, 24)

1.11.5 Interpersonální terapie

Na problémy s jídlem se přímo nezaměřuje. Původně byla určena k léčbě deprese. Výsledky interpersonální terapie (IPT) jsou téměř stejné jako u KBT. Je vhodná zejména u anorektických pacientů s přetrvávajícími příznaky, při aktuálních psychologických problémech (nízké sebevědomí, vztahové problémy) a v rámci prevence relapsu. Identifikuje interpersonální problémy, které vedly ke vzniku a udržování problémů s jídlem. Potom se uzavírá terapeutická smlouva, která popisuje řešení těchto problémů. V konečné fázi se řeší otázky vyústění a ukončení terapie. (11)

1.11.6 Psychodynamická a psychoanalytická terapie

Snaží se pomoci pacientům porozumět hlubším příčinám vzniku poruchy, i nevědomým souvislostem. Nedoporučuje se s ní začínat na začátku terapie, dokud není pevné spojení mezi pacientem a terapeutem. Centrem zájmu je osobnost pacientek. Zaměřuje se především na její změnu, na zlepšení zrání v oblasti separace a individualizace, sexuální identity. Nová generace feministických terapeutek se zaměřuje na specifické otázky psychologie žen, hledání ženské identity, diskriminace žen a sexuální zneužití. (5, 11)

1.11.7 Farmakoterapie poruch příjmu potravy

Je také důležitou součástí léčby, avšak představuje pouze možný terapeutický přístup u některých pacientek. Význam mají především psychofarmaka, která se aplikují podle přítomné psychopatologie. Mentální bulimie bývá často doprovázena depresivním syndromem, proto se zde uplatňuje podávání antidepresiv, v poslední době zvláště inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (fluoxetin). Antidepresiva jsou však užívána i ve fázi realimentace u MA a v rámci prevence relapsu onemocnění. V úvahu přichází i podávání atypických neuroleptik k dosažení váhového vzrůstu. Aplikace anxiolytik je

vhodná pouze krátkodobě ke zvládnutí úzkosti a strachu z jídla. U pacientek s dlouhodobou amenoreou se využívá hormonální substituce, hlavně pro prevenci osteoporózy. (5, 15, 29)

1.12 Prevence poruch příjmu potravy

Stejně jako u jiných onemocnění, i v případě poruch příjmu potravy rozdělujeme prevenci do tří základních rovin – primární, sekundární a terciální. Primární prevence se uplatňuje v době, kdy onemocnění ještě není přítomno. Pozornost je věnována mnoha rizikovým faktorům na straně dívek i jejich sociálnímu prostředí. Primární prevence je u nás zatím opomíjená a téměř nepodchycená. Mladým lidem, kteří jsou nejvíce ohroženi některou z poruch, je věnovaná nedostatečná pozornost. Schází u nás více osvěty. Sekundární prevence přichází na řadu v období propuknutí onemocnění a během léčby. Opírá se o zkušenosti z práce s pacienty. A konečně terciální prevence, která je zaměřena na zranitelné období po léčbě a hraje také důležitou roli. Existuje řada možností jak ji realizovat a týká se zejména odborníků z ambulantních pracovišť. (1)

2. CÍL PRÁCE A PŘEDPOKLÁDANÉ HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjištění informovanosti dospívajících dívek v oblasti problematiky poruch příjmu potravy ve dvou, věkově odlišných skupinách (základní a střední školy), a následné porovnání těchto výsledků.

2.2 Předpokládané hypotézy

Hypotéza 1 : Na středních školách bude informovanost vyšší, celkově však informovanost nebude uspokojivá.

Hypotéza 2 : Dotazované dívky budou ve většině případů získávat informace prostřednictvím médií (internet, knihy, časopisy, televize) než formou osobního kontaktu (škola, rodiče).

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda

Ke sběru dat do této bakalářské práce bylo použito dotazníkového šetření. Dotazník byl rozdán ve školním prostředí a byl zcela anonymní. Tvořilo ho celkem 22 otázek, které byly zaměřeny na spokojenost s vlastním tělem a informovanost o poruchách příjmu potravy. Kromě toho obsahoval ještě identifikační otázky (věk, váha, výška) sloužící ke zjištění BMI u respondentek. Otázky byly pokládány formou uzavřených otázek, kdy dotazované odpovídaly pouze ano-ne, polootevřených – na výběr měly z nabídnutých možností, a otevřených – kde se dívky mohly vyjádřit svými slovy.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

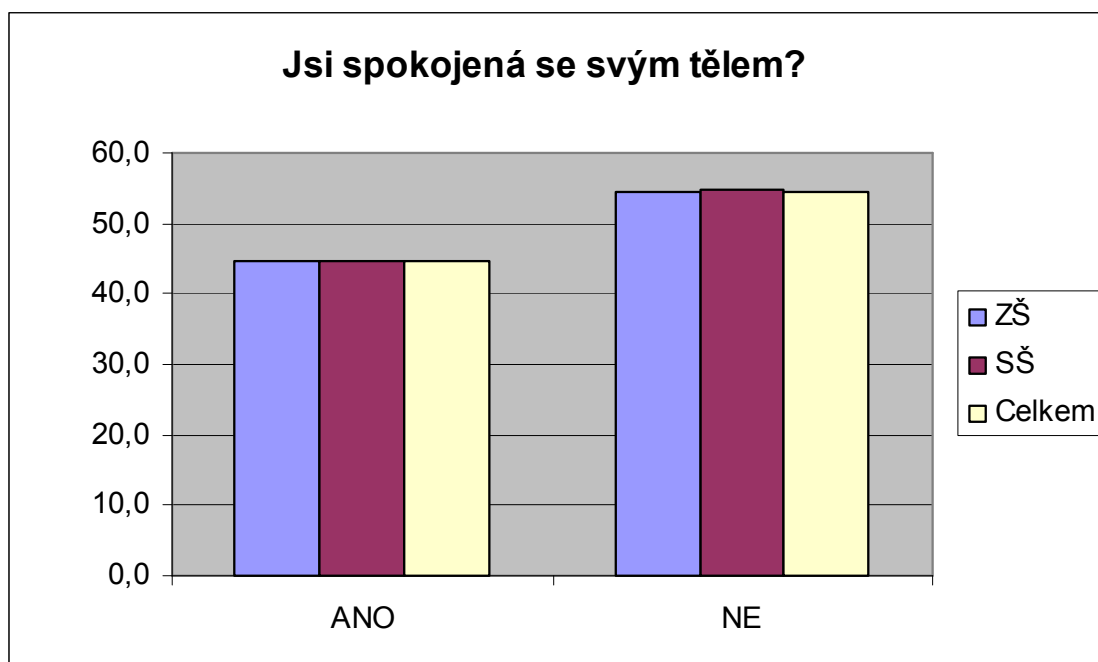
Zkoumaný soubor tvořily dvě, věkově odlišné skupiny dospívajících dívek. Mladší skupinu tvořily dívky sedmých a osmých tříd základních škol (což odpovídá věkovému rozmezí 12-14 let), starší věkovou skupinu studentky třetích a čtvrtých ročníků středních škol (v této skupině byly dívky od 17-20 let). Dotazníky byly rozděleny na dvou základních a dvou středních školách. Celkové množství rozdaných dotazníků činilo 240 (po 120 v každé věkové skupině). Z tohoto počtu se jich navrátilo 231, což odpovídá 96 % návratnosti. Výzkum proběhl v prosinci 2006 v Jindřichově Hradci.

Grafy 23 a 24 znázorňují věkové rozložení zkoumaného vzorku dospívajících dívek. Celý soubor tvořilo 231 dívek, z toho 112 bylo v mladší věkové skupině a 119 ve starší věkové skupině. Ve skupině mladších dívek byl průměrný věk 13,2 let, průměrná váha 51,25 kg a průměrná výška 1,64 cm. Mezi staršími dívkami byl průměrný věk 17,8 let, průměrná váha 60,01 kg a průměrná výška 1,68 cm.

4. VÝSLEDKY

Výsledky v grafech 1-22 jsou znázorněny v %

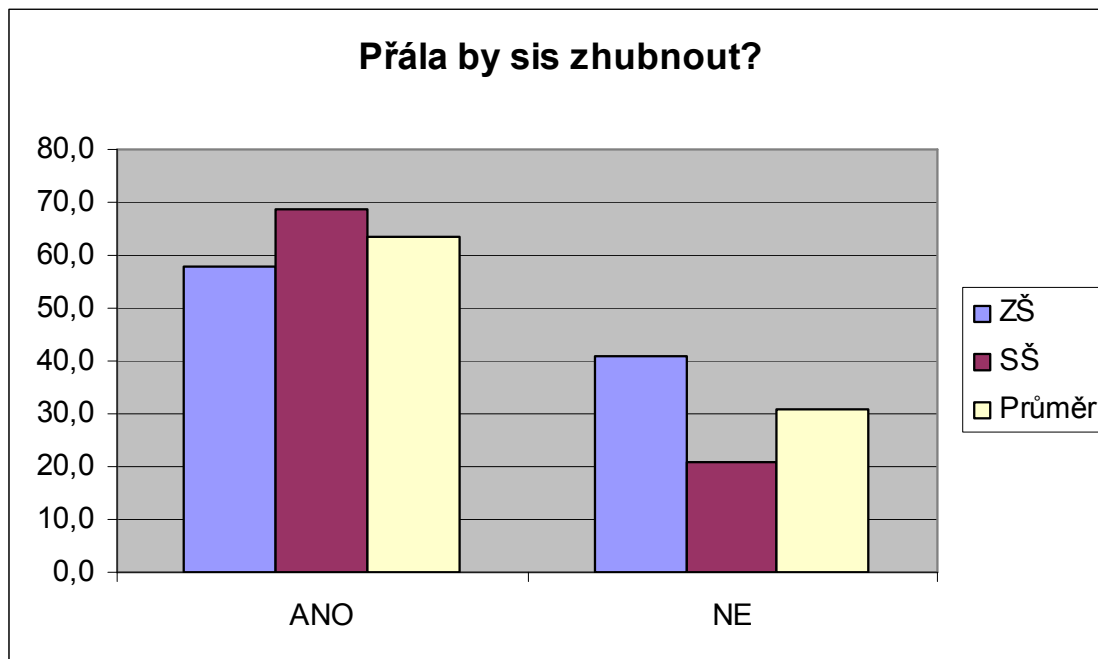
Graf 1:



Zdroj: vlastní výzkum

V první otázce dotazníku jsem zjišťovala, zda jsou dívky spokojené se svým tělem. Poruchy příjmu potravy bývají provázeny nespokojeností s vlastní postavou. Jedna ze studií (Garner, Olmsted a Polivy, 1983) zjišťuje celkovou spokojenost s vlastním tělem u osob s problematickým vztahem k jídlu. Minimálně 50 procent žen zde dosahuje výsledku „nespokojena“. Výsledky v obou věkových skupinách byly v procentuelním zastoupení prakticky totožné, dívky v 54,5 % nebyly spokojeny se svým tělem, menší část z nich (44,6%) odpověděla na tuto otázku ano.

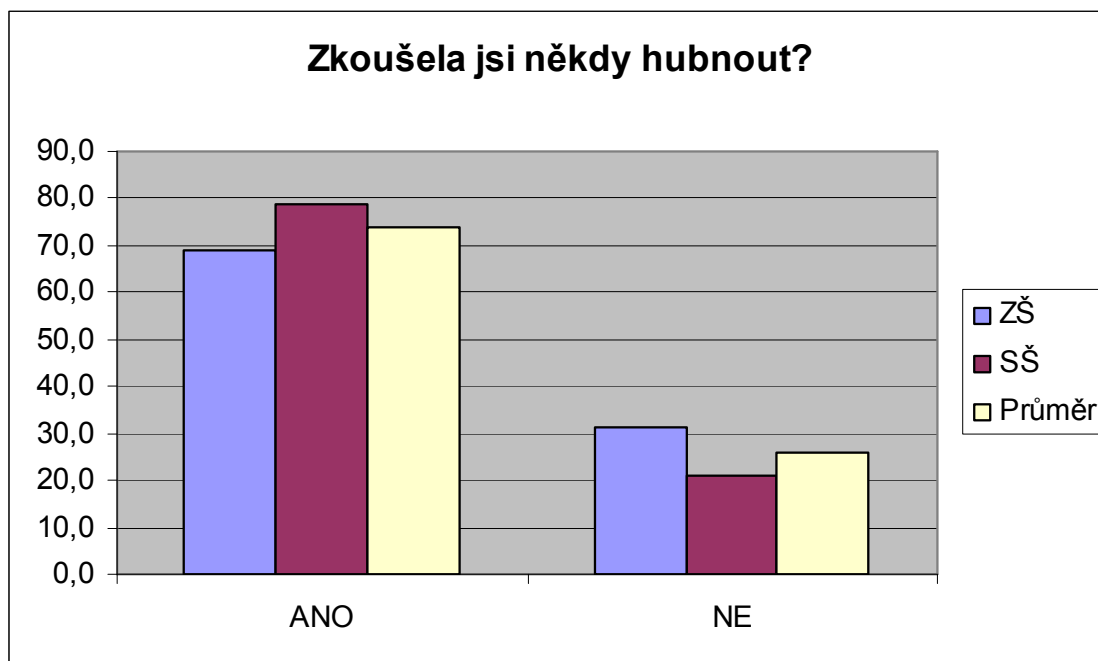
Graf 2:



Zdroj: vlastní výzkum

Ve druhé otázce jsem dívek se ptala, jestli by si přáli zhubnout. Touha být hubenější může vést k drastickému držení diet, omezování se v potravě... a tím i k rozvoji poruchy příjmu potravy. Touha zhubnout se častěji vyskytovala mezi středoškolskými dívkami, a to v 68,9 %. Pouze 21 % dívek v této skupině odpovědělo na tuto otázku záporně. Mezi dívkami ze základních škol nebyly rozdíly v odpovědích tak velké, zhubnout by si přálo 58 %, a 41,1 % by zhubnou nechtělo. Je závažnější, že ačkoli vypočtený BMI u většiny dívek byl v normálním rozmezí, mnoho z nich na tuto otázku odpovědělo kladně. Při porovnání s předcházejícím grafem, lze tvrdit, že i část dívek, které byly spokojeny se svým tělem, by si přála zhubnout.

Graf 3:

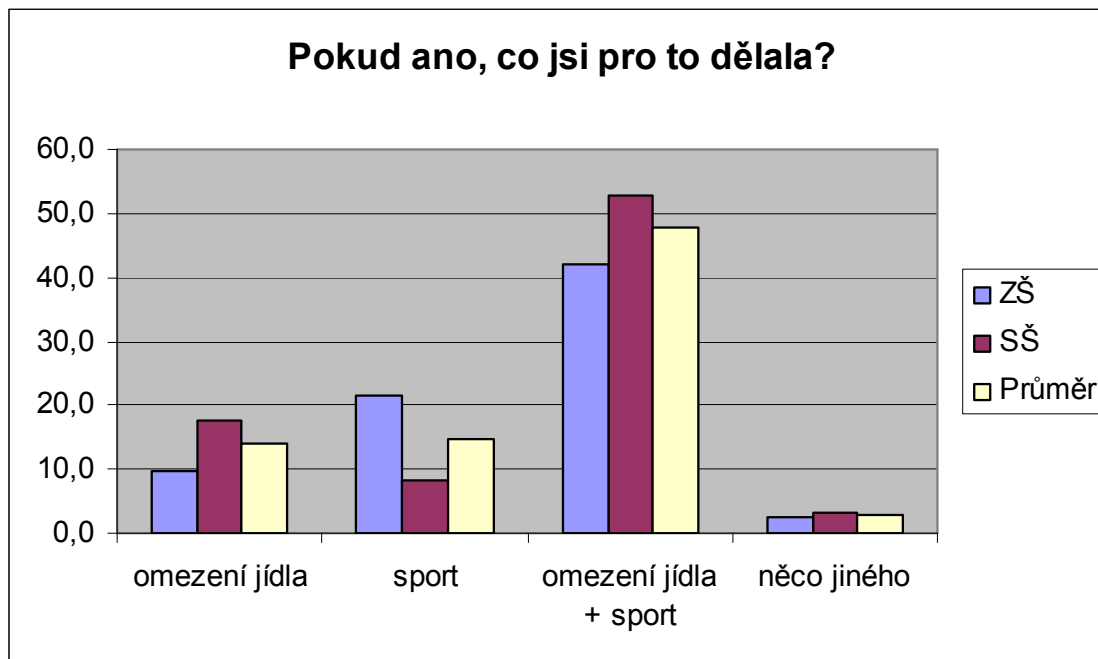


Zdroj: vlastní výzkum

Ve třetí otázce jsem se pokoušela zjistit, kolik procent dívek během svého života již zkoušelo zhubnout. Pokud opět srovnáme tento graf s předcházejícím, můžeme si všimnout, že i ty dívky, které si v současné nepřejí zhubnout, se o hubnutí někdy v minulosti pokoušelo. Pokusy o redukci váhy se opět častěji vyskytovaly mezi staršími dívkami (79 %), mladší dívky však mezi sebou měly také vysoké procento těch, které již hubnout zkoušely – 68,8 %. Jen 31,3 % SŠ dívek a 21 % ZŠ dívek se ještě nikdy nesnažilo zhubnout.

Pokusy o hubnutí mohou být důležitým prvkem pro vznik poruch příjmu potravy. Zejména nevhodné zvolené diety jsou nebezpečné. Drastické omezování přijímané potravy není vůbec vhodné u dospívajících, kteří netrpí nadváhou, obezitou či jinými zdravotními potížemi. Počáteční úbytek váhy bývá zprvu okolím vnímán pozitivně, a to dívku jen utvrdí v dalším pokračování držení diety.

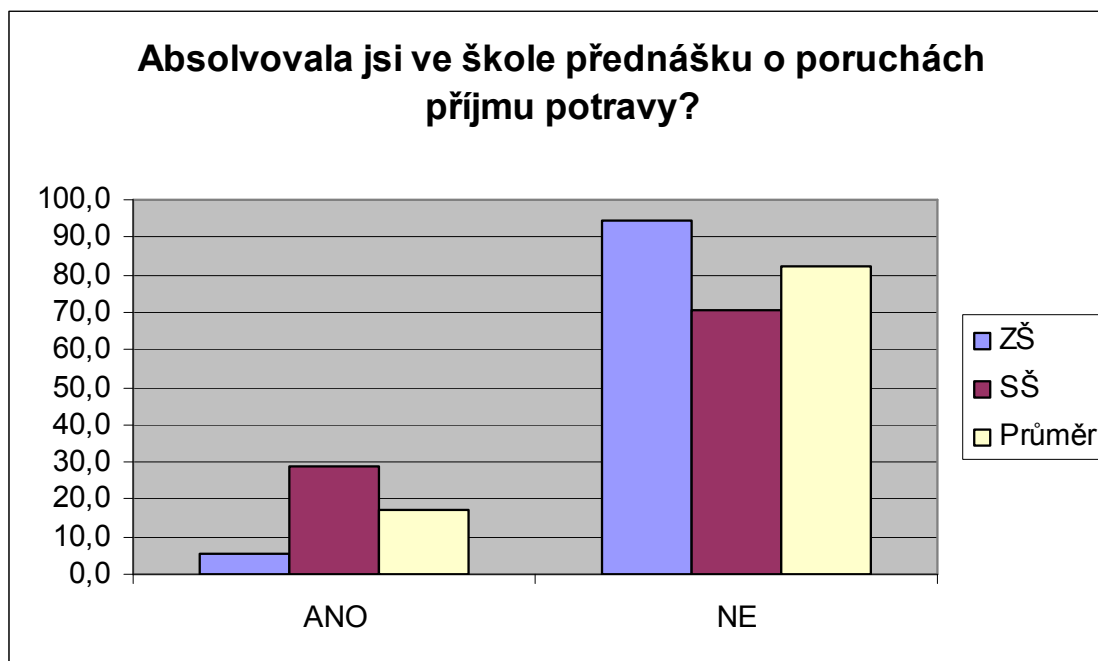
Graf 4:



Zdroj: vlastní výzkum

Čtvrtá položka dotazníku navazovala na předchozí otázku a dívky, které se někdy již pokoušely zhubnout, zde měly uvést jakým způsobem se o to snažily. Výsledky zde uvedu v absolutních číslech. Na základních školách 11 dívek praktikovalo omezení jídla, 24 dívek sport, 47 omezení jídla společně se sportem a 3 dívky něco jiného. Tyto tři dívky uváděly jíst málo tučného jídla a vybírat si zdravé potraviny. Na středních školách to bylo 21 dívek pro omezení jídla, 10 zvolilo sport, 63 omezení jídla a sport a 4 dívky něco jiného. Z těchto čtyř jedna dívka uvedla, že zkoušela jíst vícrát denně v menším množství a jedna dívka zmínila lázeňský pobyt v Karlových Varech – v tomto případě se jednalo o dívku s BMI 35,7, což odpovídá obezitě. Z výsledků je patrné, že k hubnutí dívky nejčastěji používaly omezení jídla a současně sportování. V dalších odpovědích můžeme pozorovat odlišnosti, kdy starší dívky volí častěji samotné omezování jídla nežli jenom sport. U mladších dívek tomu bylo naopak, ty preferovaly sport nad omezením jídla.

Graf 5:



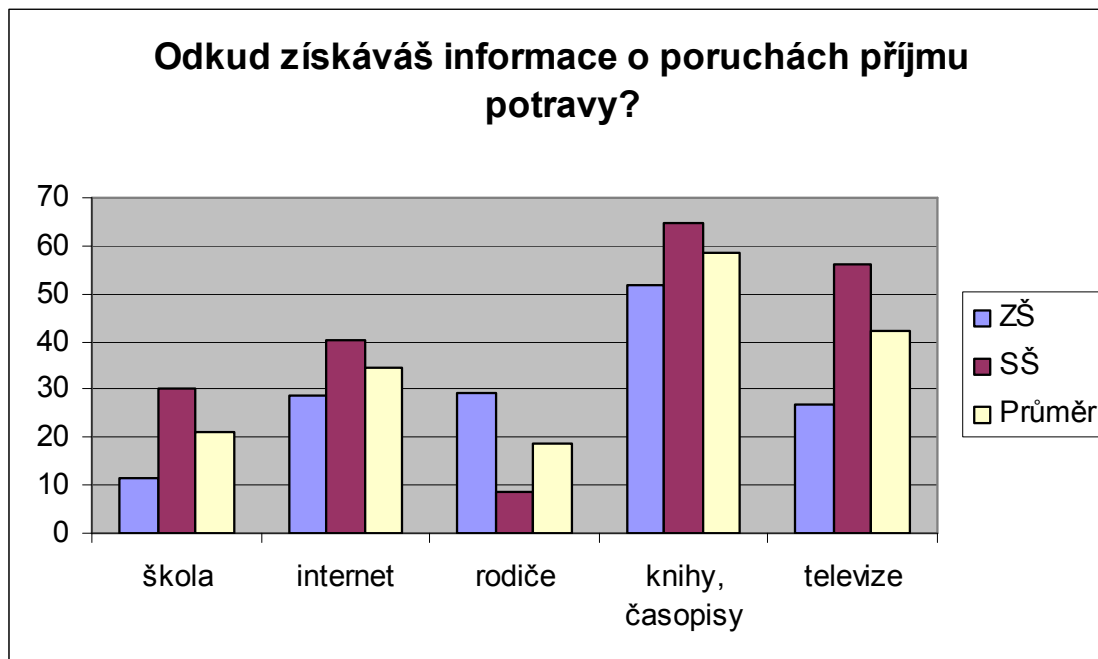
Zdroj: vlastní výzkum

Informace o poruchách příjmu potravy by se k dospívajícím, kteří jsou jednou z rizikových skupin pro vznik těchto poruch, měly dostávat také prostřednictvím škol. Z rozhovoru se zástupci škol jsem se dozvěděla, že mentální anorexie a mentální bulimie jsou v učebních osnovách rodinné výchovy na základních školách. Kromě toho většina zdravotních ústavů v krajských městech nabízí pomoc při výchově a vzdělávání žáků i pedagogů formou vzdělávacích programů a přednášek. Mezi nabízenými bývá i tematika poruch příjmu potravy.

Přesto na tuto otázku odpovědělo kladně pouze 5,4 % dívek ze ZŠ a 28,6 % dívek ze SŠ. Odpověď NE zvolilo 94,6 % dívek ze ZŠ a 70,6 % dívek ze SŠ.

Nízký počet kladných odpovědí svědčí o tom, že poruchám příjmu potravy se ve školách patrně věnuje určitá pozornost, s největší pravděpodobností však nedostačující.

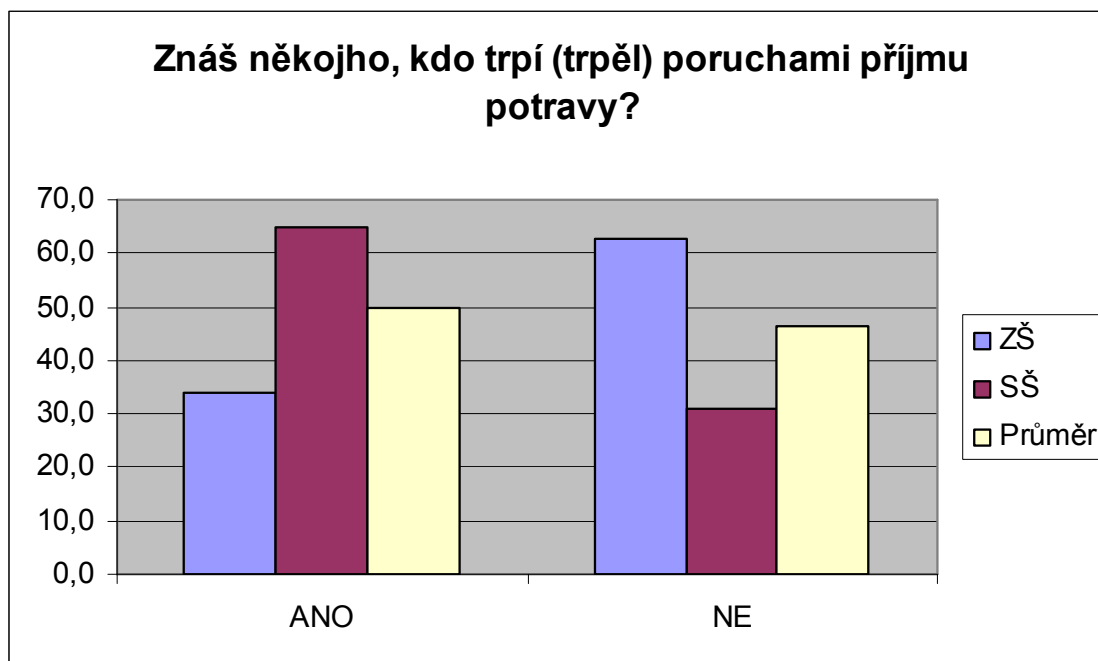
Graf 6:



Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že informace o poruchách příjmu získávají dívky z obou věkových skupin nejčastěji z knih a časopisů. Tuto možnost zvolilo 58 dívek na ZŠ a 77 dívek na SŠ. Na druhém místě to u dívek ze ZŠ byli rodiče (odpověď zvolilo 33 dívek) a televize u dívek ze SŠ (67 dívek). Třetí nejčastější odpovědí v obou skupinách byl internet (32 odpovědí na ZŠ a 48 na SŠ). Na další pozici se umístila televize u dívek ze základních škol (30 odpovědí) a škola u dívek ze středních škol (32 odpovědí). Nejméně dívek na ZŠ (13) uvedlo jako zdroj informací školu, ve skupině starších dívek to byli rodiče (tuto možnost zvolilo pouze 10 dívek).

Graf 7:

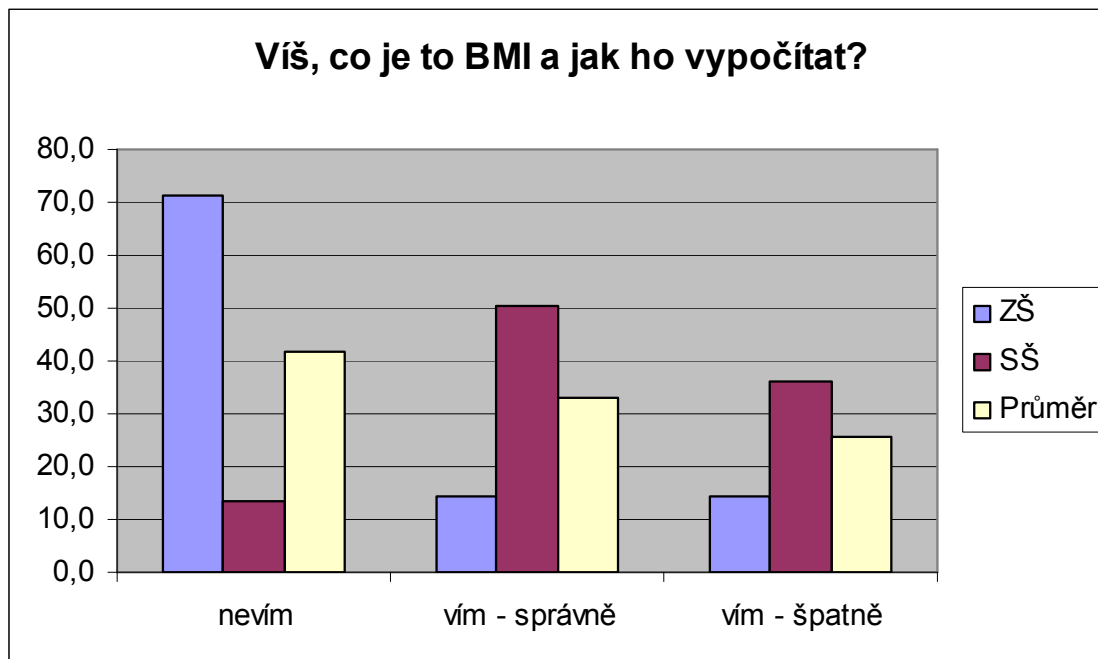


Zdroj: vlastní výzkum

Vzhledem k procentu rozšíření poruch příjmu potravy mezi populací je dost pravděpodobné, že dotazované dívky mohou mít ve svém okolí někoho, kdo trpí nebo trpěl poruchou příjmu potravy. Problémem však zůstává, zda jsou schopny všimnout si příznaků mentální anorexie nebo mentální bulimie.

Kladně odpovědělo 33,9 % dívek ze ZŠ, ve skupině středoškolských dívek to bylo již 64,7 %. Ze zadání této otázky nelze bohužel zjistit, zda znali někoho osobně, či prostřednictvím médií, ve kterých se často můžeme setkat se spekulacemi o těchto poruchách u modelek a jiných známých osobností.

Graf 8:

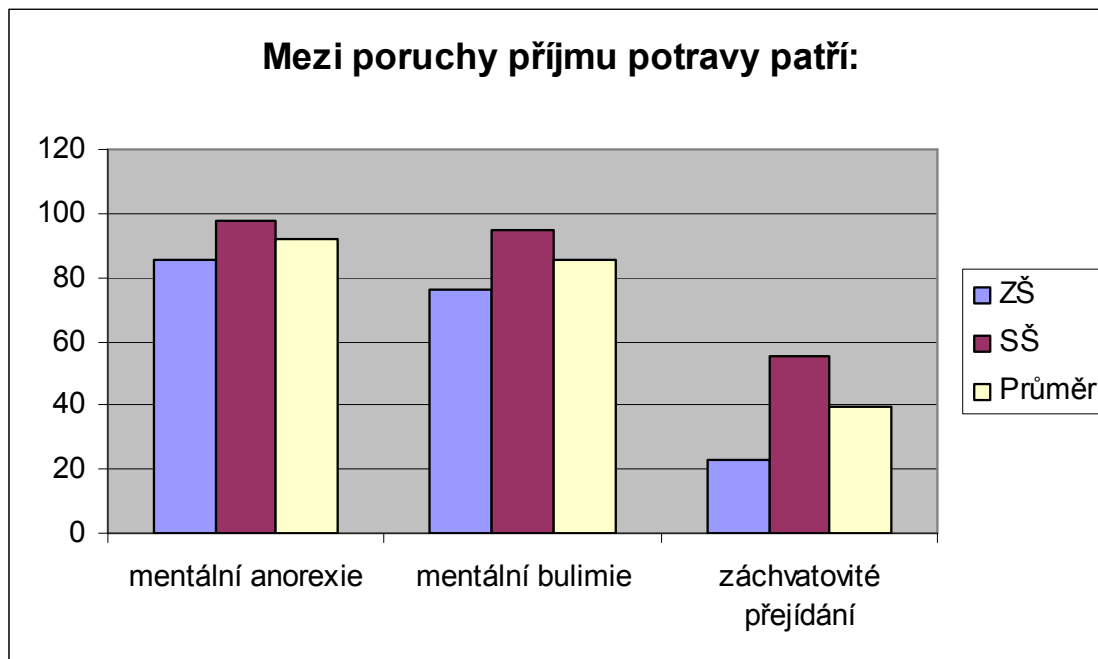


Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce mne zajímalo, jestli dotazované dívky vědí, co je to BMI a jak ho vypočítat. Nepředpokládala jsem, že dívky na základních školách budou znát termín body mass index. Překvapivě však 28,6 % tento pojem znalo a jedna polovina z tohoto počtu dívek dokonce i věděla jak ho vypočíst. Některé dívky sice neznaly jeho výpočet, ale uvedly že znají internetovou adresu, na které se dá vypočítat. Zjištěná skutečnost svědčí o tom, že tyto dívky se nejspíš o svou váhu vážněji zajímají. Odpověď nevím se u této otázky vyskytla v 71,4 %.

Mezi středoškolačkami byl poměr odpovědí obrácený. Pouze 13,4 % odpovědělo nevím. 50,4 % vědělo co je BMI i jak ho vypočíst a 36,1 % znalo BMI, ale nedokázalo správně odpovědět jak se vypočítává.

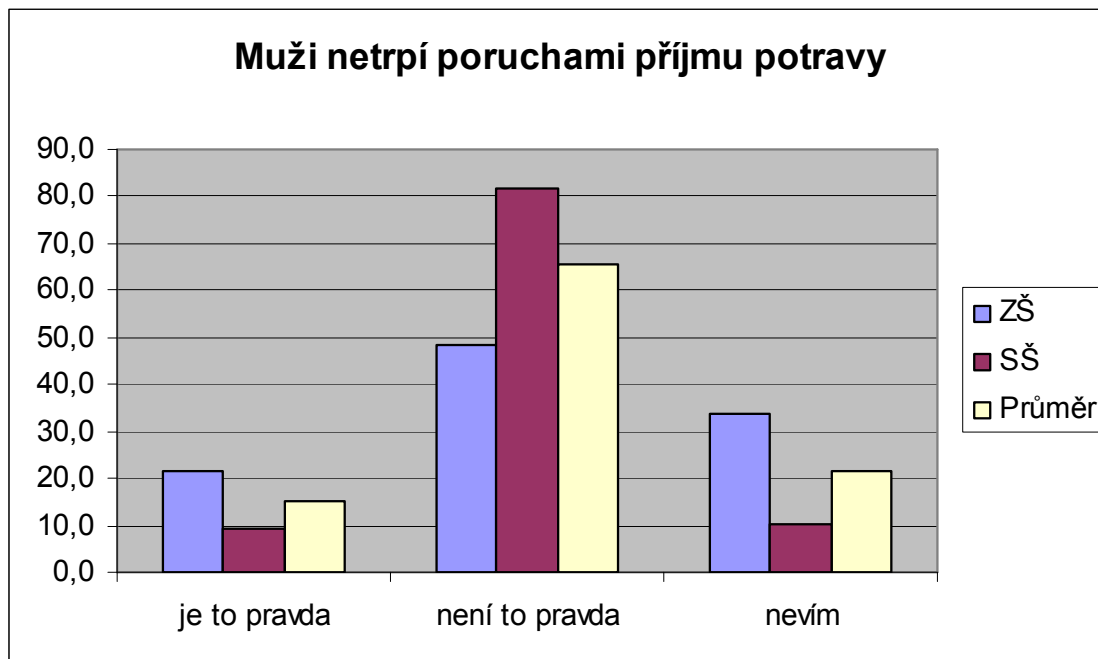
Graf 9:



Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce měly dívky označit ty odpovědi, o nichž se domnívají, že patří mezi poruchy příjmu potravy. Všechny tři z nabízených možností byly správné. Mezinárodní klasifikace nemocí obsahuje kategorii F 50 poruchy příjmu jídla. Zde vymezuje dva nejzřetelněji popsané syndromy poruch příjmu potravy - mentální anorexii (F 50.0) a mentální bulimii (F 50.2). Zařazují se sem ale také méně specifické klinické poruchy jako je nadměrné přejídání spojené a psychickými poruchami. V souvislosti s poruchami příjmu potravy se často hovoří společně o mentální anorexii a mentální bulimii, méně však o záchvatovém přejídání. To se potvrdilo i ve výsledcích výzkumu, kde možnost c) záchvatovité přejídání zvolilo pouze 23,2 % dívek ze ZŠ a 55,5 % dívek ze SŠ. Nejčastěji volená byla možnost a) mentální anorexie (85,7 % na ZŠ a 97,5 % na SŠ) a možnost b) mentální bulimie zaškrtnulo 75,9 % na ZŠ a 95 % dívek na SŠ.

Graf 10:

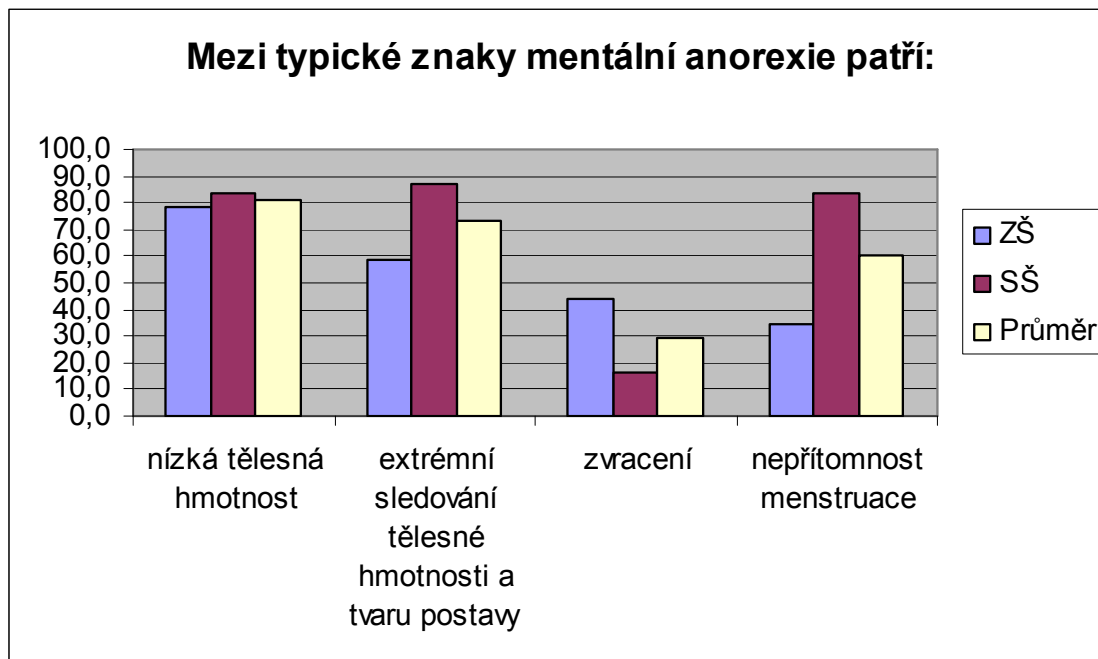


Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka se zdá být zdánlivě jednoduchá, avšak našlo se i několik tázaných, které při odpovědích chybovaly. Je sice pravda, že výskyt poruch příjmu potravy u mužů není typický, zároveň ale není ani nezanedbatelný. Mentální anorexie se u mužů a žen vyskytuje přibližně v poměru 1:10, v případě mentální bulimie se poměr udává přibližně 1:20.

21,4 % dívek ze základních škol a 9,2 % dívek ze SŠ se chybně domnívalo, že muži poruchami příjmu potravy netrpí. 48,2 % dívek ze ZŠ a 81,5 % dívek ze SŠ vědělo, že PPP se týkají i mužské populace. Možnost nevím zvolilo u této otázky 33,9 % dívek ze ZŠ a 10,1 % dívek ze SŠ.

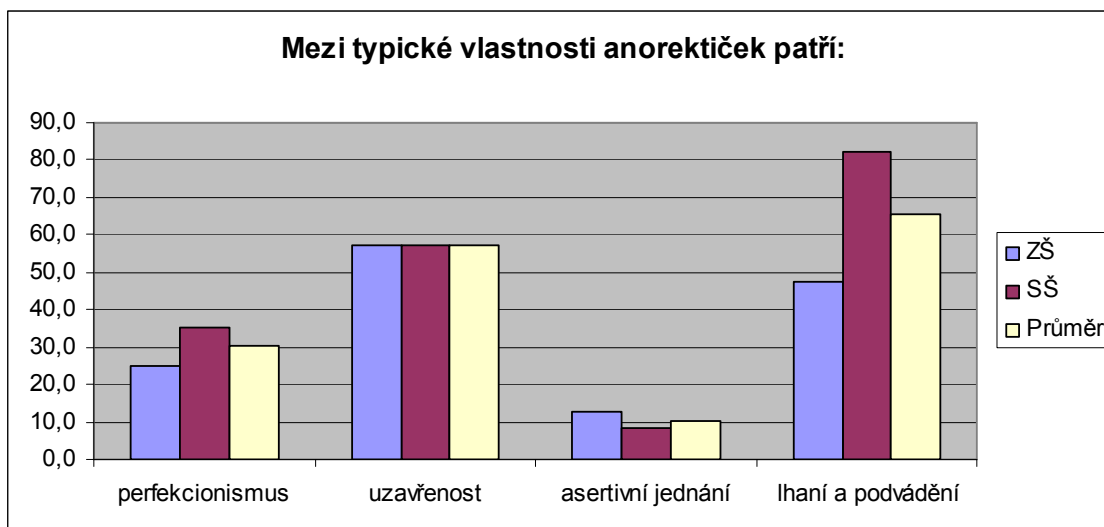
Graf 11:



Zdroj: vlastní výzkum

Zde jsem se ptala, jaké jsou typické znaky mentální anorexie. Dívky měly na výběr ze čtyř možností. Nízká (respektive extrémně nízká) tělesná hmotnost je typickým znakem mentální anorexie. Diagnostickým kritériem je BMI menší než 17,5 nebo tělesná hmotnost nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností vzhledem k výšce a věku. Extrémní sledování tělesné hmotnosti a tvaru postavy je také typickým znakem, který je společný pro mentální anorexii i mentální bulimii. Zvracení je také mezi diagnostickými kritérii mentální anorexie, je přítomno u purgativní formy MA, avšak pro mentální anorexii není typické. Anorektické dívky používají k dosažení ideální postavy spíše nadměrné cvičení a přísné omezování v jídlu než zvracení. Nepřítomnost menstruace je dalším typickým znakem MA, jakmile totiž klesne procento tělesného tuku pod určitou hranici, menstruace se zastaví. Dívky ze ZŠ často chybovaly u třetí možnosti (43,8 % zvolilo tuto chybnou odpověď), a také jen málo z nich (34,8 %) vědělo, že u mentální anorexie bývá nepřítomnost menstruace. Ostatní výsledky jsou patrné z grafu.

Graf 12:

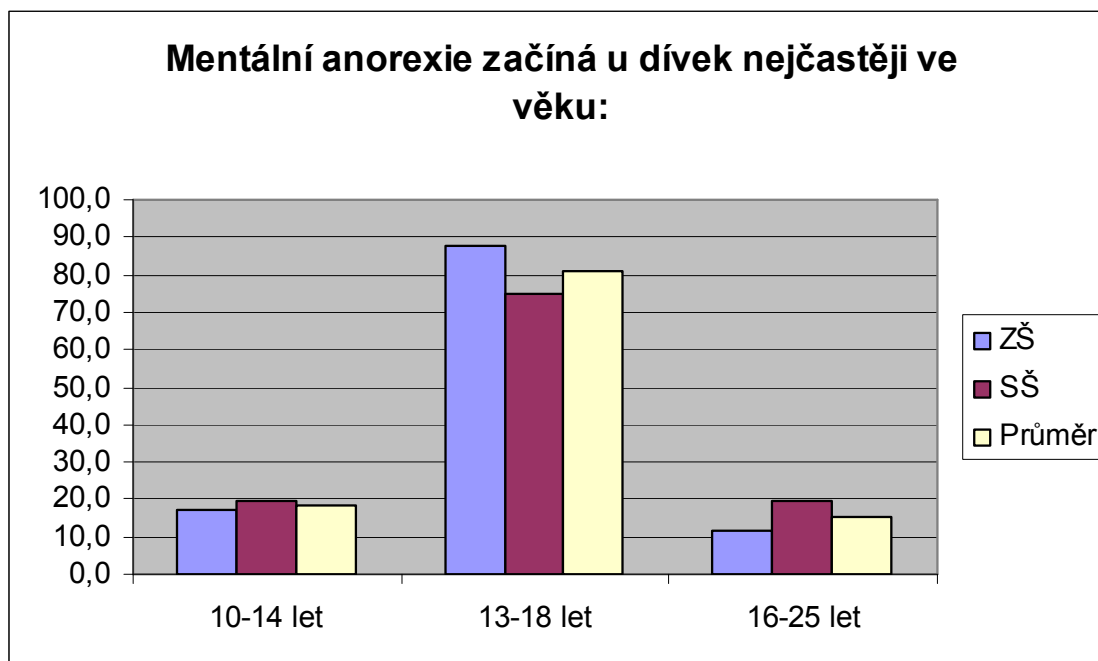


Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, jak dívky odpovídaly na otázku co patří mezi typické vlastnosti anorektiček. Středoškolské dívky volily odpovědi v tomto pořadí: možnost d) lhaní a podvádění - 82,4 %, b) uzavřenost – 57,1 %, a) perfekcionismus – 35,3 %, c) asertivní jednání – 8,4 %. Dívky ze základních škol pak v tomto pořadí: b) uzavřenost – 57,1 %, d) lhaní a podvádění – 47,3 %, a) perfekcionismus – 25,0 %, c) asertivní jednání – 12,5 %

Z nabízených možností však byly správné pouze tři, a to perfekcionismus, uzavřenost a lhaní a podvádění. Perfekcionismus, snaha dělat vše dokonale, je pro mentální anorexii typický. Nemocné dívky už době před vznikem poruchy se vždy snaží o dokonalý vzhled, výborné výsledky ve škole, touží po uznání od společnosti. Uzavřenost je také charakteristická pro tuto chorobu, dívky své problémy tají, nikomu se nechťejí svěřit se svými potížemi. Lhaní a podvádění je také příznačné pro anorexii, dívky lžou hlavně ve věcech týkajících se jídla, předstírají že jsou odpůrkyně diet a přitom extrémně hladoví. Asertivní jednání pro ně typické není, tomu se učí až během léčby.

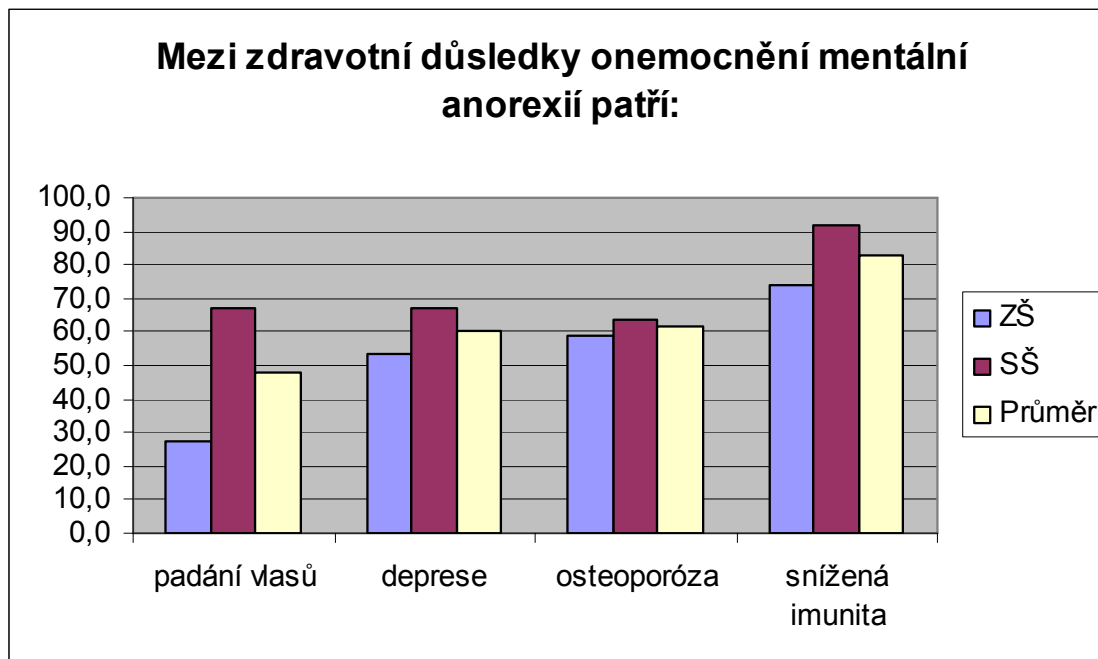
Graf 13:



Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce jsem se ptala, v jakém věku začíná mentální anorexie u dívek nejčastěji. Zde dosáhla lepších výsledků skupina dívek ze základních škol. Ty v 87,5 % správně zvolily, že je to v období mezi 13 – 18 rokem života. Menší procento (74,8 %) zvolilo tuto odpověď mezi dotazovanými středoškolačkami. V průměru 18,2 % dívek zaškrtno chybně odpověď 10-14 let, v tomto věku může sice porucha také propuknout, není to však časté. Vznik mentální anorexie před 14. rokem s sebou přináší specifická zdravotní rizika jako je zpomalení či zastavení růstu a vývoje a další komplikace. Mentální anorexie se samozřejmě vyskytuje i v pozdějším věku, ale vznik této poruchy ve vyšším věku také není běžný.

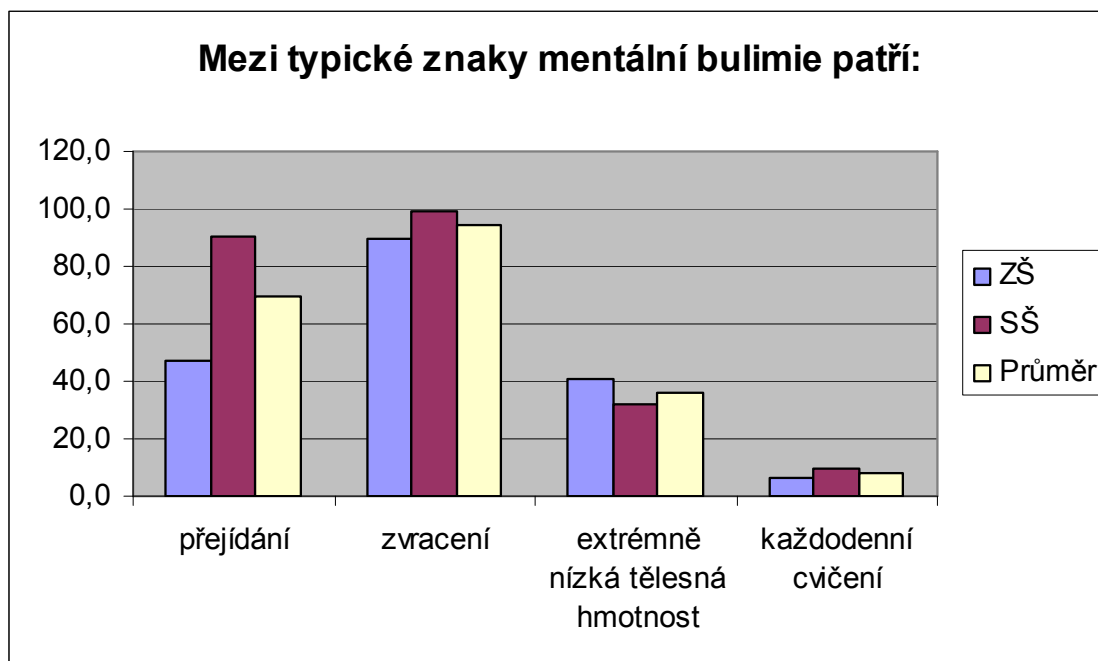
Graf 14:



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, jaké odpovědi se vyskytovaly ve vzorku dotazovaných dívek na otázku co patří mezi zdravotní důsledky mentální anorexie. Všechny nabízené možnosti byly správné, všechny tyto zdravotní potíže mohou být důsledkem mentální anorexie. Lze z něj vyčíst, že nejčastěji dívky volily *sníženou imunitu*, a to 91,6 % SŠ dívek a 74,1 % ZŠ dívek. Druhou nejčastější odpovědí byla *osteoporóza*, kterou zaškrtno 63,9 % dívek ze středních škol a 58,9 % dívek ze základních škol. Další odpovědí byla *deprese*, 67,2 % na SŠ a 53,6 % na ZŠ. Nejméně dívek vybralo možnost *padání vlasů*, 67,2 % dívek ze SŠ a pouze 27,7 % dívek ze ZŠ.

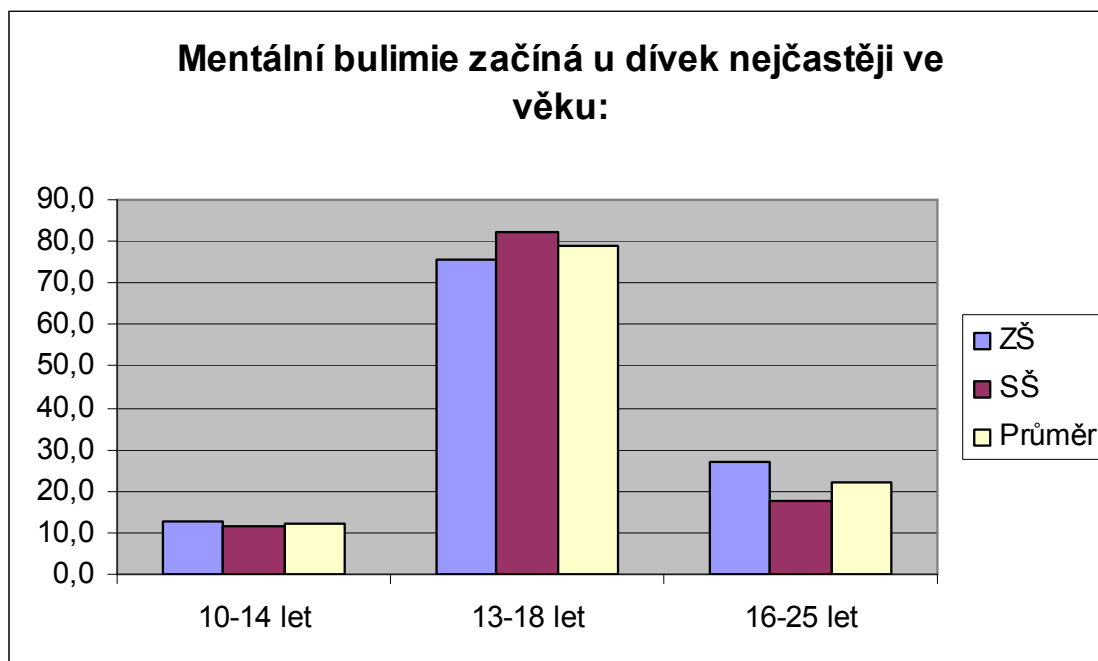
Graf 15:



Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka se podobně jako otázka jedenáctá ptala na typické znaky poruch příjmu potravy. Tentokrát však na charakteristické znaky pro mentální bulimii. Z grafu je jasné vidět, že nejčastějšími odpověďmi jsou první dvě možnosti, tedy a) přejídání a za b) zvracení. Tyto dva znaky jsou opravdu příznačné pro onemocnění mentální bulimií. Přejídání vybralo 47,3 % šolaček ze základních škol a 90,8 % studentek středních škol. Možnost zvracení volilo 89,3 % ZŠ dívek a 99,2 % SŠ dívek. Poměrně dost dívek v obou věkových skupinách (41,1 % na ZŠ a 31,9 % na SŠ) se ale zároveň domnívá, že k charakteristikám mentální bulimie patří také extrémně nízká tělesná hmotnost. Ta je však typická pro mentální anorexii, bulimičky mívají často váhu v normálním rozmezí. Malé množství dívek zvolilo možnost každodenní cvičení (průměrně 7,8 % z obou kategorií). S nadměrným cvičením se samozřejmě můžeme setkat u obou poruch příjmu potravy, pacienti s mentální bulimií ale používají spíše jiné praktiky k odstranění výkrmného účinku jídla, jako je zvracení či užívání projímadel, diuretik. Když zvolí cvičení tak spíše nárazově velkou fyzickou zátěž nežli pravidelné cvičení. Každodenní cvičení tedy opravdu není typické pro tuto chorobu.

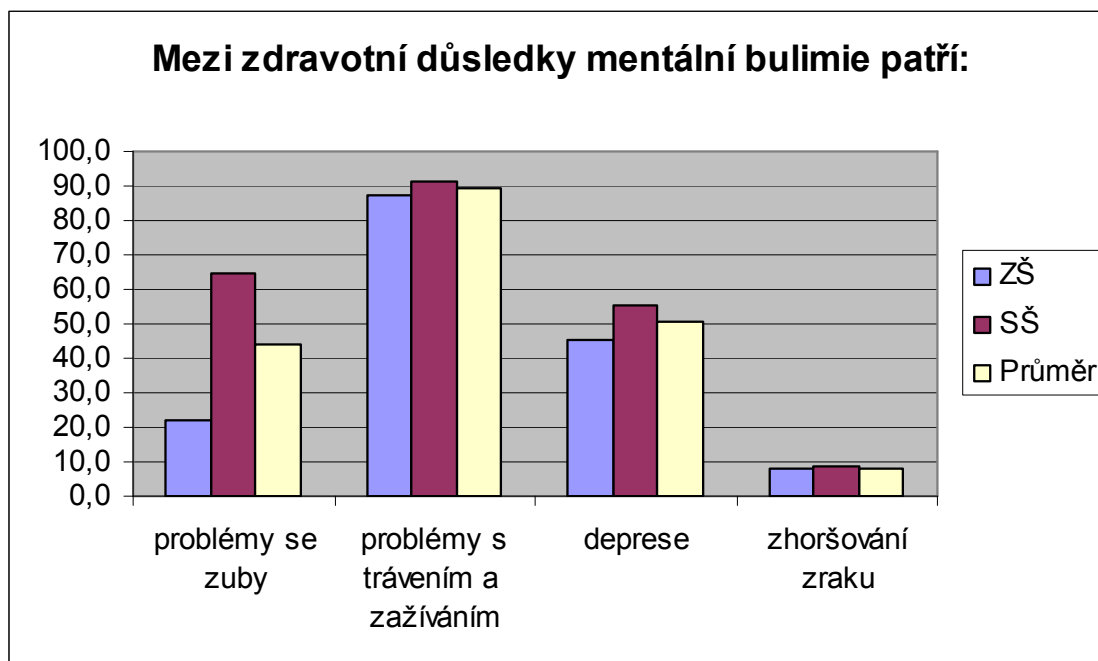
Graf 16:



Zdroj: vlastní výzkum

Z tohoto grafu jasně vyplývá, že dívky v obou věkových skupinách nevědí, že mentální bulimie se oproti mentální anorexii častěji objevuje až ve starším věku. V této otázce měly lepší výsledky mladší dívky, 26,8 % jich správně odpovědělo, že pro vznik mentální bulimie je typický vyšší věk. V nižším věku, v období před menarché, se tato porucha prakticky nevyskytuje. V průměru 12,1 % dívek zvolilo, že nejčastějším obdobím pro vznik mentální bulimie je věkové rozmezí mezi 10-14 lety. 75,9 % dívek ze základních škol a 82,4 % středoškolských dívek se domnívalo, že typickým obdobím pro vznik této poruchy je věk mezi 13 – 18 rokem.

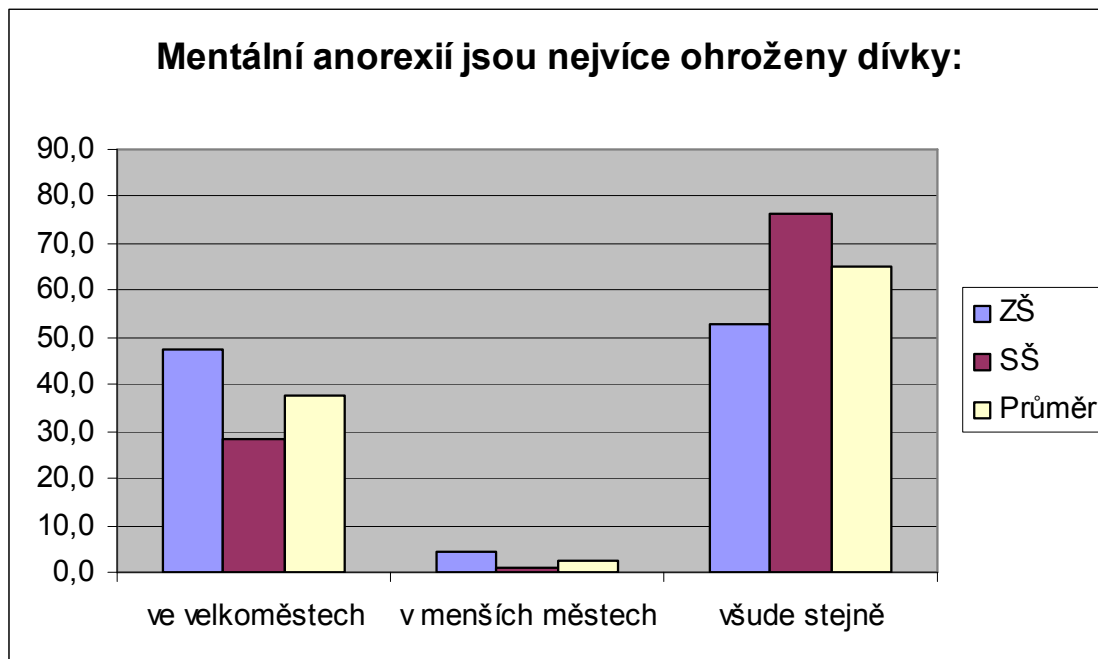
Graf 17:



Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka je opět obdobná otázce čtrnácté, s tím rozdílem, že zde dívky mají uvést zdravotní důsledky mentální bulimie. První tři nabízené zdravotní problémy mohou být důsledky mentální bulimie. Z tohoto grafu lze zřetelně vyčíst, že jako důsledek mentální bulimie vidí dívky nejčastěji problémy s trávením a zažíváním. O správnosti této možnosti se domnívá 87,5 % dívek na ZŠ a 91,6 % dívek na SŠ. Dalšími častými odpověďmi byly deprese (45,5 % ZŠ dívek, 55,5 % SŠ dívek) a problémy se zuby (22,3 % ZŠ dívek a 64,7 % SŠ dívek). Minimum dívek zvolilo, že mentální bulimie může mít za následek zhoršování zraku. Tuto odpověď uvedlo 8 % dívek ze základních škol a 8,4 % dívek ze středních škol. Zhoršování zraku bývá u poruch příjmu potravy způsobeno nedostatkem vitamínu K, ale to pro mentální bulimii typické není. Časté zvracení je příčinou problémů s trávením a zažíváním, působením žaludečních šťáv dochází k narušování zubní skloviny a tím k různým problémům se zuby. Deprese bývá u mentální bulimie také často přítomna, proto se také při farmakoterapii této poruchy často podávají antidepresiva.

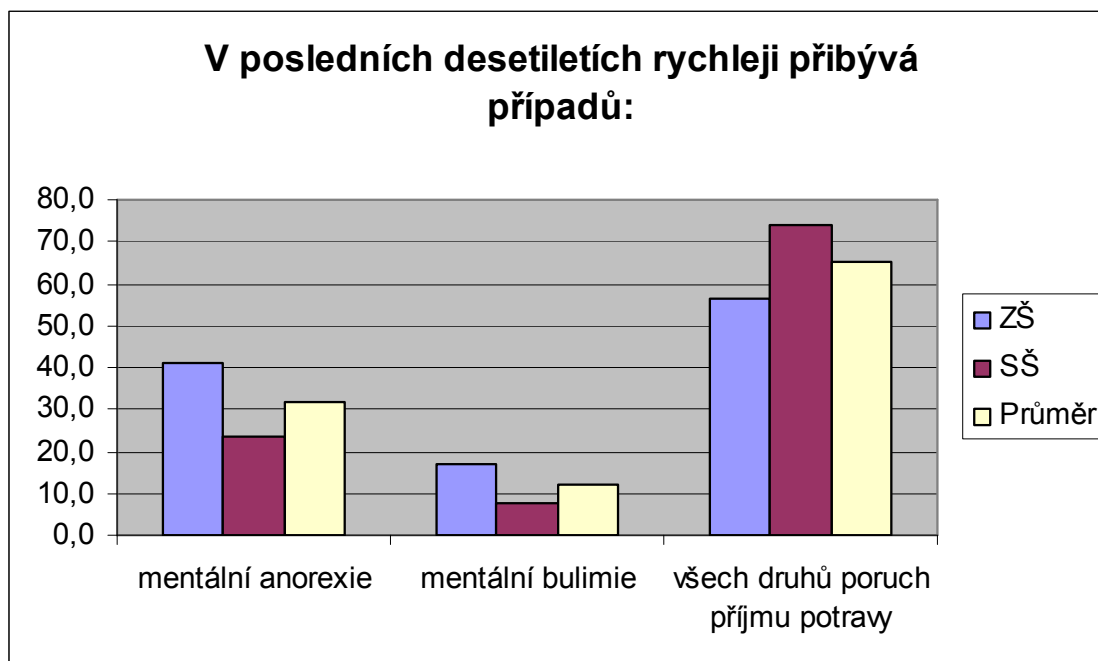
Graf 18:



Zdroj: vlastní výzkum

Mentální anorexie se dříve objevovala spíše u dívek žijících ve větších městech, byly zde na ně kladeny vyšší společenské nároky. Rozdíly mezi životem ve velkoměstech a v menších městech se však postupně snižují, a proto se toto rozdělení dnes moc nepoužívá. V současné době jsou dívky ohroženy mentální anorexií všude stejně. Takto odpovědělo na otázku 52,7 % dívek ze základních škol a 76,5 % dívek ze středních škol. Možnost *ve velkoměstech* zvolilo poměrně dost dívek na základních školách – 47,3 %, a na středních školách označilo tuto odpověď 28,6 % dívek. Možnost *v menších městech* zvolilo v průměru jen 2,6 %.

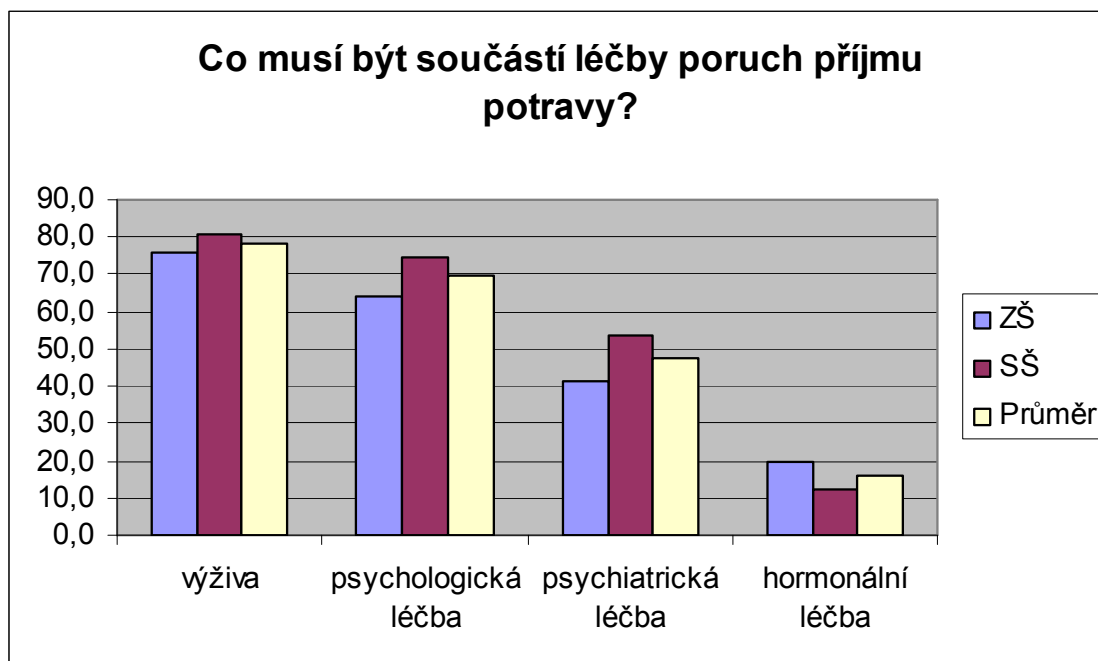
Graf 19:



Zdroj: vlastní výzkum

U této otázky měly dívky uvést, kterých případů přibývá v posledních desetiletích, mentální anorexie, mentální bulimie nebo všech poruch příjmu potravy. Správnou odpovědí je mentální bulimie. Tuto možnost zvolilo pouze 17 % dívek na základních školách a 7,6 % na středních školách. Nejčastěji dívky volily možnost všech druhů poruch příjmu potravy, v průměru 65,4 %. Samozřejmě roste počet případů všech poruch příjmu potravy, i těch atypických a nespecifických. Mentální bulimie je však z hlediska diagnostiky onemocněním novým, do evropské klasifikace nemocí se dostala až v roce 1987. V České republice je ročně hospitalizováno v průměru 500 pacientů s mentální anorexií a jen 200 s mentální bulimií. Toto číslo ovšem svědčí pouze o tom, že mentální bulimie většinou hospitalizaci nevyžaduje, protože není, na rozdíl od mentální anorexie, typická život ohrožující vyhublostí. Vzdávající trend je také důsledkem toho, že u řady pacientů s mentální anorexií se po nějakém čase rozvine mentální bulimie.

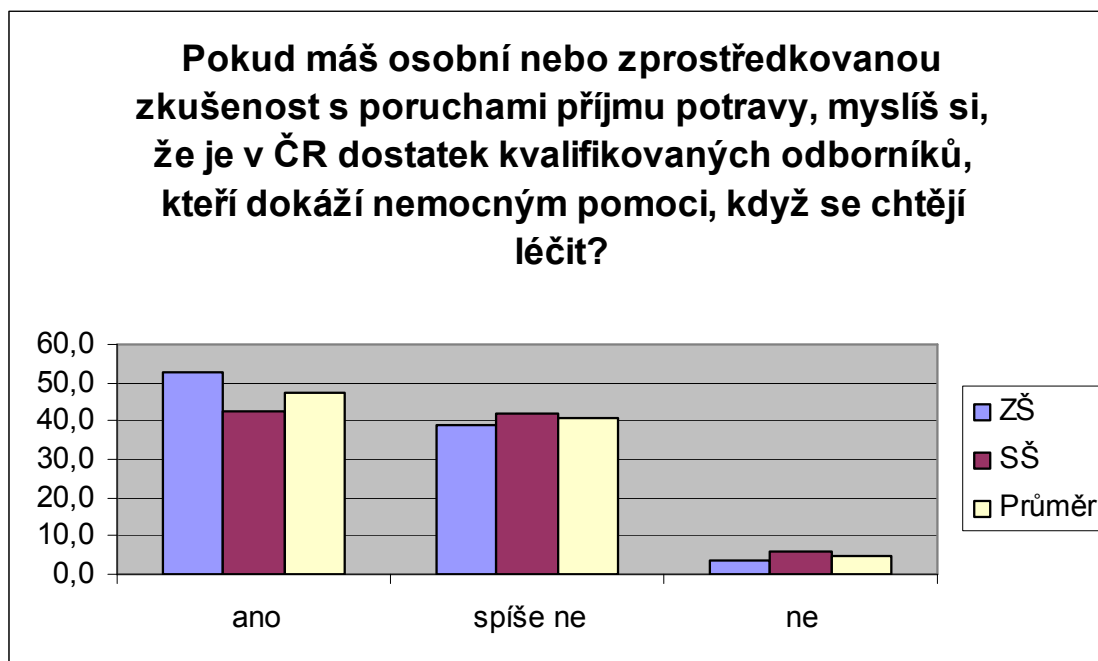
Graf 20:



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, jaké odpovědi na otázku týkající se léčby poruch příjmu potravy převládaly mezi dotazovanými dívkami nejčastěji. Všechny možnosti jsou správné. Z grafického znázornění lze jasně vidět, že na prvním místě dívky volily výživu. Tuto odpověď volilo 80,7 % dívek na SŠ a 75,9 % dívek na ZŠ. Tato odpověď se sama nabízí, protože se jedná o poruchy příjmu potravy, a příjem potravy samozřejmě souvisí s výživou. Protože se ale jedná o poruchy psychosomatické, samotná výživa nepostačí. Je nezbytná i pomoc psychologa, léčba psychiatra a spolupráce dalších odborníků. Psychologickou léčbu zvolilo 74,8 % dívek ze středních škol a 64,3 % dívek ze základních škol. Léčbu psychiatrickou označilo už pouze 53,8 % dotazovaných na SŠ a 41,1 % na ZŠ. Že součástí léčby poruch příjmu potravy bývá i hormonální léčba, vědělo jen málo dívek. Na základních školách 19,6 % a na středních 12,6 % dívek.

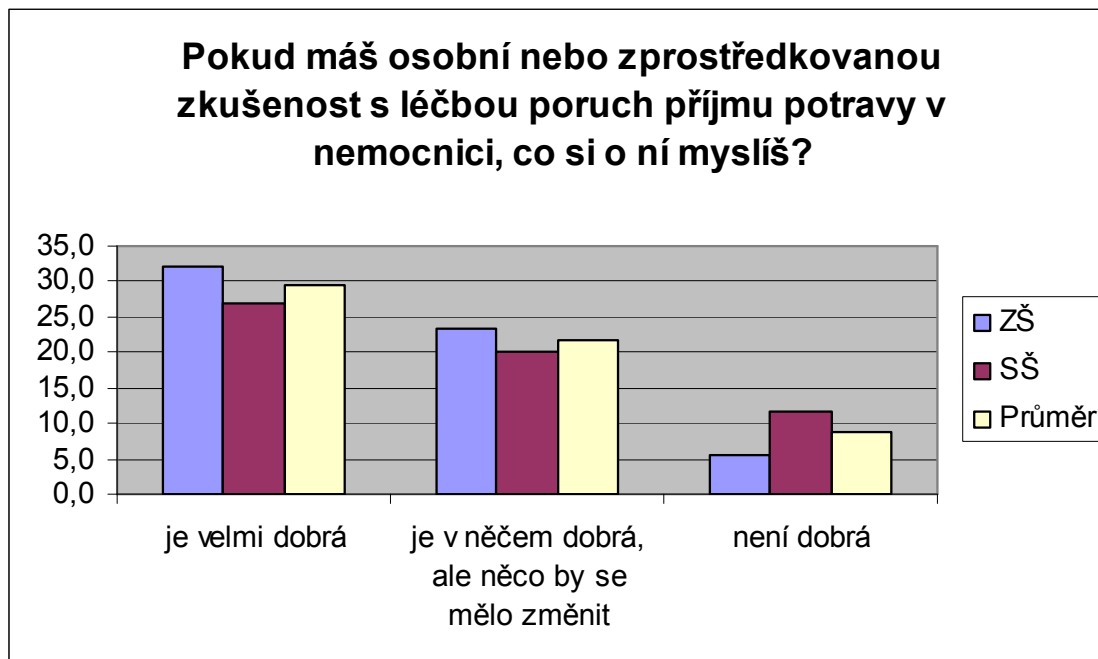
Graf 21:



Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce měly dívky uvést, zda se domnívají, že je v naší republice dostatek kvalifikovaných odborníků v oblasti péče o nemocné s poruchami příjmu potravy. Většina si myslí, že je u nás odborníků dostatek, odpovědělo tak 52,7 % dívek ze základních škol a 42,9 % dívek ze středních škol. V průměru 40,7 % dívek se domnívá, že v České republice spíše není dostatek specialistů. A jak je vidět z grafu, jen malé množství dotazovaných dívek si myslí, že je u nás nedostatek těchto odborníků. Nedostatek odborníků uváděly dívky také jako příčinu špatné nemocniční péče v následující otázce.

Graf 22:



Zdroj: vlastní výzkum

V poslední otázce dotazníku měly dívky uvést, co si myslí o léčbě poruch příjmu potravy v nemocnicích. V odpovědích se nejčastěji objevoval názor, že je velmi dobrá. To si myslí 32,1 % dívek ze základních škol a 26,9 % dívek ze středních škol.

Že je nemocniční léčba v něčem dobrá, ale něco by se mělo změnit, si myslí 23,2 % dívek ze ZŠ a o něco méně dívek ze SŠ (20,2 %). Dívky ze základních škol však většinou neuváděly, kde by podle nich mělo dojít ke změnám. Několik jich uvedlo, že by se měl zlepšit přístup k pacientům, nebo uváděly nedostatek kvalifikovaných odborníků. Dále zazněly názory jako špatné prostory nemocnic, pacienti by měli jíst jenom to, co jim chutná, větší ostražitost personálu. Jedna dívka se domnívá, že chybí komunikace s rodinou.

U středoškolských dívek mezi tím, co by se mělo změnit, převládal názor, že by měl být lepší přístup odborníků k pacientkám a častější kontakt s psychology. Dále by se podle nich mělo zlepšit chování celého ošetřujícího personálu – lékaři i sestry by se měli snažit nemocné pochopit, zároveň na ně měli více dohlížet a být trpělivější.

O tom, že nemocniční péče není dobrá, je přesvědčeno 5,4 % dívek ze ZŠ. Pouze tři z těchto dívek uvedly, proč podle nich není dobrá. Myslí si, že není dostatek odborníků, v nemocnicích je špatná péče, pacientům nutí hodně jídla a nedokáží je vyléčit.

Na středních školách si 11,8 % dívek myslí že nemocniční léčba poruch příjmu potravy není dobrá. Na otázku proč není tato léčba dobrá uváděly dívky nejčastěji nedostatek individuální péče věnované pacientům, špatné jednání s nimi, neporozumění, chybí empatie. Sestry nutí jíst pacientky velké porce jídla a přitom nedokáží ohlídat další zvracení nebo jiného zbavení se jídla. Dívky se také domnívají, že špatná nemocniční léčba je způsobena nedostatkem odborníků v této oblasti.

Starší dívky v dotazníku přibližně dvakrát častěji uváděly, že znají někoho s poruchou příjmu potravy, proto jejich názory na úroveň nemocniční péče mohou být objektivnější, ale zároveň i kritičtější.

Graf 23



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 24



Zdroj: vlastní výzkum

Hodnocení BMI ve vztahu k věku

Rozdělení podle věku:

Věková kategorie - **12 let**

Počet dívek v této věkové kategorii - 16

BMI	Kategorie	Počet dívek v této kategorii
méně než 13,8	velká podváha – jedno z kritérií MA	0
13,8 – 14,9	podváha	0
15 – 21,7	normální rozmezí	15
21,8 – 26,4	nadváha	1
více než 26,5	obezita	0

Věková kategorie – **13 let**

Počet dívek v této věkové kategorii – 54

BMI	Kategorie	Počet dívek v této kategorii
Méně než 14,5	velká podváha – jedno z kritérií MA	0
14,5 – 15,9	podváha	4
16 – 22,7	normální rozmezí	48
22,8 – 27,6	nadváha	2
více než 27,7	obezita	0

Věková kategorie – **14 let**

Počet dívek v této kategorii – 42

BMI	Kategorie	Počet dívek v této kategorii
Méně než 15,5	velká podváha – jedno z kritérií MA	1
15,5 – 16,7	podváha	3
16,8 – 23,1	normální rozmezí	37
23,2 – 27,6	nadváha	1
více než 27,7	obezita	0

Věková kategorie – **17 let**

Počet dívek v této kategorii – 47

BMI	Kategorie	Počet dívek v této kategorii
méně než 17,2	velká podváha – jedno z kritérií MA	1
17,2 – 18,1	podváha	4
18,2 – 24,4	normální rozmezí	38
24,5 – 28,5	nadváha	4
více než 28,6	obezita	0

Věková kategorie – **18 let a víc**

Počet dívek v této kategorii – 72

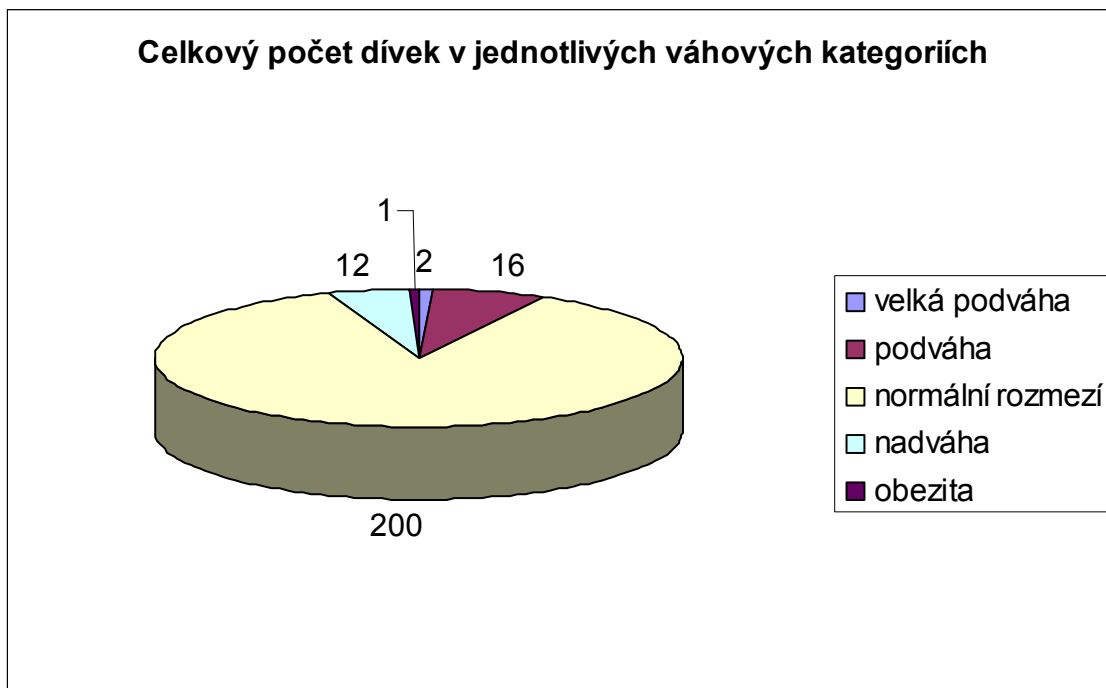
BMI	Kategorie	Počet dívek v této kategorii
méně než 17,5	velká podváha – jedno z kritérií MA	0
17,5 – 18,4	podváha	5
18,5 – 24,8	normální rozmezí	62
24,9 – 28,9	nadváha	4
více než 28,9	obezita	1

Celkový počet dívek v jednotlivých váhových kategoriích:

<u>Kategorie</u>	<u>Počet dívek v této kategorii</u>
velká podváha – jedno z kritérií MA	2
podváha	16
normální rozmezí	200
nadváha	12
obezita	1

Zde jsem na základě vypočteného body mass indexu rozdělila dívky podle věku do jednotlivých váhových kategorií. K rozčlenění do těchto váhových kategorií jsem použila rozmezí hodnot BMI uváděných na www.idealni.cz

Graf 25



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 25 znázorňuje zastoupení dívek v jednotlivých váhových kategoriích, do kterých byly zařazeny podle vypočteného BMI se zohledněním věku. Dvě dívky trpěly velkou podváhou, což je jedním z kritérií mentální anorexie. Dalších 16 dívek mělo podváhu. 200 dívek mělo váhu v normálním rozmezí, 12 dívek se dostalo do kategorie nadváhy a pouze jedna dívka měla BMI odpovídající obezitě.

Tabulka 1

Informovanost dospívajících dívek o poruchách příjmu potravy

Znění otázky	Odpovědi	%
		Celkem
Mezi poruchy příjmu potravy patří	a) mentální anorexie b) mentální bulimie c) záchvatovité přejídání	92 86 40
Muži netrpí poruchami příjmu potravy	a) je to pravda b) není to pravda c) nevím	15 65 22
Mezi typické znaky mentální anorexie patří	a) nízká tělesná hmotnost b) extrémní sledování tělesné hmotnosti a tvaru postavy c) zvracení d) nepřítomnost menstruace	81 74 29 60
Mezi typické vlastnosti anorektiček patří	a) perfekcionismus b) uzavřenost c) asertivní jednání d) lhaní a podvádění	30 57 10 65
Mentální anorexie začíná u dívek nejčastěji ve věku	a) 10 - 14 let b) 13 - 18 let c) 16 - 25 let	18 81 16
Mezi zdravotní důsledky onemocnění mentální anorexií patří	a) padání vlasů b) deprese c) osteoporóza d) snížená imunita	48 61 61 83

Znění otázky	Odpovědi	%
		Celkem
Mezi typické znaky mentální bulimie patří	a) přejídání b) zvracení c) extrémně nízká tělesná hmotnost d) každodenní cvičení	70 94 36 8
Mentální bulimie začíná u dívek nejčastěji ve věku	a) 10 - 14 let b) 13 - 18 let c) 16 - 25 let	12 79 22
Mezi zdravotní důsledky mentální bulimie patří	a) problémy se zuby b) problémy s trávením a zažíváním c) deprese d) zhoršování zraku	44 90 51 8
Mentální anorexií jsou nejvíce ohroženy dívky	a) ve velkoměstech b) v menších městech c) všude stejně	38 3 65
V posledních desetiletích rychleji přibývá případů	a) mentální anorexie b) mentální bulimie c) všech druhů poruch příjmu potravy	32 12 65
Co musí být součástí léčby poruch příjmu potravy?	a) výživa b) psychologická léčba c) psychiatrická léčba d) hormonální léčba	78 70 48 16

Tučným písmem jsou zvýrazněny správné odpovědi.

Tabulka 2

Porovnání počtu správných odpovědí na základních a středních školách

Znění otázky	Odpovědi	%	
		ZŠ	SŠ
Mezi poruchy příjmu potravy patří	a) mentální anorexie	86	97
	b) mentální bulimie	76	95
	c) záchvatovité přejídání	23	55
Muži netrpí poruchami příjmu potravy	a) je to pravda	21	9
	b) není to pravda	48	82
	c) nevím	34	10
Mezi typické znaky mentální anorexie patří	a) nízká tělesná hmotnost	79	83
	b) extrémní sledování tělesné hmotnosti a tvaru postavy	59	87
	c) zvracení	44	16
	d) nepřítomnost menstruace	35	84
Mezi typické vlastnosti anorektiček patří	a) perfekcionismus	25	35
	b) uzavřenost	57	57
	c) asertivní jednání	13	8
	d) lhaní a podvádění	47	82
Mentální anorexie začíná u dívek nejčastěji ve věku	a) 10 - 14 let	17	19
	b) 13 - 18 let	88	75
	c) 16 - 25 let	12	19
Mezi zdravotní důsledky onemocnění mentální anorexií patří	a) padání vlasů	28	67
	b) deprese	54	67
	c) osteoporóza	59	64
	d) snížená imunita	74	92

Znění otázky	Odpovědi	%	
		ZŠ	SŠ
Mezi typické znaky mentální bulimie patří	a) přejídání	47	91
	b) zvracení	89	99
	c) extrémně nízká tělesná hmotnost	41	32
	d) každodenní cvičení	6	9
Mentální bulimie začíná u dívek nejčastěji ve věku	a) 10 - 14 let	13	12
	b) 13 - 18 let	76	82
	c) 16 - 25 let	27	18
Mezi zdravotní důsledky mentální bulimie patří	a) problémy se zuby	22	65
	b) problémy s trávením a zažíváním	88	92
	c) deprese	46	55
	d) zhoršování zraku	8	8
Mentální anorexií jsou nejvíce ohroženy dívky	a) ve velkoměstech	47	29
	b) v menších městech	4	1
	c) všude stejně	53	76
V posledních desetiletích rychleji přibývá případů	a) mentální anorexie	41	24
	b) mentální bulimie	17	8
	c) všech druhů poruch příjmu potravy	56	74
Co musí být součástí léčby poruch příjmu potravy?	a) výživa	76	81
	b) psychologická léčba	64	75
	c) psychiatrická léčba	41	54
	d) hormonální léčba	20	13

Tučným písmem jsou zvýrazněny správné odpovědi.

5. DISKUZE

V praktické části své práce jsem se nezaměřovala pouze na informovanost dívek v problematice poruch příjmu potravy, ale také na jejich vztah k vlastnímu tělu. Na tuto oblast byly cíleny první čtyři otázky dotazníku, kde jsem od dívek zjišťovala, zda jsou spokojené se svým tělem, jestli by si přály zhubnout a pokud se již o hubnutí někdy pokoušely, měly uvést, co pro to dělaly. Myslím si, že postoje dotazovaných dívek k sobě samotným jsou dosti kritické v obou věkových skupinách. A přitom podle vypočteného body mass indexu 200 dívek (z celkového počtu 231), tedy drtivá většina, náleží do normální váhové kategorie. Mladší dívky sice při hodnocení svého těla nebyly tolik skeptické, ale jejich výsledky jsou zajímavé. Dívky mezi 12-14 lety ve 44,6 % nebyly spokojené se svým tělem, 58 % z nich by si přálo zhubnou a 68,8 % se o hubnutí již pokoušelo. To je v tak nízkém věku dosti vysoké číslo. Pro srovnání, mezi staršími dívkami 44,5 % nebylo spokojeno se svou postavou, 68,9 % si přálo zhubnout a 79 % se hubnout pokoušelo. Tyto dívky lze chápat z hlediska poruch příjmu potravy jako rizikovější skupinu pro vznik těchto onemocnění.

Převážná část práce se ale zabývala zjišťováním informovanosti dospívajících dívek o poruchách příjmu potravy. Na samotnou informovanost o poruchách příjmu potravy byly zaměřeny otázky 9 až 20, celkem tedy 12 otázek. Dívky v nich měly označit odpovědi, o nichž se domnívaly že jsou správné. Jak na tyto jednotlivé otázky odpovídaly je patrné z grafů, tabulka 2 potom porovnává procentuelní zastoupení správných odpovědí u dívek ze základních škol a u dívek ze středních škol. Z této tabulky je patrné, že ve většině otázek lépe odpovídaly starší dívky. Mladší dívky dosáhly lepších výsledků pouze u otázek, které se ptaly na věk, ve kterém začínají poruchy příjmu potravy. Dále jich více označilo správnou odpověď, že v posledních desetiletích rychleji přibývá případů mentální bulimie (17 % správných odpovědí na ZŠ oproti 8 % na SŠ). U poslední otázky zaměřené na informovanost mladší dívky také častěji správně označily, že hormonální léčba je součástí léčby poruch příjmu potravy. Ve všech zbývajících položkách dotazníku dosahovaly lepších výsledků starší dívky.

Jaká je informovanost celkově mezi všemi dotazovanými dívkami můžeme vidět z tabulky 1. Jsou zde znázorněna procenta správných odpovědí mezi oběmi dotazovanými skupinami dívek. Alespoň 85 % úspěšnosti dosáhly dotazované dívky jen u několika málo otázek. Uvedu zde tyto nejčastější správné odpovědi. Dívky věděly, že typickým znakem mentální bulimie je zvracení (94 %), a často také uváděly problémy s trávením a zažíváním (90 %) jako zdravotní důsledek tohoto onemocnění. V otázce co patří mezi poruchy příjmu potravy označovaly mentální anorexii (92 %) a mentální bulimii (86 %). Poměrně dost jich také vědělo, že pro mentální anorexii je typická nízká tělesná hmotnost (81 %) a že zdravotním důsledkem je snížená imunita (83 %). Domnívám se ale, že ani tato čísla nejsou uspokojivá. Naopak nejméně správných bylo u následujících otázek. Jen 12 % dívek vědělo, že v posledních desetiletích přibývá rychleji případů mentální bulimie. Hormonální léčbu jako součást léčby poruch příjmu potravy uvedlo pouze 16 % dotazovaných. Málo dívek (22 %) uvedlo správně, že mentální bulimie začíná až ve starším věku, mezi 16 – 25 rokem. Dívky také nevěděly, že charakteristickou vlastností pro mentální anorexii je perfekcionismus, tato možnost byla zvolena pouze ve 30 %.

Opomenout však nelze ani počet nesprávně zvolených odpovědí. 36 % dotazovaných se například domnívá, že pro mentální bulimii je charakteristická extrémně nízká tělesná hmotnost, 29 % dívek si zase myslí, že pro mentální anorexii je typické zvracení.

V poslední otázce dotazníku se dívky mohly vlastními slovy vyjádřit, co si myslí o nemocniční léčbě poruch příjmu potravy. Zaznělo zde několik zajímavých názorů, jako například že by se během léčby měla zlepšit komunikace s rodinou.

6. ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjištění informovanosti v problematice poruch příjmu potravy ve dvou, věkově odlišných skupinách dospívajících dívek.

První hypotéza zněla, že starší dívky sice budou informovanější, ale celkově nebude informovanost uspokojivá. Dotazník obsahoval 12 otázek, které byly zaměřeny na informovanost. Podle toho, jak dívky odpovídaly byly sestaveny tabulky, které znázorňují procentuelní zastoupení správných odpovědí. Tabulka 1 uvádí zastoupení správných odpovědí celkově mezi všemi dotazovanými dívkami, tabulka 2 pak srovnává odpovědi mezi skupinou mladších a starších dívek. Z této tabulky je patrné, že lepších výsledků dosáhla skupina dívek ze středních škol. Porovnání výsledků jsem se konkrétněji zabývala v diskuzi.

Informovanost všech dotazovaných dívek znázorňuje tabulka 1. Zda je takováto informovanost uspokojivá nebo není, může posoudit každý sám. Já osobně se domnívám, že dostačující není.

První hypotéza se tady naplnila. Informovanost byla vyšší mezi staršími dívkami, ale celkově uspokojivá není.

Druhá hypotéza zněla, že dívky budou informace o poruchách příjmu potravy získávat častěji prostřednictvím sdělovacích médií (čili z internetu, knih, časopisů a z televize), než formou osobního kontaktu (od rodičů a ve škole). Potvrdit či vyvrátit tuto hypotézu měla za úkol otázka šestá. Dívky v ní měly uvést, odkud získávají informace o poruchách příjmu potravy. Tato hypotéza se vztahuje na všechny dotazované dívky, výzkumný soubor tedy nebudu rozdělovat na skupinu mladších a starších dívek. Odpovědi se vyskytovaly v této četnosti – 135 dívek (58,4 %) knihy a časopisy, 97 dívek (42 %) televize, 80 dívek (34,6 %) internet, 49 dívek (21,2 %) škola a 43 dívek (18,6 %) rodiče. Ačkoli na základních školách byla odpověď rodiče druhou nejčastější, v celkovém hodnocení je tato možnost až na posledním místě. Z těchto výsledků tedy jasně vyplývá, že dotazované dívky získávají informace týkající se této problematiky opravdu častěji prostřednictvím masmédií. Druhá hypotéza se tedy potvrdila.

Myslím si, že by bylo vhodné, aby se problematice poruch příjmu věnovala větší pozornost především ve školách. A to již od útlého věku, kdy může porucha vzniknout. Školy by měly hojněji využívat nabídek přednášek s touto tematikou. Vzdělávat by se měli nejen žáci, ale i jejich pedagogové. Opomíjet by se neměla ani informovanost rodičů dospívajících dětí. Ti by měli vědět, jak se snažit poruchám příjmu potravy vyhnout, jak se porucha projevuje, nebo jak nemocnému dítěti pomoci. Rodiče by mohli být poučeni například formou informačních letáků, které by byly k dispozici u dětských lékařů, v nemocnicích, na zdravotních ústavech atd.

Tato práce by měla posloužit jako přehledný souhrn o poruchách příjmu potravy pro ty, které tato problematika zajímá. Výsledky práce mohou přinejmenším poukázat, na co by se mohla zaměřit edukace dospívajících v této problematice.

Domnívám se, že cíl práce byl splněn.

7. POUŽITÁ LITERATURA

- 1) BERANOVÁ, Irena, KULHÁNEK, Jan. Život s anorexií. In RABOCH, Jiří, et al. *Česká psychiatrie a svět*. 1. vyd. Praha : Galén, 2004. s. 7-7. ISBN 80-7262-273-0.
- 2) COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání : jak se uzdravit*. Jana Krchová. Olomouc : Votobia, 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2.
- 3) *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 2. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2000. 305 s. ISBN 80-85121-44-1.
- 4) FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image : Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 92 s. ISBN 80-247-1350-0.
- 5) HORT, Vladimír, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
- 6) KMOCH, Vladimír, PAPEŽOVÁ, Hana. Adonisův komplex. Nové pohledy na poruchy příjmu potravy u mužů. Teorie a kazuistiky. In RABOCH, Jiří, ZRZAVECKÁ, Irena, DOUBEK, Pavel. *Nemocná duše - nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. 1. vyd. Praha : Galén, 2006. s. 73-75. ISBN 80-7262-420-2.
- 7) KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2001, roč. 2001, č. 3 [cit. 2007-03-29], s. 109-111. Dostupný z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/03/03.pdf>>. ISSN 1213-0508.
- 8) KRCH, František David. *Bulimie : Jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3.
- 9) KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
- 10) KRCH, František David, RICHTEROVÁ, Ivana. *Chci ještě trochu zhubnout*. 1. vyd. Praha : MOTTO, 1998. 96 s. ISBN 80-85872-86-2.
- 11) KRCH, František David, et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

- 12) KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy - rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, roč. 2004, č. 1 [cit. 2007-03-08], s. 14-16. Dostupný z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>>. ISSN 1213-0508.
- 13) LEIBOLD, Gerhart. *Mentální anorexie : příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Přeložila Lidia Běhounková. 1. vyd. Praha : Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
- 14) MALONEY, Michael, KRANZOVÁ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Jana Krchová. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.
- 15) NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, ČEŠKOVÁ, Eva, SOBOTKA, Luboš. *Klinická výživa v psychiatrii : teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2000. 270 s. ISBN 80-85912-33-3.
- 16) PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa : Příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-92-8.
- 17) PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa : Příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
- 18) PEGGY , Claude-Pierre. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy : jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit*. 1. vyd. Praha : Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5.
- 19) PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie : Hlubinně-psychologický pohled na strukturu a dynamiku psychogenních poruch*. 1. vyd. Praha : Triton, 1999. 207 s. ISBN 80-7254-050-5.
- 20) PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1. vyd. Praha : Triton, 2002. 113 s. Psychologická setkávání; sv. 1. ISBN 80-7254-216-8.
- 21) PREISS, Marek, et al. *Neuropsychologie v psychiatrii*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 416 s. ISBN 80-247-1460-4.
- 22) RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel, JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie : minimum pro praxi*. 4. rozš. vyd. Praha : Triton, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-746-1.

- 23) SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-795-7.
- 24) STÁRKOVÁ, Libuše. Kognitivně behaviorální terapie: praktické užití v ordinaci pedopsychiatra III.část: Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2003, roč. 2003, č. 2 [cit. 2007-03-08], s. 52-56. Dostupný z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/02/03.pdf>>. ISSN 1213-0508.
- 25) STÁRKOVÁ, Libuše . Poruchy příjmu potravy – psýché a soma. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 1 [cit. 2007-03-18], s. 11-15. ISSN 1213-0494.
- 26) ŠLERKA, Josef. Dívky chtějí umřít hubené : Strašák obezity, anorexie a bulimie. *Jindřichohradecký deník*. 15.3.2007, č. 63, s. 1-2.
- 27) TUČEK, Jan, CHODURA, Vladimír. *Psychiatrie*. 3. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2005. 90 s. ISBN 80-7040-786-7.
- 28) VOMASTEK, Petr. *Z deníku anorektika*. 1. vyd. Praha : Tomáš Houška, 2000. 256 s. ISBN 80-86065-10-3.
- 29) ZÁMEČNÍKOVÁ, Renata, HRDLIČKA, Michal. Farmakoterapie u mentální anorexie. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2003, roč. 2003, č. 6 [cit. 2007-03-08], s. 263-266. Dostupný z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/06/06.pdf>>. ISSN 1213-0508.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Mentální anorexie

Mentální bulimie

Poruchy příjmu potravy

PŘÍLOHY

Příloha 1 – dotazník

Příloha 2 – fotografie dívky s mentální anorexií

Příloha 3 – fotografie dívky s mentální anorexií

Příloha 1

DOTAZNÍK

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY – MONITORING INFORMOVANOSTI DOSPÍVAJÍCÍCH DÍVEK V DANÉ PROBLEMATICE

Dobrý den, jmenuji se Jana Tichá a studuji obor Ochrana veřejného zdraví na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. V tomto ročníku vypracovávám bakalářskou práci na výše uvedené téma. Tímto bych vás chtěla poprosit o vyplnění následujících otázek. Dotazník je určen pouze pro dívky 7. a 8. tříd základních škol (3. a 4. ročníků středních škol). Za vyplnění předem děkuji.

Věk

Váhakg

Výškacm

1. Jsi spokojená se svým tělem?
 - a) ano
 - b) ne

2. Přála by sis zhubnout?
 - a) ano
 - b) ne

3. Zkoušela jsi někdy hubnout?
 - a) ano
 - b) ne

4. Pokud ano, co jsi pro to dělala?
 - a) omezení jídla
 - b) sport
 - c) omezení jídla a sport
 - d) něco jiného (co?

5. Absolvovala jsi ve škole přednášku o poruchách příjmu potravy?
 - a) ano
 - b) ne

6. Odkud získáváš informace o poruchách příjmu potravy?
 - a) škola
 - b) internet
 - c) rodiče
 - d) knihy, časopisy
 - e) televize

7. Znáš někoho, kdo trpí (trpěl) poruchami příjmu potravy?
a) ano
b) ne
8. Víš co je to BMI a jak ho vypočítat?
a) nevím
b) vím, jak.....

Ve druhé části dotazníku můžeš zakroužkovat více odpovědí.

9. Mezi poruchy příjmu potravy patří:
a) mentální anorexie
b) mentální bulimie
c) záchvatovité přejídání
10. Muži netrpí poruchami příjmu potravy-
a) je to pravda
b) není to pravda
c) nevím
11. Mezi typické znaky mentální anorexie patří:
a) nízká tělesná hmotnost
b) extrémní sledování tělesné hmotnosti a tvaru postavy
c) zvracení
d) nepřítomnost menstruace
12. Mezi typické vlastnosti anorektiček patří:
a) perfekcionismus (snaží se dělat všechno dokonale)
b) uzavřenost
c) asertivní jednání
d) lhaní a podvádění
13. Mentální anorexie začíná u dívek nejčastěji ve věku:
a) 10 – 14 let
b) 13 – 18 let
c) 16 – 25 let
14. Mezi zdravotní důsledky onemocnění mentální anorexií patří:
a) padání vlasů
b) deprese
c) osteoporóza (řídnutí kostí)
d) snížená imunita
15. Mezi typické znaky mentální bulimie patří:
a) přejídání
b) zvracení

- c) extrémně nízká tělesná hmotnost
- d) každodenní cvičení

16. Mentální bulimie začíná u dívek nejčastěji ve věku:

- a) 10 – 14 let
- b) 13 – 18 let
- c) 16 – 25 let

17. Mezi zdravotní důsledky mentální bulimie patří:

- a) problémy se zuby (paradentóza, kažení zubů apod.)
- b) problémy s trávením a zažíváním
- c) deprese
- d) zhoršování zraku

18. Mentální anorexií jsou nejvíce ohroženy dívky:

- a) ve velkoměstech
- b) v menších městech
- c) všude stejně

19. V posledních desetiletích rychleji přibývá případů:

- a) mentální anorexie
- b) mentální bulimie
- c) všech druhů poruch příjmu potravy

20. Co musí být součástí léčby poruch příjmu potravy:

- a) výživa
- b) psychologická léčba
- c) psychiatrická léčba
- d) hormonální léčba

21. Pokud máš osobní nebo zprostředkovanou zkušenost s poruchami příjmu potravy, myslíš si, že je v ČR dostatek kvalifikovaných odborníků, kteří dokáží nemocným pomoci, když se chtějí léčit?

- a) ano
- b) spíše ne
- c) ne

22. Pokud máš osobní nebo zprostředkovanou zkušenost s léčbou poruch příjmu potravy v nemocnici, co si o ní myslíš?

- a) je velmi dobrá
- b) je v něčem dobrá, ale něco by se mělo změnit
(co?.....)
- c) není dobrá
(proč?

Příloha 2



Příloha 3

