

Problematika poruch příjmu potravy u mladistvých

Eliška Hamarič

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Eliška Hamarič**
Osobní číslo: **H16104**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Problematika poruch příjmu potravy u mladistvých**

Zásady pro vypracování

Vypracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti problematiky poruch příjmu potravy u mladistvých.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jeho shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

COOPER, Peter J. Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat. Praha: Portál, 2014. Rádcí pro zdraví. 183 s. ISBN 978-80262-0706-1.

KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. 264 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. Suicidialita u psychických poruch. Praha: Grada, 2015. Psyché. 212 s. ISBN 978-80-247-4305-9.

PAPEŽOVÁ, Hana. Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?! Praha: Psychiatrické centrum, 2012, 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.

PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché. 362 s. ISBN 978-80-247-5646-2.

STEIN, Natalie. Public, health, nutrition: principles and practice in community and global health. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, c2015. 524 s. ISBN 978-1-4496-9204-9.

ZLATOHLÁVEK, Lukáš. Klinická dietologie a výživa. Praha: Current Media, 2016. Medicus. 422 s. ISBN 978-80-88129-03-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Andrea Filová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Cíl: Hlavním cílem předložené bakalářské práce bylo zjistit informovanost mladistvých na středních školách o poruchách příjmu potravy.

Metodika: Výzkumný soubor pro tuto bakalářskou se stával z žáků středních škol všech ročníků ve věku 15-19 let. Šetření se zúčastnilo 100 respondentů v zastoupení obou pohlaví. Výzkum probíhal kvantitativní metodou formou nestandardizovaného dotazníku online.

Výsledky: Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že více než polovina mladistvých na středních školách ví, o jaké onemocnění se jedná a co poruchy příjmu potravy obnáší. Zná základní informace a ví, kdo tímto onemocněním nejčastěji trpí. I přesto však bylo zjištěno, že většina respondentů by se o této problematice chtěla dozvědět více. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že více, než 50 % respondentů pak není sama se svým tělem spokojená, tělesný vzhled podle nich souvisí s úspěchem a více, než polovina mladistvých se setkala se špatnou reakcí okolí na jejich vzhled. To bylo také důvodem, proč někteří respondenti byli donuceni se více zaměřovat na svůj vzhled, snížit svoji tělesnou váhu nebo se jakkoli měnit.

Závěr: Poruchy příjmu potravy jsou závažné onemocnění, které se týká převážně mladých lidí a vzniká primárně z důvodu tlaku okolí na zevnějšek. Tento tlak a nespokojenost s vlastním tělem pak vede k tomu, že mladiství se začnou více zaměřovat na svůj tělesný vzhled a začnou snižovat svoji váhu až do takové míry, že může být velice závažně ohroženo jejich zdraví. Vzhledem k tomu, že spouštěcím faktorem může být také posměch vrstevníků, nebo šikana je školní prostředí rizikovým. Proto by bylo vhodné se ve školách této problematice více věnovat a mladým lidem dodávat jistotu, sebevědomí a psychicky je podporovat, aby se zabránilo pochybnostem se sebou samým. V ošetrovatelské praxi to znamená, že by bylo vhodné, aby pravidelně jednou za rok byl do škol pozvaný ošetrovatelský personál nebo odborný pracovník s kterým by žáci mohli absolvovat přednášku o této problematice. Následně by byly provedeny písemné testy vztahu k vlastnímu tělu a jídlu, nebo rozhovor vždy s určitým ročníkem, které by na případný problém mohly ukázat. Předložená práce pro ošetrovatelskou praxi slouží také jako náhled zdravotníků do prostředí mysli mladistvých, aby se mohli lépe zorientovat jak v rizikových faktorech onemocnění, tak v péči o tyto pacienty, která je rozdílná od jiných tělesných onemocněních.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mladistvý, mentální anorexie, mentální bulimie, rizika, informovanost

ABSTRACT

Objective: The main objective of this Bachelor thesis is to determine how secondary school adolescents are informed about eating disorders.

Methodology: The respondents were secondary school students of all grades between 15 – 19 years of age. The total number of respondents was 100 students of both sexes. A quantitative method through a non-standard online questionnaire was applied in the research.

Results: The online questioning has revealed that over half of secondary school adolescents know what this disease involves and what the effects of eating disorders are. They have basic information and know who suffers from this disease most. Even so, the research has revealed that over half of the respondents would like to know more about the issue. The questionnaires also show that over half of the respondents are not satisfied with their bodies, in their opinion physical appearance is linked with success and over half of the adolescents have experienced negative reactions to their appearance. That was also the reason which made some respondents focus more on their appearance, lose their weight or change in a way.

Conclusion: Eating disorders are a serious disease affecting namely young people and arising primarily as a consequence of surrounding people's pressure on appearance. This pressure along with dissatisfaction with their bodies makes adolescents focus more on their physical appearance. They begin to lose weight to such an extent which might seriously affect not only their mental but also physical health. As the trigger factor might also be taunting and bullying by schoolmates, schools appear to be risk environment. Therefore it would be appropriate to spend more time dealing with this issue at schools and to encourage young people's self-assurance and confidence so that they have no self-doubts.

In terms of medical care it means it would be appropriate, once a year, to invite trained personnel or an expert to give a lecture on this issue and discuss it with students. Consequently, written tests would be performed dealing with students' relationship to their bodies and food, or a discussion with a selected grade would be held which would highlight potential problems. For medical care practice the submitted thesis also serves as an insight of medical personnel into adolescents' minds and enables better comprehension of risk factors of the disease and, consequently, a more appropriate care of these patients because this disease is different from other physical diseases.

Keywords: eating disorders, adolescents, anorexia nervosa, mental bulimia risks, awareness

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Andrey Filové za odborné vedení práce, za ochotu, rady, trpělivost a podporu, kterou mi při vypracovávání mé bakalářské práce poskytla. Děkuji Univerzitě Tomáše Bati, že mi umožnila další vzdělání a seberealizaci jak v osobním, tak pracovním a studijním životě. Děkuji studentům středních škol za umožnění mého šetření pro mou práci a v neposlední řadě děkuji své rodině a manželovi za trpělivost a podporu při studiu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Tělo je moudré, dobře ví, co vám přináší užitek a naopak.“

„Nežijeme, abychom jedli, ale jíme, abychom žili.“

(Sokrates)

„Bez jídla a pití chladne láska“

(Publius Terentius Afer)

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	13
1.1 STATISTIKA A PREVALENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ČR V OBDOBÍ 2011-2017	13
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	14
1.2.1 Biologické faktory	15
1.2.2 Osobnostní faktory	16
1.2.3 Ostatní rizikové faktory a vlivy na vznik PPP	16
1.3 DIAGNOSTIKA PPP	17
1.4 KOMPLIKACE PPP	19
1.4.1 Fyzické komplikace	20
1.4.2 Psychické a sociální následky a komplikace	23
1.5 LÉČBA PPP	24
2 MENTÁLNÍ ANOREIXE – ANOREXIE NERVOSA (AN)	31
2.1 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA AN, ZNAKY	31
2.2 PŘÍZNAKY AN	32
2.3 LÉČBA AN	34
3 MENTÁLNÍ BULIMIE – BULIMIA NERVOSA (BN)	35
3.1 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA BN, ZNAKY	35
3.2 PŘÍZNAKY BN	37
3.3 LÉČBA BN	38
4 OSTATNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	40
5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	42
5.1 PŘÍJEM NEMOCNÝCH	44
5.2 TERAPEUTICKÝ REŽIM	44
5.3 ROLE SESTRY V MOTIVACI	44
5.4 JÍDELNÍ REŽIM	45
5.5 ROLE SESTRY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	45
II PRAKTICKÁ ČÁST	47
6 CÍLE PRÁCE A METODIKA	48
6.1 HLAVNÍ CÍL A DÍLČÍ CÍLE PRÁCE	48
6.1.1 Dílčí cíle	48
6.2 METODIKA VÝZKUMU	48

6.2.1	Charakteristika respondentů.....	48
6.2.2	Metoda sběru dat	48
6.2.3	Popis dotazníku	49
6.2.4	Organizace šetření	49
6.2.5	Zpracování získaných dat	50
7	VÝSLEDKY VÝZKUMU	51
8	DISKUSE.....	74
9	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	80
	ZÁVĚR	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	82
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ, ZKRATEK A CIZÍCH SLOV	85
	SEZNAM OBRÁZKŮ	88
	SEZNAM TABULEK	89
	SEZNAM GRAFŮ.....	90
	SEZNAM PŘÍLOH	91

ÚVOD

Pouchy příjmu potravy (PPP) patří k nejhůře uchopitelným a velice záhadným onemocněním, které se řadí do psychiatrických diagnóz. Kromě psychiatrické diagnózy má toto onemocnění často těžké následky a komplikace, které však zasahují i do tělesného zdraví člověka, a proto je důležité se tomuto onemocnění více věnovat. Při přístupu k tomuto onemocnění je důležitý biopsychosociální model, ve kterém je zahrnut vývoj, osobnost, rodina, sociokulturní zázemí a rysy člověka. V posledních letech se toto onemocnění rozrůstá a nejčastěji jsou jim zasaženy mladé ženy a dívky v adolescentním věku.

Téma poruch příjmu potravy jsem si pro moji závěrečnou práci vybrala především proto, že se mi jeví tato problematika v 21. století více aktuální téma než kdy dříve a je proto důležité, aby se o ni mladí lidé zajímali, nebo alespoň věděli, co tohle onemocnění obnáší. Jedná se nejen o aktuální téma, ale především o velice závažné onemocnění, které postihuje celý organismus a může vést k fatálním následkům. Díky rychlému nárůstu sociálních sítí a mediím jsou nejen mladí lidé vystavováni velkému tlaku na svůj zevnějšek, kdy je jim podstrkován určitý ideál krásy jako základ úspěchu.

Co se týká poruch příjmu potravy, a to především mentální anorexie a bulimie se nejčastěji mluví ve spojitosti s právě mladými, dospívajícími lidmi, nejčastěji ženami. Dospívající generace je více náchylnější v ovlivňování zejména pro to, že mnoho dospívajících lidí stále hledá samu sebe a má touhu zapůsobit na své okolí. (Novák, 2010, s.16)

Cíl bakalářské práce byl zjistit informovanost mladistvých o poruchách příjmu potravy. Dílčími cíli práce dozvědět se, zdali dotazující respondenti ví, o jaké onemocnění se jedná a zdali chápou, co tato onemocnění obnáší. Dalšími cíli práce bylo zjistit informovanost o příčinách poruch příjmu potravy, dozvědět se, kdo podle respondentů těmito poruchami nejčastěji trpí, zda mají respondenti již nějakou zkušenost s poruchami příjmu potravy (u sebe nebo v okolí), a nakonec zjistit, jestli jsou respondenti se svým tělem spokojeni a zda již drželi kvůli vzhledu dietu. Předložená práce pro ošetrovatelskou praxi slouží jako náhled zdravotníků do prostředí mysli mladistvých, aby se mohli lépe zorientovat jak v rizikových faktorech onemocnění, tak v péči o tyto pacienty, která je rozdílná od jiných tělesných onemocněních.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘIJMU POTRAVY

Mezi poruchy příjmu potravy patří zejména mentální anorexie a mentální bulimie. Obě tyto poruchy jsou si velice podobné a je pro ně charakteristické úsilí o dosažení štíhlosti, které je spojené s omezováním energetického příjmu a současným zvyšováním energetického výdeje. Nemocné provází strach z tloušťky, nadměrná pozornost jídlu, vlastnímu vzhledu a váze. Tito nemocní se neustále pozorují, snaží se hubnout nebo nepřibírat. (Krch, 2010, s. 25). V souvislosti s tímto onemocněním se vyskytuje i sebevražedné jednání. Přesněji asi u 3-20 % u mentální anorexie a 25-35 % u mentální bulimie. (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015).

Mentální anorexie a mentální bulimie začínají nejčastěji na přelomu školního a adolescentního věku, a to převážně u dívek, kdy dochází k výraznému a rychlému úbytku tělesné hmotnosti, kdy nemocní přijímají v malém množství potraviny s nízkou kalorickou hodnotou. Pacienti nejčastěji za vznikem onemocnění udávají různé důvody a motivace, např., že si vzali příklad z modelek, hereček, že se jim ve škole smáli kvůli váze. Nejčastěji se jedná však o děvčata nadprůměrně inteligentní, s výborným prospěchem ve škole a většinou z rodin s vyšší sociální úrovní. (Kříž, 2000, s. 92-95). Základním prvkem pro prevenci vzniku PPP by měla být nejen rodina, ale i škola. Měla by jim poskytnout základní informace o PPP a vést žáky ke zdravému životnímu stylu a podporovat správné klima ve školním kolektivu. (Marádová, 2007, s.22-23)

Na druhé straně se v dnešní době setkáváme také s druhou stranou extrému – obezitou. Nadváha a obezita jsou stavy charakterizované nadměrným hromaděním tuku v tukové tkáni a stejně tak, jako u AN a BN se k jejich hodnocení používá BMI. Dospělý s BMI mezi 25-29,9 se považuje za člověka s nadváhou, zatímco dospělí s BMI vyšší než 30 jsou klasifikováni již jako obézní. U dětí a dospívajících je BMI upraveno podle věku a pohlaví a udává se jako percentil. (Stein, c2015, s.366)

1.1 Statistika a prevalence poruch příjmu potravy v ČR v období 2011-2017

Ambulantní péče

V roce 2017 bylo v psychiatrických ambulancích léčeno s diagnózami poruch příjmu potravy (F50.0 - F50.9) 3 731 pacientů, kdy 90 % pacientů tvořily ženy. 37 % z pacientů byli pacienti, kteří se s tímto onemocněním léčily poprvé.

Při přepočtu na 100 000 obyvatel v daném kraji se nejvíce pacientů léčilo na území Prahy (114,6 pacientů na 100 000 obyvatel), a to 3,1krát více než byl průměr celé České republiky (35,2)

Lůžková péče

V roce 2017 bylo v lůžkovém psychiatrickém zařízení evidováno 454 hospitalizací pro poruchy příjmu potravy. Mentální anorexie (F50.0) tvořila téměř 65 % hospitalizací, mentální bulimie (F50.02) tvořila více než 13 % a diagnóza atypická mentální anorexie (F50.1) tvořila téměř 13 % z celkových hospitalizací. Ostatní diagnózy poruch příjmu potravy tvořily necelou desetinu hospitalizací.

Během sledovaného období v roce 2011-2017 se počet hospitalizací pro diagnózu poruch příjmu potravy zvýšil z 339 hospitalizací (v roce 2011) na 454 (v roce 2017), kdy častěji byly hospitalizovány ženy.

V roce 2011 byl podíl hospitalizovaných pacientů s diagnózou mentální anorexie 63 %, a v roce 2015 byl podíl téměř 64 % a do roku 2017 zůstává téměř stejný. Podíl hospitalizací s diagnózou mentální bulimie v letech 2011-2017 klesl z 20 % v roce 2017 na 13 %.

V přepočtu na 100 000 obyvatel daného kraje bylo v roce 2017 nejvíce hospitalizací evidováno v Ústeckém kraji (5,5 hospitalizace na 100 000 obyvatel), Středočeském kraji a Vysočině (5,3 hospitalizací na 100 000 obyvatel). Nejméně hospitalizací bylo evidováno v Plzeňském kraji (2,6 hospitalizace na 100 000 obyvatel).

Průměrná ošetrovací doba v období 2011-2017 se pohybovala mezi 35-42 dny), kdy nejdelší ošetrovatelskou dobu v roce 2017 vyžadovala léčba mentální anorexie.

V roce 2017 tvořily necelou čtvrtinu hospitalizací pacienti s diagnózou poruch příjmu potravy ve věku do 15 let. 39 % hospitalizací tvořili pacienti ve věku 15-19 let a téměř pětina z celkového počtu hospitalizací tvořila skupina pacientů ve věku 20-29 let. K nejvyššímu nárůstu hospitalizací v porovnání roku 2011-2017 došlo u pacientů s věkovou kategorií 10-14 let. Největší pokles byl zaznamenán u věkové skupiny 15-19 let. (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018, s.1-12)

1.2 Rizikové faktory poruch příjmu potravy

Na rozvoji poruch příjmu potravy (zejména mentální anorexie a mentální bulimie) se podílí celá řada faktorů. Souvislost a vliv na toto onemocnění má nejčastěji držení diet. Na počátku problému je redukční dieta. Většina studií prokázala, že redukční diety významně zvyšují

riziko vzniku PPP (poruch příjmu potravy). Krch uvádí, že v průměru 30 % redukčních diet během jednoho až dvou let přechází na „patologickou dietu“. U žen, které drží dlouhodobě takové diety dojde u 20-30 % k rozvoji PPP. Onemocnění se považuje za nemoc středních a vyšších vrstev. Svoji roli u vzniku PPP sehrály jistě i známé osobnosti, z historie například Alžběta Rakouská neboli Sissi, herečky Audrey Hepburnová a nespočet dalších hereček a modelek. (Krch, 2010, s.57-58)

1.2.1 Biologické faktory

Mezi rizikový faktor, který nelze změnit a má podíl na vzniku poruch příjmu potravy patří **pohlaví**. Ženy jsou náchylnější na onemocnění poruch příjmu potravy, ale také jsou náchylnější na riziko onemocnění úzkostnými a depresivními poruchami, což může být další z faktorů. PPP onemocní 27 % mužů, kteří jsou homosexuálně nebo bisexuálně zaměřeni. Pokud se bere v úvahu pouze mentální bulimie procento onemocnění u mužů je až 42 %. (Papežová et al., 2010, s.36-37). V různých studiích, o který Krch mluví se zastoupení mužů s onemocněním mentální anorexie pohybuje mezi 0-15 %. Jedním z důvodů, proč nejsou muži onemocněním natolik ohroženi, může být i ten, že mužům oproti ženám nevadí tolik tloušťka a nedrží tak redukční diety. Chlapci v období dospívání totiž oproti dívkám, které přibírají právě na tělesném tuku, přibírají na svalové hmotě a tím se přibližují ideálu krásy. Dívky samy o sobě jsou více nejisté, mají větší zájem o úctu a oblíbenost a mají nižší sebevědomí než chlapci. (Krch, 2010, s.59).

Dalším z rizikových faktorů je **etnický původ**. PPP jsou častěji vnímány u bílých dívek než u žen tmavší rasy. Ve studii, která probíhala v USA výsledky naznačovaly, že například Afroameričanky jsou se svými těly spokojenější a méně často drží redukční diety, a o i přes to, že jejich BMI je průměrně vyšší. (Papežová et al., 2010, s.37-38).

Mezi další rizikový faktor, který nelze ovlivnit, ale je proměnlivý, patří **věk**. Typické období, kdy dochází ke vzniku onemocnění je puberta a dospívání. S tím souvisí i hormonální, tělesné a sociální změny v tomto období. Jedinci v dospívání jsou citlivější, vnímavější a zranitelnější. Jedinci jsou ve stresu či nejistí, a z toho vznikají stavy úzkosti a deprese. Pro mnoho děvčat v tomto věku není cílem normální váha, ale vyhublost. Zejména předčasně fyzicky vyvrálejší dívky bývají menšího a silnějšího vzrůstu než jejich vrstevnice. S dospíváním souvisí separace od rodiny a okolí, což může vést ke změnám stravovacích návyků a dále pak k rozvoji PPP. (Krch, 2010, s.60-61), (Papežová et al., 2010, s.37-38)

1.2.2 Osobnostní faktory

Souvislost se vznikem PPP mají i určité osobnostní rysy. Jsou to jedinci, kteří jsou hysteričtí, přecitlivělí, egocentričtí nebo jedinci se sociální fobií. Riziko vzniku onemocnění zvyšuje negativní hodnocení sebe sama a nedůvěra v sebe. Onemocněním nejčastěji trpí ti jedinci, kteří mají úzkostné stavy, jsou rigidní, vyhýbaví, jsou to perfekcionalisté, trpí nadměrným sebezpozorováním a sebekontrolou, a mají obsedantní rysy. Do klinického obrazu jsou poruchy ve vnímání vlastního těla a z toho plynoucí diety. (Krch, 2010, s.62-63), (Papežová et al., 2010, s.38-41), (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s.119-120)

1.2.3 Ostatní rizikové faktory a vlivy na vznik PPP

Velký vliv na vznik onemocnění má okolí. První faktory, které jedince ovlivňují je jeho rodina. Uvádí se, že výskyt PPP v rodině, zejména u nejbližších příbuzných ženského pohlaví, má velký vliv na vznik onemocnění daného jedince. Je zde určité procento vzniku PPP mezi sourozenci, a ještě větší procento při vztahu matky a dcery. Mnoho anorektiček uvádělo, že při dodržování diet současně dodržovala stejné stravování i matka. Je důležité, jaký postoj zaujímá rodina v oblasti jídla, tělesného vzhledu a váhy. Záleží na formování stravovacích a pohybových návyků a životního stylu. Někteří autoři udávají, že za vznik onemocnění mohla přehnaná kritičnost rodičů, nedostatek péče, empatie a lásky. (Krch, 2010, s. 63)

Mezi další rizikový faktor patří společnost a kultura. Mnoho autorů udává, že kultura se rychle mění a tím se mění i ideál krásy. V dnešní době se oslavuje štíhlost a sebekontrola. V našem okolí se setkáváme čím dál častěji s kultem a ideálem krásy, který nám naznačuje, že i mírná nadváha je škodlivá a poukazuje nám, že jediný způsob, jak dosáhnout úspěchu je štíhlost. Módní přehlídky, časopisy a televize na nás hrnou tento ideál a je tedy vyvíjen mediální tlak, kdy nám je dáváno najevo, že pouze štíhlý jedinci s nízkou tělesnou váhou mohou být úspěšní a šťastní.

Na vznik PPP se podílí celá řada faktorů a nejčastěji tímto onemocněním trpí jedinci, u kterých se sejde více faktorů najednou. Například držení redukční diety, stres v okolí, šikana a posměch ve škole, nadměrné cvičení a věnování se sportu nebo problémy v rodině. Na vzniku onemocnění se mimo jiné také podílí velké životní události, které jedince nějakým negativním a traumatickým způsobem ovlivnily. (Krch, 2010, s. 61-65), (Papežová et al.,

2010, s.38-41), (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 13-17, s.41-50, s.64-68), (Novák, 2010, s.45-47)

1.3 Diagnostika PPP

Včasná diagnostika PPP je velice důležitá a má velký vliv na úspěšnost léčby. PPP představují spektrum nemocí vyskytujících se od dětství až do dospělosti. Nejčastěji se s těmito onemocněními setkáváme u adolescentů a mladých dospělých. Výjimkou ale nejsou ani výrazně mladší nebo starší pacienti. V současnosti Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje dvě základních diagnózy, a to právě mentální anorexii a mentální bulimii. (Papežová et al., 2018, s.136)

V první řadě se zabýváme osobní anamnézou. Zajímá nás onemocnění, školní prospěch, emocionální stav, traumata, zájmy a osobnost. Zjišťujeme rodinou anamnézu pro zjištění, zda se nemoc v rodině již projevila. Stejně tak nás bude zajímat farmakoterapie a gynekologická anamnéza. Zaměříme se na menarché a na pravidelnost cyklu. Sociální anamnéza je důležitá pro pohled do rodinných vztahů, zaměstnání a okolí, jako je škola nebo přátelé. Budeme se zajímat o změny hmotnosti za posledního půl roku, o nutriční anamnézu a cvičení. (Papežová et al., 2018, s.557-558)

Dalším ukazatelem pro PPP slouží Queteletův index hmoty těla neboli body mass index – BMI = tělesná váha (kg) / tělesná výška (m)², kdy se norma pohybuje v rozmezí 20-25. Hodnoty indexu pod 17,5 jsou již patologické. (Kříž, 2000, s. 92-95)

K dalším vyšetřením řadíme laboratorní vyšetření: odběry krve, moči (zda se projeví oligurie), měření tělesné váhy a výšky, fyziologických funkcí, celkový vzhled, stav vlasů, kůže a nehtů a tělesná teplota. (Kříž, 2000, s. 92-93), (Papežová et al., 2018, s.558-559)

V klinické praxi se pro diagnostiku MA a BN používají diagnostická kritéria MKN-10. MA je charakteristická úmyslným snižováním váhy a vyskytuje se u 90-95 % dosívajících dívek a mladých žen. V 5-10 % se vyskytuje u mladých chlapců a mužů, nebo u dětí před pubertou a starších žen. Pro stanovení diagnózy je nutné splnění všech diagnostických vodítek, které ukazuje obrázek č.1 a obrázek č. 2

(a) Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Queteletův index hmoty těla (body mass index): $BMI \text{ váha (kg)}/\text{výška (m)}^2$ je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nespĺňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
(b) Pacientka si snižuje váhu sama dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
(c) <i>Specifická psychopatie</i> : přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podváze, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení podváhy.
(d) <i>Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy</i> : u žen amenorea (dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí), u mužů ztráta sexuálního zájmu.
(e) Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarché může být opožděna.

Obrázek 1 – Diagnostická kritéria MKN-10 pro AN

(a) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
(b) <i>Snaha potlačit kalorický účinek jídla</i> jedním (nebo více) způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, u diabetických pacientů manipulací s inzulínovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát.
(c) <i>Specifická psychopatie</i> : chorobný strach z tloušťky, váhový práh nižší než premorbidní váha (optimální či zdravá).

Obrázek 2 – Diagnostická kritéria MKN-10 pro BN

(Papežová et al., 2010, s.126-127)

Specifické rysy pro MA popsala v roce 1973 Hilde Bruchová a to: narušené uvědomování si vlastních pocitů, tělesného schématu a pocitu vnitřní neefektivnosti.

Pro detekci MA a MB existuje škála známá jako EDI (Eating Disorder Inventory), nyní rozšířená EDI 2. Škály jsou zaměřené na specifické osobnostní a behaviorální rysy.

- nutkání být štíhlý, zaměření se na hubnutí a diety
- bulimie
- tělesná nespokojenost
- neefektivita (pocit celkové nejistoty a bezcennosti)
- perfekcionalismus
- interpersonální nedůvěra (nechtít vytvářet blízké vztahy, oslabení emocí vůči ostatním)
- narušené interceptivní cití (snížená schopnost orientovat se ve vlastních pocitech a emocích, včetně pocitu hladu a chuti)
- strach před dospělostí

- askektizmus (snaha o nadměrnou kontrolu sebe sama, zejména tělesných potřeb)
- impulzivní regulace (tendence k impulzivitě, závislosti a sebedestructivnímu chování)
- sociální nejistota

K testování vztahu k vlastnímu tělu a somatoformní disociace se používá dotazník BAT (Body Attitude Test) a SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire), který se používá ve výzkumných pracích na Psychiatrické klinice v Praze. Porucha vnímání vlastního těla může souviset s necitlivostí vlastních potřeb jako je hlad, únava, bolest a další signály, což může vést k rozvoji PPP. (Papežová et al., 2010, s.93-94).

K dalšímu posouzení můžeme použít zobrazovací metody jako je EKG, CT, EEG, UZ. SPECT, PET, MR. Pro posouzení lze použít i škály pro poruchy příjmu potravy jako je například Test postoje k jídlu. (Papežová et al., 2018 s.528-533)

1.4 Komplikace PPP

Poruchy příjmu potravy mají celou řadu následků a komplikací na tělo jedince. Jedná se nejen o psychické problémy, ale také tělesné a sociální, kdy nemocní ztrácí zájem o své přátele a své zájmy. Některé následky mohou být tak vážné, že ohrožují život jedince a může dojít až k úmrtí. Mortalita u pacientek s AN je až 30x vyšší oproti zdravým ženám stejného věku. (Papežová et al., 2018, s.181)

1.4.1 Fyzické komplikace

Kardiovaskulární systém

Kardiovaskulární onemocnění zodpovídá společně s rozvojem maligní arytmie a srdečního selhání za třetinu úmrtí pacientek trpícími tímto onemocněním. Typické jsou bradykardie, hypotenze, změny na EKG, snížení sérového albuminu pod 36 g/l a snížení glykémie. Může dojít k dehydrataci a následným poruchám elektrolytové rovnováhy (hypochloremie, hypokalemie, hypokalcemie, hypomagnezemie), nebo arytmiím, které mohou nemocné přímo ohrožovat na životě. Vlivem hladovění dochází k snížení hmoty myokardu, abnormalitám systolické a dyastolické funkce, změny tepové frekvence a snížení maximální spotřeby kyslíku. U nemocných se mohou objevovat otoky, bolesti břicha a nadýmání. Dehydratace vede k retenci soli a oligurie a s tím dále související renální komplikace. U pacientů s AN se abnormality v kardiálním systému vyskytují až v 86 %.(Papežová et al., 2010, s.170-176), (Papežová et al., 2018, s.181)

Gastrointestinální systém

U pacientů dochází k fyziologickým změnám, které udržují nebo zhoršují symptomy. Objevuje se hypomotilita celého GIT, zpomalování pasáže a může docházet i k abnormální motilitě jícnu, kde se mohou projevit lehké zánětlivé změny. V oblasti žaludku dochází k opožděnému vyprazdňování a následným pocitem sytosti a plnosti. U nemocných je častá ztráta dávicího reflexu a může se objevovat spontánní gastroezofageální reflux, který se někdy může objevovat v těžkém stupni. (Papežová et al., 2018, s.270-271).

Vlivem častého zvracení u MB může docházet k poškození hltanu a ve vážných případech může dojít i k poranění jícnu. Může se objevovat krvácení, zanícení a zhrubnutí hlasu.

Pokud nemocní užívají opakovaně laxantiva, vzniká dehydratace a následná obstipace. Časem mohou vznikat různé intolerance (např. na lepek), potravinové alergie nebo hypersenzitivita. (Cooper, 2014, s.36-37), (Papežová et al., 2010, s. 229-232)

Co se týká tenkého a tlustého střeva, pacienti s mentální anorexií mívají prodloužený tzv. transit time, kdy chybí migrující motorické komplexy. Může se objevit syndrom komprese duodena horní mezenterickou arterií, který vzniká změnou anatomických poměrů při rychlém a velkém úbytku na váze. Tento syndrom má za následek chronické gastrointestinální obtíže, které se projevují bolestmi břicha, tlaku, nadýmání, pocitem plnosti a zvracením natráveného

obsahu. U jater se můžeme setkávat s elevací transamináz (jaterních enzymů) při jaterní steatóze (ztučnění jater) jako následek hladovění. (Papežová et al., 2018, s.271-274)

Endokrinní systém

Tyto komplikace vznikají u MA. Hlavním příznakem je porucha menstruačního cyklu až amenorea. Další komplikace je hypogonadismus (opožděná puberta) a s tím související nízké hladiny luteinizačního a folikuly stimulujícího hormonu. Hladina kortizolu v plazmě je zvýšená. Hormony T3 a T4 jsou sniženy, ale jejich substituce je kontraindikována z důvodu přirozené obrany lidského těla. (Krch, 2004, s.98-99)

Neurologický systém

Jedná se o následky nedostatku makroživin (bílkoviny, cukry a tuky) a minerálové disbalance či mikroživin (vitaminy, stopové prvky). To může vést k neuropatiím, slepotě, epileptickým záchvatům a demenci. Následkem minerálového rozvratu nemocné prožívá nevolnost, zvracení, somnolence, křeče svalů, neklid, dezorientace a hyporeflexie či hypereflexie. Objevuje se svalová slabost a tonické křeče. Vzácně se může projevit i insomnie. (Papežová et al., 2010, s.223-225, s.260)

Kosterní systém

U pacientů trpících AN je jedním z následků útlum osteoblastogeneze a kostí novotvorby. Vzniká úbytek kostní dřeviny a pacienti jsou náchylnější ke zlomeninám. Proto je častou komplikací u těchto pacientů osteoporóza. (Papežová et al., 2010, s.235-242)

Renální systém

Postižení ledvin a metabolické abnormality patří k nejzávažnějším komplikacím u PPP. Metabolické odchylky souvisí nejen s nedostatečným příjmem iontů ve stravě, ale také s opakujícím se zvracením a abúzem diuretik a laxativ. Nejčastější změnou je hypokalemie, která je jedním ze základních rysů objeví v laboratorních hodnotách. Hypokalemie je způsobena nejen ztrátou stolice a moči vlivem laxativ a diuretik, ale také metabolickou alkalózou, která je způsobena zvracením a následným vylučováním kalia močí. Při velmi nízké hodnotě kalia pak dochází k paresteziím, svalovým slabostem, poruchám srdečního rytmu až asystolie a k problémům s dýcháním. (Papežová et al., 2018, s.348)

Respirační systém

U pacientů postižených onemocněním bylo zjištěno, že trpí nadměrným zadržováním vzduchu v plicích (air trapping). Dochází k oslabení dýchacích svalů. Také se snižuje minutová ventilace a dochází k povrchovému dýchání. I přes to, že pacienti mívají sekundární imunodeficit, infekčních plicních komplikací se vyskytuje poměrně málo. (Papežová et al., 2010, s.246-248)

Reprodukční systém

PPP má u žen velký dopad na reprodukční systém z důvodu časného onemocnění. 90 % dívek a žen, u kterých PPP vypukne jsou právě v adolescentním a reprodukčním věku. Poruchy reprodukčního systému lze rozdělit do tří základních funkcí.

- Poruchy menstruačního cyklu až amenorea (třikrát za sebou chybějící menstruace) a porucha sexuality
- Poruchy fertility a patologický průběh těhotenství
- Poporodní průběh a chování, zdraví matky a plodu, kojení

U některých dívek může dojít až k infertilitě (neplodnosti). (Papežová et al., 2010, s.211-215)

U žen trpícími PPP jsou rozdíly v sexualitě. Pacientky s AN bývají rezervované a hlubším partnerským vztahům se vyhýbají. Oproti tomu pacientky s BN se nijak zvlášť v sexualitě neliší od zdravých jedinců. Někdy je dokonce popsán sklon k promiskuitě. (Papežová et al., 2018, s.230-235),

Kožní systém

Kožní komplikace vyplývají z hladovění, zvracení nebo dehydratace. Ovlivňuje je také užívání laxantiv, diuretik, apod.).

Nejčastěji nemocní trpí xerosis cutis (šupinatěním kůže), převážně v oblasti paží a zad, a vzniká v důsledku snížené funkce mazových žláz. Vyskytuje se akné, hyperpigmentace nebo pruritus. Vzniká karotenodermie - kůže je žlutooranžové barvy, nejvíce patrné na dlaních, ploskách nohou, pažích a v axilách (není patrné na očních bělmech). Vzniká v důsledku vysokého příjmu potravin s vysokým obsahem karotenu jako je rajče nebo špenát. Objevuje se akrocyanóza související se zimomřivostí. Nejvíce patrná je na ruce a nohou, kdy je kůže zabarvená do fialova a je chladná. Objevuje se purpura – tečkovité petechie kolem očí a úst.

Zadržováním soli pak vznikají edémy. Ve vlasech a obočí se mohou objevovat lupy. Častým příznakem je pak lanugózní ochlupení (jemné chmýří), které je patrné nejvíce na zádech, břiše a v obličeji. Vzniká alopecie, kdy vlasy řídnu a ve velkém množství vypadávají. Nehty se lámou, jsou křehké. Nehtová lůžka mohou být miskovitě vpáčené, vzniká edém a začervenání. Objevují se praskající zarudlé koutky úst, za které může často vomitus. Na sliznicích jsou přítomny afty a jazyk je povleklý. Zuby mohou mít porušenou sklovinu, což je následek opakovaného zvracení, kdy se zuby setkávají opakovaně se žaludečními šťávami. Po zvracení pak nemocní mají potřebu zuby si čistit, což zuby dále poškozují. Zuby mají tendenci se více kazit nebo vypadávat. Opakované zvracení pak může dále poškozovat hltan. Může také docházet ke zbytnění slinných žláz. (Papežová et al., 2010, s.251-254), (Papežová et al., 2018, s. 304-309)

Neurologické komplikace

Pacienti trpící PPP často mívají bolesti hlavy, jsou slabí, cítí únavu. U pacientů se setkáváme s poruchami senzoričkových funkcí, poruchy vizu, poruchy rovnováhy a čítí, poruchy spánku a bdění, záchvatovitými stavy, dysfagií a poruchami vědomí. (Papežová et al., 2018, s. 254-266)

1.4.2 Psychické a sociální následky a komplikace

Je nutné upozornit, že psychické a sociální následky pacientů s PPP je těžké zhodnotit.

Například MA velmi ovlivňuje osobní i společenský život nemocné. Postupně nemocní ztrácí zájem i o okolí, uzavírají se do sebe. Čím více se problémy stupňují, tím narůstá sebestřednost a celkové neuspokojení. Na počátku i konci MA panuje nejistota a nízké sebehodnocení. To pak může následně vést k depresím. Nemocní se mohou cítit znechuceni sami sebou z neuspokojivého výsledku, mohou být podráždění, apatičtí, a to může vést k vyhýbání se společnosti a pocitu beznaděje. Úzkost je vázána na tělesný vzhled, váhu a jídlo. Žijí v napětí, že selžou a z toho ústí stres a následné fyzické obtíže jako je bušení srdce nebo podráždění žaludek. Zdrojem nedorozumění ve společnosti a problémů je skutečnost, že při pohledu na odmítání jídla a nápadnou vyhublost, společnost a okolí o ně má obavy a chtějí jim pomoci. Nutí je pak do jídla, což je nemocným nepříjemné, a proto se raději společenským akcím vyhýbají.

Malé problémy se jim zdají být neřešitelné a nespokojenost se prohlubuje. Mají potřebu mít vše srovnané a uklizené, proto se často nadměrně věnují domácím pracím. Přestávají se orientovat ve svých vnitřních pocitech hladu a sytosti, a ztrácí regulační funkci. Jejich pozornost a koncentrace se zhoršuje, zabývají se pouze jídlem, ztrácí se smysl pro humor. Zájem o okolí se snižuje, společenských kontaktů ubývá a přibývá konfliktů s okolím. Anorektici často vaří a sbírají recepty a mají potřebu kontrolovat stravování okolí. (Krch, 2010, s.47-50)

1.5 Léčba PPP

Vzhledem k tomu, že AN a BN jsou charakterizovány jako poruchy chování a pacienti se pro hladovění rozhodli sami, musí být léčba založena na přesvědčení, že stravovací návyky pacientů nejsou vhodné a mohou být nebezpečné. (Zlatohlávek a kol., 2016, s.297).

Léčba PPP vyžaduje odbornou léčbu a pacienti musí mít trpělivost sami se sebou. Musí mít odvalu, pevné rozhodnutí, motivaci a je nutné mít důvěru k odborníkům. (Švédová, c2012, s.4)

Základem úspěšné léčby PPP je včasná diagnostika a zhodnocení stupně psychického, somatického a sexuálního vývoje a diagnostika přidružených chorob. Léčba musí být komplexní s individuálním přístupem ke každému klientovi. Nabídka léčebných postupů PPP s kombinací hlavně s psychoterapeutickými přístupy je velká. Důležité ale je, aby byla léčba komplexní a byl zachován individuální přístup k pacientům, který se řídí potřebami klienta. (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 13-17, s.54), (Papežová et al., 2010, s.138-139)

Při léčbě poruch příjmu potravy obecně, tedy i při léčbě mentální anorexie, musíme brát v potaz, že většina pacientů k lékaři přichází pro to, aby vyhověli své rodině a okolí a mohli dokázat, že jejich obavy jsou přehnané. Postoje těchto pacientů jsou velmi podobné zneužívaných pacientů nebo závislých. Na začátku léčby je pro to důležité, vytvořit mezi terapeutem (terapeutickým týmem) a pacientem kvalitní vztah. Terapeutův primární úkol je zajistit dostatek informací, podpory a motivace, které přispějí k léčbě a další spolupráci. (Papežová et al., 2010, s.288).

Obecná léčba PPP by měla podle Procházkové a Ševčíkové (2017) splňovat následující tři cíle:

- Léčbě dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží (vliv opakovaného zvracení, zneužívání laxativ, diuretik a dlouhodobého hladovění)

- Psychoterapie k pochopení příčin onemocnění a zejména k pochopení „role“ nemoci v současném životě klientky
- Psychoterapie, zaměřená na změnu nevhodných jídelních zvyklostí a samotného životního stylu nemocného

Pokud se jedná o lehčí formy PPP je možná ambulantní léčba, nebo léčba v denním stacionáři a centrech. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.)

Denní stacionář

Jedná se o ambulantní sociální sužbu pro akutní i doléčovací péči. Denní psychoterapeutický program trvá každý všední den alespoň 6 hodin. Frakciovaný psychoterapeutický program probíhá jednou či vícekrát týdně a trvá minimálně 3 hodiny v jednom dni. Tento program slouží jako forma následné doléčovací péče. (Papežová et al., 2010, s.298-299), (Papežová et al., 2018, s.461-462).

Denní stacionář je vhodný u vysoce motivovaných pacientů a u pacientů s BMI vyšší než 16. Výhodou je přes den individuální nebo skupinová terapie a v noci domácí prostředí. Důležitá je návaznost na ambulantní péči. V Praze je denní stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy – DSPPPP součástí Centra pro poruchy příjmu potravy. Zahrnuje jak ambulantní, tak lůžkovou složku a zajišťuje tak plynulý přechod mezi formami léčby. Tato léčba trvá minimálně 3 měsíce. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.54), (Papežová et al., 2010, s.300).

Ambulantní péče

Řadí se zde lékařská péče, která souvisí s pravidelnými kontrolami hmotnosti, krve a moči, psychiatrická péče a následná medikace. Do ambulantní péče můžeme dle potřeby zařadit i gynekologa, zubaře, gastroenterologa a další. Patří sem také nutriční terapie s nastolením správného jídelního režimu a psychoterapie. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.54-55). Ambulantní péče je vhodná pouze při dobré motivaci pacienta, kooperativní rodině a krátkém trvání symptomů, a je nutné pravidelně a často kontrolovat tělesnou váhu pacientky (1x týdně). Praktičtí lékaři by pacienty s PPP měli předávat k následné psychologické nebo psychiatrické specializované léčbě. (Papežová et al., 2018, s.460)

Svépomocné skupiny a manuály

Tyto skupiny přispívají k prevenci a přispívají k zdravé výchově v přístupu k jídlu a slouží jako včasná pomoc postiženým. (Papežová et al., 2018, s.453) V těchto skupinách pacienti i

jejich rodiče a partneři mohou najít podporu, motivaci a pocit sociální sounáležitosti. Slouží také k sdílení pocitů a zkušeností a pomohou překonat sociální izolaci. Jedná se spíše o doplňkovou metodu léčby. Svépomocný manuál může sloužit jako motivace k postupným změnám a postojům k sebe sama a je vhodný pro pacienty, kteří nejsou schopni nebo nechtějí využívat kontaktních služeb. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.55).

Rodinná terapie

V léčbě PPP je potřeba pomoci i okolí a rodině pacienta, kteří mohou být onemocněním také negativně ovlivněni. Terapie je zaměřena na obnovu narušených vztahů v rodině, mezi partnery nebo jejich vrstevníky. Práce s celou rodinou je často důležitou a nezbytnou součástí úspěšné léčby. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.55-56).

Může se sem zařadit také vícerodinná terapie, která je koncipována jako jednoletý kurz. Skupina je tvořena několika rodinami pacientů trpících MA. Jeden cyklus trvá 5-6 rodn a jeden z členů rodiny trpí onemocněním PPP. Pacient je v péči jednoho terapeuta, který se spolu s několika dalšími podílí na terapii. Důraz terapie je kladen na komunikaci mezi rodinnými příslušníky a vytvoření pozitivní atmosféry. Je tu prostor pro diskusi a srovnání se s ostatními rodinami a jejich názory. Mohou si poskytovat zpětnou vazbu a najít tak motivaci u jiných pacientů a jejich cestě. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.56-57), (Papežová et al., 2018, s.415-416)

Psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie

Cílem této terapie je porozumět hlubším příčinám daného onemocnění a zejména změna osobnosti a následnému zrádní v oblasti separace. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.57),

Psychofarmakoterapie

Nejedná se o přímou léčbu, ale léčbu podpůrnou. Na mentální anorexii a mentální bulimii totiž žádné léky neexistují. Tato léčba mírní příznaky spojené s onemocněním jako je deprese, úzkost, impulzivita, nutkavé myšlení apod. Do medikací, které jsou v souvislosti s onemocněním nejčastěji podávány se řadí antidepresiva a anxiolytika – tedy léky na stavy úzkosti. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.57), (Papežová et al., 509-514), Cooper, 2014 s.47-48)

Nutriční terapie

Úkolem nutričního terapeuta je obnova zdravé váhy a výživy organismu a navození správných a zdravých stravovacích návyků. (Papežová et al., 2018, s.446). Dalším úkolem

terapeuta je informovat nemocného o zákonitostech problémů spojených s onemocněním, jako je hladovění a přejídání, aj. Terapeut nemocného seznamuje s možnými tělesnými následky při užívání laxativ, diuretik nebo zvracení a naučí pacienta zaznamenávat během terapie data, kterými jsou cvičení, zvracení, váhové změny a jídelní návyky. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.57).

Motivační terapie

Jedná se o krátkodobou terapii, která zahrnuje 4 sezení. Zásady motivačního přístupu jsou důležité převážně v primární péči a lze do nich zahrnout i rodinné příslušníky. Do motivační terapie patří motivační rozhovory, kdy motivace vyplývá z individuálních potřeb pacienta a nejedná se tedy pouze o motivaci z vnějšku od autorit. (Papežová et al., 2010, s.292, s. 321-328).

Důležitá vlastnost zdravotníka v této terapii je vést rozhovor tak, aby pacientům pomohl ke změně a posílil jejich motivaci. Není vhodný nátlak, přesvědčování, kontrola apod. (Papežová et al., 2018, s.383).

K základním principům motivačních rozhovorů patří:

- Snaha o porozumění klientovi, jeho situaci a důvodům jeho současného chování
- Pochopení rozporů mezi tím, jak se pacient chová a tím, co by ve svém životě chtěl
- Podpora sebedůvěry pacienta, optimismu, že změna je možná a je v jeho silách (Papežová et al., 2010, s.292, s. 321-328)

Krch a Švédová, 2013 udávají 5 stádií, kterými si pacienti při motivaci ke změně procházejí:

1. Popření – pacient si neuvědomuje, že má problém a nechce nic měnit
2. Úvahy – pacient je stále nerozhodný, ale již připouští, že má problém a všímá si obtíží, které má s jídelním chováním
3. Příprava – pacient chce změnu, přeje si pomoc, ale není si jistý, co se stane, když se změní jeho jídelní chování
4. Akce – pacient se rozhodl pro změnu, začíná změna chování, věří si
5. Udržení – pokračuje v práci na ozdravování sama sebe a vyhýbá se relapsu (Krch, Švédová, 2013, s. 24-25)

Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Jedná se o účinnou formu terapie, který zahrnuje více různých přístupů. Psychoterapie je například zaměřena na zlepšení tělesného sebepojetí, sebedůvěru, trénink sociálních dovedností a asertivity. Tato terapie se zabývá rozpoznáváním problému, jeho popsáním a následnou změnou chování. Její součástí je zaměřování se na identifikaci zkreslených postojů pacienta k vlastnímu tělu, hmotnosti, jeho myšlenek a pocitů. Příklady postojů: „*Vím, že se na mě vždycky všichni dívají, jestli jsem přibrala.*“, „*Kdybych jedla normálně, přibrala bych hned alespoň 10 kg*“. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.58).

Terapeut by měl být otevřený vůči pocitům a myšlenkám pacienta, být aktivní a zdůrazňovat nezbytnost spolupráce. Jeho úkolem je motivovat pacienta a vést jej k aktivní účasti. Závěry o příčinách a hypotézy terapeut vytváří až na základě empirických zjištění od pacienta. Důležitou roli proto v kognitivně-behaviorální terapii zaujímá sebemonitorování (jídelní záznamy), aktivní nácvik, konfrontace a domácí cvičení. (Papežová et al., 2018, s.405-406)

Hospitalizace

K hospitalizaci pacienta dochází za účelem stabilizovat jeho stav, pokud na to nestačí ambulantní léčba. U AN se nejčastěji hospitalizují pacienti s výraznou podváhou (nejčastěji pod 30% ideální váhy), fyziologickou nestabilitou, děti a adolescenti. U BN většinou hospitalizace není nutná, pokud se nejedná o pacienty se suicidálními sklony v kombinaci s návykovými látkami. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.58-59), (Papežová et al., 2018, s.460)

Hospitalizace probíhá na psychiatrických odděleních, při závažnějších případech na jednotkách intenzivní péče. Hospitalizace má za cíl zlepšit somatický a psychický stav pacienta za týmové spolupráce – psychiatr, psycholog, dietní sestry, zdravotní sestry atd. Procházková, 2017 udává kritéria pro hospitalizace pacienta:

- Velký váhový úbytek (nebo rychlý váhový úbytek)
- Deprese, sebepoškozování a riziko sebevraždy
- Vztahové problémy v rodině
- Ambulantní péče po dvou měsících nepřináší žádoucí výsledky. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.58-59)

V České republice působí centrum Anabell, které se specializuje na sociální pomoc lidem s poruchami příjmu potravy. Poradenství probíhá osobně nebo přes Skype a je určeno pro každého od 12 let. Centrum Anabell uvádí, že přitom: přistupuje ke každému individuálně, kdy se odborník věnuje 60 minut pouze dotyčnému klientovi, poradenství poskytuje zdarma, zachovávají mlčenlivost a důvěrnost, ctí anonymitu a budují vztah založený na respektu. (Centrum Anabell)

V rámci svého působení nabízí jednotlivé služby.

- Internetové poradenství – slouží ke komunikaci pacienta s odborníky, aniž by docházelo k přímému fyzickému kontaktu. Odborník je schopný klientovi poskytnout informace a motivaci a následně jej odkázat na další odborné služby. Výhoda spočívá v možnosti klienta opakovaně si rady přečíst, uschovat a znovu nalézt v jakémkoli prostředí. V internetovém poradenství je možné zachovat anonymitu. Poradenství poskytuje absolvent akreditovaného výcviku v internetovém poradenství.
- Odborné sociální poradenství – jako nástroj pomoci užívá sociální pracovník formy rozhovoru, a to jak individuálního, rodinného nebo skupinového. U individuálního rozhovoru pracovník naslouchá, dotazuje se a zahrnuje prvky motivační terapie a edukace. Sociální pracovník má sloužit jako podpora klientovi, aby na těžkou situaci nebyl sám a neupadnul do izolace od vrstevníků. Poskytuje klientovi cenné rady a pomáhá mu vyplnit prázdný prostor při hledání nebo čekání na odborníky. Tyto služby legislativa umožňuje využívat anonymně.
- Telefonická krizová pomoc – jedná se o tzv. linku Anabell, kterou centrum provozuje od roku 2005. Na této lince se klienti mohou dozvědět vše, co potřebují znát o poruchách příjmu potravy a mají prostor na otázky. Ročně linka Anabell poskytne až 250 krizových intervencí.

Linka dodržuje a ctí tyto zásady:

- Anonymita a důvěrnost – linka nevyžaduje žádné informace, které klient sám nechce sdělovat a dále tyto informace bez klientova souhlasu nebude posouvat dál.
- Rovnocenný přístup – linka respektuje klienta, jeho hodnoty, zásady, důstojnost, rozhodnutí a postoje a nehodnotí jej.

- Podpora aktivního a samostatného řešení vlastní situace – linka nabízí různá řešení, ale jejich konečná volba závisí vždy na klientovi.
- Ochrana života – pokud se jedná o bezprostřední ohrožení na životě, je linka Anabell oprávněna porušit některou z těchto zásad, a to z důvodu záchrany klientova života.
- Korespondenční kurz – jedná se o službu, kterou centrum Anabell poskytuje od roku 2003. Základní téma kurzu je seznámení se s problematikou PPP a následnými vlivy tohoto onemocnění. Jedná se o tematicky a krátkodobě zaměřené poradenství, které probíhá elektronickou komunikací mezi klientem s psychologem/psychiatrem, který klienta při kurzu virtuálně provází. Kurz má 6 oblastí, které si klient může opakovaně a dle potřeb vybírat. Mezi oblasti je zařazeno vždy na prvním místě jídlo v souvislosti s osobností, vztahem, prací, sexem, internetem a vlastním tělem. (Procházková, Ševčíková, 2017, s.59-63),

2 MENTÁLNÍ ANOREIXE – ANOREXIE NERVOSA (AN)

Jedná se o poruchu, která je charakterizovaná úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Nemocní neodmítají jídlo pro to, že nemají hlad, ale pro to, že nechtějí jíst – a často to popírají. U nemocných se může projevat zvýšená pozornost k jídlu. Někteří jedinci rádi vaří, sbírají recepty a studují kuchařské knihy. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s.118).

Jedinci, kteří trpí anorexií jsou většinou se svým tělem oproti bulimikům spokojeni, a uspokojuje je, že se jim daří kontrolovat se v jídle a jsou v tom úspěšní. Proto je pro ně velice těžké vzdát se toho „stylu života“ i ve chvíli, kdy již pociťují závažné zdravotní problémy. (Krch, Richterová, 1998, s.23)

2.1 Diagnostická kritéria AN, znaky

- Aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85% normální tělesné váhy nebo záměrným snižováním váhy o více než 15 % s ohledem na věk a výšku jedince, u starších dívek tomu odpovídá BMI nižší než 17,5 BMI)
- I přes velmi nízkou tělesnou hmotnost přetrvávající strach z tloušťky
- Trvalé myšlenky na jídlo
- Narušené vnímání tělesného schématu
- Endokrinní porucha, u žen se projevuje poruchami menstruačního cyklu až amonoreou (absence menstruačního cyklu), u mužů pak jako potence a ztráta sexuální zájmu
- Pokud onemocnění vzniká ještě před pubertou, puberta je opožděná nebo zastavená. Růst se zpomaluje, nebo zastavuje. Dívám nerostou prsa, u chlapců pak zůstávají dětské genitály (Krch, 2010, s. 25), (Papežová et al., 2010), (Procházková, Ševčíková, 2017, s.8), (Papežová et al., 2018, s.136)

Snížení tělesné hmotnosti dosahuje nemocný tím, že se vyhýbá kalorickým jídlům nebo má nadměrný energetický výdej – např. nadměrně cvičí. Nemocní mohou také užívat různé projímací prostředky, vyvolávat si zvracení nebo užívat jiné prostředky na hubnutí. Dle toho se pak rozlišují dva základní typy MA:

- Bulimický typ – kdy dochází k opakovaným záchvatům přejídání, zvracení a užívání projímadel

- Nebulimický typ – kdy nedochází k opakovaným záchvatům přejídání (Procházková, Ševčíková, 2017, s.9), (Krch, 2002, s.24)

Tělesná váha stoupá s věkem, proto u dospívajících jedinců není jediným ukazatelem BMI, ale tělesný přírůstek. Z toho plyne, že ne všechny děti s BMI pod 17,5 jsou anorektické. Důležitá je nutnost, aby děti s přibývajícím věkem přivíraly i na váze. (Krch, 2010, s.25-26)

Pokud pacient splňuje kritéria značící pro anorexii, kdy rozhoduje jeho vyhublost a zároveň opakovaně užívá projímadla, nebo účelně zvrací, jedná se o bulimický typ mentální anorexie. (Krch, 2010, s.26).

2.2 Příznaky AN

Jídelníček se mění. Mizí z něj kalorická jídla, která jsou příliš vydatná. Nejprve anorektici ze svého jídelníčku vysazují sladkosti a tučná jídla, které se postupně rozšiřuje dále na bílé pečivo, přílohy, maso, knedlíky až nakonec zůstanou potraviny s označením „light“, které si většinou připravují sami. Mění se jídelní režim, kdy nemocní nesní nic navíc nebo vynechávají i hlavní jídla. Nemocní používají častěji výmluvy, proč nejí, objevují se věty typu „nemám čas ani chuť“, udávají, že nejsou zvyklí ráno snídat a nemají na snídani čas. Jejich jídelní tempo a chování u jídla se mění. Vyžadují si nejmenší porci, z jídla pouze uždibují menší kousky, jí velmi pomalu vybírají si, co nesní. V reálu toto chování může vypadat tak, že 20 minut jí malou lžičkou jeden jogurt. (Krch, 2010, s. 29-31), (Paulík, 2017, s.197-199).

Vytvářejí různé rituály během jídla. Oddělují si jednotlivé složky (mrkev, hrášek). Polévky míchají dlouho. Berou si příbory i na jídla, na které se normálně neberou (buchtý), sousta krájí na velmi malé kousky. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s.120).

Mění se také chuť, více solí, pijí kávu, kouří, někdy pijí příliš – aby zahnal hlad a nebo naopak dochází k dehydrataci, kdy nepijí skoro vůbec. Je jim nepříjemné jíst na veřejnosti, pokud je někdo u jídla pozoruje. Při jídle vypadají vyděšeně a napjatě. Často také mluví o tom, kolik toho snědli. Jejich aktivita vzrůstá, mají potřebu dlouhé hodiny cvičit, stále chodit pěšky a nedokážou být v klidu. Jejich schopnost soustředit se se zhoršuje, jsou unavení, apatičtí, podráždění, vyhýbají se lidem, jsou smutní, trpí pocity viny, beznaděje a méněcennosti. (Krch, 2010, s. 29-31), (Paulík, 2017, s.197-199), (Krch, Richterová, 1998, s.18).

Příliš kladou důraz na svůj vzhled, zabývají se svojí postavou, tráví hodně času u zrcadla pozorováním sebe sama. Často se váží či v opačném případě se vážení vyhýbají. Nosí volnější oblečení nebo naopak oblečení, které poukáže na jejich štíhlou postavu. Tématům o jídle se vyhýbají či naopak vyhledávají a o jídle mluví často. Mohou sbírat různé recepty a rádi vařit. Objevuje se obstipace, zimomřivost, poruchy menstruačního cyklu až úplné vymizení menstruace. Po celém těle (především v oblasti brady a rtů) se objevují jemné chloupky, vlasy řádnou a vypadávají, nehty slábnou a lámou se. Ze začátku jsou velice aktivní a společenští, což pramení z jejich radosti z první ztráty hmotnosti. To se časem mění a nemocní se stávají více introvertní, přecitlivělé, soustřeďují se více na sebe a vyhýbají se i rodině. Při pokusech donutit je jíst jsou až hysteričtí, vydírají a mají mnoho argumentů. Často pak podvádí s jídlem jen pro to, aby uspokojili okolí. Anorektici s bulimickým typem anorexie se projevují tak, že jídlo dlouho přežvykují a dokážou jej mít v ústech dlouhou dobu. Nakupují si dobroty, kterým se dříve vyhýbaly, jídlo se ve větším množství ztrácí, při výběru jídel jsou velkorysejší. Často po jídle odbíhají na delší dobu na toaletu, kde si vyvolávají zvracení. Používá různá projímadla nebo diuretika. Ze zdravotních obtíží se objevuje zácpa, zimomřivost a poruchy menstruačního cyklu. (Krch, 2010, s. 29-31), (Paulík, 2017, s.197-199), (Krch, 2002, s.27-28)

U dospívajících dětí může mít podvýživa za následek zpoždění, nebo zástavu tělesného růstu. U dívek se nevyvíjí prsa a u hochů zůstávají dětské genitály. Po návratu k normálnímu tělesnému stavu dochází k dokončení správného vývoje, avšak jedinci mohou zůstat oproti vrstevníkům menšího vzrůstu. U některých dívek dojde k takovému nízkému poklesu tělesné hmotnosti, že dojde k poruchám menstruačního cyklu nebo až k úplnému vymizení. (Krch, 2010, s. 26), (Paulík, 2017, s.200)

2.3 Léčba AN

Léčba MA se řídí všemi ostatními úkoly a cíli, které jsou obecné pro všechny PPP. Kromě komplexních úkolů léčby při PPP, se mohou stanovit další terapeutické cíle AN, které znázorňuje obrázek č.3.

Tab. 2 *Terapeutické cíle při léčbě AN: cílem a podmínkou léčby je především nutriční rehabilitace (Russell a Byrnes, 1998)*

navození normální váhy k obnovení reprodukčních funkcí – menstruace a normální ovulace u žen, normálního sexuálního citění a hormonálních hladin u mužů
navození normálního tělesného růstu a sexuálního vývoje u dětí a adolescentů
zastavení demineralizace kostí
odstranění dalších biologických i psychologických následků malnutrice
psychoedukace o zásadách zdravé výživy a následcích hladovění a diet
stanovení a dosažení „zdravé“ cílové váhy, týdenního nárůstu váhy (součást písemné smlouvy pacientky s terapeutem)
změna maladaptivního myšlení, postojů a pocitů týkajících se příjmu potravy
léčba dalších psychopatologických projevů, poruch nálady, sebehodnocení a chování
podpora rodiny nebo partnerů, poradenství nebo terapie v indikovaných případech
prevence relapsu (realimentace beze změny postojů k jídelnímu režimu má většinou krátkodobý efekt)

Obrázek 3 – Terapeutické cíle při léčbě AN

(Papežová et al., 2010, s. 288-289)

3 MENTÁLNÍ BULIMIE – BULIMIA NERVOSA (BN)

Jedná se o poruchu, kterou charakterizují opakující se záchvaty přejídání spojené s nadměrnou kontrolou hmotnosti. BN obvykle začíná později, než AN (mezi 16.-25. rokem). (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013, s.121-122)

Nemocní trpící bulimií pak dávají velké úsilí a energii do kompenzace přejídání a věnují velkou pozornost své tělesné váze a zabývají se postavou. Mnoho nemocných se souběžně se záchvatovitým přejídáním snaží dodržovat různé diety. Toto záchvatovité přejídání se většinou děje tajně a nemocný pak svému okolí musí často lhát a podvádět. Stejně tak jako u AN můžeme u rozlišit dva základní typy:

- Purgativní typ – kdy nemocný užívá opakovaně pročišťující prostředky (laxantiva, diuretika) a opakovaně zvrací
- Nepurgativní typ – kdy nemocný dodržuje hladovky, přísné diety či pravidelně intenzivně cvičí (Procházková, Ševčíková, 2017, s.9-10)

3.1 Diagnostická kritéria BN, znaky

- Opakující se epizody přejídání (min. 2x/týden po dobu tří měsíců), při kterých je při krátkém časovém úseku zkonsumováno velké množství jídla, přejídání je neovladatelné a impulzivní
- Pocit přejedení je relativní. Někdy se stává, že nemocní sní jen o trochu více jídla, než původně chtěli
- Prožívání je silně ovlivňováno myšlenkami na jídlo
- Pocit ztráty a kontroly je typický
- Každé přejedení je doprovázeno následnými pocity těžkých výčitek, depresí, pocity selhání a pak následuje konzumace v podobě zvracení, užívání laxativ, dietní režim
- Někdy bývá v anamnéze anorexie, nebo intenzivnější omezování v jídle
- Váha může být nízká nebo normální (Procházková, Ševčíková, 2017, s.9-10), (Papežová et al., 2018, s.136)

Typický záchvat přejídání má dva základní rysy: dochází ke konzumaci značného množství jídla a objevuje se pocit ztráty kontroly. (Hall, Cohn, 2003, s.26).

Mnoho nemocných trpících bulimií udává, že jídlo, kterým se záchvatovitě přejídají je většinou to jídlo, co je většinou jejich zakázané. Jedná se tedy nejčastěji o zákusky, dorty, jednoduchá jídla, které se nemusí nijak připravovat. Normálně tento typ jídel nemocní nejí, protože se po nich tloustne. Pokud ale dostanou záchvat, nemohou si pomoci. Když dostanou hlad, místo toho, aby se najedli normálního jídla, které hlad utlumí, sní vše, co je po ruce včetně jídla, které nemají rádi. (Cooper, 2014, s. 16-17)

Záchvatovitě přejídání spouští typické události:

1. Záchvaty týkající se jídla a jeho konzumace

- Porušení pravidel stravování
- Dostupnost jídel, po kterých se tloustne (tedy nebezpečných jídel)
- Pocit plnosti po jídle
- Myšlenky spojené s jídlem

2. Záchvaty, které souvisejí s obavami o váhu a postavu

- Sklíčenost kvůli váze nebo postavě
- Zjištění, že váha je vyšší, než předpokládali
- Pocit tloušťky
- Zjištění, že jejich oblečení je těsné či malé

Po těchto událostech pak uvádí, že mají potřebu se najíst a vzdát to i přes svoji posedlost štíhlostí. To má pak za následek ještě horší psychické rozpoložení.

3. Stavby špatné nálady

- Pocity deprese a sklíčenosti
- Pocity osamělosti
- Pocity izolace
- Pocity hněvu a podrážděnosti
- Pocity úzkosti a napětí
- Pocity strachu (Cooper, 2014, s. 13-19)

3.2 Příznaky BN

Bulimici si vytváří různé rituály spojené s jídlem a fyzickou aktivitou. Můžou si pečlivě aranžovat jídlo na talíři, soustavně jedí a zároveň až nepřiměřeně vzhledem ke svým fyzickým možnostem cvičí. Pozorují se stále v zrcadle a počítají kalorie. Někdy chování bulimiků nesouvisí jen s jídlem. Je pro ně důležité vědět, kde jsou toalety, lžou, vyhýbají se lidem, mají nutkavou potřebu nakupovat a objevuje se u nich kleptomanie. (Hall, Cohn, 1998, s.32).

Nemocní, kteří trpí záchvaty přejídání často uvádějí, že se nedokážou ovládat a pociťují touhu cítit se lépe. Před epizodou přejedení se jedinci cítí ošklivý, zoufalí a bezcenní. Po epizodě se u nich objevuje směs pocitů jako je nadvláda nad sebou, úleva, ale i stud a znechucení. Jedinci také cítí často odhodlání, protože jsou přesvědčeni, že tohle bylo naposledy. Jako kompenzaci přejídání pak jsou nemocní schopni vynaložit velké úsilí v podobě užívání laxantiv, diuretik nebo vyvolávání zvracení. Patří sem také dodržování drastických diet a hladovění. (Cooper, 2014, s. 20), (Hall, Cohn, 2003, s.3-4)

Další kompenzace přejídání jsou diety. První možností je hladovění – kdy je nemocný po delší časový úsek bez jídla. Duhou metodou diety je střídání stravování – tedy snížit příjem potravy s vysokým obsahem kalorií. Třetí metoda diety je pak vyhýbání se tzv. nebezpečným jídlům po kterých se přibírá, nebo přejídání spouštějí. Všechny tři typy dietní metody však v podstatě povzbuzují přejídání. (Cooper, 2014, s. 20)

Ke zvracení dochází většinou po pocitu plnosti, když se nemocní přejí a dostanou strach z tloušťky. Zvracení se děje tajně a v soukromí. Mnoho nemocných dokáže svůj dáivý reflex ovládat vůlí. Někteří nemocní zvrací pouze jednou denně po přejedení, jiní jsou schopni zvracet i desetkrát denně. (Cooper, 2014, s.21-23)

Ke zneužívání laxantiv a diuretik se obrací asi jedna z pěti osob trpících bulímií. Nemocní věří, že jejich užívání zamezí v přibírání na váze, což není správné. Laxantiva působí na dolní část zažívacího traktu a kalorií se stejně do těla stihnou vstřebat. S užíváním laxantiv jsou spokojené komplikace. Při jejich častém užívání je postupem času potřeba užívání větších dávek. Další komplikací nastává zadržování vody v těle a tím následné otoky v oblasti očí, zápěstí a kolem kotníků. (Cooper, 2014, s.23-28)

Bulimici cítí silnou potřebu kompenzovat své přejídání a snížit svou tělesnou hmotnost jakýmkoli možnými způsoby. Někteří užívají prostředky potlačující chuť k jídlu, jiní jsou schopni cvičit i několik hodin denně. (Cooper, 2014, s.13-28).

Přejídání a následné vyprazdňování funguje pro bulimiky jako „lék“, kdy se zbavují stresu. Cítí nutkání a zoufalost a po vyčerpávajícím zvracení nastupuje pocity opojení, čistoty, uvolnění a emoční otupělost. (Hall, Cohn, 1998, s.33-34).

Nemocní pociťují hněv na svou osobu za ztrátu kontroly nad stravováním. Někteří dokonce jako trest nebo naopak k uvolnění napětí (po záchvatu přejídání nebo nutkáním se přejíst) na sobě praktikují sebepoškozování, kdy se mohou trestat řemeny nebo provazy. Někdy se bijí nebo si způsobují řezné rány, kdy některé rány jsou tak závažné, že mohou poškodit i svalovou hmotu. (Cooper, 2014, s. 32-34)

Bulimici trpí často psychickými problémy, jako jsou depresivní symptomy, kdy se cítí být zoufalí a propadají beznaději. Když ztrácí kontrolu nad svým jídlem, cítí se méněcenní a poníženi. To někdy může vést až k sebevražedným sklonům. Až 5 % nemocných, kteří ve Velké Británii docházeli na léčbu se pokusilo o sebevraždu spolykáním nadměrného množství léků. (Cooper, 2014, s. 29-30).

Mívají často problémy s prožíváním a jejich bulimické chování často souvisí se špatnými vzpomínkami, kdy záchvatovité přejídání zatlačí všechny špatné pocity do pozadí a pozornost zamětná konzumace jídla. (Hall, Cohn, 1998, s.29).

U bulimiků je typický jev, že do společnosti chodí pouze v tom případě, pokud jsou spokojeni sami se sebou a vlastním tělem a váhou. Pokud však dojdou znovu k přibírání na váze, jsou schopni se stranit okolí i několik dní a uzavřít se do sebe, protože cítí stud. Mnoho bulimiků tak trpí velkými změnami nálad a je pro to obtížné sehnat si partnera. (Cooper, 2014, s. 32-34).

Další stránkou problémů je finanční stránka. Období přejídání může být pro dotyčné velice finančně náročné a mohou se dostat do dluhů. (Cooper, 2014, s. 31-34), (Paulík, 2017, s.200)

3.3 Léčba BN

Stejně jako u jiných PPP je základ úspěšné léčby kvalitní vztah terapeuta a pacienta. Kromě komplexních úloh při léčbě všech poruch příjmu potravy si v rámci léčbě mentální bulimie mohou stanovit další terapeutické cíle, které ukazuje obrázek č. 4.

Tab. 3 *Terapeutické cíle při léčbě BN*

redukovat přejídání a zvracení
akceptovat stanovenou optimální váhu pro dosažení fyziologické a emoční stability
nastolit pravidelnou a pestrou stravu, minimalizovat držení diet (nutriční poradenství)
volit adekvátní tělesnou zátěž
léčit komorbiditu, osobnostní problematiku, závislost na návykových látkách

Obrázek 4 – Terapeutické cíle při léčbě BN

(Papežová et al., 2010, s. 288-290)

4 OSTATNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Záchvatovité přejídání

Jedná se o poruchu, kdy dochází k opakovaným epizodám záchvatovitého přejídání bez hladovek, vyvolávání zvracení, následného cvičení a užívání projímadel. Během jedné epizody je dotyčný zkonzumovat velké množství potravin, včetně jídel, které mu obvykle nechutnají i přes to, že nemá hlad ani chuť. Dotyční tímto jednáním zahání obvykle strach, nervozitu, nudu, osamělost, zklamání a jiné, nebo naopak je jídlo využíváno jako odměna za úspěch. (Procházková a Ševčíková, 2017, s.11), (Paulík, 2017, s.201)

Noční přejídání

Jedná se o požívání velkého množství jídla ve večerních nebo nočních hodinách. Následným problémem je nespavost a ranní nechutenství. Spouštěčem onemocnění bývá držení diet, stres a tím navozený narušený jídelní režim. (Procházková a Ševčíková, 2017, s.11)

Ortorexie

Neboli ortorexia nervosa. Jedná se o patologickou posedlost zdravou výživou. V řeckém původu se jedná v překladu o „správnou chuť“. V poslední době je tato porucha častější v kombinaci se zdravým životním stylem. Dotyčný se zaměřuje například na speciální biopotraviny a vyhýbá se potravinám s nadměrným množstvím barviv, konzervantů, cukrů, tuků a bílkovin. Toto chování může vést až k sociální izolaci, protože jej nelze všude zakoupit.

(McGregor, 2017, s.17-18), (Procházková, Ševčíková, 2017, s.12)

Drunkorexie

Jedná se o stav, kdy má dotyčný takový strach z přibírání, že omezuje příjem potravy s cílem snížit energii tak, aby následně mohl zvýšit množství přijímaného alkoholu, který je kalorický. Tento druh PPP byl zaznamenán u mladých lidí v USA, kde se udává, že až 30 % mladých dívek vynechává záměrně jídlo, aby následně mohly požit více alkoholu. Pokud však dotyčný nejí a pije pouze alkohol, který se do jater a těla vstřebává mnohem rychleji tak jeho účinky na organismus jsou rychlejší a účinnější. V souvislosti s přijímáním alkoholu

společně s energetickými nápoji pak může docházet k zvýšení TK, srdeční činnosti a snížení schopnosti vnímat únavu. V této souvislosti byly již popsány případy náhlého kolapsu organismu a náhlého úmrtí. (Procházková a Ševčíková, 2017, s.12)

Bigorexie

Nebo také Adonisův komplex. Jedná se o poruchu, která se vyskytuje převážně u mužů, nejčastěji kulturistů. Jde o jistou posedlost, kdy dotyčný vyvíjí nepřiměřenou snahu dosáhnout velké fyzické zdatnosti a svalové hmoty. V souvislosti s tím dotyční zneužívají anabolických steroidů a jiných podobných látek, které přispívají k růstu svalové hmoty v kombinaci s nadmírou cvičení a posilování. Mezi rizika patří vlivem přetěžování těla poškození pohybového aparátu a vlivem nadužívání doplňků stravy a nepravidelné jídelního režimu k poškození trávicího systému, ledvin a jater. (Procházková a Ševčíková, 2017, s.12), (Krch, Švédová, 2013, s.9)

Diabulimie

Jde o výskyt více onemocnění zároveň. Zde se setkáváme s mentální bulimií a diabetem. Vzniká převážně u diabetiků I. typu, kdy jsou nemocní závislí na inzulínu, který snižuje hodnoty glykémie. Inzulin má vliv na ukládání tuků v těle a tím i regulaci hmotnosti. Časem jsou nemocní schopni manipulovat s dávkami inzulínu ve snaze snížit svou tělesnou schopnost. Toto chování sebou nese závažné a život ohrožující komplikace. (Procházková a Ševčíková, 2017, s.13)

Pregorexie

Jedná se o novější poruchu příjmu potravy vyskytující se u žen. Jde o kombinaci anorektické symptomatologie v období těhotenství. Ženy úmyslně v těhotenství snižují svoji váhu, aniž by porucha příjmu potravy byla již v minulosti u ženy zaznamenána. Důsledky tohoto chování mohou být fatální, kdy je ohrožen nedostatkem výživy v průběhu těhotenství nejen plod matky ale i matka samotná. (Procházková a Ševčíková, 2017, s.13)

5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Díky tomu, že se jedná o psychosomatické onemocnění, je vytvoření správného vztahu mezi terapeut, ošetrovatelským personálem a pacientem zásadní. Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy je velice specifická a vyžaduje znalost onemocnění, pochopení změn myšlení a chování, které toto onemocnění nese a schopnost chápat, že jej nelze ovlivnit. Je důležité pochopit, že u těchto nemocných změny chování v souvislosti s jídlem souvisí s jejich emočním vztahem, zvládnutím stresu, určitých postojů a ambicí. Například u pacientů trpících anorexií mnohdy omezení jídla znamená, že zvládají ovládat vlastní tělo a mají tak kontrolu nad svým životem. Cítí se výjimečně a jedinečně, díky štíhlosti získávají pozornost od okolí. Tím si tak zvyšují sebevědomí, které předtím postrádali a nechtějí se tohoto pocitu nyní vzdát. (Papežová et al., 2010, s.148)

Při léčbě a péči o pacienty je nutné brát v potaz, že nemocní nechápu své onemocnění jako problém, ale je pro ně řešení osobních problémů. U anorektiků je postoj k léčbě ambivalentní. Klienti mají strach z tloušťky a přibírání, svou vyhublostí a nápadným vzhledem vyvolávají ve svém okolí strach o jejich zdraví, kdy jim okolí nabízí pomoc. To však anorektici odmítají a jsou k léčbě nuceni. Lékaři a ošetřující personál se tak ocitá v těžké rozhodující situaci. Pokud respektují přání pacienta, netlačí jej do léčby a režimu, a nechávají mu svobodné myšlení, stává se z personálu komplic a vystavují riziko většího ohrožení pacienta. Pokud však lékař a ošetřující personál pacienta do léčby tlačí proti jeho vůli, pacient léčbu a režim bude bojkotovat a nebude spolupracovat. Při léčbě nebude mít pocitu podpory a pochopení, ale tlaku a násilí. Co se týká pacientů s mentální bulimií je léčba snazší. Tito pacienti si většinou svůj problém uvědomují a mají obvykle větší motivaci. U pacientů s BN je vhodné, aby si tak vedli záznamy o svém stravování a svých pocitech před, během i po jídle nebo záchvatu, a následně s těmito záznamy mohly s terapeutky pracovat. Mohou tak zjistit a pochopit jejich spouštěč přejídání, protože doteď na všechny své emoce nereagovaly a řešili je přejídáním. (Krch, Švédová, 2013, s.20)

Při léčbě klientů je nutný pevný terapeutický vztah a zkušenosti terapeuta, protože mnohdy je tato léčba těžká nejen pro klientky, ale právě i pro něj. Klienti často nechtějí spolupracovat, cítí zlost a odpor k léčbě a terapeut mnohdy vynaloží velké úsilí jen s minimální dopadem léčby.

Krch a Švédová (2013) udávají důležité předpoklady rozvoje terapeutického vztahu s klientkou:

- Nalezení možnosti spolupráce, společná dohoda a stanovení terapeutických cílů
- Snaha porozumět obavám klienta, dát mu prostor je pojmenovat a otevřeně o nich hovořit
- Podpůrný postoj terapeuta, který je charakterizovaný důvěrou, empatií, nasloucháním a zároveň i důsledností
- Udržování profesionálního vztahu. Vyhnout se osobním diskusím, vlastním zkušenostem terapeuta, zaručených rad a nepřebírat zodpovědnost za klienta.

Léčba a péče o pacienty s PPP musí být promyšlená a je nezbytné dodržovat stanovená pravidla, terapeutické cíle a standardy, kde je nutná spolupráce celého týmu, který poskytuje klientovi léčbu. Je nutné, aby byla léčbě klientovi vždy poskytována individuálně, „šitá na míru“ a byla komplexní. Primární zhodnocení provádí pediatr nebo praktický lékař, který následně klienta doporučí k další léčbě nebo případné hospitalizaci. Zde se již zapojují psychologové, psychiatři, psychoterapeuti (rodinná terapie, skupinová terapie atd.), nutriční terapeut, všeobecné sestry a někdy sociální pracovník. Dle dalších zdravotních problémů se do léčby zapojují další specializovaní odborníci (internista, gynekolog, gastroenterolog atd.). Při léčbě PPP, a hlavně při závažných formách je důležité v první řadě klientovi nastavit správný stravovací režim a obnovení optimální tělesné hmotnosti. Nikdy by se ale léčba neměla omezovat pouze na vztah k jídlu a tělesnou váhu. Za optimální týdenní přírůstek na váze se považuje 0,5-1,5 kg. (Krch, Švédová, 2013, s.21-22) (Petr, Marková a kol., 2014, s.248)

Formy péče o pacienty s PPP

- Jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy – hospitalizace kompenzovaných pacientů na lůžkovém oddělení po dobu 6-8 týdnů. Léčebný systém je založený na režimové léčbě. Pacienti jsou zde začleněni do terapeutického, jídelního, pracovního a sociálního programu.
- Denní stacionář – pacienti každý pracovní den navštěvují program a pak se vrací domů. Vyvaruje se tak úplného odtržení pacienta z jeho přirozeného prostředí.
- Specializovaná ambulantní péče – kontinuální cílená péče

Pacienti, kteří jsou v ohrožení života jsou hospitalizováni na interních metabolických jednotkách nebo JIP. Pacienti, kteří se pokusili o sebevraždu jsou přijímáni na psychiatrická oddělení a poté mohou být po dohodě zařazeni do jiných forem léčby. (Petr, Marková a kol., 2014, s.249)

5.1 Příjem nemocných

Odebrání anamnézy (lékařské a ošetrovatelské), vstupní odběry, EKG. Je důležité přesné zjištění tělesné hmotnosti, výšky a výpočet BMI. Dle výsledků se pak dále sestavuje jídelníček, denní režim a program pacienta. Při příjmu je důležitý podpis terapeutické smlouvy, kde jsou sepsány pravidla jak pro pacienta, tak pro členy terapeutického týmu, a je zde dohoda na možné cílové tělesné hmotnosti (která musí být normální a zdravá). Při příjmu jsou pacientům odebrány všechny léčivé přípravky, potravinové doplňky, pochutiny, slazené nápoje, potraviny a následně jsou poučeni o zákazu mít jakékoli tyto věci u sebe. (Petr, Marková a kol., 2014, s.248-249)

5.2 Terapeutický režim

Skládá se z psychoterapeutických, relaxačních a tvořivých skupin a s ohledem na aktuální BMI pacienta je odstupňovat ze schopnosti vzít si z jednotlivých terapií užitek. Pacienti si vedou deník, který si sestra čte a může tak poskytovat pacientovi zpětnou vazbu. Terapeutickému týmu pak sděluje zásadní informace. U psychoterapie se pacienti snaží naučit asertivnímu chování, umět naslouchat a komunikovat ve skupině. U relaxační terapie se pacienti snaží zbavovat myšlenek na jídlo a vztahu k jejich tělesným proporcím. (Petr, Marková a kol., 2014, s.249)

5.3 Role sestry v motivaci

V ošetrovatelském přístupu je důležitým prvek zachovat si neutralitu a pozitivní postoj, a mít víru v pacienta, že je ochotný změnit své patologické vzorce chování. Role sestry je posilovat jejich svobodnou vůli a odpovědnost a tím snižuje odpor pacienta k léčbě. Pomáhá v zachování dosažených cílů, nabízí různé možnosti v řešení problémů, a konzultuje s pacienty selhání a chyby. Netrestá pacienta, pokud má únikové tendence, ale zároveň za něj nebere zodpovědnost za jeho činy. Sestra musí respektovat pacientovi hranice, a tak správným a srozumitelným směrem pacientovi pomáhat ke změnám. Měla by poskytovat dostatek informací jak pacientům, tak i jejich rodinám a okolí. Spolu s pacientem pak sestavuje i dlouhodobé a krátkodobé cíle, z kterých vyplývají ošetrovatelské intervence.

(Dlouhodobý cíl: např. odstranění biologických a psychologických následků podvýživy, změna sebehodnocení zúženého jen na hmotnost a proporce těla. Krátkodobý cíl: např. zvýšení motivace ke spolupráci, rozšíření jídelníčku o běžné kategorie jídel).

Během pobytu probírají za přítomnosti pacienta i namátkové kontroly, kdy se zjišťuje, zdali pacienti nemají u sebe různá laxantiva, diuretika, přípravky na hubnutí a jiné zakázané preparáty. (Petr, Marková a kol., 2014, s.249-250)

5.4 Jídelní režim

Jídelní režim v terapii musí obsahovat šest základních denních jídel vytvořených dle BMI pacienta. Všichni pacienti se za přítomnosti sestry a jejím dohledem stravují společně u jednoho stolu. U každého jídla jsou limity, kdy by jídlo mělo být snědno. Hlavní jídlo by mělo být snědno v limitu 30 – max.45 minut a svačiny a druhé večeře do 20 minut. Sestra má pacienty poučit a vést k tomu, aby se nevyjadřovali ke vzhledu ani množství jídla, které dostanou. Do edukace o správném stravovacím režimu patří i základy stolování, používání příboru, způsob a tempo jení jídla. Do úkolů sestry patří sledování i pitného režimu, protože někteří pacienti mají tendenci se přepíjet, a to pak způsobuje otoky a přibírání na váze, nebo naopak s nárustem jídla nepít vůbec. Jídelníček je různorodý a většinou obsahuje potraviny, kterým se pacienti záměrně vyhýbají. Jako prevenci zvracení mají pacienti zakázáno půl hodiny po jídle odcházet na toalety. (Petr, Marková a kol., 2014, s.251)

5.5 Role sestry v ošetrovatelské péči

Sestra je v úzkém spojení s lékařem a informuje ho především o somatickém stavu pacientů, jako jsou odběry krevních testů, váha, výšky FF, ale také by měla sledovat specifické příznaky PPP. Sestra může být ze začátku vnímána jako zrádce a kontrolor. Pacienti se s ní často hádají a odporují jí. Je to ta, co jim servíruje jídlo, kontroluje, zda nezvrací, jestli dodržují léčebný režim a případně informuje lékaře. Na druhou stranu je však možné, aby si sestry s pacienty vytvořila důvěryhodný vztah, protože s nimi tráví nejvíce času. Sestra musí dát pacientům vědět, že je podporují. (Krch, Švédová, 2013, s.27-28). V poskytování ošetrovatelské péče by měla dodržovat především profesionální chování. Sestra a jakýkoli další zdravotnický pracovník by se měl v péči o pacienty projevovat především adaptivně. Toto chování neodpovídá aktuálnímu psychickému stavu a je s ním často i v rozporu. Je zvládnutelný, upravený a stylizovaný. Pokud se zdravotník projevuje expresivní (dává tedy

najevo své emoce), měl by tak učinit pouze v pozitivních situacích, kdy například projevuje radost z dosažení cíle, nebo radosti z pokroku pacienta. Naproti tomu, pacient má vždy právo na to, aby se projevoval spontánně, tedy expresivně. K tomuto chování by měl být pacient přímo stimulován. (Mellanová, 2017, s.56-57).

Mellanová, 2017 udává tři nejdůležitější rolové znaky: kolektivní orientace, univerzalismus a emocionální neutralita. Z těchto znaků pak lze odvodit obecné zásady správné profesionálního a etického chování zdravotníka:

- Za každých okolností musí zdravotník při výkonu profese preferovat potřeby a zájmy nemocného před svými vlastními
- Ke všem nemocným se chová stejným způsobem a jeho chování by nemělo být nijak ovlivněno vztahem, který si mohl jak k němu, tak i jeho rodinným příslušníkům vytvořit
- Své jednání má mít pod kontrolou a pokud prožívá negativní emoce, nesmí se projevovat expresivně

(Mellanová, 2017, s.57-58)

Mezi sestrou a pacientem se tvoří vzájemná interakce. Při společné komunikaci si na základě seznámení s realitou, informacích, názorech a pocitech stanoví cíle, kterých je potřeba společně dosáhnout a v průběhu interakce se hledá nejvhodnější cesta k řešení problému. Výsledkem by pak měly být konkrétní činnosti nebo chování nemocného či sestry, které k vyřešení problému přispějí a ovlivní zdravotní stav klienta. (Mellanová, 2014, s.56)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE PRÁCE A METODIKA

Jak již bylo řečeno, poruchy příjmu potravy jsou závažné onemocnění, které se týká převážně dětí a mladých lidí. Proto pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda formou dotazníku na středních školách. Smyslem práce bylo zjistit, jak je nejrizikovější skupina informovaná o této problematice, dozvědět se, zda se výzkumný soubor již setkal s touto problematikou a odhalit případné situace, se kterými se žáci setkali a negativně je tyto situace ovlivnily.

6.1 Hlavní cíl a dílčí cíle práce

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost respondentů (mladistvých) o poruchách příjmu potravy

6.1.1 Dílčí cíle

Cíl 1 Zjistit, zda respondenti ví, co jsou základní poruchy příjmu potravy a chápou, o jaké onemocnění se jedná a co obnáší

Cíl 2 Zjistit informovanost o příčinách poruch příjmu potravy

Cíl 3 Zjistit, zda mají mladistvých zkušenost (osobní, nebo v okolí) s poruchami příjmu potravy

Cíl 4 Zjistit, jaké pohlaví dle respondentů nejčastěji poruchami příjmu potravy trpí

Cíl 5 Zjistit, zda jsou respondenti se svým tělesným vzhledem spokojeni a zda drželi kvůli svému vzhledu nějakou dietu

6.2 Metodika výzkumu

6.2.1 Charakteristika respondentů

Respondenty pro výzkumné šetření byli zvoleni žáci středních škol všech ročníků ve věku 15-19 let obou pohlaví. Šetření se zúčastnilo 100 respondentů.

6.2.2 Metoda sběru dat

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření. Jednalo se o anonymní dotazník přes online server. Dotazníky byly vyvěšeny a preposílány respondentům online z důvodu pandemie COVID-19, a tím ztíženého osobního kontaktu. Kvantitativní výzkum spočívá v sběru velkého množství informací od většího počtu

respondentů během krátkého časového intervalu. Nevýhodou online sběru dat však může být zkreslenost odpovědí, kdy mají respondenti možnost a čas si najít odpovědi na základní otázky a nemusí být odpovědi tedy pravdivé a spontánní.

6.2.3 Popis dotazníku

Pro výzkum práce byl vytvořen nestandardizovaný dotazník za pomoci vedoucí práce Mgr. Andrey Filové a jiných prací na podobné téma. Respondenti byli seznámeni se základními informacemi, s tématem bakalářské práce a byli ujisti o anonymitě dotazníku. Respondentům byly poskytnuty jednoduché instrukce, jak mají dotazník vyplnit a byli poproseni o jejich čas, ochotu a pravdivost při vyplňování. Na závěr nechybělo poděkování a podpis.

Dotazník se skládal z 23 otázek, které byly navázány na dílčí cíle bakalářské práce.

Otázky č. 1 a 2 sloužily k demografickým údajům na pohlaví respondentů a ročník střední školy, který respondenti studovaly.

Většina otázek v dotazníkovém šetření byly uzavřené a dopomohly k zjištění základních informací. U třech otázek měli respondenti možnost vepsat další vlastní odpověď, kterou dotazník nenabízel.

Otázky č. 5, 6 a 7 jsou otázky, kde bylo umožněno vybrat více odpovědí.

Otázky č. 3 a 4 jsou otevřené otázky, kde zjišťujeme, zda respondenti dokážou popsat mentální anorexii a mentální bulimii svými slovy.

Dotazník obsahuje filtrační i otázky, na které odpovídali pouze respondenti, kteří v předešlých navazujících otázkách odpověděli ano. Jednalo se o otázky č. 13, kde se bylo tázáno respondentů, co bylo důvodem držení jejich diety. Otázka č. 15, kde respondenti sdělovali, zda je negativní reakce okolí na jejich vzhled donutila se více pozorovat, měnit se nebo hubnout, aby byli v kolektivu oblíbenější. A otázka č. 19, kde byli respondenti, kteří se setkali s člověkem trpícím těmito poruchami vyzváni, aby popsali, jak na ně tyto lidé působili.

6.2.4 Organizace šetření

Sběr dat probíhal v dubnu 2020. Výzkum probíhal online. Dotazník byl vyvěšen a rozposílán respondentům a pedagogům na středních školách v mém okolí s prosbou, zda by si ve

školách dotazník přes internet rozposílali a následně vyplnili. Odpovídalo 100 respondentů. Dotazníkové šetření bylo anonymní a zúčastnili se ho žáci obou pohlaví ve věku 15-19 let. Tímto bych chtěla všem, kteří mi pomohli dotazník rozeslat a vyplnit poděkovat.

6.2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla za pomoci počítačových programů Microsoft Excel a Microsoft Word zpracována, zaznamenána do grafů a zanalyzována. Následně byla data porovnáována se získanými daty v roce 2017 v práci Bc. Čechové.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

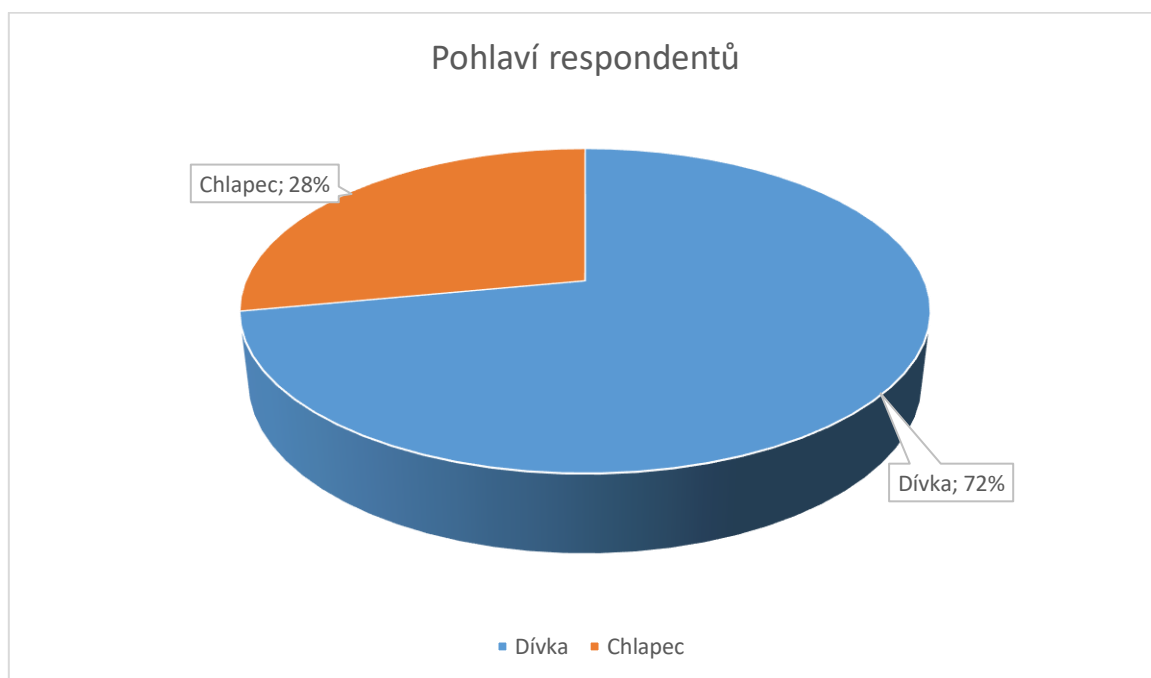
Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů.

Demografické údaje

Pohlaví respondentů

Pohlaví	
Odpovědi	Relativní četnost
Dívka	72 %
Chlapec	28 %
Celkem	100 %

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů

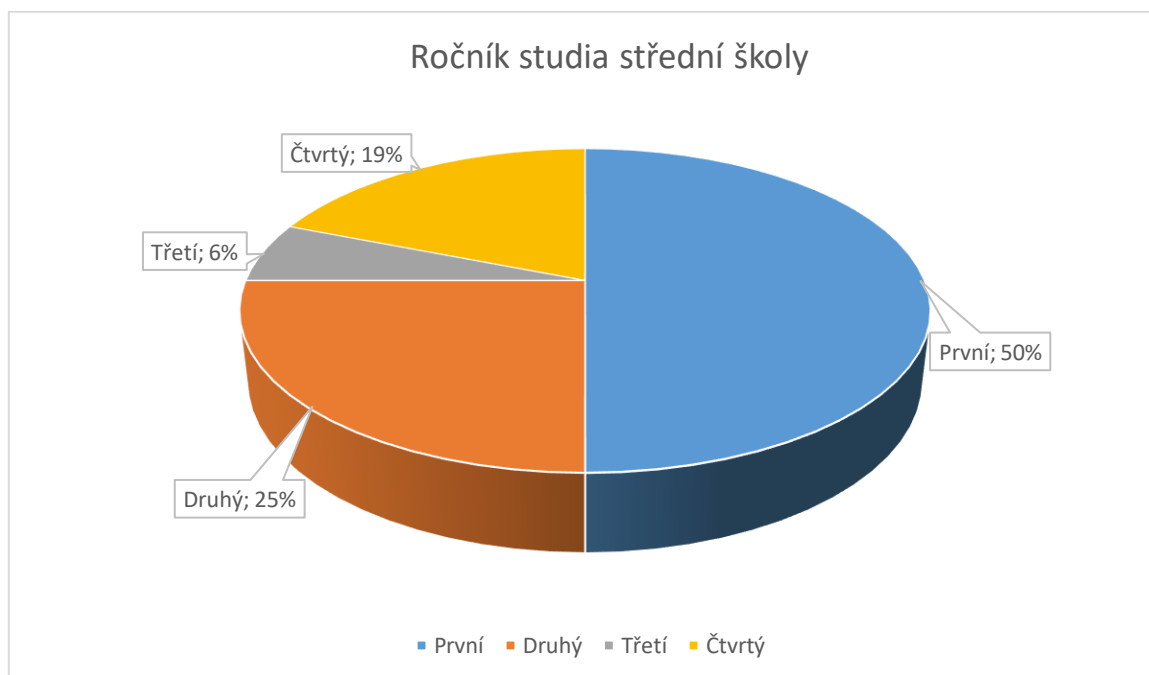


Graf 1 – Pohlaví respondentů

Ročník studia střední školy

Ročník studia střední školy	
Odpovědi	Relativní četnost
První	50 %
Druhý	25 %
Třetí	6 %
Čtvrtý	19 %
Celkem	100 %

Tabulka 2 – Ročník studia střední školy



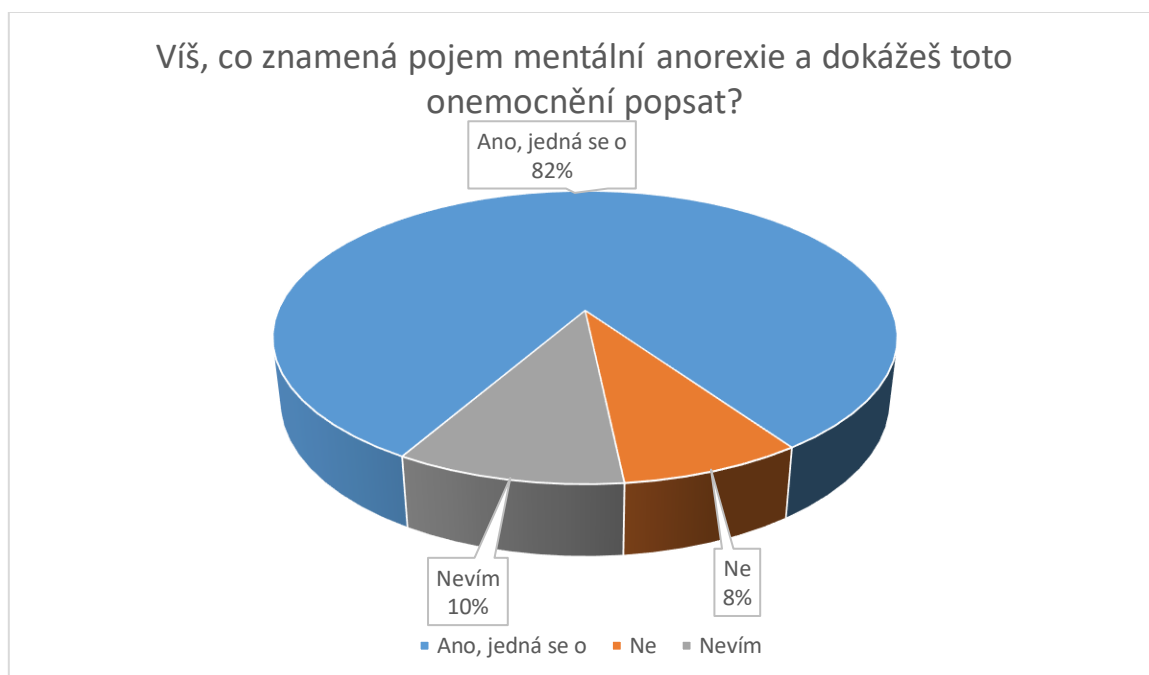
Graf 2 – Ročník studia střední školy

Demografické data byla získána na podkladě otázek č. 1 a 2. Dotazníkového šetření se zúčastnilo ze z celkového počtu 100 respondentů (100 %), 72 dívek (72 %) a 28 chlapců (28 %), což nám ukazuje tabulka a graf č. 1. Ze 100 respondentů (100 %), bylo 50 (50 %) z prvního ročníků střední školy, 25 (25 %) z druhého ročníku střední školy, 6 respondentů (6 %) z třetího ročníku střední školy a (19 %) ze čtvrtého ročníku střední školy.

Znalost respondentů o mentální anorexii

Víš, co znamená pojem mentální anorexie a dokážeš toto onemocnění popsat?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano, jedná se o	82 %
Ne	8 %
Nevím	10 %
Celkem	100 %

Tabulka 3 – Znalost respondentů o mentální anorexii



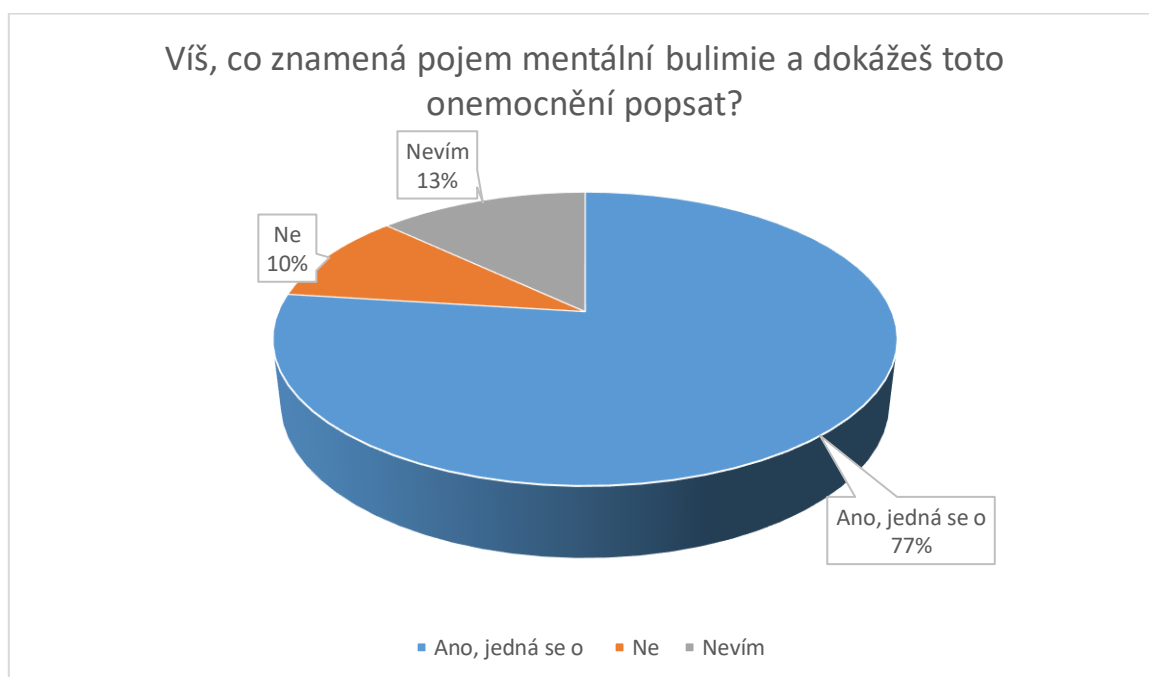
Graf 3 – Znalost respondentů o mentální anorexii

K dílčímu cíli č. 1 Zjistit, zda respondenti ví, co jsou základní poruchy příjmu potravy a chápou, o jaké onemocnění se jedná a co obnáší se vázala položka č. 3, která zjišťovala, zda respondenti ví, co znamená pojem mentální anorexie a dokážou toto onemocnění popsat. Z grafu vyplývá, že ze 100 respondentů (100 %), uvedlo, že ví, co je mentální anorexie a dokáže toto onemocnění popsat 82 (82 %), 8 (8 %) respondentů uvedlo, že neví, co je mentální anorexie a 10 (10 %) respondentů uvádí, že neví, z toho odvozujeme, že si nejsou jisti.

Znalost respondentů o mentální bulimii

Víš, co znamená pojem mentální bulimie a dokážeš toto onemocnění popsat?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano, jedná se o	77 %
Ne	10 %
Nevím	13 %
Celkem	100 %

Tabulka 4 – Znalost respondentů o mentální bulimii



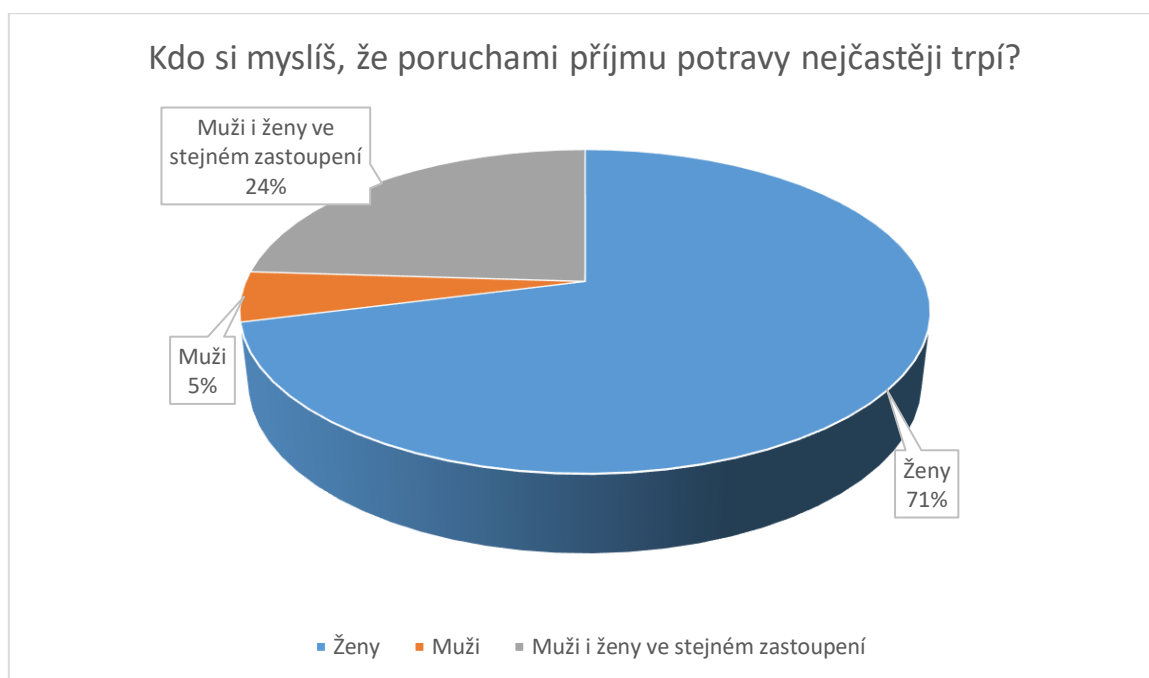
Graf 4 – Znalost respondentů o mentální bulimii

K dílčímu cíli č. 1 Zjistit, zda respondenti ví, co jsou základní poruchy příjmu potravy a chápou, o jaké onemocnění se jedná a co obnáší se vázala položka č. 4, která zjišťovala, zda respondenti ví, co znamená pojem mentální bulimie a dokážou toto onemocnění popsat. Graf nám ukazuje, že ze 100 (100 %) 77 (77 %) uvedlo, že ví, co je mentální bulimie a dokáže toto onemocnění popsat. 10 (10 %) respondentů neví, co je mentální bulimie a 13 (13 %) respondentů odpovědělo neví, tedy odvozujeme, že si nejsou jisti.

Nejčastěji postižené pohlaví lidí trpících poruchami příjmu potravy

Kdo si myslíš, že poruchami příjmu potravy nejčastěji trpí?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ženy	71 %
Muži	5 %
Muži i ženy ve stejném zastoupení	24 %
Celkem	100 %

Tabulka 5 – Nejčastěji postižené pohlaví lidí trpících poruchami příjmu potravy



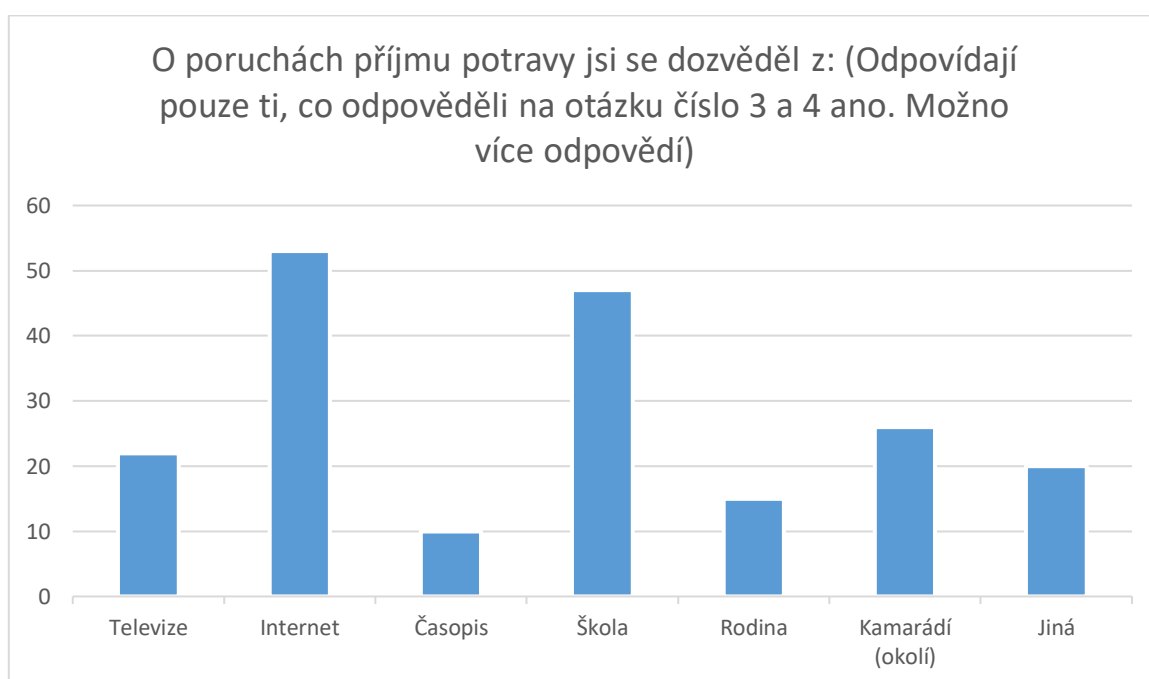
Graf 5 – Nejčastěji postižené pohlaví lidí trpících poruchami příjmu potravy

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, jaké pohlaví dle respondentů nejčastěji poruchami příjmu potravy trpí je přiřazena otázka č. 5 Kdo si myslíš, že poruchami potravy nejčastěji trpí? Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů uvedlo 71 (71 %), že nejčastěji poruchami příjmu potravy trpí ženy. 24 (24 %) respondentů uvádí stejné zastoupení pohlaví s tímto onemocněním a 5 (5 %) respondentů si myslí, že nejčastěji poruchami příjmu potravy trpí muži.

Zdroj informací o PPP

O poruchách příjmu potravy jsi se dozvěděl z: (Odpovídají pouze ti, co odpověděli na otázku číslo 3 a 4 ano. Možno více odpovědí)	
Odpovědi	Relativní četnost
Televize	25 %
Internet	60,2 %
Časopis	11,4 %
Škola	53,4 %
Rodina	17 %
Kamarádi (okolí)	29,5 %
Jiná	22,7 %

Tabulka 6 – Zdroj informací o PPP



Graf 6 – Zdroj informací PPP

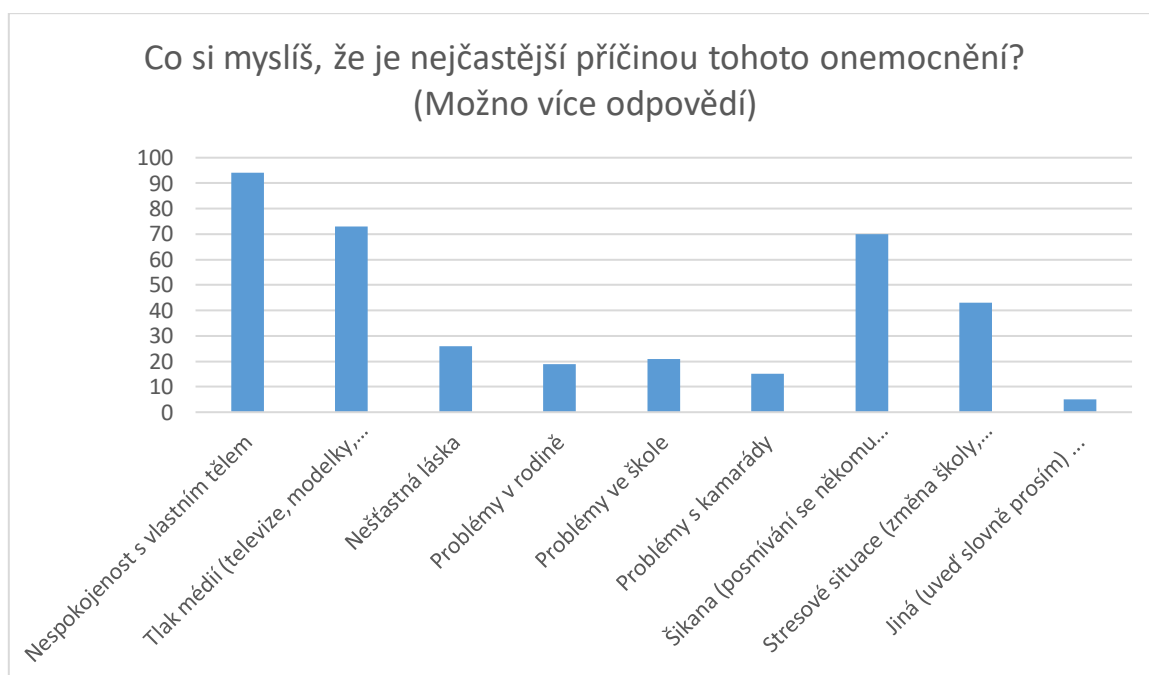
K dílčímu cíli č. 1 Zjistit, zda respondenti ví, co jsou základní poruchy příjmu potravy a chápou, o jaké onemocnění se jedná a co obnáší se vázala položka č. 6, kde bylo zjišťováno odkud se respondenti o poruchách příjmu potravy dozvěděli. V této položce mohli zvolit více odpovědí. Z grafu vyplývá, že respondenti, kteří ví, co znamená pojem mentální anorexie a mentální bulimie odpovědělo na otázku, odkud se o tomto pojmu dozvěděli odpověděli 25 % z televize, z internetu 60,2 %, z časopisu 11,4 %, ze školy 53,4 %, z rodiny 17 %, od kamarádů a okolí 27,5 % a jiné 22,7 % (respondenti uváděli studium první pomoci, nemoc v rodině, modeling, odborná literatura, vlastní zkušenost, rodina a film). Celkový počet procent přesahuje 100, protože respondenti mohli zvolit více odpovědí, ale na tuto položku neodpovídalo všech 100 % respondentů.

Nejčastější příčina vzniku onemocnění dle respondentů

Co si myslíš, že je nejčastější příčinou tohoto onemocnění? (Možno více odpovědí)	
Odpovědi	Relativní četnost
Nespokojenost s vlastním tělem	94 %
Tlak médií (televize, modelky, celebrity, ...)	73 %
Nešťastná láska	26 %
Problémy v rodině	19 %
Problémy ve škole	21 %
Problémy s kamarády	15 %
Šikana (posmívání se někomu za jeho vzhled/váhu)	70 %
Stresové situace (změna školy, tragická událost, rozvod rodičů, ...)	43 %
Jiná	5 %

Tabulka 7 – Nejčastější příčina vzniku onemocnění

Respondenti měli na výběr více než jednu odpověď a průměrně zvolil každý respondent 3,66 odpovědí.



Graf 7 – Nejčastější příčina vzniku onemocnění dle respondentů

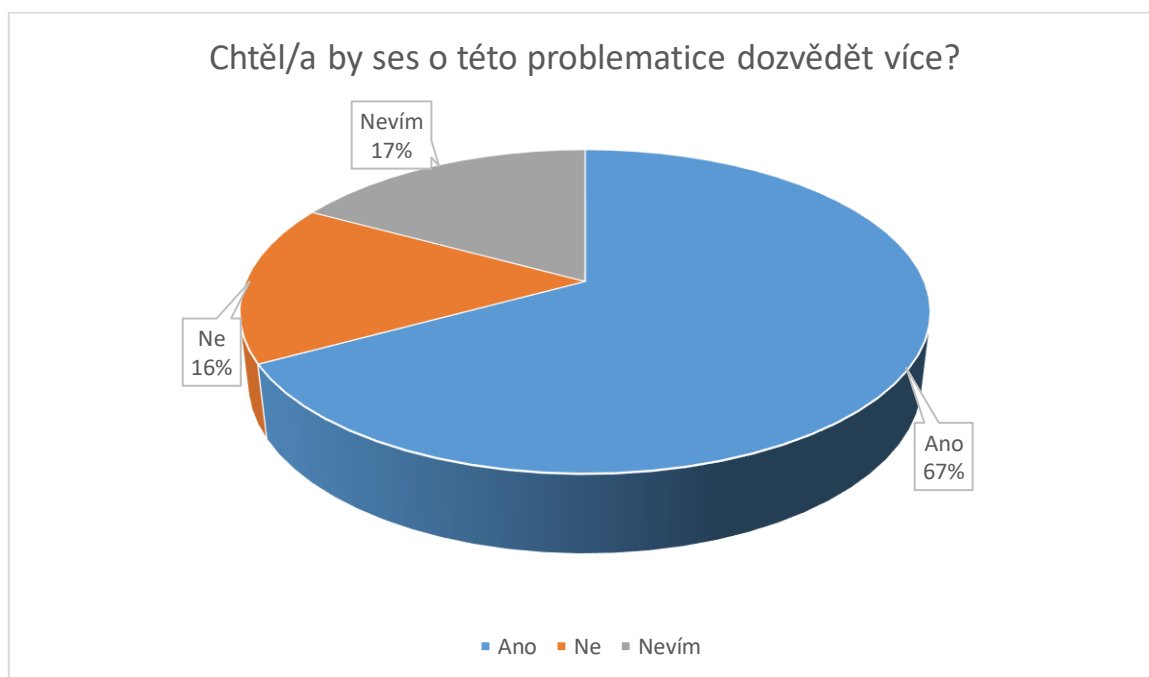
K dílčímu cíli č. 2 Zjistit informovanost o příčinách poruch příjmu potravy se váže otázka č. 7, která od respondentů zjišťovala, co je podle nich nejčastější příčinou vzniku tohoto onemocnění. Jako nejčastější odpověď respondenti udávali nespokojenost s vlastním tělem.

Tuto odpověď uvedlo 94 % respondentů. Tlak medií uvedlo 73 %, nešťastnou lásku 26 %, problémy v rodině 19 %, problémy ve škole 21 %, problémy s kamarády 15 %, šikana 70 % a stresové situace 43 %. Možnost zadat jinou odpověď využilo 5 % žáků a nejčastěji uvádí: jiné psychické onemocnění – deprese, touha po dokonalosti, touha být moderní. Celkový počet přesahuje 100 %, protože respondenti měli na výběr z více možných odpovědí.

Zájem o více informací týkajících se PPP

Chtěl/a by ses o této problematice dozvědět více?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano	67 %
Ne	16 %
Nevím	17 %
Celkem	100 %

Tabulka 8 – Zájem o více informací týkajících se PPP



Graf 8 – Zájem o více informací týkajících se PPP

K dílčímu cíli č. 1 Zjistit, zda respondenti ví, co jsou základní poruchy příjmu potravy a chápou, o jaké onemocnění se jedná a co obnáší byla přiřazena položka č. 8, která od respondentů zjišťuje, zda by se o této problematice chtěli dozvědět více. Z grafu je patrné, že až 67 (67 %) respondentů má zájem dozvědět se o této problematice více informací, 16

(16 %) respondentů uvádí, že zájem dozvědět se další informace nemají a 17 (17 %) respondentů si nejsou jisti.

Zkušenost respondentů s mentální anorexií

Setkal/a jsi se někdy s mentální anorexií?	
Odovědi	Relativní četnost
Ano	46 %
Ne	54 %
Celkem	100 %

Tabulka 9 – Zkušenost respondentů s mentální anorexií



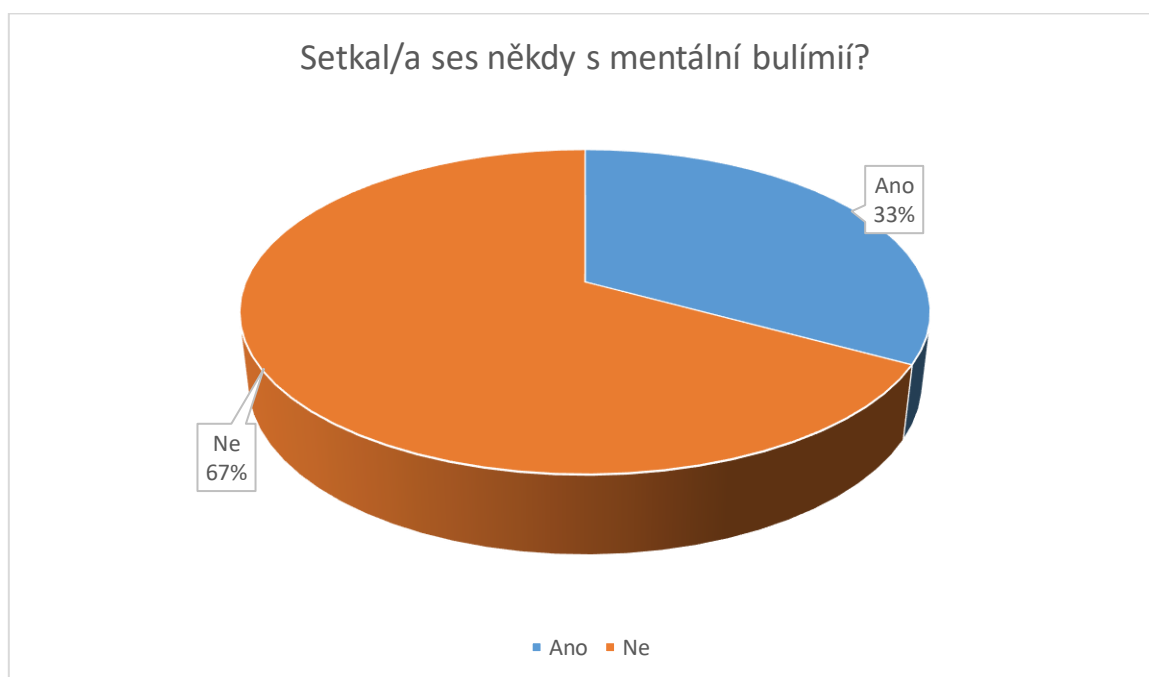
Graf 9 – Zkušenost respondentů s mentální anorexií

K dílčímu cíli č. 3 Zjistit, zda mají mladistvý zkušenost (osobní, nebo v okolí) s poruchami příjmu potravy se vázala otázka č. 9, která zjišťovali, zda se respondenti někdy s mentální anorexií setkali. Z grafu vyplývá, že s mentální anorexií se setkalo 46 (46 %) respondentů, 54 (54 %) respondentů pak uvedlo, že s mentální anorexií se nesetkali. Zde jsou výsledky téměř vyrovnané

Zkušenost respondentů s mentální bulimií

Setkal/a jsi se někdy s mentální bulimií?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano	33 %
Ne	67 %
Celkem	100 %

Tabulka 10 – Zkušenost respondentů s mentální bulimií



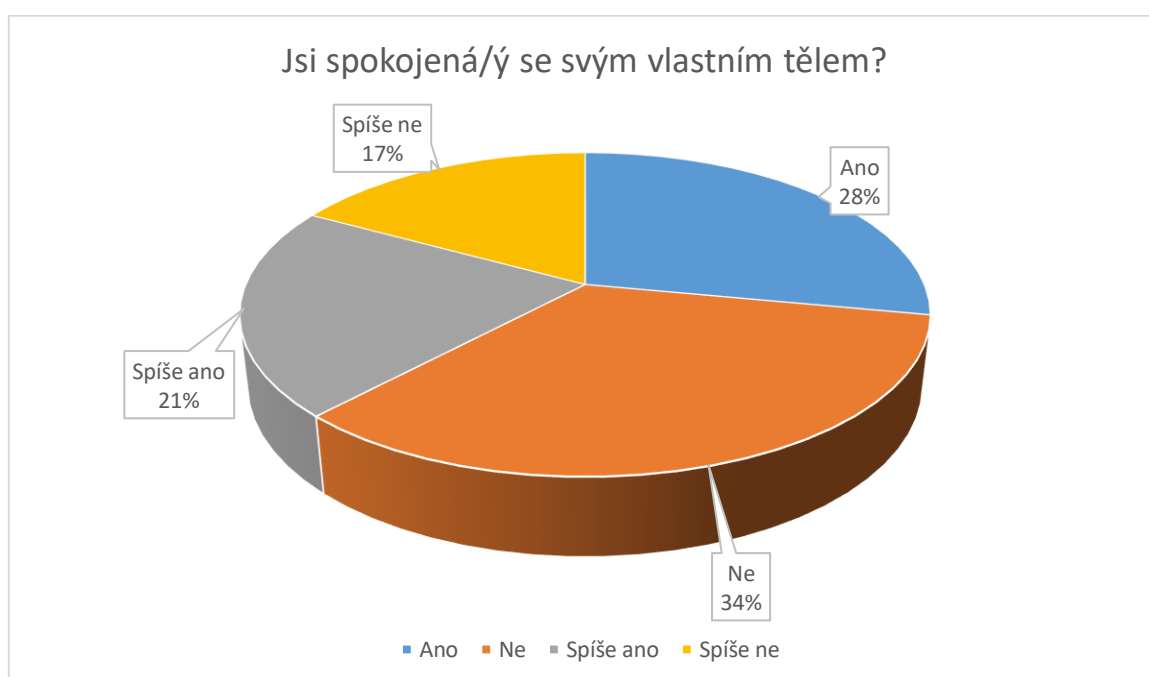
Graf 10 – Zkušenost respondentů se mentální bulimií

K dílčímu cíli č. 3 Zjistit, zda mají mladistvý zkušenost (osobní, nebo v okolí) s poruchami příjmu potravy byla přiřazena otázka č. 10, která se ptala respondentů, zda se již někdy setkali s mentální bulimií. Graf nám ukazuje, že 33 (33 %) respondentů se s takovým člověkem již setkali. 67 (67 %) respondentů uvedlo, že se s člověkem trpícím mentální bulimií se ještě nesetkali. V porovnání s předchozím grafem je patrné, že mentální bulimie se jeví jako méně častá, nebo hůře poznatelná nemoc.

Spokojenost respondentů s vlastním tělem

Jsi spokojená/ý se svým vlastním tělem?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano	28 %
Ne	34 %
Spíše ano	21 %
Spíše ne	17 %
Celkem	100 %

Tabulka 11 – Spokojenost respondentů s vlastním tělem



Graf 11 – Spokojenost respondentů s vlastním tělem

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, zda jsou respondenti se svým tělesným vzhledem spokojeni a zda drželi kvůli svému vzhledu nějakou dietu se vážala otázka č. 11, ve které jsme se respondentů ptali, zda jsou se svým tělem spokojeni. Z grafu je patrné, že pouze 28 (28 %) respondentů, odpověděli, že se svým tělem jsou spokojeni. 34 (34 %) respondentů uvádí, že se svým tělem spokojeni nejsou, 21 (21 %) respondentů uvedlo že jsou spíše se svým tělem spokojeni a 17 (17 %) respondentů uvedlo že se svým tělem spíše spokojeni nejsou.

Držení diet u respondentů

Držel/a jsi někdy nějakou dietu?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano	54 %
Ne	46 %
Celkem	100 %

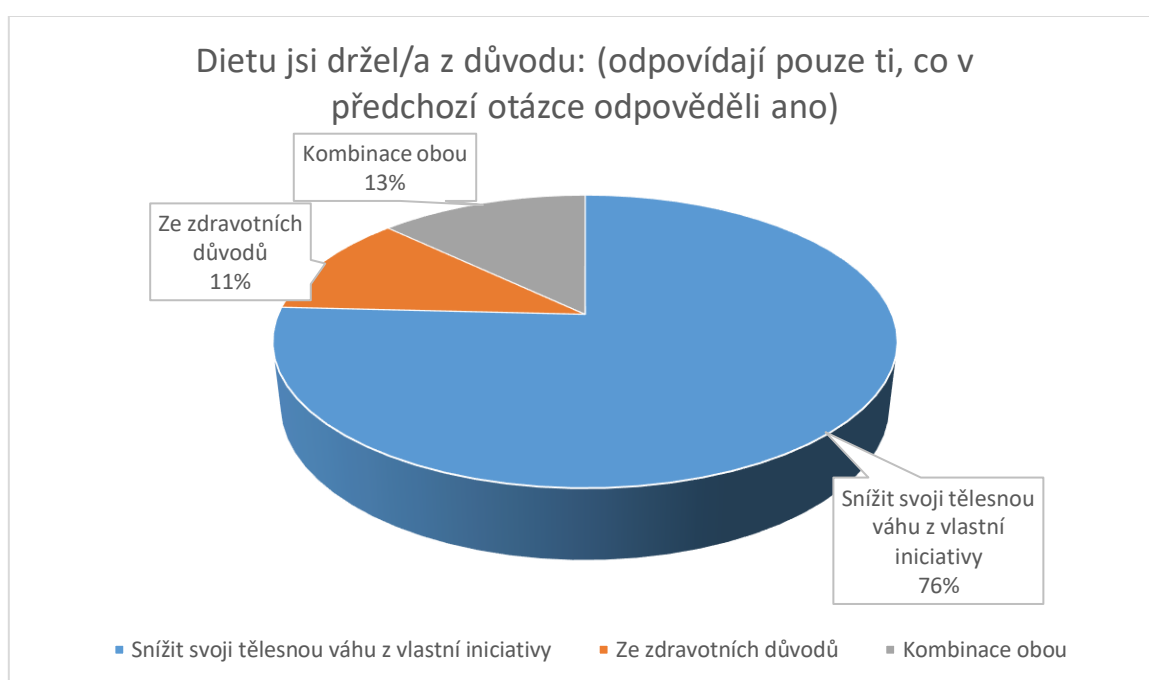
Tabulka 12 – Držení diet u respondentů*Graf 12 – Držení diet u respondentů*

K dílčímu cíli č. 5 *Zjistit, zda jsou respondenti se svým tělesným vzhledem spokojeni a zda drželi kvůli svému vzhledu nějakou dietu* byla přiřazena položka č. 12, která zjišťovala, zda respondenti drželi ve svém životě nějakou dietu. Z grafu se dozvídáme, že 54 (54 %) respondentů již nějakou dietu drželo a 46 (46 %) respondentů uvádí, že ne. Rozdíl v odpovědích není tak patrný.

Důvody držení diet u respondentů

Dietu jsi držel/a z důvodu: (odpovídají pouze ti, co v předchozí otázce odpověděli ano)	
Odpovědi	Relativní četnost
Snížit svoji tělesnou váhu z vlastní iniciativy	75,8 %
Ze zdravotních důvodů	11,3 %
Kombinace obou	12,9 %
Celkem	100 %

Tabulka 13 – Důvody držení diet respondentů



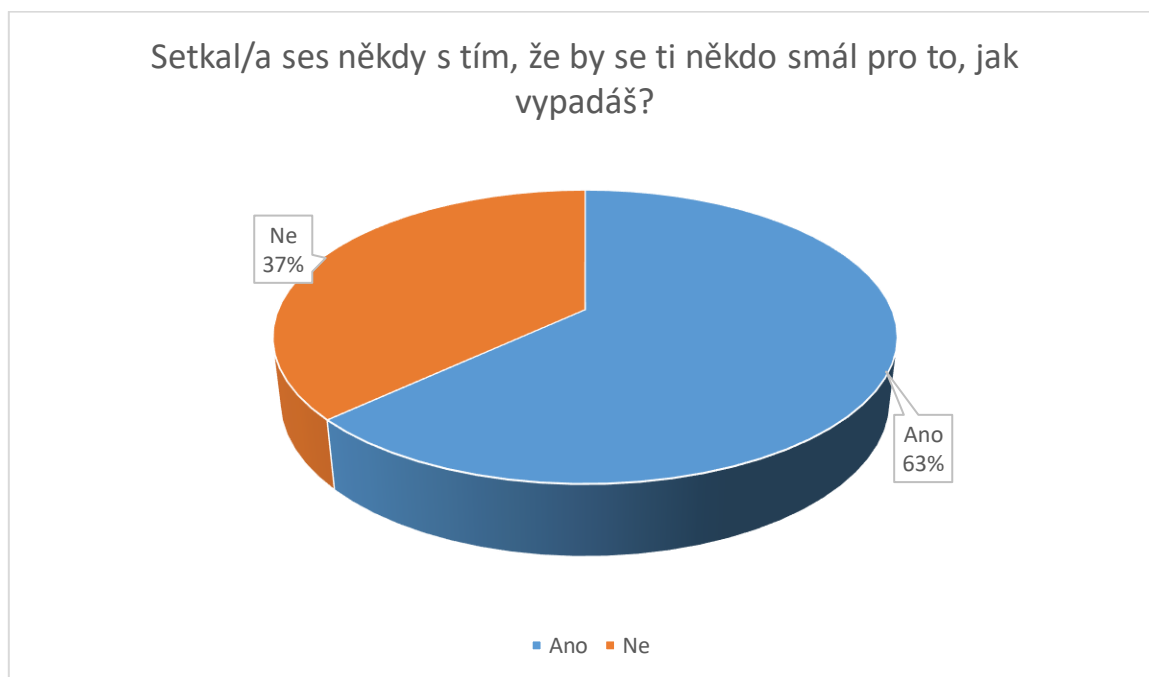
Graf 13 – Důvody držení diet u respondentů

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, zda jsou respondenti se svým tělesným vzhledem spokojeni a zda drželi kvůli svému vzhledu nějakou dietu sloužila položka č. 13, která navazovala na položku č. 12. Na tuto otázku mohli odpovídat pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 12 odpověděli, ano – tedy, že již drželi dietu. Až 62 respondentů z celkového počtu 100 odpovědělo na předchozí otázku ano, a tak se mohli podrobněji vyjádřit k otázce č. 13. Až 76 % respondentů, kteří na otázku odpovídali uvedlo, že dietu drželo z důvodu snížení váhy z vlastní iniciativy, 11 % respondentů drželo dietu ze zdravotních důvodů a 13 % respondentů uvádí, že dietu drželo kvůli kombinaci obou zmíněných důvodů.

Negativní reakce okolí na vzhled respondentů

Setkal/a ses někdy s tím, že by se ti někdo smál pro to, jak vypadáš?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano	62 %
Ne	38 %
Celkem	100 %

Tabulka 14 – Negativní reakce okolí na vzhled respondentů



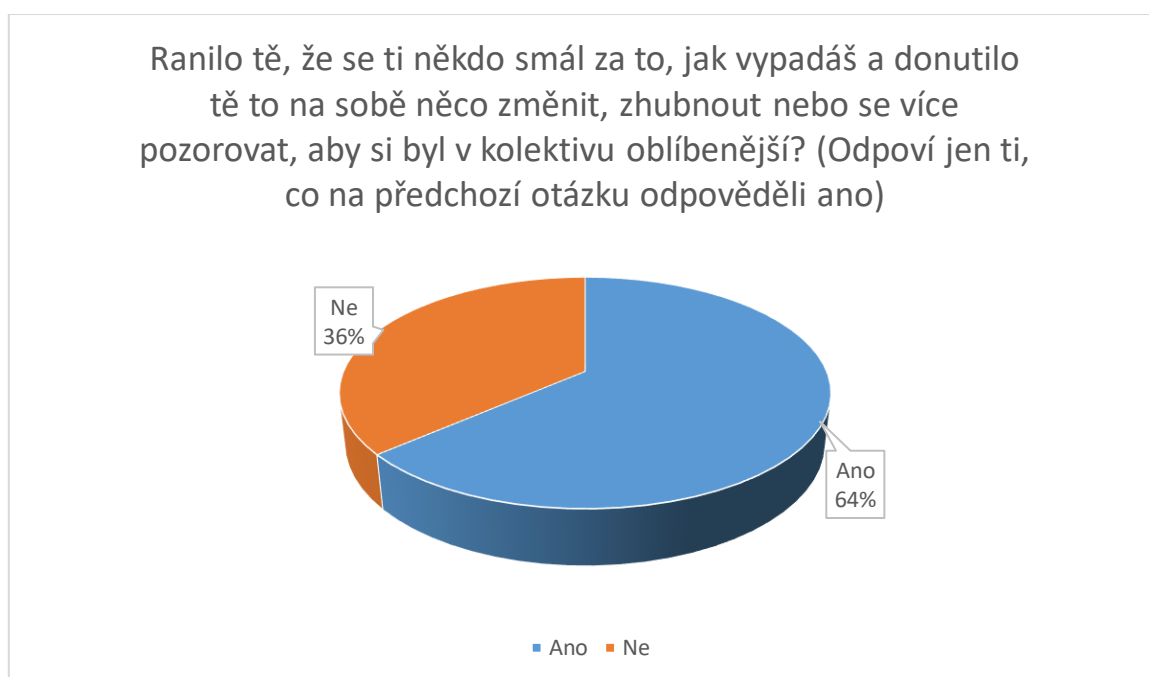
Graf 14 – Negativní reakce okolí na vzhled respondentů

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, zda jsou respondenti se svým tělesným vzhledem spokojeni a zda drželi kvůli svému vzhledu nějakou dietu byla přiřazena otázka č. 14, která se ptala respondentů, zda se již někdy setkali s tím, že by se jim někdo smál za jejich vzhled. Zde vidíme, že více než polovina dotazujících, tedy 63 (63 %) respondentů uvedlo, že se s tímto chováním vůči jejich osobě již setkali. 37 (37 %) respondentů na otázku odpovědělo, že s touto reakcí okolí nemají zkušenost.

Zpětná reakce respondentů na negativní reakci okolí na jejich vzhled

Ranilo tě, že se ti někdo smál za to, jak vypadáš a donutilo tě to na sobě něco změnit, zhubnout nebo se více pozorovat, aby si byl v kolektivu oblíbenější? (Odpoví jen ti, co na předchozí otázku odpověděli ano)	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano	63,6 %
Ne	36,4 %
Celkem	100 %

Tabulka 15 – Zpětná reakce respondentů na negativní reakci okolí na jejich vzhled



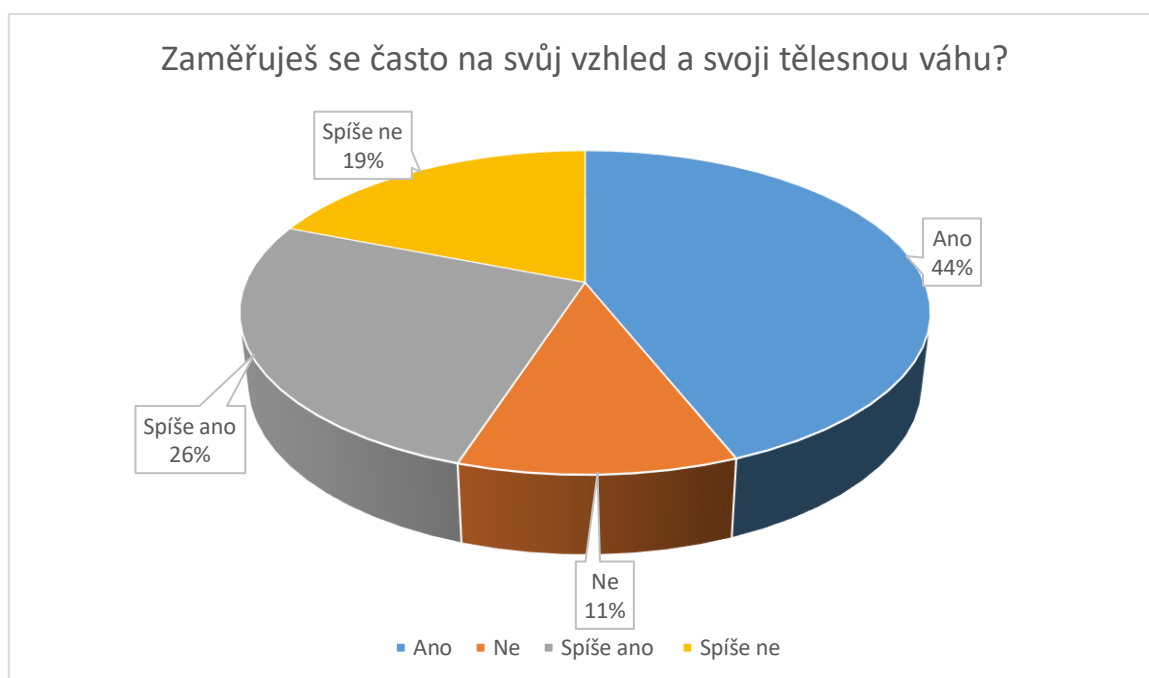
Graf 15 – Zpětná reakce respondentů na negativní reakci okolí na jejich vzhled

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, zda jsou respondenti se svým tělesným vzhledem spokojeni a zda drželi kvůli svému vzhledu nějakou dietu se vázala položka č. 15 Ranilo tě, že se ti někdo smál za to, jak vypadáš a donutilo tě to na sobě něco změnit, zhubnout nebo se více pozorovat, aby si byl v kolektivu oblíbenější? (Odpoví jen ti, co na předchozí otázku odpověděli ano). Na tuto otázku měli odpovídat pouze ti respondenti, co v otázce č. 14 odpověděli ano (tedy 62 respondentů). I přesto na položku č. 15 odpovědělo respondentů 77, proto mohou být výsledky zkreslené. Z celkového počtu odpovídajících respondentů 77 (100 %) uvedlo 49 (64 %), že je chování okolí ranilo a donutilo je na sobě něco změnit, aby byli oblíbenější. 28 (36 %) respondentů pak uvedlo, že je toto chování okolí neranilo a nedonutilo je, aby na sobě něco měnili.

Osobní postoj k vlastní váze a tělesnému vzhledu respondentů

Zaměřuješ se často na svůj vzhled a svoji tělesnou váhu?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano	44 %
Ne	11 %
Spíše ano	26 %
Spíše ne	19 %
Celkem	100 %

Tabulka 16 – Osobní postoj k vlastní váze a tělesnému vzhledu respondentů



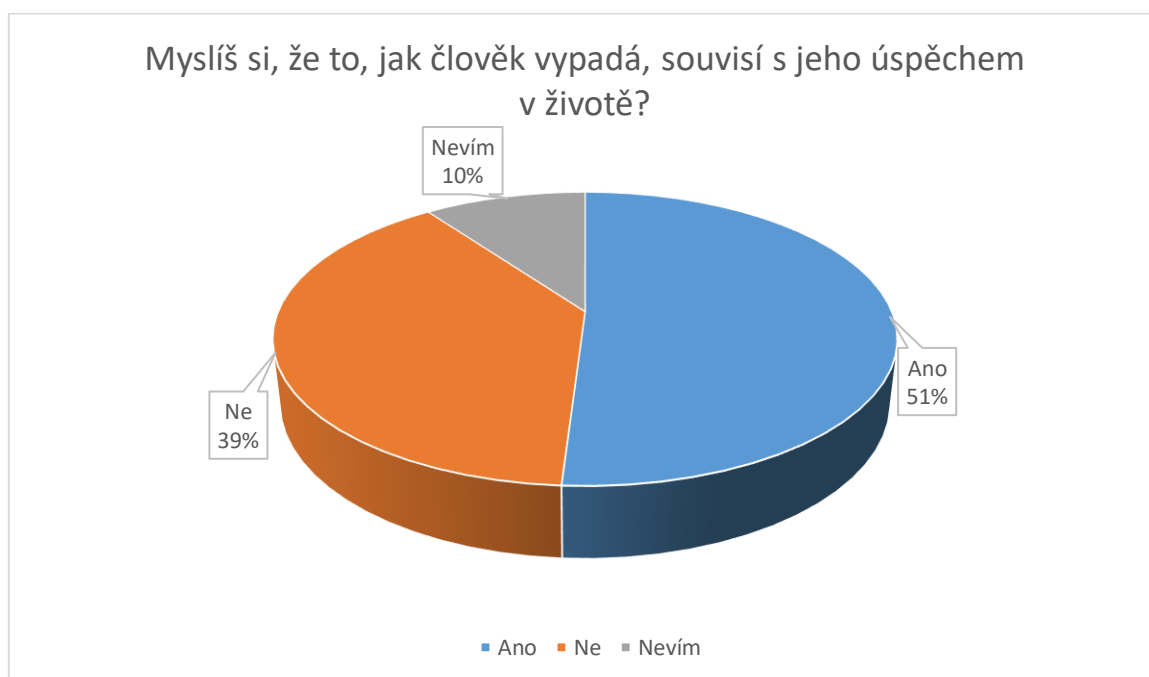
Graf 16 – Osobní postoj k vlastní váze a tělesnému vzhledu respondentů

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, zda jsou respondenti se svým tělesným vzhledem spokojeni a zda drželi kvůli svému vzhledu nějakou dietu byla přiřazena položka č. 16, která od respondentů zjišťovala, zda se často respondenti zaměřují na svůj vzhled. Z grafu vyplývá, že 44 (44 %) respondentů zaměřuje na svůj vzhled často, 11 (11 %) respondentů uvádí, že se na svůj vzhled často nezaměřuje, 26 (26 %) respondentů uvádí, že na svůj vzhled se spíše často zaměřuje a 19 (19 %) respondentů uvedlo, že se na svůj vzhled spíše nezaměřuje. Z toho vyplývá, že respondenti se na svůj vzhled zaměřují více.

Postoj respondentů k souvislosti úspěchu v životě s tělesným vzhledem

Myslíš si, že to, jak člověk vypadá, souvisí s jeho úspěchem v životě?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano	51 %
Ne	39 %
Nevím	10 %
Celkem	100 %

Tabulka 17 – Postoj respondentů k souvislosti s úspěchem v životě s tělesným vzhledem

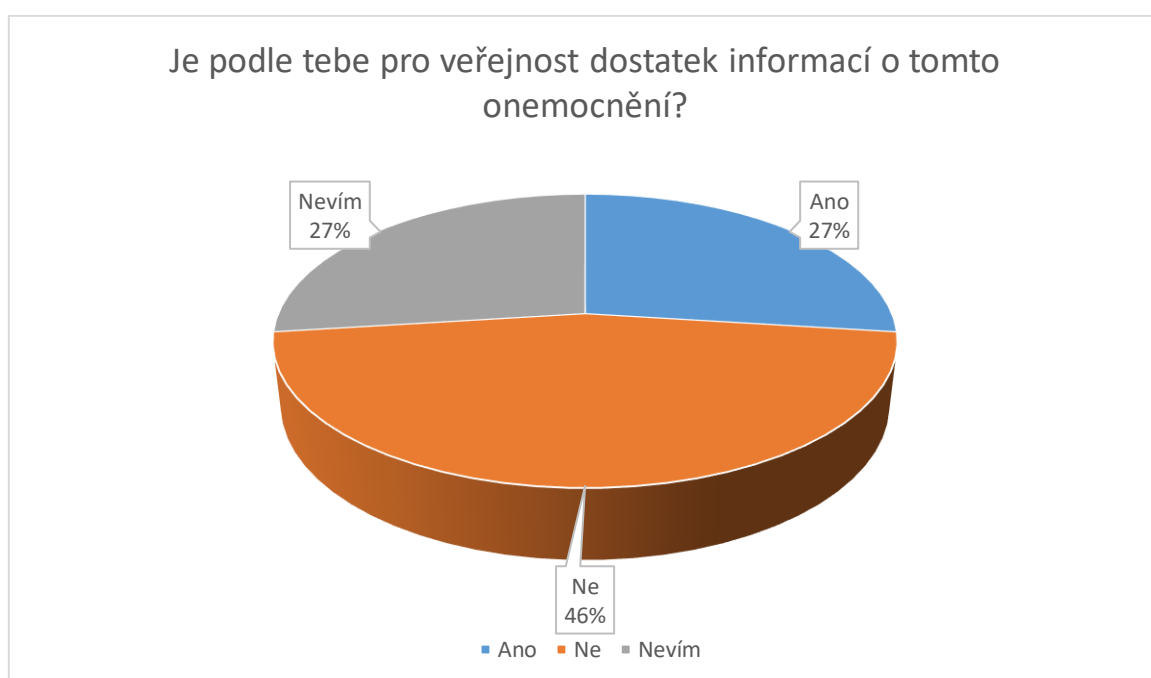


Graf 17 – Postoj respondentů k souvislosti s úspěchem v životě s tělesným vzhledem

K dílčímu cíli č. 5 Zjistit, zda jsou respondenti se svým tělesným vzhledem spokojeni a zda drželi kvůli svému vzhledu nějakou dietu sloužila položka č. 17, bylo zjišťováno, zda je podle respondentů tělesný vzhled důležitý pro úspěch v životě. 51 (51 %) respondentů, tedy polovina odpověděla, že vzhled s úspěchem v životě souvisí. 39 (39 %) respondentů uvedlo, že vzhled s životním úspěchem nesouvisí a 10 (10 %) respondentů uvedlo, že neví, tedy předpokládáme, že si nejsou jisti odpovědí.

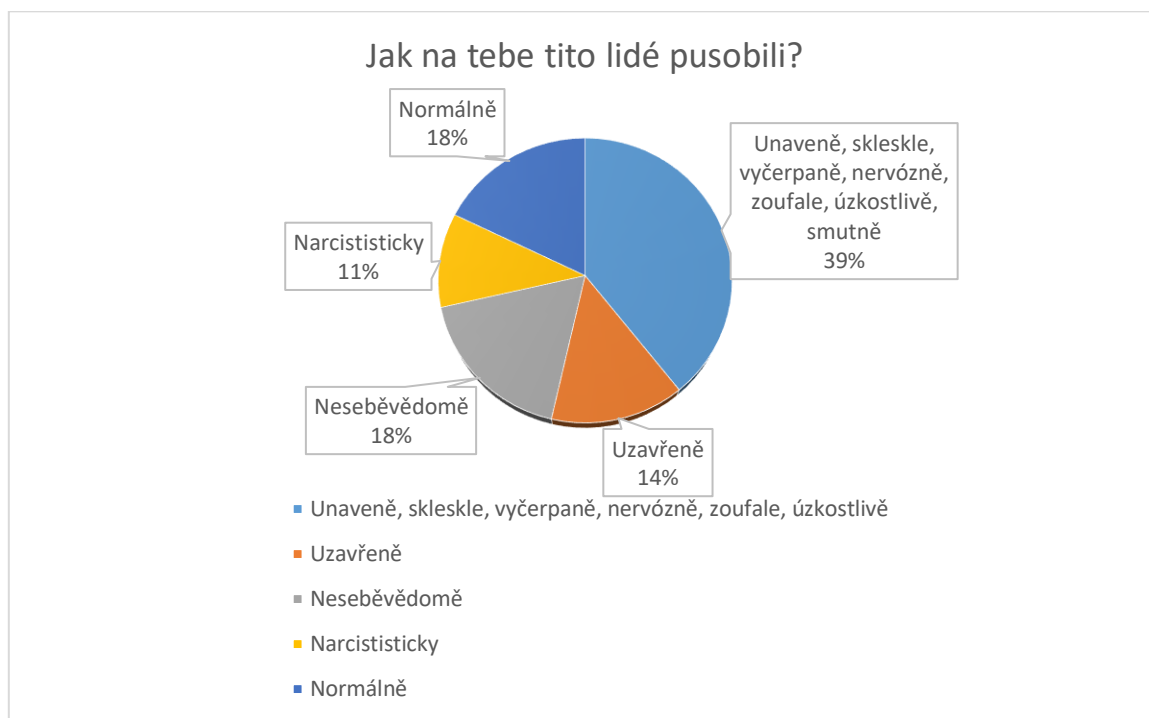
Dostatek informací pro veřejnost

Je podle tebe pro veřejnost dostatek informací o tomto onemocnění?	
Odovědi	Relativní četnost
Ano	27 %
Ne	46 %
Nevím	27 %
Celkem	100 %

Tabulka 18 – Dostatek informací pro veřejnost*Graf 18 – Dostatek informací pro veřejnost*

K dílčímu cíli č. 1 *Zjistit, zda respondenti ví, co jsou základní poruchy příjmu potravy a chápou, o jaké onemocnění se jedná a co obnáší* byla přiřazena otázka č. 18, která zjišťovala, zda je podle respondentů o tomto onemocnění pro veřejnost dostatek informací. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) uvedlo pouhých 27 (27 %) respondentů, že si myslí, že ano. 46 (46 %) respondentů uvedlo, že si myslí, že dostatek informací o onemocnění pro veřejnost není a 27 (27 %) respondentů uvedlo, že neví, tedy předpokládáme, že si nejsou jisti.

Vzhled lidí trpících PPP



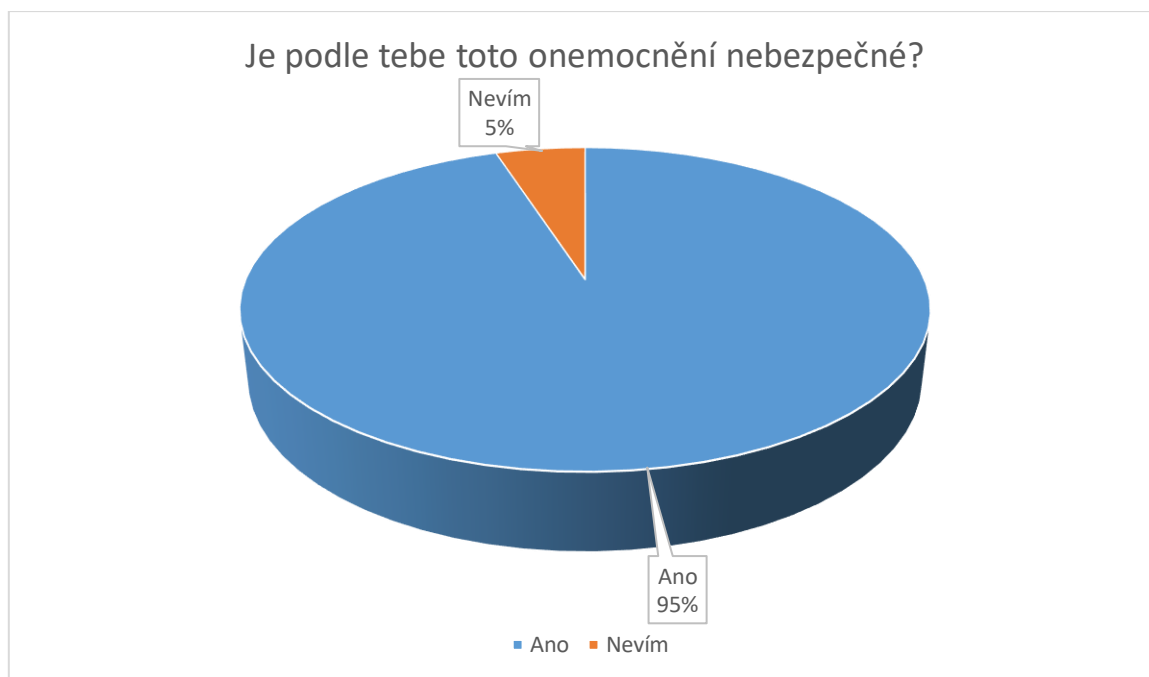
Graf 19 – Vzhled lidí trpících PPP

K dílčímu cíli č. 3 Zjistit, zda mají mladistvý zkušenost (osobní, nebo v okolí) s poruchami příjmu potravy sloužila otevřená otázka č. 19. K otázce se vyjádřilo 40 respondentů, z nichž 5 odpovědí nebylo použitelných. Z těchto odpovědí se většina respondentů shoduje, že lidé trpícím tímto onemocněním působili unaveně, sklesle, nešťastně, vyčerpaně a zoufale. Dále z grafů vyplynulo, že nemocní působí uzavřeně a bez sebevědomí. Jiní respondenti pak uváděli, že na ně lidé trpící PPP působili normálně až narcisticky.

Nebezpečnost onemocnění

Je podle tebe toto onemocnění nebezpečné?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano	95 %
Ne	0 %
Nevím	5 %
Celkem	100 %

Tabulka 19 – Nebezpečnost onemocnění



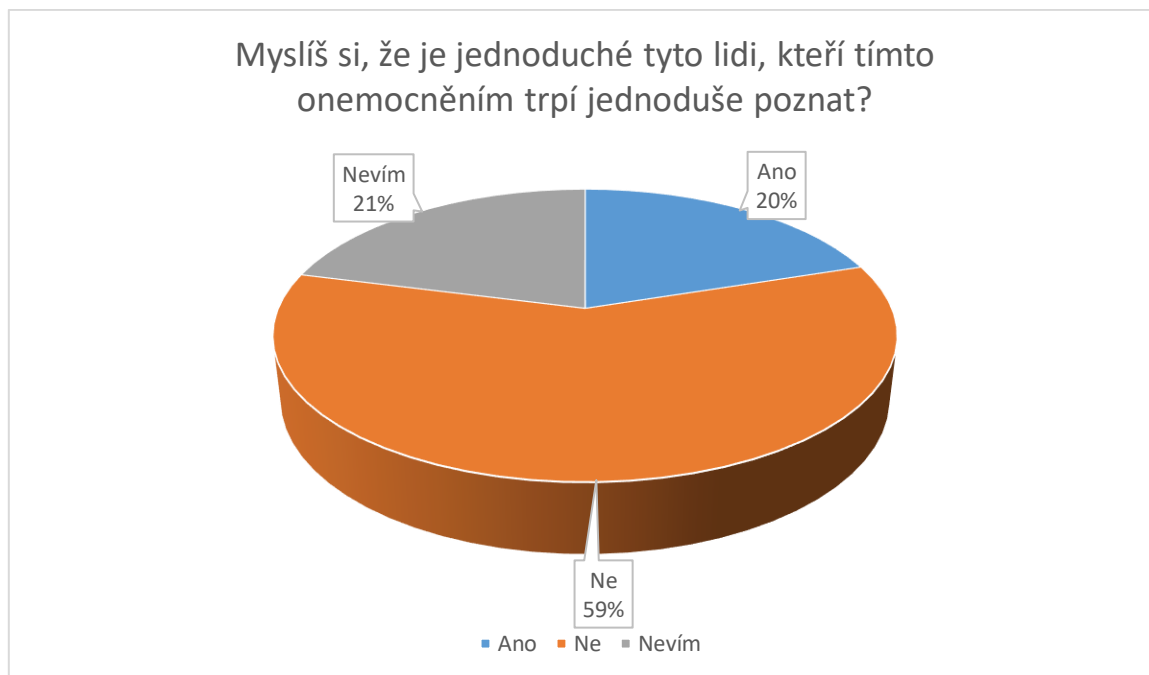
Graf 20 – Nebezpečnost onemocnění

K dílčímu cíli č. 1 *Zjistit, zda respondenti ví, co jsou základní poruchy příjmu potravy a chápou, o jaké onemocnění se jedná a co obnáší* se vázala otázka č. 20, kde bylo zjišťováno, zda je podle nich onemocnění nebezpečné. Z grafu vyplývá, že 95 (95 %) respondentů správně uvádí, že toto onemocnění nebezpečné je. Zbýlých 5 (5 %) respondentů uvedlo odpověď 'nevím', tedy předpokládáme, že si nejsou jisti.

Rozeznání lidí trpících PPP od zdravých lidí na první pohled

Myslíš si, že je jednoduché tyto lidi, kteří tímto onemocněním trpí jednoduše poznat?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano	20 %
Ne	59 %
Nevím	21 %
Celkem	100 %

Tabulka 20 – Rozeznání lidí trpících PPP od zdravých lidí na první pohled



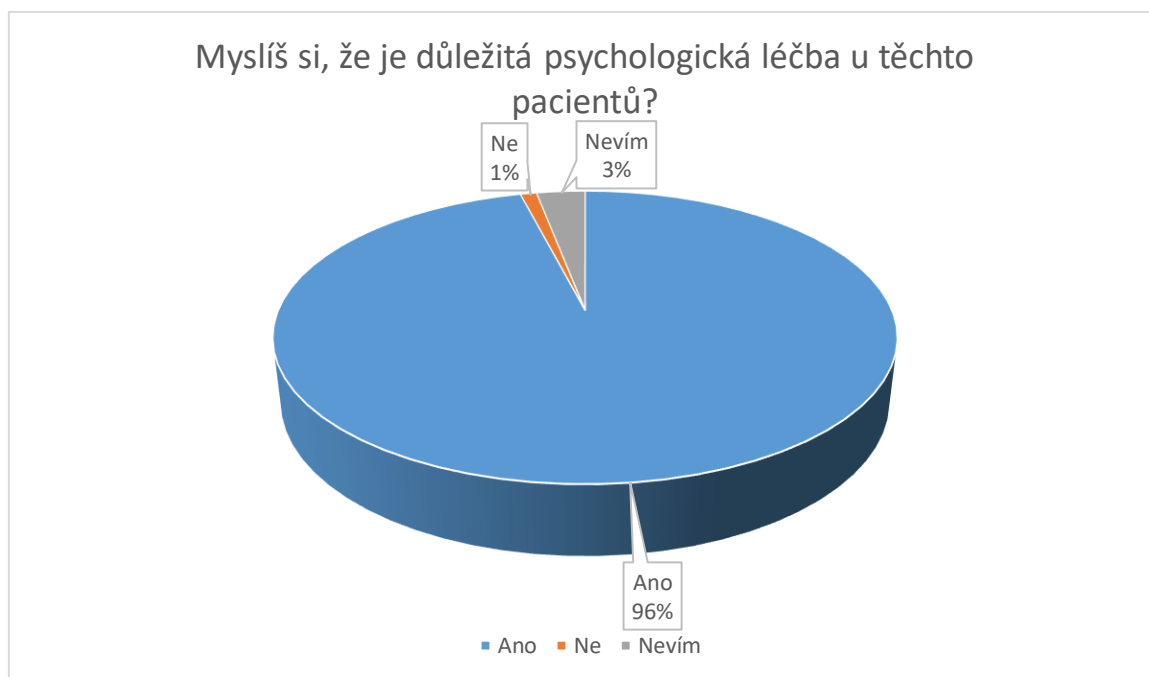
Graf 21 – Rozeznání lidí trpících PPP od zdravých lidí na první pohled

K dílčímu cíli č. 3 Zjistit, zda mají mladiství zkušenost (osobní, nebo v okolí) s poruchami příjmu potravy byla použita otázka č. 21, která se dotazovala respondentů, zda je podle nich jednoduché poznat lidi, kteří trpí tímto onemocněním. Z grafu vyplývá, že pouze 20 (20 %) respondentů uvedlo, že je jednoduché tyto nemocné poznat. 59 (59 %) respondentů uvedlo, že poznat tyto lidi trpícím tímto onemocněním poznat není a 21 (21 %) respondentů uvedlo, že neví, tedy předpokládáme, že si tím nejsou jisti.

Psychologická léčba

Myslíš si, že je důležitá psychologická léčba u těchto pacientů?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano	96 %
Ne	1 %
Nevím	3 %
Celkem	100 %

Tabulka 21 – Důležitost psychologické léčby



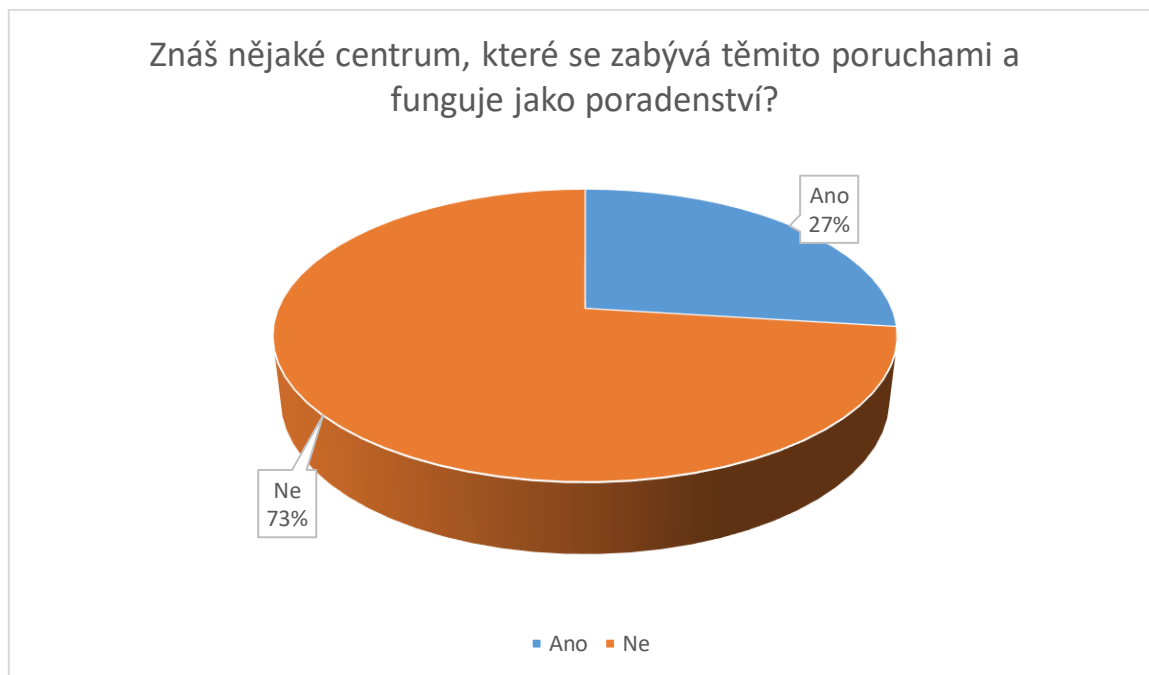
Graf 21 – Důležitost psychologické léčby

K dílčímu cíli č. 1 Zjistit, zda respondenti ví, co jsou základní poruchy příjmu potravy a chápou, o jaké onemocnění se jedná a co obnáší byla přiřazena položka č. 22, která zjišťuje, zda je podle respondentů důležitá psychologická léčba u lidí s tímto onemocněním. Z grafu je patrné, že 96 (96 %) respondentů správně uvedlo, že psychologická léčba u lidí trpících poruchami příjmu potravy je důležitá. Pouze 1 %, tedy 1 respondent uvedl, že si myslí, že tato léčba důležitá není a 3 % respondentů uvedli odpověď nevím, tedy předpokládáme, že si nejsou jisti.

Centra zabývající se PPP

Myslíš si, že je důležitá psychologická léčba u těchto pacientů?	
Odpovědi	Relativní četnost
Ano	27 %
Ne	73 %
Celkem	100 %

Tabulka 22 – Centra zabývající se PPP



Graf 22 – Centra zabývající se PPP

K dílčímu cíli č. 1 *Zjistit, zda respondenti ví, co jsou základní poruchy příjmu potravy a chápou, o jaké onemocnění se jedná a co obnáší* se vázala položka č. 23, kde bylo zjišťováno, zda respondenti znají nějaká centra, která se těmito onemocněními zabývají a fungují jako poradenství. 73 (73 %) respondentů uvedlo, že žádné toto centrum nezná. 27 (27 %) respondentů zná tyto centra, z nichž bylo nejčastěji uváděno: Centrum Anabell (5x), Healthy and free (3x), Kelnerová (2x) Zbytek respondentů uvádělo Psychiatrické oddělení a odborná pracoviště např. v Bohnicích, Černovicích a obecné pracoviště.

8 DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost mladistvých na středních školách ve věku 15-19 let o poruchách příjmu potravy. Kromě základních informací o onemocněních se práce zaměřovala na zkušenosti mladistvých s touto problematikou. Dále bylo zjišťováno, zda jsou mladiství na středních školách se svou postavou spokojeni, zda drželi kvůli snížení tělesné váhy dietu a jak se staví k souvislostem s úspěchem v životě a vzhledem.

V diskusi byla zjištěná data porovnávána s bakalářskou prací Bc. Barbory Čechové (2017) s názvem „*Poruchy příjmu potravy u mladistvých – anorexie, bulimie*“. Pro výzkum a sběr dat autorka zvolila kvantitativní metodu formou nedstandardizovaného dotazníku, který obsahoval 18 otázek. Autorky pracovala s daty od 160 respondentů.

Hlavním cílem předložené bakalářské práce bylo zjistit informovanost mladistvých o poruchách příjmu potravy. Jako dílčí cíle byly stanoveny:

1. Zjistit, zda respondenti ví, co jsou základní poruchy příjmu potravy a chápou, o jaké onemocnění se jedná a co obnáší.
2. Zjistit informovanost o příčinách poruch příjmu potravy
3. Zjistit, zda mají mladiství zkušenost (osobní, nebo v okolí) s poruchami příjmu potravy
4. Zjistit jaké pohlaví dle respondentů nejčastěji poruchami příjmu potravy trpí
5. Zjistit, zda jsou respondenti se svým tělem spokojeni a zda drželi kvůli svému vzhledu nějakou dietu

K vyhodnocení prvního dílčího cíle zjistit, zda respondenti ví, co jsou základní poruchy příjmu potravy a chápou o jaké onemocnění se jedná a co obnáší nejvíce pomohly položky č. 3, 4, 8 a 20, které se mohly porovnávat s daty Bc. Čechové z roku 2017. Otázka č. 3, která se respondentů ptala, zda ví, co je mentální anorexie a dokáže toto onemocnění popsat odpovědělo v předložené bakalářské práci 82 % respondentů, že ano, 8 % nevědělo, co mentální anorexie je a 10 % respondentů pak uvedlo odpověď nevim, tedy předpokládáme, že si nejsou jisti. V porovnání se stejnou otázkou v práci Bc. Čechové zařazenou pod číslem 4, kde autorka pokládala stejnou otázku pouze bez toho, aniž by respondenti měli pojem vysvětlit odpovědělo, že ví, co je mentální anorexie téměř 87 % respondentů, nevědělo 7, 5 % a odpověď nevim uvedlo téměř 6 % dotazovaných. Z porovnání dat z obou prací je patrné, že v roce 2017 měli studenti zřejmě o trochu více informací o mentální anorexii než v roce

2020. Otázka č. 4 zjišťovala, zda respondenti ví, co je mentální bulimie a dokážou toto onemocnění popsat uvedlo 77 % respondentů, že ví, co je mentální bulimie a dokázali onemocnění popsat. 10 % uvedlo, že neví, co mentální bulimie znamená a 13 % respondentů uvedlo, že neví. V porovnání se získanými daty Bc. Čechové z roku 2017 na stejnou otázku bylo zjištěno, že 69 % respondentů vědělo, co je mentální bulimie, 18 % nevědělo, jaké onemocnění mentální bulimie je a téměř 13 % respondentů zvolilo odpověď nevim. Při porovnání obou dat z obou prací lze usuzovat, že v roce 2020 měli studenti středních škol více informací o mentální bulimii, než v roce 2017, i když rozdíl v datech není tak markantní. Při otázce č. 8, kde bylo zjišťování od respondentů, zda by se rádi o problematice dozvěděli více bylo ze získaných dat v této bakalářské práci uvedeno v zastoupení 67 %, že by se rádi dotazovaní dozvěděli více informací, 16 % zájem nemělo a 17 % nevědělo, zda zájem o informace má. V porovnání s daty z práce Bc. Čechové, která položila obdobou otázku v položce č. 5 bez možnost nevim bylo zjištěno, že v roce 2017 menší polovina, tedy 48 % dotazovaných mělo zájem o více informací a 52 % zájem nemělo. Rozdíl v datech je vidět, kdy studenti v roce 2020 mají větší zájem dozvědět se více o této problematice. Další položkou, která pomohla k hodnocení prvního dílčího cíle byla v této práci položka č. 18, kde bylo od respondentů zjišťováno, zda je podle nich dostatek informací pro veřejnost o PPP. Podobně znějící otázku uvedla Bc. Čechová ve své práci v položce č. 13. V porovnání obou dat je rozdíl markantní. V předložené bakalářské práci uvedlo v dotazníkovém šetření na tuto otázku pouhých 27 % respondentů, že je dle nich dostatek informací o PPP pro veřejnost. 46 % uvedlo, že dostatek informací pro veřejnost není a dalších 27 % využilo odpověď nevim, tedy předpokládáme, že si nejsou jisti. že V Roce 2017 na stejnou otázku odpovědělo v práci Bc. Čechové až 63 % respondentů, že informací pro veřejnost o tomto onemocnění je dostatek. Pouze 14 % dotazovaných uvedlo, že ne a 23 % využilo odpovědi nevim. Pokud jsou tyto data porovnávány, v roce 2020 si až 3krát více respondentů oproti roku 2017 myslí, že není dostatek informací o tomto onemocnění.

K vyhodnocení druhého dílčího cíle Zjistit informovanost o příčinách poruchách příjmu potravy posloužila v této bakalářské práci položka č. 7. Pro to, že respondenti mohli zvolit více odpovědí, celkový počet procent přesahuje 100. Ze sbíraných dat jako příčina byla v 96 % procentech uvedena příčina nespokojenost s vlastním tělem. Media byla v zastoupení 73 %, nešťastná láska 26 %, problémy v rodině 19 %, problémy ve škole 21 %, problémy s kamarády 15 %, šikana 70 %, stres 43 % a 5 % uvedlo jinou odpověď. Tyto získaná data byly porovnána se získanými daty na obdobou otázku Bc. Čechové v práci z roku 2017, kde

příčina nespokojenosti s vlastním tělem nebyla v nabídce. Proto byla posouzena pouze data, která byla v otázce stejná. Zatím, co v předložené práci jako příčinu vzniku onemocnění uvedlo tlak médií 73 %, v porovnávací práci Bc. Čechové média uvedlo pouze 14 % respondentů. Jako nešťastnou lásku v této práci zaznamenalo jako příčinu vzniku onemocnění 26 %, v práci z roku 2017 tuto příčinu uvedlo 21 %. Problémy v rodině zaznamenalo v této práci 19 % a v roce 2017 této možnosti využilo 11 %. Jako příčinu vzniku onemocnění problémy ve škole zaznamenalo 21 %, v porovnávací práci uvedlo tuto možnost 17 %. Když byly porovnány data příčiny stresu, který bychom mohli uvést do zátěžových situací v životě, které má uvedeny Bc. Čechové, v předložené práci uvedlo 43 % respondentů tuto příčinu, zatím, co v předložené práci 22 %. Odpověď jině využilo v této práci 5 % podobně jako v práci, se kterou data byly porovnána, kde tuto možnost využilo 6 % respondentů. Když se porovnal zjištěná data z obou prací, bylo zjištěno, že v roce 2017 byla dle respondentů nejčastější příčinou zátěžová situace v životě, v předložené bakalářské práci to byla nespokojenost s vlastním tělem a na druhém místě tlak médií, který se v porovnávací práci umístil až na třetím místě.

K třetímu dílčímu cíli, zda mají mladistvý zkušenost (osobní, nebo v okolí) s poruchami příjmu potravy sloužily nejlépe otázky č. 9, 10 a 19, které se mohly porovnávat s položkami v práci Bc. Čechové. Otázka předložené bakalářské práce č. 9, kde se bylo respondentů dotazováno, zda se již někdy setkali s mentální anorexií byla porovnávána s otázkou č. 11 Bc. Čechové z roku 2017, kde položila respondentům podobnou otázku, kdy se autorka práce ptala, zda respondenti znají někoho, kdo trpí mentální anorexií. V datech získaných v této bakalářské práci bylo zjištěno, že 46 % respondentů se s tímto onemocněním již setkalo a 54 % využilo možnosti odpovědi, že ne. V práci Bc. Čechové pak na obdobou otázku odpovědělo 22 % respondentů, že zná někoho s mentální bulimií a 78 % uvedlo, že nikoho takového nezná. Zda je rozdíl dat patrný, avšak se muselo brát v potaz, že v předložené práci se od respondentů zjišťovala zkušenost s mentální anorexií u nich samých i v okolí, zatímco autorka porovnávací práce od respondentů zjišťovala pouze to, zda někoho, kdo trpí tímto onemocněním znají. I přesto však ze zjištěných dat vyplývá, že v předložené práci v roce 2020 nebyl velký rozdíl v zkušenostech s mentální anorexií, zatím, co v roce 2017 převažovala většina respondentů, kteří tuto zkušenost neměli. Otázka č. 10 se velice podobá předchozí otázce, kdy bylo zjišťováno, zda respondenti mají vlastní zkušenost, nebo v okolí s mentální bulimií. Tuto otázku využila i Bc. Čechová v roce 2017 ve svém sběru dat, ale stejně jako v předchozí otázce se autorka ptala, zda respondenti znají

někoho trpícího tímto mentální bulimií. V předložené bakalářské práci bylo zjištěno, že 33 % respondentů má zkušenosti s mentální bulimií, zatímco 67 % dotazujících zkušenosti nemá. V práci, se kterou data porovnáváme autorka uvedla, že s mentální bulimií zná pouze 7 % respondentů někoho, kdo tímto onemocněním trpí a 93 % respondentů nikoho takového nezná. Z dat může být usuzováno, že o tři roku později mělo jednou tolik respondentů zkušenosti s mentální anorexií a téměř 5krát více respondentů v roce 2020 v této bakalářské práci mělo zkušenosti s mentální bulimií oproti datům z práce Bc. Čechové. Další položkou, která dopomohla k posouzení dílčího cíle 3 byla položka č. 19, kde se bylo respondentů dotazováno, jak na působili lidé, kteří trpěli poruchami příjmu potravy. V této práci bylo z 39 % zaznamenáno, že tito lidé na respondenty působili unaveně, sklesle, nervózně, smutně, zoufale a úzkostlivě. 18 % respondentů uvedlo, že na ně nemocí působili bez sebevědomí, 18 % normálně, 14 % uzavřeně a narcisticky 11 %. Tuto otázku porovnáváme s podobnou otázkou z práce Bc. Čechové, kde asi 40 % respondentů uvedlo, že na ně nemocní působili negativně, depresivně, špatně, děsivě, lítostivě a smutně. Pokud by se tato data dala dohromady pro lepší porovnání se získanými daty v této bakalářské práci, rozdíl není ve vnímání vzhledu těchto nemocných téměř žádný. Oproti předložené práci se v práci, se kterou data byla porovnávána nebyla nikde uvedena odpověď, kterou měli možnost odpovědět respondenti v naší práci. Proto byla porovnávána pouze jedna odpověď.

Ke čtvrtému dílčímu cíli zjistit, které pohlaví dle respondentů nejčastěji trpí poruchami příjmu potravy posloužila nejlépe otázka č. 5, kde byl od respondentů zjišťován jejich názor. Tuto položku lze porovnávat s položkou č. 3 v práci Bc. Čechové (2017). V předložené bakalářské práci uvedlo 71 % respondentů, že PPP trpí nejčastěji ženy, 5 % uvedlo mužské pohlaví a 24 % zaznamenalo, že PPP trpí muži i ženy ve stejném zastoupení. V práci, se kterou jsou data porovnávána uvedlo 95 % respondentů, že PPP trpí nejčastěji ženy, 3 % uvedlo mužské pohlaví a 2 % dotazovaných využilo odpovědi nevím. Při porovnávání obou zjištěných informací při této položce bylo zjištěno, že většina respondentů jak v roce 2017, tak v roce 2020 uvedlo, že nejčastěji poruchami příjmu potravy trpí právě ženy.

K pátému dílčímu cíli zjistit, zda jsou respondenti se svým tělesným vzhledem spokojeni a zda drželi kvůli svému vzhledu nějakou dietu byly přiřazeny otázky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17. Porovnávala se ale data pouze z položek č. 11, 12 a 17. Položka č. 11 byla mířena na spokojenost respondentů s vlastním tělem. V našem sběru dat uvedlo 28 % respondentů, že se svým tělem jsou spokojeni, není spokojeno 34 %, spíše spokojeno 21 % a spíše není 17 %. Pokud data shrneme pouze tak, aby bylo zjištěno, zda respondenti spokojeni jsou nebo

ne, vyšlo, že respondenti jsou se svým tělem spokojeni v 49 %. Nespokojeno je pak 51 %. V tomto zjištění takové rozdíly nejsou. Při srovnání sesbíraných dat autorky Bc. Čechové z roku 2017, tak 59 % respondentů se svou postavou bylo spokojeno a 41 % nikoliv. Zde je již rozdíl větší a z porovnání obou výsledků z obou prací vyšlo najevo, že o tři roku později, jsou mladiství se svou postavu méně spokojeni, než v roce 2017. Cílem otázky č. 12 bylo zjistit, zda respondenti drželi již nějakou dietu. V předložené práci bylo zjištěno, že větší polovina, přesněji 54 % odpovídajících mladistvých již dietu drželo a 46 % respondentů ne. Při datech, které vyšly autorce porovnávací práce vyšlo, že 47 % respondentů dietu drželo a 53 % ve svém životě dietu ještě nedrželo. Když byly porovnány tyto data vedle sebe, je zde patrné, že procenta se prohodily a v roce 2020 jsme zjistili, že více než polovina respondentů oproti roku 2017 dietu již držela. Položka č. 17 se ptala respondentů, zda si myslí, že je tělesný vzhled souvisí s úspěchem v životě. Téměř stejně stanovenou otázkou uvedla autorka Bc. Čechová, kdy se ptala, zda si respondenti myslí, že úspěch v životě souvisí s krásnou a štíhlostí. I v této položce jsou značné rozdíly v odpovědích. Zatímco v předložené práci si 51 % respondentů myslí, tělesný vzhled s úspěchem souvisí, zatím, co toto tvrzení v porovnávané práci zastávalo pouze 19 % respondentů. Podle 39 % respondentů tělesný vzhled, krása nebo štíhlost v této práci s úspěchem nesouvisí a v práci Bc. Čechové toto tvrzení zastávalo 81 %. Dalších 10 % v naší práci využilo odpovědi nevím, tedy bylo předpokládáno, že si nebyli odpovědi jisti.

Dle porovnání zjištěných dat z obou prací vyšlo najevo, že mladistvých v této bakalářské práci, tedy v roce 2020 mají méně informací o mentální anorexii oproti roku 2017, ale zároveň více informací o mentální bulimii než v roce 2017. Dále bylo zjištěno, že nyní mají respondenti větší zájem dozvědět se o problematice více, než v období, kdy dotazníkové šetření prováděla autorka Bc. Čechová ve své práci. Stejně tak si nyní až 3krát více respondentů, než před třemi lety myslí, že není dostatek informací o tomto onemocnění. Jako příčinu vzniku onemocnění se oproti porovnávané práci z roku 2017 se nyní uvádějí na prvním místě nespokojenost s vlastním tělem a tlak médií, zatím, co v roce 2017 jako spouštěč vzniku onemocnění bylo považována nejčastěji zátěžová situace, kam může být zařazen stres a tlak médií obsadil třetí největší počet respondentů. Z toho lze usoudit, že nyní se mladiství do poruch příjmu potravy dostanou spíše kvůli vlastní nespokojenosti sami se sebou a tlaků médií. V práci bylo zjištěno, že s mentální anorexií se oproti datům z práce Bc. Čechové setkala více respondentů a s mentální bulimií stejně tak, i když rozdíl v počtu odpovědí nebyl tak markantní. Dále bylo dospěno k závěru, že v obou bakalářských pracích

dle respondentů lidé trpícími těmito poruchami působili smutně, unaveně, depresivně, špatně a sklesle. Dále bylo prokázáno, že v obou pracích se respondenti shodli na tvrzení, že ženy trpí PPP nejčastěji. Při porovnávání dat, kdy respondenti odpovídali na spokojenost s vlastním tělem se ukázalo, že nyní jsou mladistvých o něco méně spokojeni se svým tělesným vzhledem, než tomu bylo v roce 2017. Stejně tak na tuto položku navazují odpovědi, kdy v této bakalářské práci vyšlo najevo, že více respondentů, než v roce 2017 se pokoušelo již držet ve svém životě dietu. Velkého rozdílu bylo prokázáno při zjištění, zda je dle respondentů důležitý tělesný vzhled pro úspěch v životě, kdy ještě v roce 2017 důležitý nebyl, zatímco nyní si téměř všichni respondenti myslí opak.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Poruchy příjmu potravy jsou závažné onemocnění, které postihuje nejen duševní ale fyzický stav člověka. Jak jsme zjistili, někdy je obtížné rozeznat tyto nemocné od zdravých jedinců a z toho vyplývá, že je také velice těžké nabídnout těmto lidem pomoc. Pokud však lidi, kteří trpí tímto onemocněním rozeznáme, měli bychom vědět, jak správně pomoc nabídnout a jak se k těmto lidem chovat. Proto by bylo vhodné, aby každý člověk věděl, o jaké onemocnění se jedná a co toto onemocnění obnáší.

Ačkoli se z analýzy dat a následného porovnávání z roku 2017 ukázalo, že mladiství mají o PPP více informací, zároveň se prokázalo, že by ocenili informací více. Bylo také zjištěno, že v roce 2020 se s těmito onemocněními mladí setkali častěji, než před třemi lety a jako příčina pro vznik onemocnění je oproti roku 2017 v popředí tlak médií. Více respondentů si také myslí, že vzhled je důležitý pro úspěch v životě a již se pokoušelo držet kvůli nespokojenosti s vlastním tělem dietu. Z toho lze usuzovat, že PPP se nyní objevují častěji, nebo alespoň vzniká větší riziko vzniku těchto poruch. Vzhledem k tomu, že se jedná o závažné a těžko uchopitelné onemocnění, které nejčastěji vzniká v mladém věku bylo by vhodné, aby se na všech základních a středních školách prováděly přednášky, kde odborníci tato onemocnění představí, vysvětlí možné komplikace spojené s těmito onemocněními a poradí, jak se zachovat, pokud někoho s tímto onemocněním studentni nebo pedagogové znají. Přednášky by pak měly obsahovat také téma přiměřeného zdravotního stylu a stravování. Tyto přednášky by byly přínosem nejen pro studenty, ale také pro pedagogické pracovníky, kteří mají možnost své studenty pozorovat a všimnout si jejich chování nebo vzhledu a měli by vědět, jak se k těmto studentům zachovat a jak jim pomoci. Pedagogové by se pak mohli více snažit o udržení přátelské a klidné atmosféry ve školním prostředí. Kromě přednášek na školách by bylo vhodné zveřejnění jednoduchého a krátkého letáku, který o problémech ve zkratce hovoří a kde bude kromě poutavých obrázků uvedeno i číslo na některé krizové centrum nebo poradenství. Tyto letáky by mohly být použity nejen ve školách, ale i u lékaře nebo domovech dětí a mládeže, protože dle mého názoru jsou tyto děti a mladiství vystaveni vyššímu riziku onemocnění kvůli nedostatečnému pocitu rodinného prostředí, socializace a někdy mnohdy jiným psychologickým problémům plynoucím z důvodu jisté samoty.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy u mladistvých a snaží se zjistit, jak dostatečně jsou mladiství na středních školách s touto problematikou obeznámeni, jestli znají základní informace o těchto onemocněních a zda již mají sami nebo ve svém okolí nějakou zkušenost s tímto onemocněním. Dále bylo cílem zjistit, jak moc jsou respondenti spokojeni se svým vlastním tělem a jak velkou část úspěchu přisuzují právě vzhledu.

Z výsledků předložené práce je patrné, že mladiství na středních školách znají základní informace o poruchách příjmu potravy, ale i přesto by se rádi dozvěděli více informací. Někteří respondenti se dokonce sami setkali s tímto onemocněním u sebe samých nebo ve svém blízkém okolí. Nejčastější příčinou kromě nespokojenost s vlastním tělem na vznik onemocnění u mladistvých je tlak okolí, šikana a posměch. Dále bylo zjištěno, že až polovina respondentů uvedla, že se svým tělem není spokojena. Ze všech mladistvých, co dietu drželi byla většina důvodů kvůli tělesné váze. Tohle zjištění se jeví jako problém, protože právě v dospívání se postava formuje, tělo je ve vývinu a je důležitý správné složení stravy a zdravý životní styl.

Dle mého názoru jsou výsledná zjištění z této bakalářské práce nejen pro ošetrovatelství přínosem. Z výsledků je patrné, že mladiství se nyní s problémy s PPP potýkají častěji, než dříve a cítí více tlak okolí i tlak médií na tělesný vzhled pro úspěch v životě. To pak mladistvé vede někdy až k nezdravému zaměřování se na tělesný vzhled, držení diet, velké snižování váhy a z toho následné tělesné i psychické komplikace. Myslím, že by bylo vhodné, jak bylo již uvedeno, více se na toto téma zaměřit nejen ve školách, u lékařů ale i v rodinném prostředí. Děti a mladiství by měli mít možnost otevřeně vždy o svých pocitech hovořit a získat podporu, aby se předešlo vzniku závažného rozjetí onemocnění. Práce je tedy určena nejen pro zdravotníky, aby věděli, jak tato problematika u mladistvých nabírá na síle a aby věděli, jak s těmito nemocnými pracovat, tak pro veřejnost v zastoupení rodičů, učitelů a všech, kteří by měli znát rizikové faktory, příznaky, komplikace onemocnění a jak tato onemocnění řešit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARTÁKOVÁ, Michaela, 2009. Letáček Poruchy příjmu potravy (rodiče). In: *Www.anabell.cz* [online]. Centrum Anabell [cit. 2020-05-24]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/plakat-rodice.pdf
- [2] BARTÁKOVÁ, Michaela, 2009. Letáček Poruchy příjmu potravy (učitelé). In: *Www.anabell.cz* [online]. Centrum Anabell [cit. 2020-05-24]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/plakat-rodice.pdf
- [3] Poradenství Anabell. *www.anabell.cz* [online]. Centrum Anabell [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/poradenstvi>
- [č] COOPER, Peter J., 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0706-1.
- [5] ČECHOVÁ, Barbora, 2017. Poruchy příjmu potravy u mladistvých – anorexie, bulimie [online]. Zlín [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <file:///C:/Users/lenovo/Downloads/Poruchy+p%C5%99%C3%ADjmu+potravy++-+anorexie,+bulimie,+%C4%8Cechov%C3%A1+Barbora.pdf>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Jarmila Verešová.
- [6] FILOVÁ, Andrea, 2010. *Problematika intimity pacientů v nemocnici* [online]. Ostrava [cit. 2020-05-24]. Dostupné z: <file:///C:/Users/lenovo/Downloads/BP%20Filová.pdf>. Bakalářská práce. OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ Ústav ošetřovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.
- [7] FRANĀKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2247-7.
- [8] HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA Group, 2003. Psychoporadna. ISBN 80-86517-60-8. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:2d0cf8e0-875d-11e3-bd09-005056827e51>
- [9] HRADECKÁ, Lenka, 2010. Poruchy příjmu potravy. In: *Www.zdravi.euro.cz* [online]. [cit. 2020-05-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/poruchy-prijmu-potravy-450968>

- [10] KRCH, František D., 2010. *Mentální anorexie*. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-736-807-4.
- [11] KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:6fdc8720-4347-11e4-8113-005056827e52>
- [12] KRCH, František David a Ivana RICHTEROVÁ. *Chci ještě trochu zhubnout*. Praha: Motto, 1998. Populárně psychologická řada. ISBN 80-85872-86-2. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:6a3f7860-8ff9-11e3-bd09-005056827e51>
- [13] KRCH, František David a Jarmila ŠVÉDOVÁ. 2013. Příručka pro zdravotníky, aneb, Různé tváře poruch příjmu potravy. Občanské sdružení Anabell. ISBN 978-80-905436-5-2. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/>
- [14] KŘÍŽ, Josef, 2000. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zemědělská fakulta. ISBN 80-7040-386-1.
- [15] LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO, 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4305-9.
- [16] MCGREGOR, Renee a Dana BALATKOVÁ, 2017. *Ortorexie: Posedlost zdravou stravou*. Praha: DOBROVSKÝ. ISBN 978-80-7390-968-0.
- [17] MARÁDOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2. Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:4f38fc60-a403-11e5-b5dc-005056827e51>
- [18] MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra. ISBN 978-80-247-5589-2.
- [19] NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM s.r.o.. ISBN 978-80-7204-657-7
- [20] PAPEŽOVÁ, Hana et al., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2425-6.
- [21] PAPEŽOVÁ, Hana et al., *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.

- [22] PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9
- [23] PAULÍK, Karel, 2017. *Psychologie lidské osobnosti*. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5646-2.
- [24] PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6
- [25] Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017, 2018. *ÚZIS ČR* [online]. 2018(8), 1-12 [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf
- [26] PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, 2017. *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Libčice nad Vltavou: Pasparta. ISBN 978-80-88163-46-6.
- [27] STEIN, Natalie, ed. *Public, health, nutrition: principles and practice in community and global health*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, c2015. ISBN 978-1-4496-9204-9.
- [28] ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Jak se v sobě neztratit*. Brno: Anabell, c2012. ISBN 978-80-260-4271-6.
- [29] Tým rehabilitace.info, 2017. Mýty o BMI (indexu tělesné hmotnosti) – čemu věřit a čemu ne? In: *Www.rehabilitace.info* [online]. Tým rehabilitace.info [cit. 2020-04-22]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zdravotni/myty-o-bmi-indexu-telesne-hmotnosti-cemu-verit-a-cemu-ne/>
- [30] ZLATOHLÁVEK, Lukáš a kol., *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, 2016. Medicus. ISBN 978-80-88129-03-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ, ZKRATEK A CIZÍCH SLOV

<i>Abúzus</i>	zneužívání
<i>AN</i>	anorexia nervosa
<i>Amenorea</i>	vynechání menstruace
<i>Antidepresiva</i>	lék užívaný ke zmírnění symptomů klinické deprese
<i>Anxiolytika</i>	psychofarmaka rozvolňující úzkost
<i>Arytmie</i>	poruchy srdečního rytmu
<i>BAT</i>	Body Attitude Test, test vztahu k vlastnímu tělu
<i>BMI</i>	Body mass index
<i>BN</i>	bulimia nervosa
<i>Bradykardie</i>	snížená tepová frekvence (u mužů pod 60 tepů/min, u žen pod 65 tepů/min)
<i>CT</i>	výpočetní tomografie
<i>Disbalance</i>	vychálení se z normálu
<i>Diuretika</i>	léky zvyšující tvorbu a vylučování moči
<i>DSPPPP</i>	Denní stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy
<i>Dysfagie</i>	poruchy polykání
<i>Edém</i>	otok
<i>EDI</i>	Eating Disorder Inventory
<i>EEG</i>	elektroencefalopatie
<i>EKG</i>	elektrokardiografie
<i>Fertilita</i>	plodnost
<i>Frakcinovaný</i>	přerušovaný, dělený
<i>GIT</i>	gastrointestinální trakt
<i>Glykémie</i>	krevní cukr (normální hodnota nalačno nalačno 3,3-6,6 mmol/l)
<i>Hyperpigmentace</i>	ztmavnutí pleti

<i>Hyperreflexe</i>	nadměrné sebezpozorování a autoanalyzování problémů
<i>Hypersenzitivita</i>	zvýšená citlivost
<i>Hypogonadismus</i>	opožděná puberta
<i>Hypochloremie</i>	nízká hodnota chlóru v krvi $\text{Cl}^- < 95 \text{ mmol/l}$.
<i>Hypokalcemie</i>	nízká hodnota calcia (vápníku) v krvi $\text{Ca} < 2,14 \text{ mmol/l}$.
<i>Hypokalemie</i>	nízká hodnota kalia (draslíku) v krvi $\text{K}^+ < 3,5 \text{ mmol/l}$
<i>Hypomagnezemie</i>	nízká hladina magnesia (hořčíku) v krvi $< 0,7 \text{ mmol/l}$.
<i>Hypotenze</i>	nízký krevní tlak v klidu pod 100/65 mmHg
<i>Imunodeficit</i>	vrozená či získaná závada či porucha imunitního systému, oslabení obranyschopnosti, snížení odolnosti např. proti infekci nebo nádorovému onemocnění
<i>Infertilita</i>	neplodnost
<i>Insomnie</i>	nespavost
<i>Intolerance</i>	nesnášenlivost
<i>JIP</i>	jednotka intenzivní péče
<i>Karotenodermie</i>	kůže je žlutooranžové barvy
<i>Lanugózní ochlupení</i>	jemné chmýří
<i>Laxantiva</i>	Léky podporující odchod stolice
<i>Menarché</i>	první menstruace
<i>MKN</i>	mezinárodní klasifikace nemocí
<i>MR</i>	magnetická rezonance
<i>Obstipace</i>	zácpa
<i>PET</i>	pozitronová emisní tomografie
<i>PPP</i>	Poruchy příjmu potravy
<i>Pruritus</i>	svědění
<i>Purpura</i>	tečkovité petechie kolem očí a úst
<i>SDQ-20</i>	Somatoform Dissociation Questionnaire

<i>SPECT</i>	tomografická scintigrafie
<i>Substituce</i>	náhrada
<i>Symptom</i>	příznak
<i>Tachykardie</i>	zvýšená tepová frekvence (u mužů nad 100 tepů/min, u žen nad 110 tepů/min)
<i>T3</i>	hormon Trijodtyronin
<i>T4</i>	hormon Thyroxin
<i>UZ</i>	ultrazvuk
<i>Vomitus</i>	zvracení
<i>Xerosis cutis</i>	šupinatěním kůže

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Diagnostická kritéria MKN-10 pro AN.....	18
Obrázek 2 – Diagnostická kritéria MKN-10 pro BN.....	18
Obrázek 3 – Terapeutické cíle při léčbě AN	34
Obrázek 4 – Terapeutické cíle při léčbě BN.....	39
Obrázek 5 – Dívka trpící poruchou příjmu potravy.....	92

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů.....	51
Tabulka 2 – Ročník studia střední školy	52
Tabulka 3 – Znalost respondentů o mentální anorexii	53
Tabulka 4 – Znalost respondentů o mentální bulimii.....	54
Tabulka 5 – Nejčastěji postižené pohlaví lidí trpících poruchami příjmu potravy	55
Tabulka 6 – Zdroj informací o PPP.....	56
Tabulka 7 – Nejčastější příčina vzniku onemocnění.....	57
Tabulka 8 – Zájem o více informací týkajících se PPP	58
Tabulka 9 – Zkušenost respondentů s mentální anorexií	59
Tabulka 10 – Zkušenost respondentů s mentální bulimií	60
Tabulka 11 – Spokojenost respondentů s vlastním tělem.....	61
Tabulka 12 – Držení diet u respondentů.....	62
Tabulka 13 – Důvody držení diet respondentů	63
Tabulka 14 – Negativní reakce okolí na vzhled respondentů.....	64
Tabulka 15 – Zpětná reakce respondentů na negativní reakci okolí na jejich vzhled	65
Tabulka 16 – Osobní postoj k vlastní váze a tělesnému vzhledu respondentů.....	66
Tabulka 17 – Postoj respondentů k souvislosti s úspěchem v životě s tělesným vzhledem	67
Tabulka 18 – Dostatek informací pro veřejnost.....	68
Tabulka 19 – Nebezpečnost onemocnění	70
Tabulka 20 – Rozeznání lidí trpících PPP od zdravých lidí na první pohled	70
Tabulka 21 – Důležitost psychologické léčby	71
Tabulka 22 – Centra zabývající se PPP	72

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1– Pohlaví respondentů	51
Graf 2 – Ročník studia střední školy	52
Graf 3 – Znalost respondentů o mentální anorexii.....	53
Graf 4 – Znalost respondentů o mentální bulimii	54
Graf 5 – Nejčastěji postižené pohlaví lidí trpících poruchami příjmu potravy	55
Graf 6 – Zdroj informací PPP	56
Graf 7 – Nejčastější příčina vzniku onemocnění dle respondentů.....	57
Graf 8 – Zájem o více informací týkajících se PPP	58
Graf 9 – Zkušenost respondentů s mentální anorexií	59
Graf 10 – Zkušenost respondentů se mentální bulimií.....	60
Graf 11 – Spokojenost respondentů s vlastním tělem	61
Graf 12 – Držení diet u respondentů	62
Graf 13 – Důvody držení diet u respondentů.....	63
Graf 14 – Negativní reakce okolí na vzhled respondentů	64
Graf 15 – Zpětná reakce respondentů na negativní reakci okolí na jejich vzhled	65
Graf 16 – Osobní postoj k vlastní váze a tělesnému vzhledu respondentů	66
Graf 17 – Postoj respondentů k souvislosti s úspěchem v životě s tělesným vzhledem	67
Graf 18 – Dostatek informací pro veřejnost	68
Graf 19 – Vzhled lidí trpících PPP.....	69
Graf 20 – Nebezpečnost onemocnění.....	70
Graf 22 – Důležitost psychologické léčby.....	72
Graf 23 – Centra zabývající se PPP	73

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Body Mass Index (BMI)

Příloha P III: Test vztahu k vlastnímu tělu (BAT)

Příloha P IV Leták poruchy příjmu potravy pro rodiče

Příloha P V Leták poruchy příjmu potravy pro učitele



Obrázek 5 – Dívka trpící poruchou příjmu potravy

HRADECKÁ, Lenka, 2010. Poruchy příjmu potravy. In: Wwww.zdravi.euro.cz [online]. [cit. 2020-05-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/poruchy-prijmu-potravy-450968>

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den milí studenti,

Mé jméno je Eliška Hamarič a studuji 3.ročník na Fakultě humanitních studií ve Zlíně, obor všeobecná sestra. Ráda bych vás poprosila o pomoc při zpracování mé bakalářské práce na téma poruch příjmu potravy. Dotazník je anonymní a obsahuje většinu uzavřených otázek. Prosím, věnujte mi chvilku svého času a dotazník vyplňte pravdivě. Správnou odpověď prosím zaškrtněte. Odpověď je vždy správná jen jedna, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za čas a ochotu.

Eliška Hamarič

1. Pohlaví:

- Dívka
- Chlapec

2. Ročník:

- První
- Druhý
- Třetí
- Čtvrtý

3. Víš, co znamená pojem mentální anorexie a dokážeš toto onemocnění popsat?

- Ano, jedná se o

.....
.....
.....
.....
.....

- Ne
- Nevím

4. Víš, co znamená pojem mentální bulimie a dokážeš toto onemocnění popsat?

- Ano, jedná se o

.....
.....
.....
.....

- Ne
- Nevím

5. Kdo si myslíš, že poruchami příjmu potravy nejčastěji trpí?

- Ženy
- Muži
- Muži i ženy ve stejném zastoupení

6. O poruchách příjmu potravy jsi se dozvěděl z: (Odpovídají pouze ti, co odpověděli na otázku číslo 3 a 5 ano. Možno více odpovědí)

- televize
- internetu
- časopisu
- škola
- rodina

- kamarádi (okolí)
- jiné (prosím uveď vlastními slovy)

.....

7. Co si myslíš, že je nejčastější příčinou tohoto onemocnění? (Možno více odpovědí)

- Nespokojenost s vlastním tělem
- Tlak médií (televize, modelky, celebrity, ...)
- Nešťastná láska
- Problémy v rodině
- Problémy ve škole
- Problémy s kamarády
- Šikana (posmívání se někomu za jeho vzhled/váhu)
- Stresové situace (změna školy, tragická událost, rozvod rodičů, ..)
- Jiné (uveď slovně prosím)

.....

a)

8. Chtěl/a by ses o této problematice dozvědět více?

- Ano
- Ne
- Nevím

9. Setkal/a si se někdy s mentální anorexií?

- Ano
- Ne

10. Setkal/a si se někdy s mentální bulimií?

- Ano
- Ne

11. Jsi spokojená/ý se svým vlastním tělem?

- Ano
- Ne
- Spíše ano
- Spíše ne

12. Držel/a si někdy nějakou dietu?

- Ano
- Ne

13. Dietu si držel/a z důvodu: (odpovídají pouze ti, co v předchozí otázce odpověděli ano)

- Snížit svoji tělesnou váhu z vlastní iniciativy
- Ze zdravotních důvodů
- Kombinace obou

14. Setkal/a ses někdy s tím, že by se ti někdo smál pro to, jak vypadáš?

- Ano
- Ne

15. Ranilo tě, že se ti někdo smál za to, jak vypadáš a donutilo tě to na sobě něco změnit, zhubnout nebo se více pozorovat, aby si byl v kolektivu oblíbenější? (Odpoví jen ti, co na předchozí otázku odpověděli ano)

- Ano
- Ne

16. Zaměřuješ se často na svůj vzhled a svoji tělesnou váhu?

- Ano
- Ne
- Spíše ano
- Spíše ne

17. Myslíš si, že to, jak člověk vypadá souvisí s jeho úspěchem v životě?

- Ano
- Ne
- Nevím

18. Je podle tebe pro veřejnost dostatek informací o tomto onemocnění?

- Ne
- Ano
- Nevím

19. Jak na tebe lidé s tímto onemocněním působili? (Odpoví pouze ti, co v otázce číslo 9 a 10 opověděli ano). Prosím uveď

b)

.....

.....

.....

.....

.....

20. Je podle tebe toto onemocnění nebezpečné?

- Ano
- Ne
- Nevím

21. Myslíš si, že je jednoduché tyto lidi, kteří tímto onemocněním trpí jednoduše poznat?

- Ano
- Ne
- Nevím

22. Myslíš si, že je důležitá psychologická léčba u těchto pacientů?

- Ano
- Ne
- Nevím

23. Znáš nějaké centrum, které se zabývá těmito poruchami a funguje jako poradenství?

- Ano (Uveď prosím jaké)
.....
- Ne

PŘÍLOHA P II: BODY MASS INDEX (BMI)

$BMI = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (m)}}$		
Ženy	Muži	
pod 19	pod 20	podváha
19–23,9	20–24,9	normální stav
24–28,9	25–29,9	mírná obezita
29–38,9	30–39,9	střední stupeň
nad 39	nad 40	těžký stupeň

Tým rehabilitace.info, 2017. Mýty o BMI (indexu tělesné hmotnosti) – čemu věřit a čemu ne? In: *Www.rehabilitace.info* [online]. Tým rehabilitace.info [cit. 2020-04-22]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zdravotni/myty-o-bmi-indexu-telesne-hmotnosti-cemu-verit-a-cemu-ne/>

PŘÍLOHA P III: TEST VZTAHU K VLASTNÍMU TĚLU (BAT)

Test vztahu k vlastnímu tělu (Body Attitude Test - BAT) (Probst et al., 1995)

	0	1	2	3	4	5
	nikdy	zřídka	někdy	často	většinou	vždy
1.	Jestliže se srovnávám se stejně starými, necítím se spokojená se svým tělem.					
2.	Vlastní tělo mi připadá jako předmět bez citu.					
3.	Mé boky se mi zdají příliš široké.					
4.	Cítím se ve svém těle jako doma.					
5.	Velice si přeji být štíhlejší.					
6.	Moje prsa mi připadají příliš veliká.					
7.	Mám sklon skrývat své tělo (například ve volném oblečení).					
8.	Když se pozoruji v zrcadle, nejsem se svým tělem spokojená.					
9.	Mohu se po tělesné stránce lehce uvolnit.					
10.	Myslím, že jsem moc tlustá.					
11.	Pocituji své tělo jako břemeno.					
12.	Zdá se mi, jako by mi mé tělo nepatřilo.					
13.	Některé části mého těla vypadají jako oteklé.					
14.	Mé tělo pro mě představuje ohrožení.					
15.	Můj zevnějšek je pro mě velice důležitý.					
16.	Mé břicho vypadá, jako bych byla těhotná.					
17.	Ve svém těle se necítím dobře.					
18.	Závidím ostatním jejich zevnějšek.					
19.	V mém těle se odehrává něco, co mě děsí.					
20.	Kontroluji svůj vzhled v zrcadle.					

Zdroj: PAPEŽOVÁ, Hana et al., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2425-6.

PŘÍLOHA P IV LETÁK PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY PRO RODIČE

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

... A CO S TÍM?

Vážení rodiče,

rádi bychom vám nabídli informace o tom, co jsou poruchy příjmu potravy, jak lze rozpoznat, zda vaše dítě poruchou příjmu potravy netrpí a kam se v případě potřeby obracet pro radu či odbornou konzultaci.

Co si mohu představit pod pojmem porucha příjmu potravy?

Poruchy příjmu potravy je souhrnné označení pro skupinu onemocnění, kam patří mj. mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovitě přejídání. Tato biopsychosociální onemocnění se projevuje změnami v chování, pohledu na sebe, zdraví nevhodnou manipulací s jídlem (omezování, přejídání, zvracení), atd.

Co je to mentální anorexie?

Mentální anorexie je onemocnění, které postihuje zejména dívky a mladé ženy, ale anorexi může onemocnět i chlapec či muž. Projevuje se chorobným strachem z tloušťky a přibývání na váze. Nemocní odmítají jíst, přehnaně cvičí, jejich pozornost je plně soustředěna na tělesnou hmotnost a vlastní jídelníček. Chování ovlivněné nemocí vede k podvýživě a dalším zdravotním a psychosociálním obtížím. Bez léčby může mentální anorexie nemocného ohrozit na životě.

Co je to mentální bulimie?

Mentální bulimie se také projevuje strachem z tloušťky a přibývání na váze. Kontrola příjmu potravy však vede k záchvatům přejídání a následně vyvolanému zvracení. Neovladatelné bulimické záchvaty rozvrcají tělesný metabolismus a mohou vést k trvalým zdravotním problémům. Nemocní také často trpí depresivními stavy a silnými pocity viny z nezvládnutého jídelního režimu.

Jak poznám, že mé dítě nebo někdo z blízkých trpí některou z forem poruchy příjmu potravy?

Zkuste odpovědět na následující otázky, pokud na jednu z nich odpovíte kladně, bylo by vhodné problém konzultovat s odborníkem.

1. Má vaše dítě výkyvy na váze nebo najednou hodně zhublo?
2. Má chuť k jídlu, ale přemáhá hlad a odmítá jíst, přestože netrpí nadváhou?
3. Začala vaše dítě přehnaně sportovat a dostatečně nejí?
4. Užívá projímadla a snaží se zhubnout, přestože váží přiměřeně nebo dokonce méně, než by měla vzhledem k věku a výšce?
5. Bojí se toho, že přibere, a to i navzdory tomu, že má podváhu?
6. Pražlivá dítě chorobným strach z tloušťky?
7. Popírá dítě svoji podváhu?
8. Ovlivňuje váha jeho sebevědomí, přehnaně mu záleží na vzhledu a na tom, kolik váží?
9. Přestala vaše dcera menstruovat?
10. Začala se dítě přejídat nebo mizí z ledničky více jídla, než je obvyklé a dítě přitom nepřibírá?
11. Zabývá se vaše dítě často jídlem, například počítá kalorické hodnoty jídla?
12. Přisílili jste někdy dítě, jak zvrací, aby tak zmínilo vliv jídla na váhu?

Co mohu udělat, pokud mám u svého dítěte podezření, že trpí poruchou příjmu potravy?

- Citlivě a empaticky s ním promluvit a jeho trápení

- a problémech, věnovat mu pozornost a čas.
- Zmapovat situaci a případně společně kontaktovat odborníka na problematiku poruch příjmu potravy.
- Aktivně trávit s dítětem volný čas (dle věku dítěte), věnovat se mu, být mu oporou.
- Dítě chvilít, naslouchat jeho potřebám, poskytovat mu nepodmíněnou lásku a podporovat jeho zdravé sebevědomí.
- Dbát na společné stolování, pravidelnou a vyváženou stravu.

Existuje nějaká primární prevence poruch příjmu potravy?

Ano, základ prevence spočívá samozřejmě v rodině, která dbá na přirozený rozvoj sebevědomí dítěte, poskytuje mu kladné vzory, oporu, lásku a zájem. Avšak i škola může pomoci např. organizací primárně preventivních programů. Primární prevence poruch příjmu potravy realizuje např. Občanské sdružení Anabell a to v Praze, Brně, Ostravě, Plzni a okolí i v jiných městech dle domluvy.

Pokud máte zájem, aby na škole, kterou navštěvuje vaše dítě, probíhaly programy primární prevence poruch příjmu potravy, můžete se domluvit s vedením školy a nabídnout tyto kontakty:

Kontaktní centrum Anabell Praha

Dřínova 1a, Praha 5 - 150 00
+420 775 904 778
paha@anabell.cz

Kontaktní centrum Anabell Brno

Braňislavská 2, Brno 2 - 602 00
+420 542 214 014
posta@anabell.cz

Kontaktní centrum Anabell Ostrava

areál Hornické polikliniky
Sokolská tř. 81, Ostrava - 702 00
+420 737 069 486
ostrava@anabell.cz

Kontaktní centrum Anabell Plzeň

Regionální Institut Duševního Zdraví
Zábělská 43, Plzeň - 301 00
+420 725 051 870
plzen@anabell.cz

V jakých knihách lze nalézt potřebné informace o poruchách příjmu potravy?

- Papežová, H.: Anorexia nervosa, Psychiatrické centrum Praha 2000
- Papežová, H.: Bulimia nervosa, Psychiatrické centrum Praha 2003
- Krch, F. D.: Bulimie - Jak bojovat s přejídáním, Grada 2003
- Krch, F. D.: Mentální anorexie, Portál 2002
- Hall, L., Cohn, L.: Rozlučte se s bulimií, Era 2003
- Cassuto, D. A., Guillou, S.: Když chce dcera hubnout, Portál 2008

Kam se mohu obrátit pro odbornou radu a pomoc?

- www.anabell.cz a **Linka Anabell 848 200 210** (po - pá od 8 do 16)
- www.ideadni.cz
- Pedagogicko - psychologická poradna v místě bydliště
- www.fmotald.cz - Fakultní nemocnice v Motole - Dětská psychiatrická klinika, tel.: 224 433 401
- www.vfn.cz - Specializovaná jednotka pro léčbu poruch příjmu potravy, Psychiatrická klinika T. LF UK a VFN, tel.: 224 914 120
- krizová linka RIAPS 222 580 697 (nonstop) nebo linka bezpečí 800 155 555 (nonstop)

Anabell

Autorka: Bc. Michaela Bartáková, DiS.
Recenze: Mgr. et Mgr. Růža Černá
Náklad: 1 000 ks

© Občanské sdružení Anabell, 2009

BARTÁKOVÁ, Michaela, 2009. Letáček Poruchy příjmu potravy (rodice). In: *Www.anabell.cz* [online]. Centrum Anabell [cit. 2020-05-24]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/plakat-rodice.pdf

PŘÍLOHA P V LETÁK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY PRO UČITELE

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

... A CO S TÍM?

Vážení učitelé, metodici primární prevence a výchovní poradci,

rádi bychom vám nabídli informace o tom, co jsou poruchy příjmu potravy, jak lze zjistit, zda někdo z žáků ve třídě netrpí poruchou příjmu potravy a co dělat, když u některého ze svých žáků na tuto nemoc máte podezření.

Co si mohu představit pod pojmem porucha příjmu potravy?

Poruchy příjmu potravy je souhrnné označení pro skupinu onemocnění, kam patří mj. mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatové přejídání. Tato biopsychosociální onemocnění se projevuje změnami v chování, pohledu na sebe, zdraví nevhodnou manipulací s jídlem (omezování, přejídání, zvracení), atd.

Co je to mentální anorexie?

Mentální anorexie je onemocnění, které postihuje zejména dívky a mladé ženy, ale anorexi může onemocnět i chlapec či muž. Projevuje se chorobným strachem z tloušťky a přibývání na váze. Nemocní odmítají jíst, přehnaně ovičí, jejich pozornost je plně soustředěna na tělesnou hmotnost a vlastní jídelníček. Chování ovlivněné nemocí vede k podvýživě a dalším zdravotním a psychosociálním obtížím. Bez léčby může mentální anorexie nemocného ohrozit na životě.

Co je to mentální bulimie?

Mentální bulimie se také projevuje strachem z tloušťky a přibývání na váze. Kontrola příjmu potravy však vede k záchvatům přejídání a následně vyvolanému zvracení. Neovladatelné bulimické záchvaty rozvrzejí tělesný metabolismus a mohou vést k životním zdravotním problémům. Nemocní také často trpí depresivními stavy a silnými pocity viny z nezvratného jídelního režimu.

Jak poznám, že někdo z žáků ve třídě je ohrožen poruchou příjmu potravy nebo už se s ní dokonce potýká?

1. Začíná to dietou

Nemocní pravděpodobně nosí do školy k svačině pouze ovoce nebo zeleninu, přestávají chodit do školní jídelny na obědy a vyhýbají se sladkостem. Dobrou představou o tom, jak žák jedl, si lze udělat např. během školy v přítomnosti školního výletu.

2. Objevuje se vyčerpávací cvičení

Určitých změn si můžete všimnout také během hodin tělesné výchovy. Nemocní se mohou hodinám tělesné výchovy vyhýbat (šlydí se za svoji postavou), nebo naopak ovičí velmi usilovně, aby rychleji zhubli.

3. Citlivost na chlad

Nemocní jsou extrémně citliví na chlad. Tělo totiž ztratilo podkožní tuk a také část srdcové tkáně. Nemocní si sedají k topení a jsou oblečení do několika vrstev oblečení, které je jednak chrání před zimou, ale zároveň jím zamaskují svou vyhublost či domnělou tloušťku.

4. Kulatá tvář

Nemocní křeč si vyvolávají zvracení, mají často kulatou až napuštělou tvář. Je to způsobeno mj. zduřením slinných žláz, které jsou drážděny zvracením.

5. Sociální izolace

Nemocní se začínají vyhýbat společnosti, přátelům, o přestávkách jsou často sami a se spolužáky se příliš nebaví.

6. Depresivní náladu a nízké sebevědomí

Nemocní postupně ztrácejí sebevědomí, jsou bázliví, stahují se do sebe a nejsou tak spokojeni a veselí jako dříve. Mohou se u nich objevit depresivní pocity a bezsmyslné myšlenky, které mohou vést až k úvahám o sebevraždě. Náladu si lze všimnout například v hodinách výtvary výchovy, kdy žákům zadáme kresbu na volné téma, nebo je přímo vyzveme k vyjádření vlastních pocitů a nálad pomocí kresby.

7. Narušené vnímání vlastního těla

Nemocní nedokážou správně posoudit svou postavu, váhu a zdravotní stav. I při výrazné podvýživě si připadají příliš tlustí. O přestávkách či hodině tělesné výchovy můžete zasklednout, jak nemocní celatím tváří, jak moc jsou tlustí a jak potřebují zhubnout.

Co mohu udělat, pokud mám u některého ze svých žáků podezření na poruchu příjmu potravy?

Pravděpodobně bude vhodné nejprve navázat kontakt s žákem, u kterého máte na poruchu příjmu potravy podezření. Je vhodné mu říci o svých obavách, o tom, že o něj máte strach a ubezpečit ho, že jste tu pro něj. Můžete se ho zeptat, zda o problémech s jídlem a váhou již s někým

mluví, případně zda o tom vůbec mluvit chce. Žáka informujte o tom, že o vašem podezření musíte říci jeho rodičům, pokuste se na tom společně domluvit. Pokud potřebujete další informace k řešení situace, můžete kontaktovat některého z odborníků na problematiku poruch příjmu potravy. Další informace najdete také v odborné literatuře a na internetu.

V jakých knihách lze nalézt potřebné informace o poruchách příjmu potravy?

- Papežová, H.: Anorexia nervosa, Psychiatrické centrum Praha 2000
- Papežová, H.: Bulimia nervosa, Psychiatrické centrum Praha 2003
- Krch, F. D.: Bulimie - Jak bojovat s přejídáním, Grada 2003
- Krch, F. D.: Mentální anorexie, Portál 2002
- Hall, L., Cohn, L.: Rozlučte se s bulimií, Era 2003
- Casulio D. A., Guillou, S.: Když chce doera hubnouť, Portál 2008

Jaké konkrétní kroky může škola podniknout?

Společně s nemocným a jeho rodinou může škola stanovit určitá pravidla, aby u nemocného zabránila dalšímu rozvoji poruchy příjmu potravy.

- 1 Pokud je nemocný příliš hubený, mělo by mu být ve škole zakázáno cvičení. Takové opatření lze jednoduše vysvětlit, neboť cvičení při nízké váze je velkým zdravotním rizikem.
- 2 Je vhodné mít připravený plán ohledně stravování a postupovat nejvhodněji pro danou situaci (nemocný může jíst spolu s učitelským sborem, třídní učitel může „organizovat“ společné svačiny během přestávek, nemocný si může vybrat kamarádku/kamaráda, se kterou/měnjm bude jíst...).
- 3 Učitelé mohou s rodiči vypracovat časové limity pro domácí studium. Lze totiž zaznamenat, že domácí úkoly zabírají porušeným pro jejich perfekcionistačké rysy daleko více času, než je nutné.
- 4 Při dlouhých zkouškách (např. písemné slohové práce) je důležitě pomáhat na přestávku, možnost teplých nápojů a svačiny a dbát na dostatečné vytopení místnosti.
- 5 Vyučující by se měl snažit o začleňování nemocného zpátky do kolektivu třídy, promluvit o něm s ostatními žáky ve třídě.

Existuje nějaká primární prevence poruch příjmu potravy?

Ano, základem prevence spočívá samozřejmě v rodině, avšak i škola může pomoci např. organizací některých primárních preventivních programů. Primární prevencí poruch příjmu

potravy jako součásti svých hlavních aktivit realizuje i Občanské sdružení Anabell, a to v Praze, Brně, Ostravě, Plzni a okolí, případně i v jiných městech dle domluvy.

Máte-li zájem o primární preventivní programy, můžete kontaktovat:

Kontaktní centrum Anabell Praha

Dřínova 1a, Praha 5 - 150 00

+420 7 75 904 778

praha@anabell.cz

Kontaktní centrum Anabell Brno

Bralšovská 2, Brno 2 - 602 00

+420 5 42 214 014

brno@anabell.cz

Kontaktní centrum Anabell Ostrava

areál Hbrnické polikliniky

Sokolská tř. 81, Ostrava - 702 00

+420 7 37 089 486

ostrava@anabell.cz

Kontaktní centrum Anabell Plzeň

Regionální Institut Duševního Zdraví

Zábělská 43, Plzeň - 301 00

+420 7 25 051 870

plzen@anabell.cz

Kam se mohu obrátit pro odbornou radu a pomoc?

- www.anabell.cz a **Linka Anabell 848 200 210** (po - pá od 8 do 16)
- www.idealni.cz
- Pedagogicko - psychologická poradna v místě bydliště
- www.fimold.cz - Fakultní nemocnice v Motole - Dětská psychiatrická klinika, tel.: 224 433 401
- www.vfn.cz - Specializovaná jednotka pro léčbu poruch příjmu potravy Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, tel.: 224 914 120
- krizová linka RUMPS 222 580 897 (nonstop) nebo linka bezpečí 800 155 555 (nonstop)

Anabell

Autorka: Bc. Michaela Bartáková, DiS.

Recenze: Mgr. a Mgr. Růžena Černá

Náklad: 1 000 ks

© Občanské sdružení Anabell, 2009

BARTÁKOVÁ, Michaela, 2009. Letáček Poruchy příjmu potravy (učitelé). In: *Www.anabell.cz* [online]. Centrum Anabell [cit. 2020-05-24]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/plakat-rodice.pdf