

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Jiřina Marková



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

Poruchy příjmu potravy z pohledu laické veřejnosti

Bakalářská práce

Autor práce: Jiřina Marková
Studijní program: Specializace v pedagogice
Studijní obor: Výchova ke zdraví
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Lukáš Dastlík

České Budějovice, červen 2013

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Institute of Health Education

Eating disorders from the perspective of the general public

Bachelor Thesis

Author: Jiřina Marková

Study program: Specialization Education

Field of study: Health Education

Supervisor: Mgr. et Mgr. Lukáš Dastlík

České Budějovice, June 2013

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Jiřina Marková

Název bakalářské práce: Poruchy příjmu potravy z pohledu laické veřejnosti

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. et Mgr. Lukáš Dastlík

Rok obhajoby bakalářské práce: 2013

Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o problematice poruch příjmu potravy a je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části jsou definovány konkrétní poruchy příjmu potravy, příčiny vzniku a příznaky, následná léčba a zdravotní důsledky. Primárním cílem praktické části bylo zjistit za pomoci dotazníkového šetření, jaká je úroveň informovanosti laické veřejnosti z hlediska pohlaví a věku o této problematice. Část dotazníku je také věnována osobní zkušenosti respondentů s tímto onemocněním. V závěrečné části práce jsou prezentovány a graficky znázorněny výsledky výzkumu.

Klíčová slova: porucha příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie

Bibliographic identification

Name and surname: Jiřina Markov

Title of Bachelor thesis: Eating disorders from the perspective of the general public

Field of Study: Health Education

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South
Bohemia in eske Budejovice

Supervisor: Mgr. et Mgr. Lukař Dastlık

The year of presentation: 2013

Abstrakt

The Bachelor thesis discuss problems with eating disorders and it is separated by two parts, theoretical and practical. In the theoretical part are defined particular eating disorders, causes and symptoms, subsequent treatment and health consequences. The primary aim of the practical part was ascertained by using questionnaire what level of awareness has the general public in terms of gender and age on this issue. In the final part are presented and graphically illustrates the results of the research.

Keywords: eating disorders, mental anorexia, mental bulimia

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci s názvem Poruchy příjmu potravy z pohledu laické veřejnosti vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona číslo 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejnění bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. et Mgr. Lukáši Dastlíkovi za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále děkuji respondentům za spolupráci při vyplnění dotazníků.

OBSAH:

ÚVOD	10
1. TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 Poruchy příjmu potravy	11
1.1.1 Poruchy příjmu potravy u dětí.....	11
1.2 Konkrétní poruchy příjmu potravy	14
1.2.1 Mentální anorexie.....	14
1.2.1.1 Historické pozadí vzniku.....	14
1.2.1.2 Definice.....	14
1.2.1.3 Příznaky a příčiny vzniku.....	15
1.2.1.4 Léčba.....	17
1.2.1.5 Zdravotní rizika a následky.....	18
1.2.2 Mentální bulimie.....	19
1.2.2.1 Historické pozadí vzniku.....	19
1.2.2.2 Definice.....	19
1.2.2.3 Příznaky a příčiny vzniku.....	20
1.2.2.4 Léčba.....	21
1.2.2.5 Zdravotní rizika a následky.....	22
1.2.3 Záchvatovité přejídání.....	23
1.2.3.1 Definice.....	23
1.2.3.2 Příznaky a příčiny vzniku.....	24
1.2.3.3 Léčba, zdravotní rizika a následky.....	24
1.2.4 Atypické formy poruch příjmu potravy.....	25
1.2.4.1 Dále nespecifikované poruchy příjmu potravy.....	25
1.2.4.2 Orthorexie.....	25
1.2.4.3 Bigorexie.....	25
1.2.4.4 Drunkorexie.....	26
1.2.4.5 Diabulimie.....	26
2. VÝZKUMNÁ ČÁST	27
2.1 Cíle práce	27
2.2 Výzkumné otázky	27

3.	METODICKÁ ČÁST	28
	3.1 Charakteristika cílové skupiny.....	28
	3.2 Průběh výzkumu.....	28
	3.3 Použité metody sběru dat.....	29
4.	VÝSLEDKY	30
	4.1 Grafické zpracování a vyhodnocení otázek.....	30
	4.2 Výzkumné otázky – ověření.....	46
5.	DISKUZE	50
	ZÁVĚR	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
	SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	53
	PŘÍLOHY	54

ÚVOD

Problematika poruch příjmu potravy je široké téma, o kterém by se mělo více hovořit především v rodinách a ve školách. Mohlo by se tak předcházet vzniku poruch příjmu potravy u dětí a mladistvých, u kterých vznikají nejčastěji. Svou prací jsem se snažila poukázat na tuto problematiku, definovat různé formy onemocnění, příčiny vzniku a příznaky, nastínit proces léčení a především poukázat na zdravotní rizika a následky tohoto onemocnění. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

V úvodu teoretické části jsou popsány poruchy příjmu potravy z obecného hlediska, dále se práce zaměřuje na konkrétní poruchy a jejich definice. Shrnula jsem zde také příčiny vzniku a příznaky a nastínila proces léčení, zdravotní rizika a důsledky poruch.

Praktická část je založena na dotazníkovém výzkumu, jsou zde vyhodnoceny a graficky znázorněny odpovědi respondentů na otázky z oblasti problematiky poruch příjmu potravy.

Cílem práce je zjistit, jaké je povědomí laické veřejnosti z hlediska pohlaví a věku o poruchách příjmu potravy.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Jako porucha příjmu potravy se označuje stav, kdy nemocný nemůže nebo nechce z nějakého důvodu přijímat takové množství potravy, které by mu zajistilo normální vývoj.

Poruchy příjmu potravy, kterými se budu ve své práci zabývat, vznikají především jako důsledek psychického stavu jedince. Mezi hlavní poruchy příjmu potravy, které jsou zařazeny v seznamu Mezinárodní klasifikace nemocí, řadíme mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání. Dále existují atypické formy příjmu potravy (orthorexie, bigorexie, alkorexie, diabulimie), které v seznamu uvedeny nejsou.

Možné rizikové faktory pro vznik poruchy příjmu potravy

Diety

„Většina studií zatím prokázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie asi osmkrát“. (9, s. 16)

Věk

Rizikový věk pro vznik některé poruchy příjmu potravy je v období adolescence a časně dospělosti, ale může vznikat i v průběhu dospělosti.

Pohlaví

Ženy onemocní některou z poruch příjmu potravy 10x častěji než muži, na záchvaty přejídání trpí 2,5x častěji. Z mužských pacientů je 27% s homosexuální nebo bisexuální orientací, u mentální bulimie se toto procento zvyšuje až na 42%.

Etnický původ

Nebylo zatím jednoznačně prokázáno, že by etnický původ byl rizikový pro vznik poruchy příjmu potravy. Udává se však, že v západních zemích, kde se klade větší důraz na vzhled, se možné riziko vzniku zvyšuje. Dříve se uvádělo větší procento nemocných především u dívek a žen bílé pleti s vyšším vzděláním žijících ve střední nebo vyšší třídě. Dnes se poruchy vyskytují bez ohledu na etnický původ, ekonomickou situaci nebo dosažené vzdělání.

Genetické předpoklady

„Podle literatury tvoří genetický podíl 50-90% při vzniku anorexie a 35-83% u bulimia nervosa. U geneticky zranitelnějších lidí může rodinná dispozice spočívat v dědění některých povahových rysů (například úzkostných, citlivých na stres), které jsou pro vznik onemocnění rizikové. Příbuzné ženského pohlaví jsou v největším riziku“. (11, s. 21)

Některé osobnostní rysy

Mezi osobnostní rysy, které se objevují u lidí s poruchou příjmu potravy nejčastěji patří impulzivita, perfekcionismus, negativní emocionalita a „černobílé myšlení“. U anorektických pacientů převládá úzkostlivost, přecitlivělost, zvýšená tendence ke kontrole, u bulimických pacientů spíše chaotičnost, nízká sebekontrola a vyšší afektivní labilita. (16)

Vnější podmínky

Také nepříznivé vnější podmínky mohou mít nezanedbatelný podíl na vzniku poruchy příjmu potravy. Mezi vnější podmínky řadíme rodinnou situaci, zvládání zátěžových situací, sexuální zneužívání, šikana, odloučení od rodiny, přizpůsobování se cizí kultuře, důležitost vzhledu v pracovním prostředí. (12)

1.1.1 Léčba poruch příjmu potravy u dětí

Období dospívání je kritické vzhledem k možnému vzniku poruchy příjmu potravy. U nemocných do 14. let věku je vhodná hospitalizace v případě, že úbytek hmotnosti dosahuje hodnoty vyšší než 25% optimální tělesné hmotnosti a nemocný má dlouhodobě pomalý tep a nízký krevní tlak, což může být projevem selhávání oběhového systému. Také pokud nemocný dlouhodobě zvrací a zvyšuje tím možnost případné dehydratace organismu a pokud projevuje známky depresivního chování, při kterém se zvyšuje riziko sebevraždy. (9)

PREVENCE VZNIKU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY VE ŠKOLE:

- Informovat žáky o poruchách příjmu potravy
- Přiblížit žákům, jak vypadá správné a zdravé stravování
- Snaha o vytvoření pozitivní atmosféry ve třídě a škole
- Podporovat každého žáka, posilovat jeho sebehodnocení (9)

1.2 KONKRÉTNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

1.2.1 Mentální anorexie

První z poruch příjmu potravy, které se budu ve své práci věnovat, se nazývá mentální anorexie. Ze všech poruch příjmu potravy končí právě tato nejčastěji úmrtím pacienta. Nemoc se vyznačuje narušením vnímání vlastního těla, postupným snižováním příjmu potravy a intenzivním cvičením. Nemoc je známa již z historie.

1.2.1.1 Historické pozadí vzniku mentální anorexie

První lékařský popis provedl v roce 1694 Richard Morton, který uvedl případ cíleného odmítání potravy u chlapce i dívky. Další zmínky o případech extrémního vyhubnutí spojeného s intenzivní pohybovou aktivitou se objevily v 19. století, upozornili na ně William Gull (1868) a Charles Laseque (1888). V České republice byly popsány první případy těchto poruch a jejich léčby Jonášem (1941) a Janotou (1946).
(11)

1.2.1.2 Definice

Anorexie (mentální anorexie, anorexia nervosa) je charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, omezováním příjmu potravy (až po úplné odmítání veškerého jídla), intenzivní pohybovou aktivitou, užíváním projímadel nebo jiných pomocných látek, zvracením a až panickým strachem z přibírání na váze. Je to abnormální snaha zhubnout, kdy nemocný touží po stále hubenější postavě a to i v takovém případě, kdy sám již trpí podvýživou. Postihuje především dívky a ženy nejčastěji ve věku 15 – 55 let.

Průběh onemocnění můžeme rozdělit na akutní nebo chronický. Chronická forma se od akutní odlišuje tím, že nemocný přijímá alespoň minimální množství potravy, aby zachoval své životní funkce. Chronická forma bezprostředně neohrožuje život jako forma akutní, ale dochází při ní k poškození zdraví z důvodu dlouhodobého přijímání nedostatečného množství živin. Tím samozřejmě nemocný jedinec trpí a vyskytují se u něj obtíže jako například únava, snížená schopnost koncentrace a výkonnosti, úzkosti a nervozita, objevují se změny nálady a deprese a v neposlední řadě také snížená obranyschopnost organismu. Akutní forma se projevuje minimálním nebo žádným příjmem potravy a bezprostředně ohrožuje život nemocného člověka.

Psychické obtíže se projevují také ve vztahu k ostatním lidem. Dříve veselí a společenší lidé se vlivem mentální anorexie uzavírají do sebe, jsou popudliví a negativní ve vztahu ke svému okolí. Protože trpí častými změnami nálady, pocity viny a hanby za to, jak se sami k sobě chovají, kompenzují to pocitem vlastní nadřazenosti nad ostatními a postupným vyčleňováním se ze společenského života. (8)

Existuje také pojem „infantilní mentální anorexie“, který popsala Chatoor (2000), tato forma anorexie se objevuje do tří let věku dítěte a může poukazovat na problémy ve vztahu matky s dítětem. Dítě odmítá přijímat potravu, ve vztahu k matce se projevuje konfliktně a to především při jídle, dochází k podvýživě dítěte bez fyzické příčiny. (16)

„Diagnostická kritéria MA lze shrnout do tří základních znaků:

- 1) aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85% normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI)
- 2) strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost,
- 3) u žen porucha menstruačního cyklu i v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky“. (6, s. 23)

1.2.1.3 Příčiny vzniku a příznaky

Existuje celá řada důvodů, proč někdo onemocní mentální anorexií (viz. Možné rizikové faktory pro vznik poruchy příjmu potravy). Některý nemocný tak řeší své osobní problémy ve škole, v rodině, v lásce a u jiného se tato porucha objeví zdánlivě bez jakékoli příčiny. V literatuře se uvádí celá řada jevů, které mohou k vzniku mentální anorexie vést. Za hlavní příčiny vzniku jsou považovány štíhlost jako módní trend, genetické předpoklady, problémy v rodině a povahové rysy, které se u pacientů obvykle shodují.

Štíhlost jako módní trend

V posledních letech se stává štíhlá postava a zdravé stravování módním trendem. Zejména mladé dívky jsou každodenně ovlivňovány upravovanými fotkami velmi štíhlých žen a to může zapříčinit zkreslenou představu o vlastním těle. Štíhlost je propagována na přehlídkových molech, v reklamách a nereálnou představu o těle dospělé ženy představuje také například panenka Barbie, protože dospělá žena mající totožné rozměry by se ani neudržela na nohou.

Genetické předpoklady a problémy v rodině

Pravděpodobně existuje genetické riziko vzniku mentální anorexie. Někdy je touto poruchou postiženo více osob v jedné rodině. Předpokládá se, že nějaký vliv rodina při vzniku mentální anorexie má, ale prozatím není možné s určitou přesností napsat konkrétní důvody. (11)

Typické povahové rysy pro vznik mentální anorexie podle Papežové (2000):

- zranitelnost
- perfekcionismus
- puritánství a asketismus
- nestálost
- sebetrestání

Mezi hlavní příznaky mentální anorexie patří zvýšený zájem o jídlo, náhlá změna životního stylu (například vegetariánství nebo veganství), vynechávání společných jídel s rodinou, zvýšená aktivita a činnost, změny nálady (plačtivost, podrážděnost, netrpělivost), uzavřenost a v neposlední řadě hubnutí. (8)

1.2.1.4 Léčba

„Dívky často anorexii popírají a odmítají pomoc. Když si problém přiznají, často již mají vážné psychologické, tělesné anebo sociální, pracovní či výchovné problémy a uzdravení je těžké. Proto je žádoucí s léčbou začít co nejdříve. Rodiny mívají problém, jak nechat dívku dospět k samostatnosti a zároveň jí pomoci, jak zabránit, aby anorexie vážně nenarušila její zdraví a kvalitu jejího života a neléčena nevedla k vážným a nebezpečným komplikacím“. (10, s. 20)

Důležité je, aby se do léčby zapojili také oba rodiče, popřípadě i další rodinní příslušníci. Rozhovor s nemocným by měl probíhat v klidu a soukromí a měl by se obejít bez hádek. Nemocný se nařčení bude pravděpodobně bránit a popírat jakékoli problémy, protože se za své chování cítí provinile a zároveň se snaží zakrýt strach, že bude do jídla nucen. Pokud bude nemocný ochoten o problému mluvit, je důležité snažit se ho pochopit a projevit více zájmu o tuto oblast, v žádném případě by se nemocný neměl do jídla nenutit, mohl by se tím ještě prohloubit jeho odpor k jídlu a také jeho nedůvěra k léčbě. Toto období je obtížné nejen pro postiženého anorexií, ale také pro jeho rodiče a blízké, kteří mohou trpět pocity viny ze zanedbání péče, stresem, strachem o své dítě a úzkostí.

Prvním a nejdůležitějším krokem k úspěšné léčbě je touha nemocného po vlastním uzdravení. Pokud se nemocný léčit nechce, povětšinou si najde způsob, jak se jídlu vyhybat i nadále a léčba nemusí přinést žádaný výsledek. V první fázi léčby je žádoucí, aby dále nedocházelo k úbytku na váze. Je vhodné poradit se s odborníky (praktickým lékařem, psychologem, výživovým poradcem) a nemocného postupně zapojovat do běžného života. Při úbytku váhy o více než 25% oproti váze přiměřené je doporučena hospitalizace. Jídlo by se mělo podávat pravidelně přibližně každé 2 hodiny, aby nedocházelo k výraznému snížení cukru v krvi a tím k hladovění, které není žádoucí. Je vhodné podávat jídlo nutričně bohaté s přiměřenou kalorickou hodnotou. Optimální nárůst váhy se pohybuje v rozmezí 1–2 kg za týden. Je také možné, aby nemocný užíval po dohodě s odborníkem nutriční nápoje, které by k nárůstu váhy přispěly a dodaly potřebné vitaminy. Vhodné je také omezení pohybové aktivity. Adekvátní doba cvičení v době léčby je stanovena na 3 dny v týdnu po 30 minutách. (6)

„Za průměrnou dobu trvání tohoto onemocnění je považován interval 5. let. (...) Podle současných údajů 44% pacientů dosáhne remise, tedy netrpí příznaky onemocnění, 28% dosáhne neúplné remise, 24% onemocnění má nepříznivou prognózu“. (17, s. 157)

1.2.1.5 Zdravotní rizika a následky

Následky zvracení a užívání laxativ:

- poškození zubní skloviny, jícnu, žaludku, střev
- pálení žáhy
- narušení rovnováhy tekutin a solí – zatížení ledvin a srdce

Následky výrazného úbytku na váze a podvýživy:

- citlivost na chlad, snížená imunita, únava a poruchy spánku
- vysoký cholesterol
- ztráta svalové tkáně a snížená hustota kostní tkáně, což zvyšuje riziko zlomenin
- možné zpomalení nebo zastavení růstu
- nevolnosti způsobené zmenšením žaludku
- zpomalení funkce střev
- bolest hlavy, mdloby, závratě, poruchy vědomí, dvojité vidění
- oslabení močového měchýře, častější nucení na močení, narušená funkce ledvin
- srdeční obtíže – arytmie, bradykardie
- poškození jater – neschopnost vytvářet potřebné množství tělesných bílkovin – otoky
- reprodukční schopnosti – nepravidelná nebo žádná menstruace, ztráta pohl. hormonů
- krevní obraz – anémie – chudokrevnost
- na duševní zdraví – deprese, úzkosti, pesimismus, závislost na jídle, malé problémy se zdají být nepřekonatelné, špatná koncentrace (5)

1.2.2 Mentální bulimie

Další z poruch příjmu potravy, které se budu ve své práci věnovat, se nazývá mentální bulimie. Podobně jako mentální anorexie je tato nemoc ve společnosti zastoupena poměrně často, stejně jako ona má i mentální bulimie svůj základ v psychice nemocného. Bulimie dává nemocným jistou svobodu ve smyslu ovládnání svého života. Zvracením nebo jiným fyzickým poškozováním si pacienti kompenzují bolest psychickou a otupují se takto proti ní. Současně s bulimií vykazují pacienti často i známky jiných závislostí. Asi nejčastěji se uvádí obsedantně-kompulsivní porucha, sebedestruktivní chování, ale také alkoholismus nebo užívání drog. (5) V dětském věku se toto onemocnění objevuje ojediněle, nemoc obvykle začíná mezi 17. a 18. rokem života. (16)

1.2.2.1 Historické pozadí vzniku mentální bulimie

„Historie bulimie v odborné literatuře je daleko kratší. V roce 1976 byla popsána bulimianorexie u vysokoškolských studentek, 1979 anglický profesor Bernard Russel poprvé popsal bulimii jako zlověstnou formu anorexia nervosa. V roce 1980 se syndrom bulimie poprvé dostal do americké klasifikace nemocí (DSM-III). V letech 1980-1982 poukazují americké a anglické studie na skutečnost, jak je bulimie v populaci častá, a objevuje se literatura o účinnosti kognitivně-behaviorální terapie a antidepresiv. V roce 1987 se bulimie objevuje i v evropské klasifikaci (MKN-9)“ (11, str. 26-27).

1.2.2.2 Definice

Přibližně polovina nemocných se snaží snížit svou váhu omezováním příjmu potravy a intenzivním sportováním. Někteří pacienti užívají dietní přípravky, které jim ve snižování váhy mají pomoci, dále mohou zneužívat diuretika (léky na odvodnění), laxativa (léky s projímavým účinkem) a také si záměrně vyvolávat zvracení. To si ostatně vyvolávají i někteří pacienti trpící mentální anorexií. Rozdíl mezi anorexií a bulimií je mnohdy nepatrný, onemocnění často přechází jedno v druhé nebo na sebe navazují a to samozřejmě znamená znásobení následných zdravotních komplikací, které navíc zhoršuje současné zneužívání návykových látek, popřípadě léků, alkoholu nebo

také coca coly. Není lehké pochopit člověka, který touto poruchou trpí, ale pro postiženého je nemoc často útekem od stresu nebo negativních zážitků. (11)

Rozdíl mezi mentální anorexií a bulimií

Mentální anorexie a mentální bulimie mají řadu společných rysů. Počátek onemocnění se pohybuje v rozmezí od 13. do 30. roku života, shodný je také strach z tloušťky, touha po štíhlé postavě, přehnaná kontrola tělesné hmotnosti a vzhledu celkově, striktní jídelníček a nadměrné cvičení. V některých věcech se ale odlišují. U mentální anorexie dochází k výraznému poklesu hmotnosti nebo zastavení váhy (především u dětí), u bulimie se váha snižuje jen mírně nebo vlivem přejídání naopak stoupá. Úroveň sebekontroly je u anorexie výrazně vyšší než u bulimie, kdy je spíše oslabená. Liší se také stravovací návyky nemocných. Anorektici jedí spíše pomalu, malá sousta a vypijí malé množství tekutin, bulimici naopak jedí rychleji, větší sousta a přijímají větší množství tekutin. Bulimici konzumují také v poměrně větší míře alkohol a jsou lépe motivováni k léčbě než anorektici, kteří se jdou léčit až na žádost okolí nebo kvůli zdravotním problémům. Bulimici jsou také náchylnější k výskytu depresí.

Mentální bulimií trpí více ženy, pacientů mužů se uvádí kolem pěti procent z celkového počtu nemocných. V České republice trpí mentální bulimií přibližně každá dvacátá dospívající dívka či mladá žena. Tím se Česká republika může srovnávat se zeměmi západní Evropy, kde se bulimie řadí mezi nejčastější onemocnění u mladých žen. Onemocnění začíná obvykle mezi patnáctým a dvacátým pátým rokem věku. Bulimii často předchází anorexie, hladovění nebo diety. Nejohroženější skupinou jsou jedinci kladoucí přílišný důraz na svůj dokonalý vzhled a na dobrý výkon. Tito jedinci jsou často kromě mentální bulimie ohroženi dalšími závislostmi nebo návykovými látkami – kouřením, alkoholem, drogami. (5)

1.2.2.3 Příznaky a příčiny vzniku

Podobně jako u mentální anorexie existuje i při vzniku mentální bulimie celá řada příčin. Mezi hlavní příznaky patří především opakující se přejídání, kdy nemocný ztrácí kontrolu nad zkonsumovaným množstvím. Toto množství bývá jen o něco málo větší než je pacient zvyklý běžně konzumovat. (5)

„Před záchvatem přejezení se často objevuje úzkost, po záchvatu bývá pocit viny, po zvracení nastupuje úleva, ztráta strachu z tloušťky, ale následuje pocit selhání, nezvládnutí potíží, výčitky. Záchvaty trvají několik minut až hodin, obvykle méně než

dvě hodiny. Vyskytují se ve frekvenci dva až třikrát za měsíc až po frekvenci několikrát za den“ (17, s. 156)

Konzumace jídla probíhá často velmi rychle, nemocní jídlo prakticky nežvýkají. Často při konzumaci také vypijí velké množství tekutin, tím se stupňuje pocit plnosti. Aby nemocní uspokojili svou touhu po jídle, snižují se i ke krádeži jídla nebo dokonce jedí jídlo, které někdo vyhodil do odpadků.

Dalším důležitým znakem mentální bulimie je kompenzace přejídání pomocí přehnané kontroly tělesné hmotnosti. K této kontrole patří nadměrné cvičení a hladovění, záměrně vyvolané zvracení, užívání laxativ (látky s projímavým účinkem), diuretik (léků na odvodnění) nebo například dietních prostředků, jejichž úkolem je potlačit pocity hladu. (1)

Krch (2008) uvádí charakteristické znaky mentální bulimie:

1. Ztráta kontroly nad konzumovaným jídlem, opakující se přejídání.
2. Opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti.
3. Nadměrný zájem o tělesný vzhled a hmotnost.

1.2.2.4 Léčba

Na rozdíl od mentální anorexie většina patientek s mentální bulimií podstoupí léčbu dobrovolně a mají tak větší motivaci k uzdravení. Tato motivace však bývá často jednostranná a zatížená opakovanou negativní zkušeností. Patientky mají zájem jíst „normálně“ jako ostatní lidé, ale zároveň se nedokáží vzdát svých dosavadních jídelních zvyklostí.

Při léčbě mentální bulimie se velmi dobře osvědčila kognitivně-behaviorální terapie (40-60% úspěšnost). Během 5-ti měsíců proběhne 20 sezení, která jsou zaměřena především na myšlení pacienta a jeho jídelní chování. Důležité je, aby byl pacient před zahájením terapie seznámen se všemi podmínkami, které terapie obnáší, aby věděl, že změny mohou být nepříjemné, ale že jsou pro vyléčení nezbytné. K léčbě je možné přizvat také rodinu nebo partnera.

Důležité je, aby si pacient vedl záznamy o jídle a pocitech, které ho provázejí, když jí, hladoví nebo se přejídá a nadměrně cvičí, dále aby se pravidelně vážil, aby rozšířil svůj dosavadní jídelníček, plánoval si jídla dopředu a snažil se normalizovat své jídelní návyky. Dalším důležitým krokem je identifikace a změna v myšlení pacienta a také zavedení prevence relapsu. (12)

„Významnou roli proto v terapii zaujímá sebemonitorování (zejména jídelní záznamy), aktivní nácvik, konfrontace se zúskostňujícími podněty a situacemi a domácí cvičení. Kromě terapeutických sezení může nemocný pracovat i s terapeutickým manuálem, který obsahuje základní zásady léčby i konkrétní rady a úkoly. V českém jazyce je dostupný manuál Mentální bulimie a záchvatovité přejídání (Cooper, 1995, Krch, 2003, Papežová, 2003)“. (12, s. 345)

1.2.2.5 Zdravotní rizika a následky

Mezi nejčastější následky zvracení patří:

- otok slinných žláz
- zranění krku a jícnu
- narušení rovnováhy tekutin a solí – zatížení ledvin a srdce
- nízká hladina draslíku (hypokalemie) – způsobuje nepravidelnosti srdečního tepu
- záněty, vředy jícnu, eroze zubní skloviny

Následky dlouhodobého užívání projímadla, diuretika:

- narušení rovnováhy tekutin a solí – zatížení ledvin a srdce
- možný vznik závislosti na užívání těchto léků
- nevolnost, zvracení, zadržování tekutin – otoky, nárůst váhy
- při užití vysokých dávek může dojít k poškození střevní stěny a narušení vstřebávání bílkovin (5)

1.2.3 Záchvatovité přejídání

Přejídání má více podob, z nichž některé patří do běžného života. Někdy se každému z nás stalo, že snědl větší množství jídla najednou nebo snědl jiné potraviny, než je zvyklý, a poté trpěl nevolností. Občas se tomu nevyhneme a zvláště k tomu inklinujeme při různých společenských událostech (oslavy, vánoční svátky, svatba). Jedná se o dietní chybu, kterou můžeme napravit, a pokud se to nestává příliš často, neohrožujeme své zdraví. Něco jiného jsou ale záchvaty přejídání, které mají svůj původ v psychice nemocného. Množství jídla, které nemocný během záchvatu zkonsumuje, je různé. Většinou se pohybuje v rozmezí 4200 – 12 600 kJ, ale existují i případy, kdy nemocný přijal během záchvatu 84 000 kJ. (5)

„Na cestě k přejídání a návyku na velké množství jídla bývá často vegetariánská dieta nebo přejídání sezonním ovocem. Nízká energetická hodnota většiny ovoce a zeleniny, které nevzbuzuje strach z nadváhy, vede ke konzumaci nadměrného množství“. (5, s. 27)

1.2.3.1 Definice

Postiženy jsou z 85% ženy všech věkových skupin. „Jedí způsobem, který vypadá poměrně normálně, ale jejich vztah k jídlu neurčuje hlad nebo snad dokonce potěšení z jídla, ale je ovládán úzkostí, strachem, pocitem frustrace nebo hněvu“. (18) Záchvat přejídání trvá relativně krátkou dobu (obvykle do dvou hodin) a vyznačuje se požitím takového množství jídla, které není normální pro většinu lidí žijících ve shodných podmínkách. Velmi důležitý je také pocit ztráty kontroly nad jídlem. Během záchvatu přejídání může nemocný pociťovat stud, znechucení, neklid a aby uspokojil svou touhu po jídle, je ochotný případně jídlo ukrást nebo jíst jídlo z odpadků.

Mimo psychogenního přejídání existuje také přejídání noční, to popsal v roce 1955 Stunkard u obézních pacientů a od roku 1990 je tato porucha zařazena do klasifikace poruch spánku. (11)

1.2.3.2 Příznaky a příčiny vzniku

Příznaky záchvatového přejídání jsou téměř totožné jako u mentální bulimie pouze s tím rozdílem, že postižený po záchvatu nemá potřebu se jídla zbavovat pomocí navozeného zvracení, laxativ nebo diuretik.

Mezi nejčastější spouštěče přejídání patří jakýkoli kontakt s jídlem (nakupování, vaření, stolování, oslavy, televizní reklamy), opakující se myšlenky na jídlo trvající po celý den, negativní komentáře okolí na to, jak nebo co jíte a jak vypadáte, vlastní negativní emoce. (5)

Příčiny vzniku „vlčího hladu“ mohou být způsobeny nepravidelným stravováním, kdy nemocný celý den nic nejí a večer má nutkavou potřebu se přejíst, tato potřeba může být navíc podpořena stresem, kterému postižený přes den čelil. Nemocný často zajídá negativní pocity (smutek, vztek, strach), ale také pocity pozitivní (radost, štěstí). Vlčí hlad může také značit závažnější problémy, může být příznakem deprese nebo jiných psychických problémů.

1.2.3.3 Léčba, zdravotní rizika a následky

Nejdostupnější léčbou záchvatového přejídání v současné době jsou kognitivně-behaviorální programy. Literatura a další metody léčení této poruchy teprve začínají vznikat. (11)

Zdravotní rizika a následky přejídání (Krch, 2008)

- pocit plnosti (tlak na bránici může způsobovat potíže s dýcháním)
- pocit nadmutosti nebo nevolnosti
- plynatost, zácpa nebo naopak průjem
- hypoglykemie vznikající nevhodným stravováním s přemírou jednoduchých cukrů

1.2.4 Atypické formy poruch příjmu potravy

1.2.4.1 DNPPP – Dále nespecifikované poruchy příjmu potravy

„Aby bylo možné klasifikovat potíže jedinců, kteří nesplňují přísná kritéria, vytvořila Americká psychiatrická asociace novou kategorii DSM-IV, „Dále nespecifikované poruchy příjmu potravy“ (DNPPP). Do této kategorie spadají jedinci, kteří trpí záchvaty přejídání, ale nevyprazdňují se, dále pacientky, které splňují všechna kritéria pro anorexii vyjma nepravidelností menstruačního cyklu a podváhy, a spoustu dalších, u nichž se objevují příznaky bulimie méně než dvakrát týdně nebo po dobu kratší než tři měsíce, vyprazdňují se po snědení poměrně malých porcí jídla nebo jídlo nepolykají, ale pouze žvýkají a pak je vyplivnou“. (3, s. 35)

1.2.4.2 Orthorexie (orthorexia nervosa)

Orthorexie se vyznačuje konzumací výhradně zdravých potravin nejlépe s označením bio bez přidaných aditiv a dalších látek. Slovo pochází z řeckého orthos (správný) a orexis (chuť). Hlavním cílem pro postiženého je být zdravý, tím se nemoc odlišuje od ostatních PPP, kdy je cílem být štíhlý. Mezi ohrožené skupiny řadíme ortodoxní vyznavače různých alternativních směrů stravování (vegany, makrobiotiky). (13)

1.2.4.3 Bigorexie

Je to porucha vnímání vlastního těla. Postižený člověk si připadá svalově nedostatečně vyvinut, proto tráví mnoho času cvičením. Nemocný často cvičí každý den bez odpočinku, což má na pohybový aparát negativní dopad. Aby došlo ke zvýšení množství svalové hmoty v těle, konzumuje postižený velké množství potravy, užívá potravinové doplňky na bázi aminokyselin a bílkovin pro získání svalové hmoty nebo zneužívá anabolické steroidy, jejichž užívání může vážně poškodit zdraví. Velká spotřeba bílkovin narušuje funkci jater a ledvin. V kombinaci s nadměrným cvičením s sebou přináší toto onemocnění řadu zdravotních následků. Bigorexie postihuje především muže. (13)

1.2.4.4 Drunkorexie (alkorexie)

Je kombinací poruchy příjmu potravy s příjmem velkého množství alkoholu, případně se závislostí na alkoholu. Postižený obvykle většinu dne nejí nebo jí velmi málo a poté, aniž by se musel obávat o nárůst své hmotnosti, vypije větší množství alkoholu. Nebo se přejí, zkonsumuje velké množství alkoholu a poté se vyprázdní - zvracením, užitím laxativ. Úkolem alkoholu je v tomto případě snížit pocit hladu, strach z tloušťky a uniknout od vlastních negativních pocitů. Toto onemocnění postihuje spíše ženy (často studentky vysokých škol).

Zdravotním rizikem je akutní intoxikace organismu jako důsledek konzumace alkoholu na prázdný žaludek. Nebezpečná je také konzumace alkoholu smíchaného s energetickým nápojem, kdy dochází ke zvyšování krevního tlaku a činnosti srdce, postižený si neuvědomuje únavu a může dojít ke kolapsu. Další zdravotní následky jsou spojeny s primárním onemocněním (mentální anorexií, mentální bulimií) nebo konzumací nadměrného množství alkoholu.

Léčba je podobná jako u ostatních poruch příjmu potravy, především pomáhá odborná terapie za účasti psychologa nebo jiného odborníka. (15)

1.2.4.5 Diabulimie

„Až třetina dívek trpících diabetem vynechává injekce inzulínu, aby zůstala štíhlá. Pacienti s diabetem 1. typu, kteří nemají vlastní produkci inzulínu, potřebují denně injekce inzulínu, aby se mohl cukr v krvi absorbovat do buněk. Pokud je v krvi příliš málo inzulínu či dokonce žádný inzulín, nemůže se cukr dostat do buněk a tělo sahá pro energii do svých tukových zásob. To vede k rapidnímu poklesu váhy – cíli mladých dívek“. (14)

2. VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 CÍLE PRÁCE

Bakalářská práce pojednává o problematice poruch příjmu potravy. Cílem bakalářské práce je zjistit za pomoci dotazníkového šetření, jaká je úroveň informovanosti laické veřejnosti z hlediska pohlaví a věku o těchto poruchách. Druhá část dotazníků má za úkol zjistit, zda mají respondenti osobní zkušenost s tímto onemocněním nebo znají někoho, kdo vlastní zkušenost má. Hlavním smyslem práce je snaha o prohloubení povědomí veřejnosti o problematice poruch příjmu potravy.

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- 1) Jsou lidé ve věku 10-14 let nejméně informováni o problematice poruch příjmu potravy?
- 2) Zařadila by nadpoloviční většina respondentů více informací o problematice poruch příjmu potravy do vzdělávacího procesu?
- 3) Jsou hlavním zdrojem informací o poruchách příjmu potravy média (internet, televize) ?
- 4) Budou nejčastěji uváděnými poruchami příjmu potravy mentální anorexie a mentální bulimie?

3. METODICKÁ ČÁST

3.1 CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY

Při výběru respondentů jsem se primárně zaměřila na hlavní cíl své bakalářské práce a rozdávala dotazníky lidem různého pohlaví a věku. Část dotazníku byla k vyplnění v tištěné podobě a část v podobě elektronické. Výzkumnou skupinu tvořili respondenti ve věkovém rozmezí 10-60 let, ti byli následně rozděleni do čtyř kategorií viz tabulka č. 1. Vyplněné dotazníky odevzdalo celkem 164 z 200 oslovených.

Věková skupina	Ženy	Muži	Celkem
10-14	15	12	27
15-19	33	15	48
20-39	49	25	74
40-60	9	6	15
Celkem	106	58	164

Tabulka č. 1 Počet respondentů dle věku a pohlaví

3.2 REALIZACE VÝZKUMU

Sběr dat probíhal v únoru, březnu a dubnu roku 2013 v Českých Budějovicích. Dotazníky byly rozdány na jedné základní škole, dvou středních školách a jedné vyšší odborné škole, kde respondenti vyplňovali dotazníky v tištěné podobě, také jsem požádala okruh své rodiny, přátel, známých a spolužáků z vysoké školy, kteří dotazníky vyplnili v podobě elektronické. Celkem bylo osloveno 200 respondentů, vyplněných dotazníků jsem obdržela celkem 164. Poté byla data zpracována a graficky znázorněna.

3.3 POUŽITÉ METODY SBĚRU DAT

Pro účely bakalářské práce byl sestaven nestandardizovaný dotazník (viz Příloha č. 1) o 17 otázkách různých typů (uzavřené, polouzavřené, otevřené). Hvězdičkou jsou v příloze označeny otázky, které byly povinné pro každého respondenta. Dotazník byl vypracován za pomoci internetového programu Survio. 101 dotazníků bylo vytištěno a odevzdáno k vyplnění, 63 dotazníků bylo vyplněno v podobě elektronické.

Tento typ výzkumu byl zvolen z několika důvodů. Jednak proto, že způsob sběru dat pomocí dotazníkového šetření umožňuje zachovat určitou míru anonymity respondentů a ti mohou bez ostychu odpovídat i na otázky týkající se osobní zkušenosti s některou z poruch příjmu potravy. Dalším důvodem byla možnost oslovení velkého množství respondentů v relativně krátké době a časová nenáročnost výzkumu pro respondenty.

První otázky výzkumu se zaměřují na sociodemografická data, zjišťují pohlaví a věk respondentů, velikost města nebo obce, ve které respondent žije a také momentální pracovní uplatnění a nejvyšší dosažené vzdělání.

V následující části dotazníku se objevují otázky zjišťující míru znalostí z oblasti problematiky poruch potravy a jsou zde otázky uzavřené (ano, ne, nevím), polouzavřené i otevřené, které byly vybrány pro zjištění úrovně informovanosti každého respondenta. Zároveň jsou zde také otázky zaměřující se na případnou osobní zkušenost respondenta s touto nemocí.

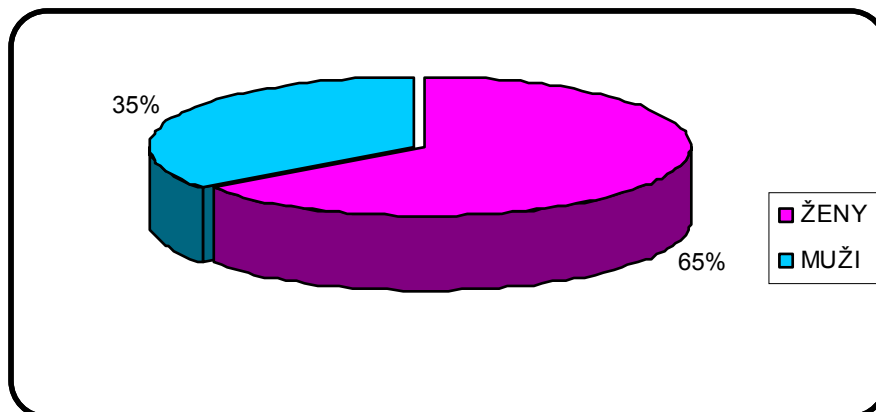
Závěrečná otázka zkoumá, zda si respondent myslí, že by bylo vhodné získávat více informací z této oblasti během vzdělávacího procesu.

4. VÝSLEDKY

4.1 GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ OTÁZEK

Otázka č. 1 Pohlaví

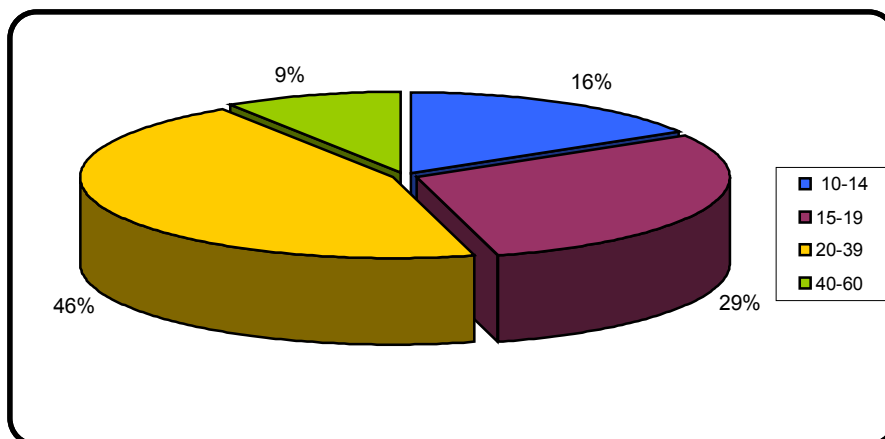
Graf č. 1 Procentuální rozdělení respondentů dle pohlaví (zdroj: vlastní)



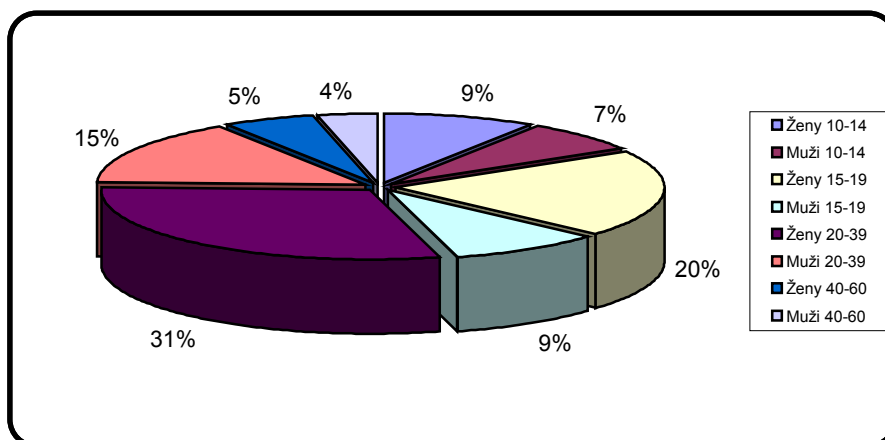
Výzkumu se zúčastnilo celkem 164 osob, 106 žen (65%) a 58 mužů (35%).

Otázka č. 2 Věková skupina

Graf č. 2 Procentuální rozdělení respondentů dle věku (zdroj: vlastní)



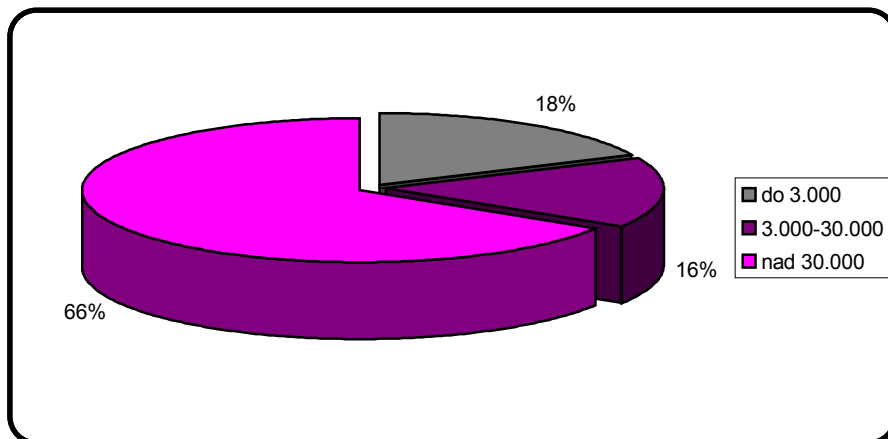
Graf č. 3 – procentuální rozdělení respondentů dle věku a pohlaví (zdroj: vlastní)



Jak je z grafu č. 2 patrné, největší zastoupení má věková skupina 20-39 let (46%), poté následuje kategorie 15-19 let (29%), 10-14 let (16%) a nakonec věková skupina 40-60 (9%). Osloveno bylo z každé věkové skupiny přibližně stejné množství respondentů, nejochotněji odpovídali osoby ve věku 20-39 let, přibližně polovina osob z věkové skupiny 40-60 let dotazníky vyplnit odmítla. Několik dotazníků ve věkových skupinách 10-14 a 15-19 let muselo být z výzkumu vyřazeno z důvodu nedostatečného vyplnění.

Otázka č. 3 Jaká je velikost města nebo obce, ve které žijete?

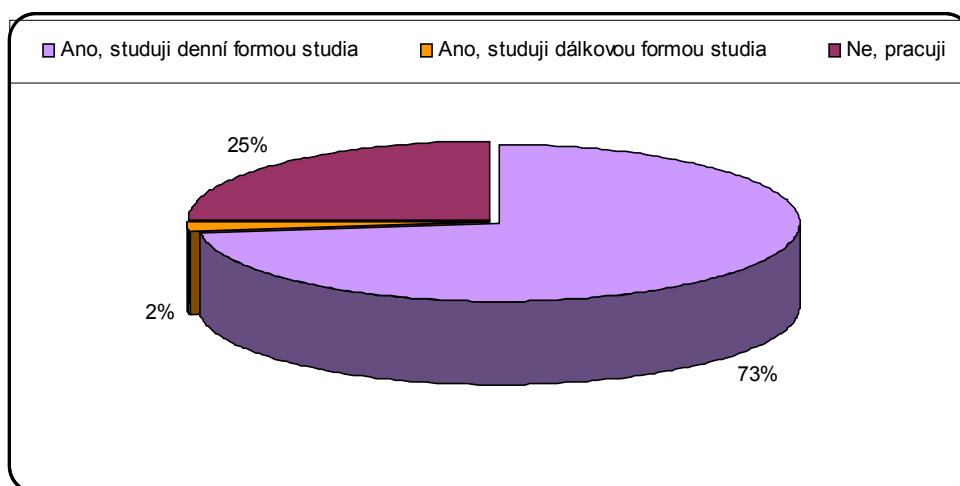
Graf č. 4 Procentuální rozdělení dle velikosti obce, ve které respondent žije (zdroj: vlastní)



Většina respondentů (66%) žije ve městech, které mají nad 30.000 obyvatel, 18% žije v obcích s méně než 3.000 obyvateli a 16% v obcích, ve kterých žije mezi 3.000-30.000 obyvatel.

Otázka č. 4: Studujete v současné době?

Graf č. 5 procentuální rozdělení dle pracovního uplatnění (zdroj: vlastní)



73% respondentů studuje denní formou studia, 25% pracuje a nestuduje a 2% pracují a studují dálkovou formou studia.

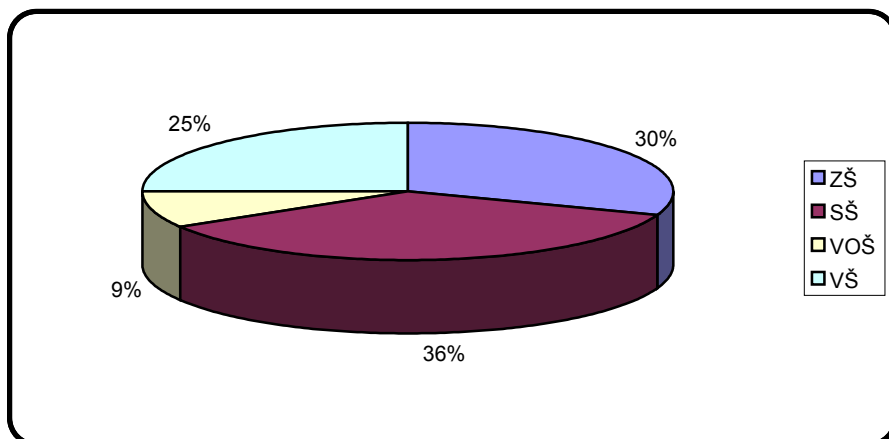
Otázka č. 5: Jaký typ školy v současné době studujete?

	ŽENY	MUŽI	CELKEM
ZŠ	28	22	50 (30%)
SŠ	26	11	37 (23%)
VOŠ/VŠ	26	4	30 (18%)
Pracující	26	21	47 (29%)
CELKEM	106	58	164 (100%)

Tabulka č. 2 Počet respondentů dle současného typu vzdělání

74% respondentů v současné době studuje (30% ZŠ, 23% SŠ, 21% VOŠ/VŠ) a 26% již nestuduje, ale uváděli v této otázce své nejvyšší dosažené vzdělání (13,5% SŠ, 13,5% VŠ a 2% VOŠ).

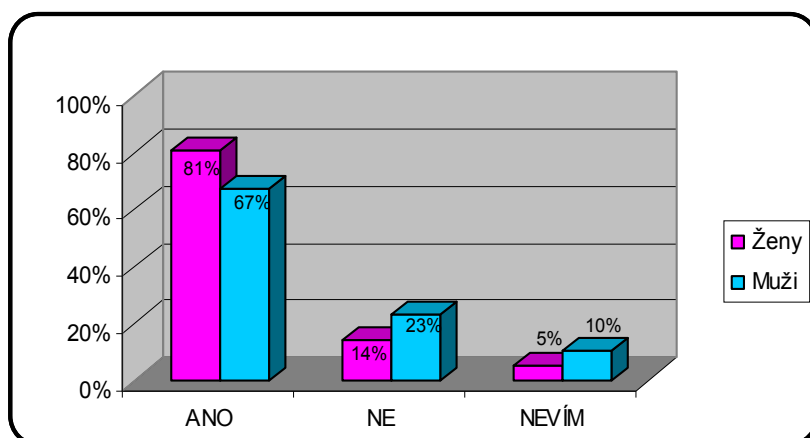
Graf č. 6 procentuální rozdělení všech respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání (zdroj: vlastní)



Ze 164 respondentů je 30% žáků základní školy, 36% studentů střední školy, 9% vyšší odborné školy a 25% vysokoškolských studentů.

Otázka číslo 6: Setkal/a jste se někdy s termínem porucha příjmu potravy?

Graf č. 7 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle pohlaví (zdroj: vlastní)

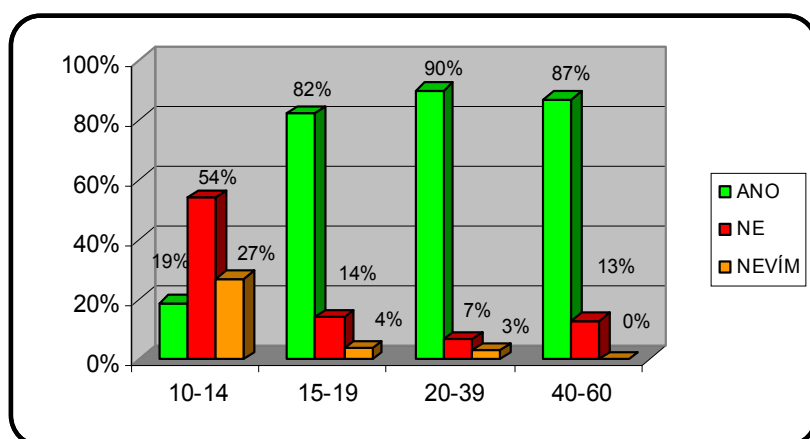


Většina respondentů ženského i mužského pohlaví v dotazníku uvedla, že se již někdy s termínem porucha příjmu potravy setkala, odpovědělo takto 81% žen a 67% mužů.

Termín porucha příjmu potravy nezná celkem 28 respondentů (17%), 15 žen a 13 mužů.

11 respondentů (7%) odpovědělo na tuto otázku „nevím“.

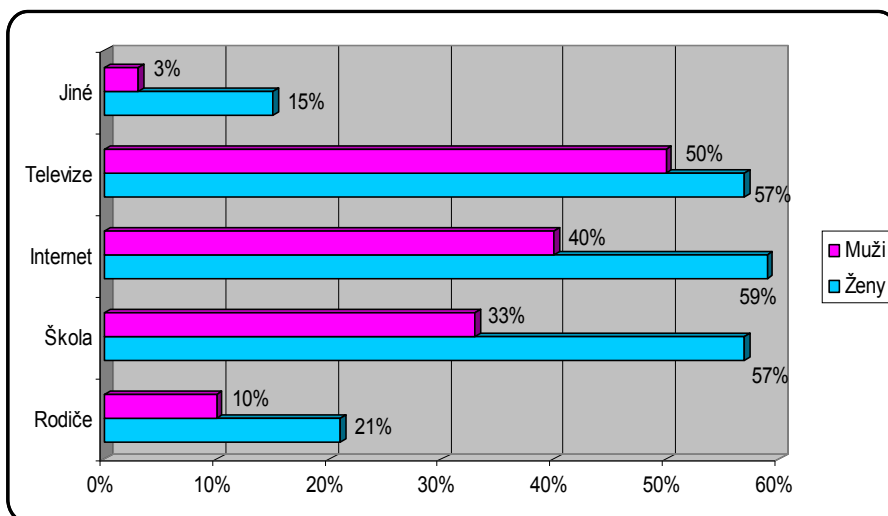
Graf č. 8 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle věku (zdroj: vlastní)



Z grafu vyplývá, že se s termínem porucha příjmu potravy setkala převážná většina respondentů ve věku od 15-60 let, zatímco respondentů ve věku 10-14 odpovědělo kladně pouze 19% a převažovaly zde odpovědi záporné u 54% respondentů v tomto věku.

Otázka číslo 7: Kde jste se s tímto termínem setkal/a?

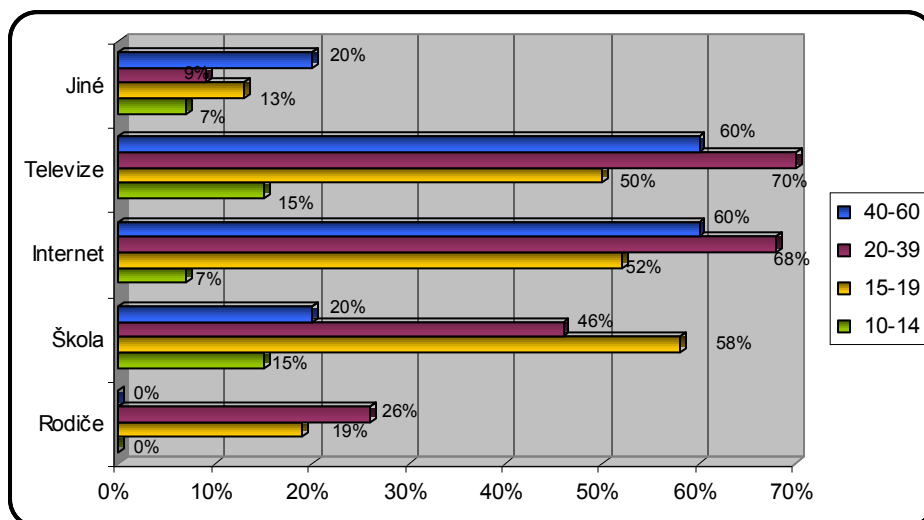
Graf č. 9 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle pohlaví (zdroj: vlastní)



Ženy uváděly nejčastěji jako zdroj svých informací internet (59%), poté televizi a školu (po 57%). Dále jmenovaly rodiče (21%) a jiné zdroje (15%) – knihy, časopisy, vlastní zkušenost nebo zkušenost okolí, zaměstnání.

Nejčastější odpovědí mužů byla televize (50%), na druhém místě internet (40%) a na třetím školu (33%). Pouze 10% mužů uvedlo jako zdroj svých informací rodiče. Jiné zdroje uvedla 3% mužů, nejčastěji uváděli časopisy a knihy.

Graf č. 10 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle věku (zdroj: vlastní)



Ve věkové skupině 10-14 let neodpovědělo na tuto otázku 67% dotázaných. Zbytek uvedl jako hlavní zdroj svých informací televizi a školu (po 15%), dále internet a jiné zdroje (po 7%). Rodiče nevedl žádný z respondentů, což je velmi znepokojivé zjištění především proto, že v tomto věku vznikají poruchy příjmu potravy nejčastěji.

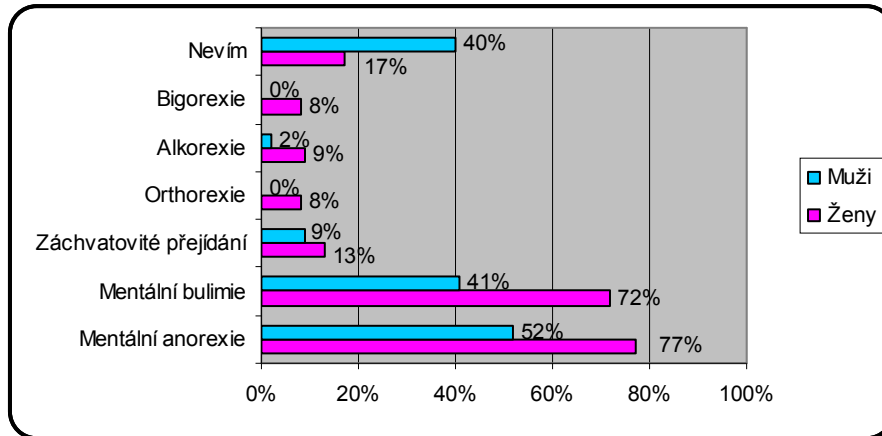
Respondenti ve věkové skupině 15-39 let uvedli na prvním místě školu (58%), na druhém místě internet (52%) a na třetím televizi (50%). Méně respondentů jmenovalo rodiče (19%) a jiné zdroje (13%).

Respondenti věkové kategorie 20-39 let zmiňovali nejčastěji televizi (70%) a internet (68%), dále školu (46%), rodiče (26%) a jiné zdroje (9%).

Nejstarší věková skupina volila shodně po 60% televizi a internet a po 20% školu a jiné zdroje. Rodiče jako zdroj svých informací nevedl nikdo z této kategorie.

Otázka číslo 8: Jaké znáte poruchy příjmu potravy?

Graf č. 11 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle pohlaví (zdroj: vlastní)



Tato otázka byla otevřená, to znamená, že se respondenti v dotazníku měli možnost vyjádřit bez možnosti výběru odpovědi. Při vyhodnocení odpovědí vyšlo najevo, že 17% žen a 40% mužů si nevzpomnělo ani na jednu poruchu příjmu potravy.

Nejčastěji uváděnou poruchou příjmu potravy byla mentální anorexie, uvedlo ji 77% žen a 52% mužů. Druhou nejčastější odpovědí byla mentální bulimie (72% žen, 41% mužů). Záchvatovité přejídání uvedlo 13% žen a 9% mužů. Orthorexii a bigorexii uvedly jen ženy po 8% a alkorexii zmínilo 9% žen a 2% mužů.

Procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle věku

Porucha příjmu potravy	10-14	15-19	20-39	40-60
Mentální anorexie	15%	64%	86%	87%
Mentální bulimie	11%	54%	82%	67%
Záchvatovité přejídání	7%	4%	16%	20%
Orthorexie	0%	0%	12%	0%
Alkorexie	0%	0%	15%	0%
Bigorexie	0%	0%	11%	0%
Nevím	74%	25%	12%	0%

Tabulka č. 3 procentuální rozdělení odpovědí respondentů z hlediska věku

Ve věkové kategorii 10-14 let odpovědělo na tuto otázku pouze 26% respondentů, nejčastěji uváděli mentální anorexii (15%), dále mentální bulimii (11%) a záchvatovité přejídání (7%).

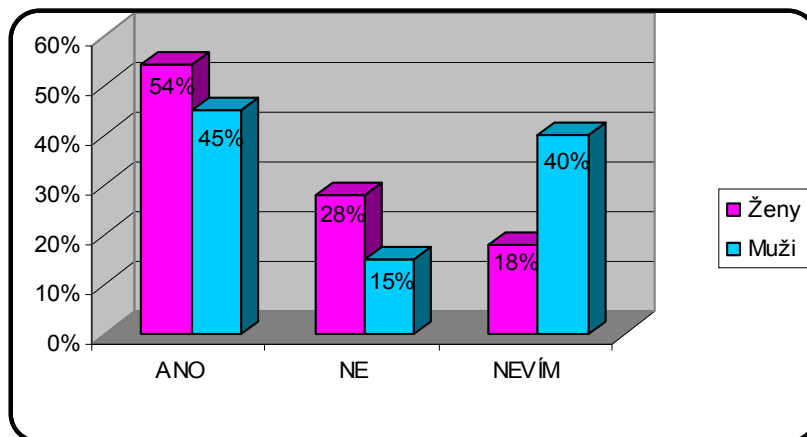
Respondenti ve věku 15-19 let si nejčastěji vzpomněli na mentální anorexii (64%), mentální bulimii (54%) a záchvatovité přejídání (4%). Jedna čtvrtina dotázaných tuto otázku nezodpověděla.

Na prvním místě u věkové skupiny 20-39 let skončila také mentální anorexie (86%), na druhém mentální bulimie (82%) a třetí místo obsadilo záchvatovité přejídání (16%). Oproti ostatním třem věkovým skupinám se zde objevovali také nové formy poruch příjmu potravy, alkorexii zmínilo 15% respondentů, orthorexii 12% a bigorexii 11%. Otázku nezodpovědělo 12% dotázaných.

Nejstarší věková skupina uvedla nejčastěji také mentální anorexii (87%), mentální bulimii (67%) a záchvatovité přejídání (20%).

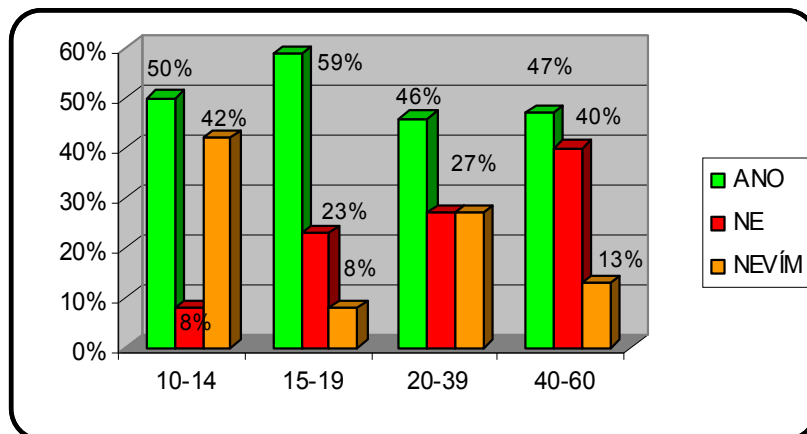
Otázka číslo 9: Myslíte si, že se lze z poruchy příjmu potravy zcela vyléčit?

Graf č. 12 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle pohlaví (zdroj: vlastní)



Většina žen (54%) je přesvědčena, že je možné se z poruchy příjmu potravy zcela vyléčit. U mužů jsou poměrně vyrovnané odpovědi „ano“ (45%) a „nevím“ (40%).

Graf č. 13 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle věku (zdroj: vlastní)



Respondenti ve věku 15-39 let si převážně myslí, že je možné se z poruchy zcela vyléčit. Respondenti ve věkové skupině od 10 do 14 let odpovídali vyrovnaně odpovědi „ano“ (50%) a „nevím“ (42%) a v kategorii 40-60 let odpovědi „ano“ (47%) a ne (40%).

Otázka číslo 10: Co si představujete pod pojmem mentální anorexie?

Častá odpověď na tuto otázku především od respondentů ve věkové skupině 10-14 let byla „nevím“. Ostatní respondenti se pokoušeli správně definovat pojem. Zde jsem vybrala několik odpovědí:

„Někdo vůbec nejí, hubne, je kost a kůže a myslí si, že je tlustý.“ (žena 10-14 let)

„Osoba si o sobě myslí, že je tlustá a začne hubnout. Tak to pokračuje až do úplných extrémů a většinou to končí smrtí.“ (muž 10-14 let)

„Člověk jí velmi málo, stále počítá kalorie. Žádná váha mu není dost dobrá a stále se snaží zhubnout. Jsou hubení na kost.“ (žena 15-19 let)

„Člověk si vsugeruje, že je tlustý.“ (muž 15-19)

„Psychická porucha, kdy postižený trpí utkvělou představou, že je tlustý až obézní, přičemž odmítá ve své podstatě jakýkoliv příjem potravy, což má/může mít za následek radikální úbytek potravy, poškození CNS (především mozek), poškození vnitřních orgánů, arytmií, mdloby, třes rukou, chladné končetiny, "nezdravou barvu", "dětské ochlupení", nervozitu, podrážděnost, v některých případech až smrt.“ (žena 20-39 let)

„Duševní porucha, při které nemocný člověk trpí utkvělou představou, že je obézní (ačkoliv ve většině případů není). Hledá řešení v odmítání stravovat se obvyklým způsobem co se týče četnosti a množství stravy. Denně sní jen to, co považuje za nutné, což je pro tělo kaloricky nedostatečné. Tímto způsobem se oslabuje až do doby než mu/jí selžou orgány a on/ona zemře.“ (muž 20-39 let)

„Jedná se o psychickou poruchu, kdy nejčastěji mladá dívka má pocit, že je tlustá a snaží se za každou cenu zhubnout, nejí, cvičí a má pak zdravotní problémy (vypadávání vlasů, amenoreu, rozvrat vnitřního prostředí)“ (žena 40-60 let)

„Odmítání příjmu potravy.“ (muž 40-60 let)

Otázka číslo 11: Co si představujete pod pojmem mentální bulimie?

Podobně jako u předchozí otázky se většina respondentů ve věku 10-14 k otázce nevyjádřila. Respondenti dalších věkových skupin odpovídali u této otázky „nevím“ častěji než u otázky předchozí. Zde jsem vybrala několik odpovědí:

„Člověk se nají, ale hned se jde vyzvracet.“ (žena 10-14 let)

„Člověk se co nejvíce přejí a poté to všechno vyzvrací.“ (muž 10-14 let)

„Člověk používá metody, které vyvolávají zvracení (strkání prstů do krku..). Je to psychická porucha.“ (žena 15-19 let)

„Nají se, ale vyzvrací všechno jídlo.“ (muž 15-19 let)

„Mentální bulimie není na první pohled mnohdy tak patrná jako mentální anorexie. Je charakteristická přejídáním a následným vyvolaným zvracením. Jedinec do sebe dostává alespoň nějaké živiny než jídlo vyzvrací, proto nemusí být až tak vyhublý. Pocit nespokojenosti s vlastním tělem je stejný jako u mentální anorexie.“ (žena 20-39 let)

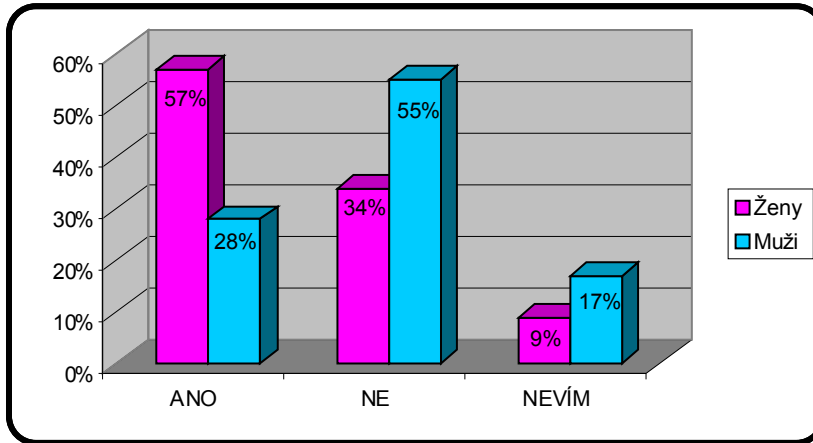
„Duševní porucha. Řekl bych úzce spjatá s anorexií. Člověk záměrně hladoví kvůli utkvělé představě o své fyzické kondici (váze), taktéž denně jí jen to, co považuje za nutné. Po určité době dojde k situaci, kdy se člověk začne neúměrně přejídat a následně zvracet (člověk zvracení vyvolá z pocitu viny nebo tělo nezvládne množství stravy přijmout). Řekl bych, že označení mentální bulimie je stav, kdy člověk po jídle samovolně zvrací aniž by si to přál a jeho tělo odmítá přijímat stravu.“ (muž 20-39 let)

„Jedná se o přejídání a následné úmyslné vyzvracení potravy.“ (žena 40-60 let)

„Psychická porucha, kdy se naopak nejčastěji zase mladá dívka přejídá, dokáže naráz sníst velké množství potravin, poté má výčitky svědomí a snaží se zvracet, užívá projímadla.“ (muž 40-60 let)

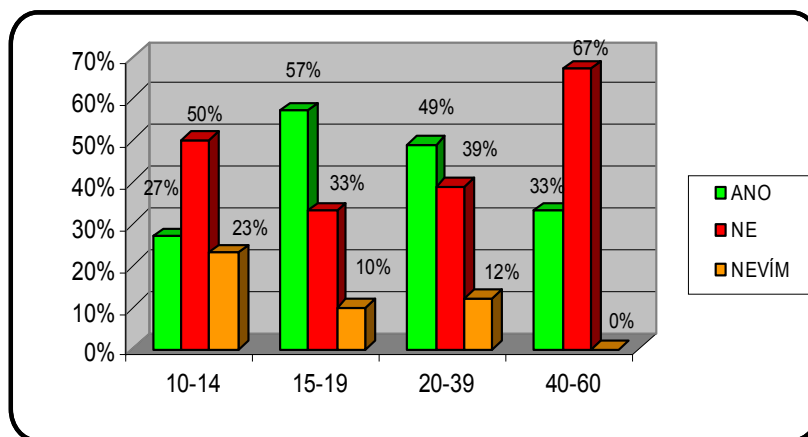
Otázka číslo 12: Znáte nebo setkal/a jste se někdy s člověkem trpícím poruchou příjmu potravy?

Graf č. 14 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle pohlaví (zdroj: vlastní)



S člověkem trpícím některou z poruch příjmu potravy se ve svém okolí setkala celkem 57% žen a 34% mužů. Většina respondentů mužů odpověděla na tuto otázku záporně (55%).

Graf č. 15 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle věku (zdroj: vlastní)



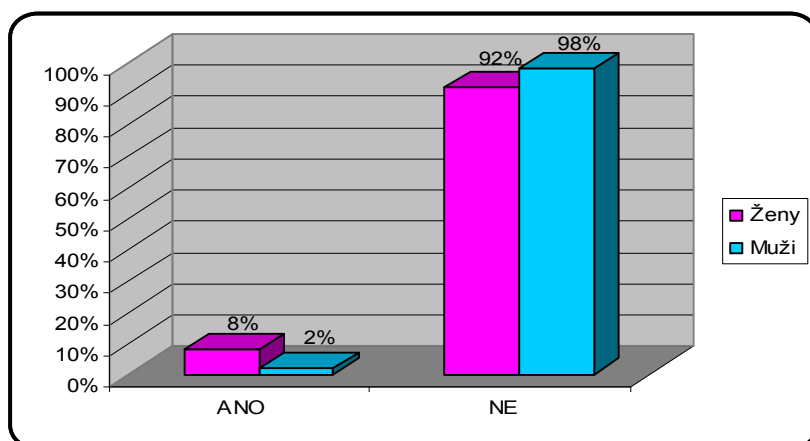
Pokud porovnáme odpovědi z hlediska věku respondentů, můžeme vidět, že převažují záporné odpovědi především u věkových skupin 10-14 a 40-60 let (nad 50%). Naopak u věkové skupiny 15-19 a 20-39 je více odpovědí kladných (okolo 50%).

Otázka číslo 13: Máte vlastní osobní zkušenost s poruchou příjmu potravy?

	ANO	NE
Ženy	8 (8%)	98 (92%)
Muži	1 (2%)	57 (98%)

Tabulka č. 4 Počet odpovědí respondentů dle pohlaví

Graf č. 16 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle pohlaví (zdroj: vlastní)



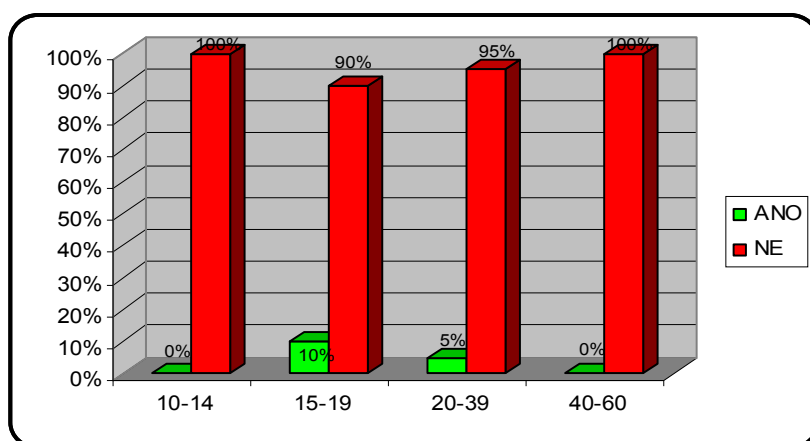
Osobní zkušenost s některou z poruch příjmu potravy má celkem 8 ze 106 žen a 1 z 58 mužů. Ostatní respondenti netrpí ani netrpěli žádnou z poruch příjmu potravy.

Procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle věku

	ANO	NE
10-14	0 (0%)	26 (100%)
15-19	5 (10%)	44 (90%)
20-39	4 (5%)	70 (95%)
40-60	0 (0%)	15 (100%)

Tabulka č. 5 Počet odpovědí respondentů dle věku

Graf č. 17 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle věku (zdroj: vlastní)



Ve věku 10-14 let nemá osobní zkušenost s poruchou příjmu potravy žádný z respondentů. Ve věkové skupině 15-19 let má osobní zkušenost nejvíce respondentů – 4 ženy a 1 muž. Ve věku 20-39 let odpověděly celkem 3 ženy, že se ve svém životě osobně setkaly s poruchou příjmu potravy a v nejstarší věkové kategorii nemá tuto zkušenost nikdo z dotázaných.

Otázka číslo 14: Pokud ano, jakou formou poruch příjmu potravy jste trpěl/a?

Celkem trpělo poruchou příjmu potravy 9 ze 164 respondentů. Čtyři ženy odpověděly, že trpěli mentální anorexií, jedna žena a jeden muž uvedli mentální bulimii. Další tři respondenti tuto otázku nezodpověděli.

Otázka číslo 15: Léčíte nebo léčil/a jste se s onemocněním?

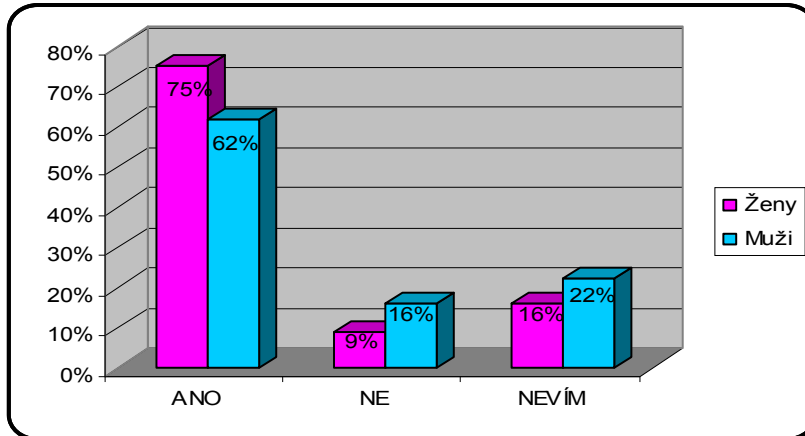
Pět žen a jeden muž odpověděli, že se s poruchou příjmu potravy svěřili do péče lékařů. Zbylé tři ženy řešily tuto situaci bez lékařské pomoci.

Otázka číslo 16: Jak dlouho trpíte/ trpěli jste tímto onemocněním?

Délka onemocnění včetně léčby se pohybovala nejčastěji okolo šesti měsíců, nejdéle pak dva roky.

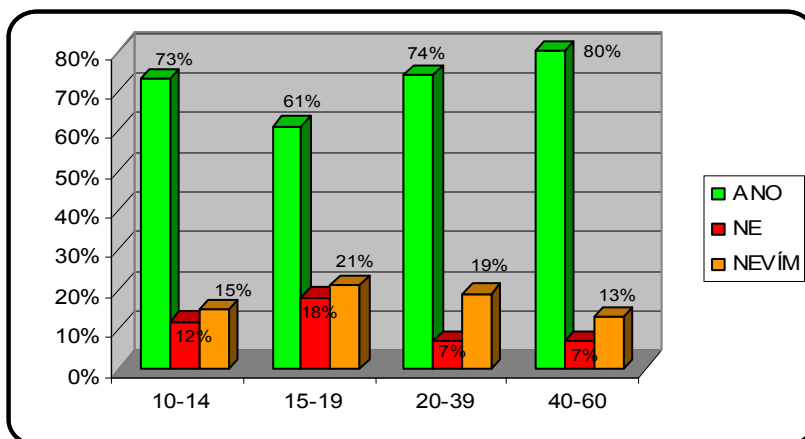
Otázka číslo 17: Myslíte si, že by bylo vhodné získat více informací o problematice poruch příjmu potravy ve vzdělávacím procesu?

Graf č. 18 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle pohlaví (zdroj: vlastní)



Převážná většina žen i mužů se domnívá, že by mělo být poskytováno více informací o problematice poruch příjmu potravy v průběhu vzdělávacího procesu. Celkem takto odpovědělo 75% žen a 62% mužů.

Graf č. 19 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle věku (zdroj: vlastní)

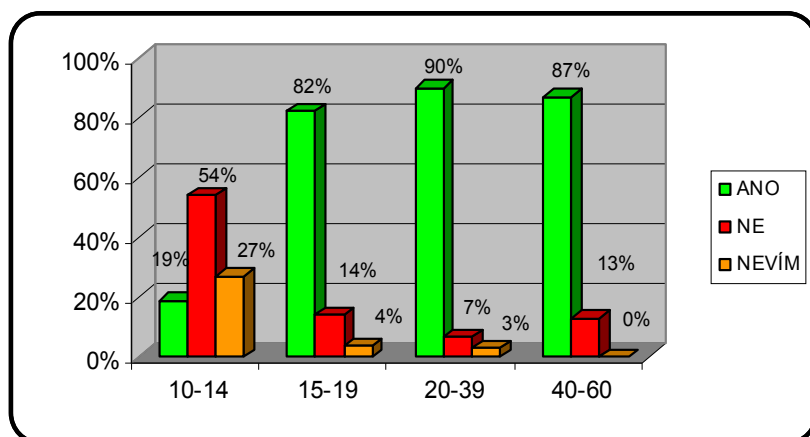


Také z hlediska věku respondentů jsou kladné odpovědi převažující a dosahují v každé věkové kategorii nad 60% odpovědí.

4.2 Výzkumné otázky - ověření

Výzkumná otázka č.1 Jsou lidé ve věku 10-14 let nejméně informovaní o problematice poruch příjmu potravy?

Graf č. 20 procentuální rozdělení odpovědí respondentů dle věku (zdroj: vlastní)



V otázce číslo 6 dotazníkového šetření jsem se dotazovala respondentů, zda se již někdy setkali s termínem porucha příjmu potravy. Ve věkové skupině 10-14 let odpovědělo kladně pouze 19% respondentů, 54% odpovědělo záporně a 27% odpovědělo „nevím“.

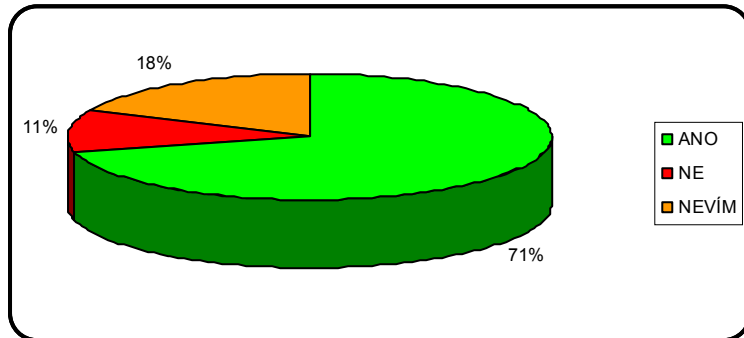
V ostatních věkových skupinách převažovaly odpovědi kladné, které tvořily nad 80% všech odpovědí. Také v jiných otázkách byla věková skupina 10-14 skupinou, která nejčastěji odpovídala nevím a to především v otázkách otevřených (8, 10, 11), které jsem do dotazníku zařadila především z důvodu, abych si dokázala vytvořit konkrétní představu o informovanosti respondentů. Většina respondentů ve věkové skupině 10-14 let (73%) na závěr odpověděla, že by uvítali více informací o této problematice ve vzdělávacím procesu.

S termínem porucha příjmu potravy se setkalo celkem 90% respondentů ve věku 20-39 let. Záporně odpovědělo pouze 7% respondentů a 3% odpověděla nevím. Ze všech věkových skupin, které byly zkoumány se z této skupiny setkalo s termínem nejvíce osob a zároveň nejméně odpovědělo záporně.

Výzkumná otázka č. 1 se potvrdila.

Výzkumná otázka č. 2 Zařadila by nadpoloviční většina respondentů více informací o problematice poruch příjmu potravy do vzdělávacího procesu?

Graf č. 21 procentuální rozdělení odpovědí všech respondentů (zdroj: vlastní)

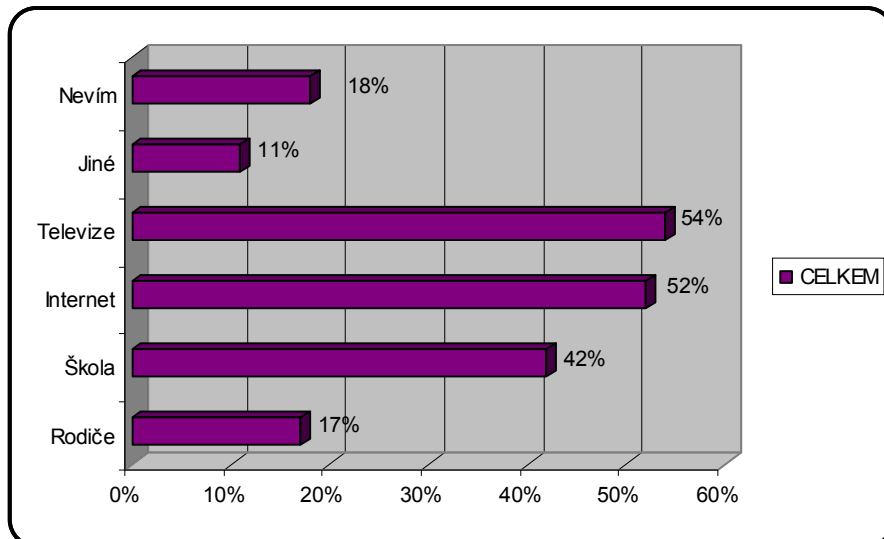


Z grafu vyplývá, že většina respondentů (71%) by uvítala více informací z oblasti problematiky poruch příjmu potravy během vzdělávacího procesu. Celkem takto odpovědělo 75% žen a 62% mužů. Záporně na tuto otázku odpovědělo pouze 11% respondentů a 18% odpovědělo „nevím“.

Výzkumná otázka č. 2 se potvrdila.

Otázka č. 3 Jsou hlavním zdrojem informovanosti o poruchách příjmu potravy média (internet, televize) ?

Graf č. 22 procentuální rozdělení odpovědí všech respondentů (zdroj: vlastní)

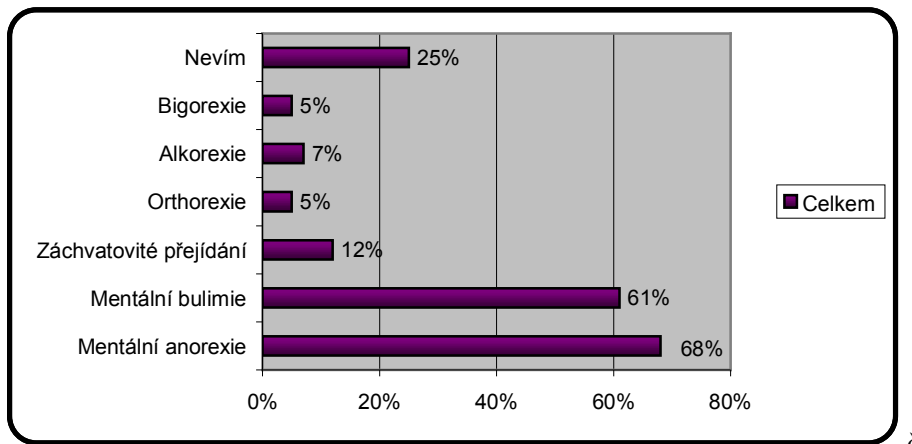


Mezi největší zdroje informací patří televize, internet a škola. Nejvíce respondentů (54%) uvedlo jako hlavní zdroj svých informací televizi, druhou nejčastější odpovědí byl internet (52%) a na třetím místě skončila škola (42%). Informovanost ze strany rodičů uvedlo pouze 17% respondentů a to ve věku 15-39 let. Ve věkových kategoriích 10-14 a 40-60 let neuvedl rodiče jako zdroj svých informací žádný z respondentů. Respondenti uváděli také jiné zdroje informací – knihy a časopisy, osobní zkušenost nebo zkušenost okolí, zaměstnání.

Výzkumná otázka č. 3 se potvrdila.

Výzkumná otázka č. 4 Budou nejčastěji uváděnými poruchami příjmu potravy mentální anorexie a mentální bulimie?

Graf č. 23 procentuální rozdělení odpovědí všech respondentů (zdroj: vlastní)



Porucha příjmu potravy	Ženy	Muži	Celkem
Mentální anorexie	82 (77%)	30 (52%)	122 (68%)
Mentální bulimie	76 (72%)	24 (41%)	100 (61%)
Záchvatovité přejídání	14 (13%)	5 (9%)	19 (12%)
Orthorexie	9 (8%)	0 (0%)	9 (5%)
Alkorexie	10 (9%)	1 (2%)	11 (7%)
Bigorexie	8 (8%)	0 (0%)	8 (5%)
Nevím	18 (17%)	23 (40%)	41 (25%)

Tabulka č. 6 Počet odpovědí všech respondentů

Nejčastěji uvedenou poruchou příjmu potravy mezi respondenty je mentální anorexie (68%), za ní následuje mentální bulimie (61%). Ostatní poruchy příjmu potravy zmínila jen malá skupina tázaných. Záchvatovité přejídání uvedlo pouze 19% respondentů, alkorexii 11%, orthorexii 9% a bigorexii 8%. Na otázku: „Jaké znáte poruchy příjmu potravy?“ odpovědělo „nevím“ 25% respondentů.

Respondenti (především ve věkové skupině 10-14 let) nesprávně uváděli jako poruchu příjmu potravy také obezitu, zácpu nebo průjem nebo poruchu štítné žlázy.

Výzkumná otázka č. 4 se potvrdila.

5. DISKUZE

Z výzkumu vyplývá, že většina respondentů má základní znalosti z oblasti problematiky poruch příjmu potravy. Dokáží tyto poruchy vyjmenovat a částečně také definovat. Nejméně informací o této problematice vykazují respondenti ve věkové skupině 10-14 let. Pouze 19% vypovědělo, že se již někdy setkalo s termínem porucha příjmu potravy. Zároveň ale 27% respondentů stejné věkové kategorie vypovědělo v otázce číslo 12, že znají někoho s tímto problémem, což poukazuje na mírně zkreslující odpovědi. Tento problém může být způsobený tím, že část respondentů této věkové skupiny považovala za poruchu příjmu potravy obvyklé zažívací nebo jiné potíže.

Nejčastěji uváděnými zdroji informací byla média (televize a internet) a škola, rodiče jako zdroj svých informací uvedlo pouze 17% respondentů. Nejméně informací z oblasti problematiky poruch příjmu potravy mají podle výzkumu žáci základní školy ve věku od 10 do 14 let, nejvíce informovaní jsou lidé ve věkové skupině 20-39 let, ale i zbylé dvě skupiny si vedly velmi dobře. Přesnější informace měly dívky a ženy, muži na dané otázky odpovídali častěji „ne“ nebo „nevím“.

Podle předpokladů se potvrdilo, že nejznámější je mezi respondenty mentální anorexie a mentální bulimie. Na třetím místě se umístilo záchvatovité přejídání. Nové typy poruch příjmu potravy jmenovalo pouze několik respondentů. Většina respondentů by zvýšila informovanost o problematice poruch příjmu potravy ve vzdělávacím procesu. Vyjádřilo se takto 71% respondentů.

Ze 164 respondentů vypovědělo 60 žen a 16 mužů, což je celkem 46%, že znají nebo se již setkali s osobou postiženou poruchou příjmu potravy. Osobně si prošlo touto nemocí osm žen a jeden muž. Čtyři ženy vypověděly, že trpěli mentální anorexií a jedna žena a jeden muž přiznali mentální bulimii. Ostatní ženy se k formě onemocnění nevyjádřily. Z těchto devíti respondentů se šest svěřilo do lékařské péče a tři se léčili bez pomoci lékařů. Délka onemocnění včetně léčby se pohybovala v průměru okolo šesti měsíců.

I přes drobné překážky, kdy nejstarší věková skupina neprojevila dostatek zájmu o spolupráci při vyplňování dotazníku nebo při zjištění, že odpovědi nejmladší věkové kategorie si mírně protirečí, což je bohužel riziko dotazníkového šetření, věřím, že práce je kvalitní a bude přínosem.

ZÁVĚR

Myslím si, že práce splnila svůj cíl, všechny výzkumné otázky, které byly v práci kladeny, se potvrdily. Alarmující je, jak nízká je informovanost o problematice poruch příjmu potravy mezi respondenty ve věku 10-14 let. Přitom právě tato skupina je jednou z nejohroženější pro vznik některé z těchto poruch.

Také mi připadá zarážející, že nejčastěji uváděnými zdroji informací byla média, která podávají často zkreslené informace, namísto školy a rodiny, která především by měla děti do této problematiky uvést. Většina respondentů v dotaznících uvedla, že by zařadila více informací o poruchách příjmu potravy do vzdělávacího procesu, myslím si tedy, že by bylo vhodné zařadit přednášky do některých předmětů na základních, středních i vysokých školách, aby studenti měli potřebné informace o vzniku, příznacích a následcích těchto onemocnění z důvěryhodných zdrojů.

Věřím, že se povědomí lidí o poruchách příjmu potravy bude postupem času zvyšovat a že současně s tím bude ubývat lidí trpících některou z těchto poruch. Třeba k tomu přispěje i tato bakalářská práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Překlad Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 1995, 207 s. ISBN 80-858-8597-2.
2. GÖCKEL, Renate. *Místo činu lednička: když se z jídla stane problém*. Vyd. 1. Praha: Práh, 2008, 161 s. ISBN 978-80-7252-200-2.
3. HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: Era, 2003, 240 s. Psychoporadna. ISBN 80-865-1760-8.
4. KINGSLEY, Jo a Alice KINGSLEY. *Alice v zrcadle: matka a dcera v boji s anorexií*. Vyd. 1. Brno: Jota, 2006, 258 s. ISBN 80-721-7430-4.
5. KRCH, František David. *Bulimie : jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha : Grada, 2008. 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.
6. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 235 s. ISBN 80-717-8598-9.
7. KRCH, František David - MARÁDOVÁ, Eva. *Výchova ke zdraví : poruchy příjmu potravy příručka pro učitele*. Praha : VÚP, 2003. 32 s. ISBN (Brož.).
8. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Vyd. 1. Překlad Lidia Běhounková. Praha: Svoboda, 1995, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
9. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.
10. 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, 2000, 76 s. ISBN 80-851-2132-8.
11. 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, 2003, 109 s. ISBN 80-851-2181-6.
12. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Editor Hana Papežová. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-802-4724-256.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

13. BERÁNKOVÁ, Jana. *Orthorexie a bigorexie - méně známé formy poruch příjmu potravy* [online]. 2010 [cit. 2013-02-17]. Dostupné z: <http://www.celostnimedcina.cz/orthorexie-a-bigorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.htm>
14. *Diabulimie*. [online]. [cit. 2013-02-17]. Dostupné z: www.diasvet.cz/diabulimie/
15. *Drunkorexie*. [online]. 2012 [cit. 2013-02-17]. Dostupné z: www.viscojis.cz
16. KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky* [online]. 2001-08-24, [cit. 2013-02-17].
Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2002/03/02.pdf>
17. NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Poruchy příjmu potravy* [online]. 2007, [cit. 2013-02-25]. Dostupné z: <http://sekceppp.eu/doc/070401.pdf>
18. *Poruchy příjmu potravy – charakteristika* [online]. 2010-03-11, [cit. 2013-02-28]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/poruchy-prijmu-potravy-charakteristika>

PŘÍLOHA č. 1 – Dotazník k bakalářské práci

Poruchy příjmu potravy z pohledu laické veřejnosti

Dobrý den, jmenuji se Jiřina Marková, jsem studentkou oboru Výchova ke zdraví na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a provádím výzkum, který se zabývá problematikou Poruch příjmu potravy. Tento výzkum je součástí mé bakalářské práce na téma Poruchy příjmu potravy z pohledu laické veřejnosti. Chtěla bych Vás tedy požádat o pár minut času k vyplnění tohoto dotazníku. Výsledky dotazníku budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce a jsou zcela anonymní. Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

1. Pohlaví: *

- žena
- muž

2. Věková skupina:*

- 10 - 14
- 15 - 19
- 20 - 39
- 40 - 60

3. Jaká je velikost města nebo obce, ve které žijete?*

- do 3.000 obyvatel
- 3.000 - 30.000 obyvatel
- nad 30.000 obyvatel

4. Studujete v současné době?*

- Ano, studuji denní formou studia
- Ano, studuji dálkovou formou studia
- Ne, pracuji a mé nejvyšší dosažené vzdělání je

5. Jaký typ školy v současné době studujete?*

- Základní školu
- Střední školu bez maturity (učební obor)
- Střední školu s maturitou
- Vyšší odbornou školu
- Vysokou školu
- V současné době nestuduji

6. Setkal/a jste se již někdy s termínem porucha příjmu potravy?*

- ano
- ne
- nevím

7. Pokud ano, tak kde jste se s tímto termínem setkala? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- od rodičů
- ve škole
- na internetu
- z televize
- Jinde

8. Jaké znáte poruchy příjmu potravy?*

9. Myslíte si, že se lze z poruchy příjmu potravy zcela vyléčit? *

- ano
- ne
- nevím

10. Co si představujete pod pojmem mentální anorexie? *

11. Co si představujete pod pojmem mentální bulimie? *

12. Znáte nebo setkal/a jste se někdy s člověkem trpícím poruchou příjmu potravy?*

- ano
- ne
- nevím

13. Máte vlastní osobní zkušenost s poruchou příjmu potravy?*

- ano
- ne

14. Pokud ano, jakou formou poruchy příjmu potravy trpíte nebo jste trpěl/a?

15. Léčíte se nebo léčil/a jste se s onemocněním?

- ano
- ne

16. Jak dlouho trpíte / trpěl/a jste tímto onemocněním?

17. Myslíte si, že by bylo vhodné získat více informací o problematice poruch příjmu potravy ve vzdělávacím procesu? *

- ano
- ne
- nevím