

Informovanost o problematice poruch příjmu potravy mezi dnešní mládeží

Eva Psočková, DiS

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva PSOTKOVÁ, DiS.**

Osobní číslo: **H08185**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Informovanost o problematice poruch příjmu potravy
mezi dnešní mládeží**

Zásady pro vypracování:

Analýza literárních pramenů a zpracování teoretických východisek.

Příprava výzkumu, zvolení vhodné metody.

Provedení výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu.

Závěr.

Doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HORT, V. a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2002, 496 s. ISBN 80-7178-472-9.

HÖSCHL, C. Psychiatrie-učebnice pro vyšší zdravotnické školy. Praha : Scientia medica, 1997. 175 s. ISBN 80-85526-64-6.

KRCH, F. D. Mentální anorexie. Praha: Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, F. D. a kol. Poruchy příjmu potravy. 2. vyd. Praha : Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

MIČOVÁ, L. Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a mentální bulimie, SESTRA, 2004, r. 14, č. 2, s. 32. ISSN 1210-0404.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jarmila Šťastná

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

25. ledna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

6. května 2011

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

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 nahlížení 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 vzdělávacímu 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 užit 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 jim 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá informovaností o poruchách příjmu potravy mezi dnešní mládeží. Teoretická část je zaměřena na historii těchto onemocnění, popis nejznámějších typů poruch příjmu potravy jako je mentální anorexie, mentální bulimie, ale i méně známých poruch, které se v posledních letech začínají rozšiřovat. Samostatná kapitola je věnována adolescenci, problematice poruch příjmu potravy u mužů, homosexuálů a vlivu médií na veřejnost. Praktická část se zaměřuje na vyhodnocení dotazníku, který jsem použila k získání potřebných informací. Z výsledků vyplývá, že je problematika poruch příjmu potravy stále aktuální a přes poměrně rozšířenou preventivní kampaň v médiích stále velkým nebezpečím pro dnešní mládež.

Klíčová slova: mentální anorexie, mentální bulimie, ortorexie, bigorexie, drunkorexie, poruchy příjmu potravy u mužů, poruchy příjmu potravy a homosexualita, informovanost mládeže

ABSTRACT

The thesis deals with the awareness of eating disorders among today's young people. The theoretical part is focuses on the history of these diseases, description of the best-known types of eating disorders like anorexia nervosa, bulimia nervosa, and also less well-known disorders, which are beginning to expand in recent years. A separate chapter is attended to adolescence, the issue of men and homosexuals eating disorders and the influences of media on the public. The practical part contains the evaluations of questionnaire, which I used to obtain the necessary information. The results shows that the question of eating disorders is still up-to-date, and despite wide-spread campaign of prevention in the media is still a big danger for today's young people.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, orthorexia, bigorexia, drunkorexia, eating disorders in men, eating disorders and homosexuality, awareness of young people.

Poděkování:

V úvodu své práce bych chtěla poděkovat svým rodičům za trpělivost a vytvoření podmínek ke studiu. Dále svým kolegyním, které mi ochotně měnily směny, abych mohla pohodlněji studovat a v neposlední řadě Mgr. Jarmile ŠŤASTNÉ za rady při psaní této práce.

Ještě jednou všem DĚKUJI.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY Z HISTORICKÉHO HLEDISKA	13
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	14
2.1 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	14
2.1.1 Biologické faktory.....	15
2.1.2 Psychologické faktory.....	15
2.1.3 Rodinné okolnosti.....	16
2.1.4 Sociokulturní podmínky.....	16
3 VÝVOJOVÉ OBDOBÍ – ADOLESCENCE	17
3.1 ADOLESCENCE.....	17
4 PŘEHLED DOSUD ZNÁMÝCH PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	19
4.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	19
4.1.1 Charakteristika mentální anorexie.....	19
4.1.2 Příčiny vzniku mentální anorexie.....	21
4.1.3 Klinický obraz.....	22
4.1.4 Diagnostika onemocnění.....	23
4.2 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	25
4.2.1 Příčiny vzniku mentální bulimie.....	25
4.2.2 Klinický obraz.....	25
4.2.3 Diagnostika onemocnění.....	27
4.3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U MUŽŮ.....	28
4.4 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A HOMOSEXUALITA.....	29
4.5 NOVÉ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	30
4.5.1 Ortorexie.....	30
4.5.2 Bigorexie.....	31
4.5.3 Drunkorexie.....	32
4.6 VLIV MÉDIÍ NA ROZVOJ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U ADOLESCENTŮ.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	36
5.1 VÝZKUMNÉ CÍLE A HYPOTÉZY.....	36
6 METODIKA VÝZKUMU	37
6.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	37
6.2 ZPŮSOB VYHODNOCENÍ DAT.....	37
6.3 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	57
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	63
SEZNAM OBRÁZKŮ	65
SEZNAM TABULEK.....	66
SEZNAM GRAFŮ	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	70
PŘÍLOHA P I.....	71
PŘÍLOHA P II	73
PŘÍLOHA P III.....	74
PŘÍLOHA P IV.....	75
PŘÍLOHA P V	76
PŘÍLOHA P VI.....	81
PŘÍLOHA P VII	83

ÚVOD

Název bakalářské práce zní *Informovanost o problematice poruch příjmu potravy mezi dnešní mládeží*. Pracuji jako dětská sestra novorozeneckého oddělení. Zde se sice příliš často s danou problematikou nesečkávám, ale jako studentka, jsem měla možnost poznat několik klientek trpících nejen mentální anorexií, ale i jinými formami poruch příjmu potravy v různém stádiu. Téma mne upoutalo svou neustálou aktuálností. V příloze přikládám tabulku, která je zaměřena na historii těchto poruch. Je zajímavé, že nejde o nijak mladé onemocnění, jak by se mohlo zdát, ale s poruchami příjmu potravy se lidé setkávali již ve 2. století našeho letopočtu, kdy byli poprvé popsány příznaky mentální anorexie.

V dnešní době na nás ze všech stran útočí reklama, která nám nabízí zaručené hubnoucí prostředky, kosmetické přípravky a wellnes programy, kterými co nejdříve dosáhneme vysněné postavy. Na stránkách časopisů se objevují převážně modelky, ale i modelové s dokonalým, často retušovaným štíhlým tělem. Značnou mírou k poruchám příjmu potravy přispívá také snadný přístup k potravinám, nedostatečný pohyb a s tím spojená nadváha.

Dříve byly poruchy příjmu potravy spojovány se západními zeměmi. Rozvoj v centrální a východní Evropě je vnímán současně s pádem berlínské zdi. Jako možné vysvětlení lze uvést měnící se životní styl, hodnoty orientací a hledání nové identity v kontextu širších ekonomických, sociálních a kulturních změn. V Anglii například patří poruchy příjmu potravy mezi třetí nejběžnější onemocnění dospívajících (Papežová, 2010).

Problematika se netýká jen dívek, jak by se předpokládalo, ale již i chlapců, kterých poslední dobou čím dál víc přibývá. Mužská část populace je v této problematice, ač se to nezdá, ohrožená více než ženská, neboť odbornou pomoc vyhledá jen malé množství mužů. Pacienti s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy jsou bohužel čím dál mladší. Tlak okolí a reklamy je příliš silný. Mladý organizmus, který se teprve vyvíjí, v období puberty navíc prochází mnoha psychickými a tělesnými změnami, je pak o to náchylnější a snáze ovlivnitelný. Následná léčba je proto delší a hlavně náročnější.

Poruchy příjmu potravy hluboce zasahují do života postižené osoby. Ovlivňují její zdravotní, fyzický i psychický stav. Narušují profesní, rodinný i soukromý život a zasahují zároveň i do života spolužáků či přátel nemocného. V dnešní době existuje řada specializo-

vaných pracovišť, které se touto problematikou zabývají. V příloze přikládám přehled zařízení zabývajících se touto problematikou ve zlínském kraji.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části, teoretickou a praktickou. Teoretická část seznamuje s typy poruch příjmu potravy a příčinami jejich vzniku. Je členěna do několika podkapitol.

Kapitola 1. se věnuje historickému exkurzu o poruchách příjmu potravy.

Kapitola 2. se zabývá rizikovými faktory a příčinami vzniku poruch příjmu potravy.

Kapitola 3. blíže popisuje období adolescence, tedy cílovou skupinu, kterou se zabývá praktická část.

Kapitola 4. seznamuje s nejrozšířenějšími poruchami příjmu potravy i jejich novějšími typy. Zároveň také popisuje tyto poruchy u mužů a homosexuálů. Samostatnou kapitolu tvoří vliv médií na rozvoj těchto poruch u adolescentů.

Praktická část se zaměřuje na metodiku výzkumu. Pro sběr dat a jejich zpracování jsem zvolila formu anonymního dotazníku, který se jeví jako nejvhodnější pro zvolenou problematiku. Otázky jsem se snažila sestavit tak, aby se dalo zjistit, zda se za posledních šest let, tedy od doby mých studií, změnilo u studentů chápání závažnosti rizik spojených s kultem krásy, touze po štíhlosti a přístup k prevenci poruch příjmu potravy. Dotazník je zaměřen na věkovou kategorii 14 – 18 let, tedy adolescenty.

Cílem práce bylo shromáždit přehled dosud známých poruch potravy, nejčastější příznaky jednotlivých poruch pro jejich snadnější odhalení a následnou rychlou, cílenou pomoc. Chtěla bych zde zároveň zdůraznit nutnost preventivních opatření v podobě dostatku kvalitních informací a jejich snadnou dostupnost širokou veřejností.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY Z HISTORICKÉHO HLEDISKA

Mezi základní lidské potřeby patří potřeba příjmu potravy. Její uspokojování je důležité pro fyzickou i psychickou stabilitu organismu. Při poruchách příjmu potravy dochází k narušení osobnosti, hlubším psychickým poruchám a poklesu sociálních interakcí.

Potíže se svou postavou řešili lidé od pradávna, znatelné známky nadváhy jsou patrné již na plastikách z doby kamenné (viz Příloha č. 1). Podobně tomu bylo i s hladověním, například příznaky mentální anorexie byli poprvé popsány již ve 2. století. Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k běžným příznakům řady somatických onemocnění a psychických syndromů. Toto chování však nebylo dlouhou dobu považováno za primárně patologický jev. Dlouhodobé odmítání jídla bez vedlejších příznaků vzbuzovalo v pozdějších letech dojem tajemna a vzrušení. Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí sebetrestajících nebo asketických praktik u zbožných křesťanů. V pozdním středověku se vyskytuje přehnaný půst u tzv. svatých žen, které tvrdily, že je při životě bez jídla nebo jeho jen velmi omezeném příjmu drží Boží moc. V 16. století se objevují tzv. „zázračné panny“. Jednalo se o adolescentní dívky, které se již neodvolávaly na boží moc, ale tvrdily, že přijímají pouze minimální množství potravy nebo nejedí vůbec. V některých případech se za nimi vydávali poutníci, kteří jim přinášeli dary. V průběhu 19. století bylo na tyto projevy pohlíženo již jako na patologické známky choroby. Společnost začala na „zázračné panny“ pohlížet spíše jako na osoby hysterické, které se snaží za každou cenu upoutat pozornost.

Z historických pramenů se dále dozvídáme o velkolepých hostinách pořádaných na různých panstvích a s nimi spojeným přejídáním. Naši předkové byli velmi vynalézaví a proto, aby se nemuseli vzdát potěšení z nadměrné konzumace jídla, vymýšleli různé praktiky, jak si pomoci od již naplněného žaludku. Na hradě Buchlově se například do dnešních dnů dochovalo tzv. „buchlovské korytko“, které se nachází v severozápadním nároží rytířského sálu. Sloužilo jednak jako výlevka na tekuté odpady, ale své využití našlo i při hostinách. Pokud se host cítil již přejedený, ale ještě se nechtěl vzdát všech pochoutek, přistoupil ke korytu a za pomoci ptačího pera, které mu posloužilo k pošimrání v krku, si od plného žaludku pomohl. Panstvo v podstatě trpělo do té doby nepopsanou mentální bulimií.

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejzáhadnější a nejhůře uchopitelné psychiatrické diagnózy. Vznikají interakcí různých spouštěcích faktorů, mezi které se řadí změny psychické a somatické a to hlavně v období dospívání, proto je důležité posuzovat je jako bio-psycho-sociální onemocnění. Mezi nejčastější a také nejznámější formy patří mentální anorexie a mentální bulimie. U obou typů se vyskytuje nepřiměřené zaměření na vlastní tělo, touha po extrémní štíhlosti a strach z tloušťky (viz Příloha č. 2).

Onemocnění působí dlouhodobé potíže nejen postiženým, ale i jejich blízkému okolí. Některé příznaky mentální anorexie je možné pozorovat až u 6 % dívek na konci puberty. S postupujícím časem přibývá těch, kterým se nedaří přizpůsobit sníženému příjmu potravy a dochází k následnému přejídání. Strachem z tloušťky, nespokojeností se svým tělem, nevhodnými jídelními návyky a způsoby jak sledovat svou hmotnost, dnes trpí mnoho dospělých žen i mužů.

Během svého vývoje změnilo onemocnění poněkud svůj charakter. V 60. a 70. letech převažovala spíše mentální anorexie (například modelka Twiggy), v letech 80. a 90. je patrný častější výskyt mentální bulimie (princezna Diana). Na počátku 21. století se setkáváme se zcela novými typy poruch příjmu potravy, kterými jsou ortorexie, bigorexie a drunkorexie. Jelikož se jedná o poměrně nové druhy onemocnění, nejsou v literatuře zatím dostatečně popsány.

Mentální anorexie a mentální bulimie se můžou vyskytnout již v raném dětském věku nebo na počátku dospělosti. Výjimkou však nejsou ani ženy ve věku 40 a více let, které bojují s určitou formou poruch příjmu potravy (Krch., 2002).

2.1 Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy

Za rizikové faktory jsou považovány traumata spojená s tělem, jídlem a sexualitou. Zážitky mohou souběžně působit s vývojovým obdobím (v mladším školním věku může být nevhodný sexuální zážitek potlačen, ale v nastupující adolescenci se začne projevovat s obnoveným traumatizujícím dopadem na prožívání vlastního těla a jeho sexuální projevy).

Některé faktory mohou být shodné pro více forem poruch příjmu potravy (zaměření na vlastní tělo, štíhlost, diety), další specificky vázané na odlišné formy poruch příjmu potravy (rozdílné osobnostní a rodinné vzorce u anorektických nebo bulimických pacientek).

2.1.1 Biologické faktory

Biologické faktory, společně s projevy onemocnění, představují rizikový moment poruchy. K biologickým faktorům důležitým při vzniku onemocnění patří následující rizikové okruhy:

- **Dědičnost:** představuje riziko v rodinách s výskytem depresivních poruch, závislostí a obezity. Vzhledem k možné genetické predispozici je riziko vzniku onemocnění 6 % u sourozenců (shodné s dvojvaječnými dvojčaty), u jednovaječných dvojčat až 50 %.
- **Individuální tělesné charakteristiky:**
 - 1) ženské pohlaví – jedná se o rizikový faktor, který je vázán na měnící se kulturní a společenské okolnosti,
 - 2) hruškovitá distribuce uložení tuku v těle – rozložení tuku v pase a hýždích souvisí s nespokojeností s tělem u dívek trpících poruchou příjmu potravy,
 - 3) vysoký index hmotnosti (BMI) – silná genetická vazba, rizikový faktor spíše pro vývoj mentální bulimie.

Poruchy příjmu potravy jsou provázány dysfunkcí hormonálních vztahů hypotalamu a hypofyzogonádové osy. Změny metabolismu vázané na hlad, regulaci pocitu sytosti, nálady a kontrolu impulsů, mohou přetrvávat i po úpravě hmotnosti.

2.1.2 Psychologické faktory

Pro vznik poruch příjmu potravy lze považovat za rizikové osobnostní rysy, regulaci afektů, způsob kognitivního zpracování informací (např. změna vnímání vlastního těla, kognitivní aspekty tzv. černobílého myšlení) a vazbové chování. Typická je vývojová separace a individualizace, v chování dětí je patrná obtížná separace od významně emočních objektů (rodičů, přátel).

Osobnostní charakteristika je odlišná u pacientek s mentální anorexií a bulimií. Anorektičky bývají úzkostné, perfekcionalistické, zaměřené na výkon. Bulimičky jsou naopak impulzivní, emocionálně labilní, s tendencí k depresi a sebepoškozování.

2.1.3 Rodinné okolnosti

Jedná se o rizikový faktor, který je nejčastěji vyjádřen vzájemným problematickým působením v rodině a způsobem komunikace. Jedná se o formální znaky komunikace a obsah komunikace (např. zaměření na jídlo, diety, štíhlost).

Poruchy příjmu potravy se často v rodině vyskytují již v druhé generaci. Matka dříve touto poruchou trpěla, dosud je zaměřena na štíhlost, dodržování diet a tzv. zdravou stravu. To vše přenáší i na své děti. Formální způsob komunikace je odlišný u rodin s anorektickým dítětem (uzavřené, rigidní rodiny s důrazem na perfekcionalismus a výkonnost) a s dítětem trpícím bulimií (rodiny se znaky dezorganizace, nedostatečně pečující o děti). Sexuální zneužití v rodině bývá spíše spojováno se vznikem mentální bulimie.

2.1.4 Sociokulturní podmínky

Jedná se sice o nespecifický, ale velmi důležitý rizikový faktor pro vznik poruch příjmu potravy. V posledních desetiletích je zaznamenán zvyšující se výskyt poruch příjmu potravy v zemích západního světa. Zaměření na štíhlost, diety, sebekontrolu a sebeovládání, prezentace ideálu krásy v časopisech pro ženy a dívky ovlivňuje i dívky mladšího věku. Ohroženy jsou převážně tzv. rizikové skupiny (gymnastky, baletky, modelky apod.).

Mimo výše uvedené rizikové faktory, které souvisí se vznikem mentální anorexie či bulimie, se mohou vyskytnout i **individuální vyvolávající příčiny**. Spouštěcím faktorem může být nevhodná poznámka o postavě od blízkých osob (rodiče, sourozenci, kamarádi) nebo učitelů. Často se také jako první o zvyšující hmotnosti zmíní dětský lékař. Mezi další zátěžové faktory lze zařadit i onemocnění, úmrtí blízké osoby, rozvod rodičů a další traumatické vlivy.

3 VÝVOJOVÉ OBDOBÍ – ADOLESCENCE

Výzkum v praktické části je zaměřen na věkovou kategorii čtrnáct až osmnáct let, tedy období adolescence.

3.1 Adolescence

Termín adolescence je odvozen z latinského slovesa *adolescere* tedy dorůstat, dospívat, mohutnět. Jako termín označující určité období života člověka bylo toto slovo poprvé použito v 15. století. Jedná se o vývojové období mezi pubertou a ranou dospělostí, které trvá zpravidla od 15 do 20, případně 22 let věku. Počátek je spojován s plnou reprodukční zralostí, v jejímž průběhu se obvykle ukončuje tělesný růst. Za počátek také lze považovat ukončení základní školy a pohlavní zralost, na jejím konci pak přichází ekonomická nezávislost a nástup do práce, což se však netýká například vysokoškolských studentů. Z fyzického a lékařského hlediska začíná adolescence koncem puberty - ukončením růstu dlouhých kostí, avšak konec adolescence není definován tak jasně. Období lze rozdělit do tří fází : *časná adolescence* v časovém rozmezí 10 (11)-13 let, *střední adolescenci* přibližně vymezenou 14-16 lety a *pozdní adolescence* od 17 do 20 let. Trvalou charakteristikou adolescence zůstává, že je považována za most mezi dětstvím a dospělostí. Vývojový úkol lze formulovat jako vytvoření *identity vlastního já* neboli ego-identity.

Ze sociologického hlediska je adolescence obdobím oddělování od primární rodiny, zapojování do společnosti, přejímání dospělých rolí, hledání a vymezení vlastní společenské pozice. Nástup sexuality a nová sociální očekávání jsou doprovázena zvýšenou úzkostí. Konflikt rodiče a dítěte je provázen regresivními projevy – např. postojem k mytí a oblékání. Regresivní chování a úzkost provokují „bouři a vzdor“, což jsou normální a téměř nutné projevy adolescence. Podstatnou složkou procesu individualizace je oproštění se z psychologické závislosti na rodičích a vytvoření tělesných vazeb s vrstevníky, což vede k řadě konfliktů. Nebezpečné je, pokud vrstevníci jednotlivce odmítají nebo když je jedinec na vrstevnících příliš závislý. Průběh dospívání je velmi závislý na specifických kulturních a společenských podmínkách, tj. na hodnotách, tradicích a normách konkrétní společnosti, komunity a na stylu rodinného života. V důsledku vydělení adolescence jako relativně samostatného a specifického období života vznikl i fenomén nazývaný *subkultura mládeže*. Kultura mládeže vznikala nejdříve jako opozice ke kultuře dospělého světa, postupně však získávala stále specifičtější a relativně autonomní charakter. V moderní spo-

lečnosti je tato subkultura stále více tolerována. Dospělí do ní jen minimálně zasahují, berou ji buď jako něco, co je mimo jejich chápání nebo na ni nejrůznějším způsobem profitují. Maximální společenská tolerance, poskytnutí prostoru pro experimentování adolescentů může mít ovšem i své negativní aspekty. Určitá separace života mládeže od světa dospělých a vymezení specifického prostoru může vést k pocitům nepřijetí a k tomu, že se dospívající cítí značně omezeni ve svém vlivu na širší společnost.

Adolescenti myšlenkově experimentují, schopnost představit si reálně neexistující, operování s abstraktními pojmy, kombinační schopnosti a hledání alternativních řešení problémů, schopnost reflektovat sebe jako subjekt vlastního myšlení vedou kromě jiného i ke zvýšenému egocentrismu. Rozšiřuje se emocionální odezva na jednotlivé podněty. Citové zážitky se diferencují, přibývá vyšších citů.

Pro celé období adolescence je charakteristická zvýšená sebereflexe. Na počátku období má častěji charakter sebepercepce. Dospívající si uvědomuje sám sebe jako nositele nejrůznějších rolí a jako aktéra vlastního chování v nejrůznějších situacích, v podstatě zažívá zmatek nad vlastními pocity a prožitky. Prohlubuje se vědomí časové kontinuity vlastního já, což je často spjato s přehodnocováním vlastní minulosti a se zvýšenou orientací na vlastní budoucnost (Macek, 2003).

4 PŘEHLED DOSUD ZNÁMÝCH PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

4.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství nebo oslabení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění. U některých nemocných je možné pozorovat zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s ním souvisí (Krch, F., 2002).

První příznaky mentální anorexii popsal již ve 2. století Claudius Galén, nejznámější lékař starověku. Anglický lékař Richard Morton v roce 1694 poprvé chorobu definuje. Další významná zmínka je z 19. století od Williama Gulla a Charlese Lasequea, který definuje symptomatickou triádu anorexie-amenorea-vyhublost. Ve 30. letech 20. století přibývá mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy. Hollywood přináší grapefruitové diety. V roce 1967 se na titulní straně časopisu Vogue objevuje snad nejznámější modelka trpící mentální anorexií té doby Twiggy, která při své výšce 170 cm vážila pouhých 41kg.

4.1.1 Charakteristika mentální anorexie

Pro mentální anorexii je charakteristické vědomé omezování příjmu potravy s následným hubnutím, které je spojeno s tělesnými změnami vyplývajícími z dlouhodobé malnutrice, zneužívání laxativ, diuretik, anorektik, případně se zvracením. Rovněž se vyskytují psychické změny, depresivní syndrom, zvýšená dráždivost. Je přítomna porucha vnímání vlastního těla, kdy je pacientka přesvědčena o své nadváze, i když to tak ve skutečnosti není.



Obr.1.1 Mentální anorexie

Anorexie má nejrůznější příčiny. Postihuje jak dívky tak chlapce. Nejčastěji se jedná o mladé inteligentní osoby, které mohou pocházet z rozvedených rodin, z rodin s přísnou výchovou, kdy jsou na dítě kladeny vysoké nároky nebo naopak nemají rodiče na dítě čas. Často se onemocnění rozvine vlivem různých rodinných událostí, jako je rodinná krize, rozvod, narození dalšího potomka apod. Dítě má pocit, že se mu rodiče nedostatečně věnují. Někdy stačí k vyvolání potíží nevhodná poznámka týkající se postavy od přátel, matky nebo otce, který je často považován mladými dívkami jako ideální vzor muže. Dívky (ale i chlapci) odmítáním jídla protestují, chtějí na sebe upozornit, vyřešit tak své problémy. Neúspěchy ve sportu, v milostných vztazích, v učení přisuzují své hmotnosti a snaží se proto zhubnout. Touha po hubenějším těle je natolik pohlcuje, že mění jejich myšlení, nedokáží reálně uvažovat o situaci, do které se dostali. Ukázka úvah z deníku dívky trpící anorexií:

„Byla jsem normální, hezká, inteligentní dívka, nikdy jsem nebyla tlustá. Co se stalo, že jsem nakonec skončila jako nemohoucí, vychrtlá troska, která se ze všeho nejvíc bojí rohlíku se šunkou? Jak je možné, že každou chvíli někomu říkám, že musím přibrat, a potom dokážu primitivně lhát a podvádět kvůli kousku másla? Jak jsem se jenom mohla takhle změnit? Nebo jsem vždycky byla nějak divná? I když se dobře znám, nemohu na to najít jasnou odpověď...“ (KRCH, F., 2002. s. 53.)

Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že jíst nechtějí. Jejich odpor k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, svým proporcím a obezitě. Značný vliv má i tzv. západní hodnotový systém, který se zaměřuje na výkon, úspěch, ideál zdravého štíhlého těla. Onemocnění se často vyskytuje zemích s nadbytkem a snadno dostupnými potravinami. Tím si lze vysvětlit i značný nárůst nemoci ve druhé polovině 20. století a začátku 21. století.

Dívky, ale i chlapci trpící mentální anorexií, bývají často nápadně přizpůsobiví, s perfekcionalistickými rysy, ctižadostiví, často nadprůměrně inteligentní, se studijními ambicemi. Potíže se objevují ve vývojovém stádiu adolescence, kdy dochází k psychosexuálnímu zrání, realizaci snah osamostatnit se od rodiny. Vlivem onemocnění dochází k přerušení vývoje, je přítomen strach z dospělosti. U dívek se často první příznaky projeví po menarché nebo se začátkem rozvoje sekundárních pohlavních znaků, následně se vyskytuje obava z přijetí dospělé mateřské role.

Rodiny postižených dívek bývají rovněž často zaměřeny na pracovní výkon a úspěch, s tendencí spíše zastírat než přímo řešit případné problémy. V některých rodinách je patrné zaměření na váhu, držení různých diet apod.

Poměr mezi nemocnými chlapci a dívkami je nejčastěji udáván 1:10. V mladším věku je četnost mentální anorexie u chlapců relativně vyšší. Výskyt této nemoci od šedesátých let stoupl z 2/100 000 obyvatel na cca 6-8/100 000 obyvatel počátkem devadesátých let. U mladých dívek a žen mezi 15. a 18. rokem je výskyt 60/100 000 obyvatel. Nejčastější začátek nemoci bývá udáván mezi 14.-15. rokem a 17.-18. rokem věku. Výskyt mentální anorexie u mladých dívek bývá uváděn mezi 0,5-1 %, průměrné trvání 5-7 let, po 10 letech trvání přechází do chronicity (Mičová, 2004, s. 32.).

4.1.2 Příčiny vzniku mentální anorexie

Představují vzájemné propojení biologických, psychologických, rodinných a socio-kulturních faktorů (viz Příloha č. 3).

„Proměnili jsme kostlivce v bohyně a vzhlížíme k nim, jakoby nás mohly naučit, jak nic nepotřebovat.“ (Novák, 2010, s. 9)

Citát jsem zvolila záměrně, připadá mi, že plně vystihuje jednu z hlavních příčin, proč mladé dívky drží různé, někdy až drastické diety, v touze podobat se modelkám na světových molech. Pravdou je zároveň i skutečnost, že se začínají objevovat první vlaštovky v podobě modelek a známých osobností, které se nechali vyfotografovat a uveřejnit v médiích bez make-upu a retuše. Objevují se i návrháři, požadující pro předvádění svých modelů jen modelky plnějších tvarů a někteří si volí i modelky neprofesionální tzv. z lidu, aby vyzvedli jejich přirozenou, ženskou krásu.

Ještě je však mnoho mladých lidí, kterým stačí jedna nevhodná poznámka týkající se jejich vzhledu a začíná kolotoč výběru diet, nadměrného cvičení, vyhledávání článků týkajících se zaručeného a hlavně rychlého dosažení štíhlé postavy. V krajním případě je tak rozpoutaný samotný boj o život.

Příčiny lze rozdělit na (Lišková, 2004):

- individuální (změna tvaru těla vlivem puberty, touha zůstat dítětem, odpor k vlastní osobě, k vyvíjející se ženské postavě)
- sociokulturní (vliv reklamy, módy, image těla)

- biologické (ženské pohlaví, nárůst tělesné hmotnosti v období puberty, nástup menstruace)
- emocionální (nízké sebevědomí, úzkost, deprese, komplexy méněcennosti, strach z přibírání - souvislost s rodinnými vztahy a širším okolím)
- osobnostní (zaměření na úspěch, negativní sebehodnocení, pocity nejistoty, perfekcionalismus)
- rodinné (dlouhodobě neřešené konflikty v rodině, problematické prostředí v rodině - nezáměr, nechápavost, lhostejnost, nepřiměřené reakce na potřeby dítěte, extrémní požadavky na dítě, narušené partnerské vztahy mezi rodiči)

4.1.3 Klinický obraz

Onemocnění propuká nejčastěji v období puberty. První příznaky se objevují často poté, co se objeví sekundární pohlavní znaky, například růst prsů. V určité chvíli dospěje dívka k názoru, že je příliš silná a začne držet dietu. Výchozí váha může být vyšší, ale často je v normálu nebo nižší.

Dívky často verbalizují strach z toho, že pokud by trochu přibraly, přírůstek váhy by se nezastavil a pokračoval by do extrémní obezity. Pocit hladu a chuti k jídlu postupně vymizí, v některých případech musí však dívky pocit hladu dále překonávat. Při tom bývá nápadné zabývání se jídlem, rády vaří pro ostatní, sbírají recepty apod.

Postupná redukce hmotnosti může vést až ke kachexii. Dochází postupně k psychickým změnám, přítomen je depresivní syndrom, ztráta zájmu o okolí kromě školního prospěchu, zvýšená dráždivost.

První příznaky, které zaujmou rodiče

Somatické (tělesné) změny:

- amenorea (při delším trvání může dojít k návratu dělohy do prepubertální podoby)
- vypadávání vlasů
- kůže nápadně suchá, ruce a tváře pokryty jemným ochlupením tzv. lanugem
- zvýšená lomivost nehtů

- později může dojít k osteopenii až osteomalacii

Gastrointestinální symptomy:

- bolesti břicha
- zácpa

Hormonální:

- zimomřivost, únavnost vlivem snížení funkce štítné žlázy

Následné vyšetření často potvrdí bradykardii a arytmii, metabolické změny následkem nutričního strádání, indukovaného zvracení, abúzu laxativ, diuretik.

V laboratorním nálezu:

- se může vyskytnout hypokalemická alkalóza,
- hypochloremie,
- hypokalemie, s následnou svalovou slabostí, která může vést k srdeční arytmii až srdeční zástavě,
- potvrzení dehydratace vlivem sníženého příjmu tekutin, zvracení, abúzus laxativ, snížené sekrece vazopresinu,
- změny v krevním obrazu - anémie, leukopenie, může být přítomna trombocytopenie,
- snížená hladina tyreoidálních hormonů, v důsledku sníženého bazálního metabolismu a hypercholesterolemie.

4.1.4 Diagnostika onemocnění

Diagnostický proces není samoúčelný. Měl by přinést dostatek informací, na jejichž základě bude navrhnutá a realizovaná účinná terapeutická strategie. Vyžaduje znalosti v oblasti patologie poruch příjmu potravy, komunikační dovednosti v rozhovoru s pacientkou i její rodinou.

Prvními lékaři, kteří se s mentální anorexií setkávají, bývají praktičtí a dětské lékaři, internisté, gynekolog (ztráta menstruačního cyklu), někdy dermatolog, stomatolog (narušení skloviny, větší kazivost vlivem častého působení žaludečních šťáv).

Je nutné vyloučit organickou příčinu obtíží – tumor CNS, v oblasti hypotalamu či hypofýzy, kachektizující nádorové onemocnění, malabsorbční syndrom, celiakii; endokrinní onemocnění – poruchy štítné žlázy, diabetes mellitus, nedostatečná funkce nadledvin.

Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F 50.0), (Hort a kol., 2000):

1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností (ať již byla snížena nebo jí nebylo nikdy dosaženo) nebo BMI (Body Mass Index) je 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
2. Snížení hmotnosti si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa (projímadla), anorektika (látky potlačující chuť k jídlu) a diuretika (látky, které zvyšují vylučování moči a odvodňují organismus).
3. Přítomna je specifická psychopatie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládací myšlenka a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.
4. Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen amenoreou a u mužů ztrátou sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet.
5. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u chlapců zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

Vyšetřovací metody:

- kompletní laboratorní vyšetření, včetně endokrinních hodnot
- EKG (elektrokardiografie)
- EEG (elektroencefalografie)
- CT CNS (výpočetní tomografie)
- MRI (magnetická resonance)
- oční pozadí
- doporučuje se doplnit o gynekologické, endokrinologické a neurologické vyšetření

Specifické typy mentální anorexie (Krch, 2005):

- **Nebulimický (restriktivní) typ:** během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.
- **Bulimický (purgativní) typ:** během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání

4.2 Mentální bulimie

Mentální bulimii lze charakterizovat jako syndrom opakujících se záchvatů přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přejedení s přetrvávající touhou zůstat štíhlou vede pacientku k pocitům viny a následně snaze zmírnit následky, nejčastěji pomocí vyvolaného zvracení. V dětském věku se mentální bulimie vyskytuje zřídka. Typickým věkem je 17 až 18 let a je oproti mentální anorexii častější (udává se 1-3 % v populaci mladých žen a dívek). Mezi nemocnými významně převažují ženy nad muži. Asi v 50 % předchází mentální bulimii období mentální anorexie. Asi 8 % adolescentních dívek a mladých žen v populaci trpí ne plně rozvinutým klinickým obrazem této poruchy.

Prognóza je příznivější než u mentální anorexie, celkové uzdravení se odhaduje na 50 %, zhoršování asi u 5 %, úmrtnost nepřekračuje 2 % (Krch, 2005).

4.2.1 Příčiny vzniku mentální bulimie

Příčiny jsou velmi podobné jako u mentální anorexie, jedná se o příbuzné poruchy, často přecházející jedna v druhou a vzájemně se prolínající. Roli zde hrají vlivy společenské, individuálně psychologické i biologické. V rodinách mentálních bulimiček je vyšší výskyt afektivních poruch, depresí, alkoholismu nebo obezity, nedostatky v péči o dítě, zanedbávání nebo sexuální zneužívání. Bývá zmiňován vliv stresujících životních událostí, malá stabilita domova, otcové popisování jako impulzivní, snadno vznětliví, s menší frustrační tolerancí, matky tíhnoucí k depresivním prožitkům, pocitům nespokojenosti. Narušené rodinné vztahy patří mezi udržující faktory onemocnění.

4.2.2 Klinický obraz

Charakteristické jsou záchvaty „vlčího hladu“. Nemocný je schopen najednou sníst obrovské množství jídla, přítomná však zůstává touha po štíhlosti. Odpoledne nebo navečer

tato kontrola selže, následuje přejedení. Pacient sní prakticky vše co bylo v lednici pro celou rodinu, často se jedná o velmi neobvyklé kombinace jídel. Energetická hodnota jednorázově snědené dávky jídla může mít 5-10 000 kcal (přibližně 20-40 000 kJ) a za celý den může dosahovat až 50 000 kcal (asi 210 000 kJ).

Typické jsou následné pocity viny, kdy si vyčítají opětovné selhání, dostávají se depresivní stavy. Pocity viny nejčastěji řeší vyvoláním zvracení, které je z počátku nemoci nesnadné. Postupně se však může stát spontánním, kdy se stačí předklonit. Nemocní pak zvracejí i několikrát denně, aniž by to chtěli. Postupně dochází k rozvoji typického kruhu: záchvat hladu, přejedení, pocit viny, zvracení, pocit selhání a nové přejedení. Tento cyklus se může opakovat i několikrát za den. Ne vždy musí následovat zvracení, někdy jde o zneužívání laxativ nebo následné excesivní cvičení (Hort, 2000).

Psychopatologický obraz

- dominuje ovládavá myšlenka na jídlo, váhu, štíhlost postavy,
- strach z nadváhy,
- emoční labilita, depresivní prožívání (může vést k suicidálnímu jednání),
- časté jsou krádeže jídla, případně peněz k jeho opatření,
- zneužívání drog, alkoholu nebo léků.

V některých rodinách dokonce zamykají spíž a lednici, což ještě více vyhrocuje vzájemné konfliktní vztahy. Mentální bulimie je porucha ekonomicky velmi náročná.

Vlivem zvracení dochází k řadě dalších nežádoucích potíží, mezi které se řadí:

- hypokalemická alkalóza se zvýšenou hladinou sérového bikarbonátu,
- hypochloremie,
- hypokalemie,
- poškození zubní skloviny a zvýšená kazivost chrupu,
- zvětšení příušních žláz, což je spojeno se vzestupem hladiny sérové amylázy

Doporučení jak lze zvracení předcházet:

- uvědomit si, že jídlo jsem si povolil/a a že ho vlastně potřebuji,
- vzpomenout si, s jakými problémy je zvracení spojeno, přestat se litovat, že mě bolí břicho nebo budu tlustá/ý,
- na toaletu chodit pravidelně před jídlem, pít méně tekutin,
- jíst s někým, problematická jídla konzumovat raději v něčí společnosti,

- odkládat zvracení dokud to jenom trochu jde,
- něco dělat, jít na procházku, zavolat kamarádce (odpoutat se od myšlenky na zvracení).

Případný abúzus laxantií vede k metabolické acidóze, snížení hladiny sérového bikarbonátu.

Hypokalémie může způsobovat:

- Spavost a únavnost.
- Srdeční arytmie až srdeční zástavu.
- Opakované zvracení, omezování jídla a tekutin vedou k dehydrataci organismu. Cenným ukazatelem stavu nemocné může být vyšetření amyláz. U některých zvracejících bulimiček bývá zvýšená plazmatická hladina endorfinů, což vede k úlevě po zvracení.

Psychologický problém přináší zvětšení příušních žláz, obličej vypadá širší a pacientky si potvrzují svůj pocit, že jsou příliš silné. Vzácnými somatickými komplikacemi, které ohrožují život, jsou akutní dilatace žaludku a ruptura jícnu (Krch, 2002).

4.2.3 Diagnostika onemocnění

Je nutné odlišit mentální bulimii od jiných psychických nebo somatických poruch (viz Příloha č. 4).

Pro definitivní diagnózu mentální bulimie je zapotřebí přítomnost všech následujících diagnostických kritérií:

1. Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
2. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání laxativ, střídání období hladovění, užívání léků (anorektik, tyreoidních preparátů nebo diuretik). Vyskytne-li se bulimie u diabetických pacientů, může dojít i k úmyslnému zanedbávání inzulínové léčby.
3. Chorobný strach z tloušťky. Pacient si určí přesně vymezený váhový práh, který je nižší než premorbidní váha, která je podle lékaře optimální nebo zdravá. Často je v anamnéze dřívější epizoda mentální anorexie, jejíž interval se pohy-

buje od několika měsíců do několika let. Epizoda může být plně vyjádřena nebo mít podobu mírné skryté formy s přiměřenou ztrátou váhy anebo přechodnou fází amenorey.

Vyšetřovací metody:

- kompletní somatické vyšetření
- laboratorní vyšetření
- EKG (elektrokardiografie)
- CT CNS (počítačová tomografie)

4.3 Poruchy příjmu potravy u mužů

Výskyt těchto nemocí je především spojován se ženami. Hlavním důvodem je, že společnost nikdy nepřikládala velký význam tomu, kolik muži váží. Časopisy zaměřené na mužské čtenáře zřídka uvádějí informace o dietách, návody na snížení tělesné hmotnosti nebo rady, v jakém obleku budou vypadat štíhlejší. Samozřejmě však je, že by neměli být obézní.

Výsledky mnoha studií, které zahrnují do zkoumaného vzorku muže, potvrdily klinický dojem, že poruchy příjmu potravy jsou u mužů méně časté. I když mentální anorexie u muže byla popsána už v roce 1694 anglickým lékařem Richardem Mortonem, její prevalence v obecné populaci je stále předmětem dohadů. Odhaduje se, že muži představují asi 7,5 % všech pacientů trpících mentální anorexií. V případě mentální bulimie se tento poměr muži : ženy v různých, vzájemně nesourodých studiích pohybuje mezi 4 až 13 %. Prevalence mentální bulimie u mužů se v průměru u různých studií pohybuje mezi 0,1 a 0,4 % sledovaného vzorku mužů (Krch F., 2005, s. 43).

Skutečný výskyt poruch příjmu potravy u mužů jde ve skutečnosti velmi těžce zjistit, jelikož se ze strachu před společenskou stigmatizací společnosti vyhýbají léčbě. Stydí se, že mají problémy jako ženy. V minulosti byli dokonce i lékaři zatíženi předsudky a odmítali poruchy příjmu potravy u mužů diagnostikovat.

Často ani netušíme, že se v našem okolí vyskytuje někdo s takovými problémy. Nemít čas na snídani nebo na oběd není přece v celodenním shonu nic divného. Muž si

doma nedá večeři? Třeba jen nemá chuť po stresu z práce. To všechno jsou případy, a jistě by se jich našlo daleko víc, za které jde spolehlivě schovat anorexie.

Co k tomu vlastně mužskou část populace vede? Existuje plno profesí, které si vyžadují dokonalou postavu jako například herectví, modeling, balet, ale i různé manažerské pozice, kde je kladen důraz na vzhled, reprezentativnost a celkové vystupování. Samostatnou rizikovou skupinu pak tvoří vrcholoví sportovci, u nichž záleží na tělesné váze (např. atletika, jezdeckví, krasobruslení, plavání apod.). Spousta mužů se chce vyrovnat svému ideálu nebo svalovci v časopisech. Mnozí se chtějí zalíbit vyvolené ženě, začnou držet drastické diety, extrémně cvičit, přejídat se a následně se uchýlí zpět k dietě, čímž vzniká začarovaný kruh.

Základ je u obou pohlaví stejný, touha po lepším těle, možný nedostatek pozornosti okolí, chtějí něco dokázat, upozornit na sebe, být lepší. Ženy se svěřují svým kamarádkám jak se cítí, kolik váží, které diety již vyzkoušely, muži však o těchto problémech příliš nemluví. Proto je obtížnější u mužů odhalit příznaky a stanovit diagnózu. Několik znaků je však pro obě pohlaví společné. Často se jedná o jedince trpící nízkým sebevědomím ve spojitosti se svým vzhledem kteří často nadměrně cvičí. Pokud už přijímají potravu, jednotlivá sousta neobvykle dlouho přežvykují a krájí je na miniaturní kousky. Neradi jí ve společnosti, trpí jak tělesnou tak psychickou únavou, depresemi. Ukazuje se, že u mužů hraje jistou roli i sexuální orientace.

4.4 Poruchy příjmu potravy a homosexualita

Z vědecké studie prováděné v USA vyplynulo, že homosexuálové jsou více náchylní k poruchám příjmu potravy. Průzkum byl proveden v New Yorku týmem Columbijské univerzity pod vedením Dr. Meyera, zúčastnilo se ho 516 dobrovolníků obou pohlaví. Z výsledků vyplynulo, že poruchami příjmu potravy trpělo nebo k nim bylo náchylných 15 % mužů s homosexuální a bisexuální orientací zatímco u heterosexuálních mužů to bylo jen 5 %. U žen byl tento rozdíl nižší, lesbičky a bisexuální ženy tvořily 10 % přičemž heterosexuální 8 %. Jedna z teorií uvádí, že homosexuální muži tíhnou více ke kultuře těla, chtějí se líbit, kladou zvýšený důraz na fyzický vzhled. Okolím je na ně vyvíjen podobný tlak k dosažení ideální postavy jako je tomu u heterosexuálních žen (Anitei, 2007 [online]).

U chlapců teenagerů se často setkáváme s tendencemi podobat se mužským idolům. V tomto období ještě není zcela vyhraněná jejich sexuální orientace a dochází k různým

experimentům. Na utváření osobnosti se podílí vliv rodiny, prostředí ve kterém jedinec vyrůstá a přátelé, se kterými se stýká.

V rámci touhy alespoň se přiblížit svému idolu, může dojít k rozvoji anorexie s tím souvisejícímu poklesu sexuálního libida a sníženému zájmu o druhé pohlaví. Rodiče většinou řeší možnost homosexuální orientace u svého dítěte než skutečný problém, kterým je často určitá forma poruchy příjmu potravy (Desjardins, 2010 [online]).

4.5 Nové typy poruch příjmu potravy

Módní, mediální i potravinářský průmysl začaly rozšiřovat názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že vyhublost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Narůstá proto počet jedinců, kteří mají z různých důvodů s jídlem a se svou postavou domnělý problém, z nejrůznějších důvodů jsou se svou postavou nespokojeni nebo mají abnormální stravovací návyky. Při zacházení s jídlem a svým tělem se pak dostávají do extrémů, které je ohrožují na zdraví a někdy i na životě.

V současné společnosti můžeme pozorovat celkem pozitivní trend, kdy se lidé zajímají o zdravou stravu, zdravé prostředí, pohyb. S tím vším je však spojeno jedno závažné riziko. S rozšířením a propagací zdravé výživy, větší nabídkou bio potravin vznikly nové poruchy příjmu potravy. Sledovat potraviny, které konzumujeme my a naše rodina, je jistě prospěšné zvláště, když otázka zdravého pohybu a výživy je v naší společnosti stále dost podceňována, ale druhý extrém je ještě závažnější a škodlivější

4.5.1 Ortorexie

„Závada či porucha příjmu potravy, chorobný strach z konzumace nezdravých potravin, extrémní až patologické zaujetí zdravou výživou“ (slovník-cizich-slov.abz.cz [online]).

Ortorexie je patologická posedlost zdravou výživou, slovo se skládá ze dvou řeckých slov: orthos – správný a orexis – chuť. (Kulhánek, 2009 [online]).

Podle odborníků má ortorexie původ v osmdesátých letech minulého století, kdy se mediálně oslavovala hubená těla a přírodní způsob výživy. Podobně jako anorexie i ortorexie může přerůst ve vážný problém, který by měl řešit psychiatr, protože může končit i smrtí.

U nemocného je z počátku patrná orientace na zdravou stravu a obchody se zdravou výživou. Nejprve vyhledávají informace o původu potravin, jejich výrobě, postupně se z toho stává posedlost, která vyplňuje jejich veškerý volný čas. Narůstá strach z "nezdravého" jídla, naopak zdravé je podrobováno stále většímu zkoumání, časem přestává být i to dostatečně zdravé a tím se stává nebezpečné. Jídelníček se neustále zužuje, nemocný ubírá na váze, trpí podvýživou. Jako u mentální anorexie tak i zde musí neustále myslet na jídlo, trápí ho úzkost, deprese, které vedou postupně k pocitu osamění a skutečné izolaci neboť si v takovém stavu nemá s ostatními co říct. Častěji se tento problém vyskytuje u žen, i když v menší míře než je tomu u mentální anorexie či bulimie.

Tito lidé všeobecně odmítají maso, tuky, potraviny vypěstované pomocí umělých hnojiv a potraviny obsahující uměle vyrobené látky. V další fázi nemoci se velmi přísně starají o způsob přípravy potravy a kvalitu nádob na vaření. Hodně času věnují plánování jídelníčku a úpravě potravin. Každý stravovací prohrěšek je doprovázen pocitem viny a frustrací. Odmítají všechno, co není čistě přírodní, zdraví prospěšné nebo prověřené. Je ovlivněn i jejich společenský život, neboť zajít si na jídlo do restaurace či baru je pro ně nemyslitelné.

Osoby trpící ortorexií jsou většinou velmi přísné, upjaté a náročné vůči sobě i ostatním. Často se jedná o jedince věnujícím se určitému druhu sportu, kde je potřeba hlídat si v jídelníčku každou kalorií, nutriční hodnoty a jejich vliv na postavu a vzhled. Takovým sportem je například atletika nebo kulturistika.

Pojem ortorexie použil pro označení fanatického zaujetí zdravou výživou poprvé americký lékař Steven Bratman ve své knize *Healthfood Junkies*. Původně totiž sám založil komunitu lidí, kteří se zabývali zdravou výživou, ovšem časem zjistil, že přehnané zabývání se zdravým jídlem vede k extrémním změnám ve stravovacích návycích pod vlivem obsesivních omezení se značnými negativními důsledky na tělesné i psychické zdraví a sám komunitu rozpustil. (Kulhánek, 2009 [online]).

4.5.2 Bigorexie

„Nadměrné zaobírání se domnělým defektem vzhledu u normálně vyhlížející osoby" (Frehay Mahoney, 1994).

Nemocný je posedlý vlastním vzhledem, často usiluje o dosažení nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti a tělesných proporcích. Odborná literatura uvádí tuto poruchu také

jako variantu dysmorfofóbie, kdy se jedná o nadměrné zaobírání se domnělým defektem vzhledu u běžně vyhlížející osoby. Lze ji také najít pod označením Adónisův komplex.

Adónis (postava z řecké mytologie), je synonymum pro krásného mladého muže. Adónisův komplex je nová duševní porucha a připomíná problém, jaký mají s krásou některé mladé ženy. Jedná se o jistý opak dívčí mentální anorexie u mladých mužů, kteří začnou usilovat o co největší zbytnění svalů. Buď se přímo věnují kulturistice anebo jenom chtějí vypadat atleticky.

Bigorektici si připadají slabí, nedostatečně svalově vyvinutí. Pro dosažení vzhledu z kulturistických časopisů nebo akčních filmů jsou ochotni udělat v podstatě cokoli. Často si vypěstují závislost na posilování, častých návštěvách posiloven a fitness center. Dlouhodobým přetěžováním dochází k poškození pohybového aparátu. Zneužívají zejména bílkovinné potravinové doplňky a látky, podporující růst a ovlivňující metabolismus. V mnoha případech trpí nadváhou, kterou si vypěstují záměrně vysokým příjmem energie kvůli svalovému růstu. Naprosto nevyváženou stravou a častým užíváním anabolických steroidů dochází k přetěžování trávicího systému, ledvin a jater.

Usilovná snaha těchto mladých mužů získat svalovou hmotu, ale nikoli tuk, může přecházet až do patologické zaujatosti tímto cílem a může docházet k poruchám sociálního chování. Podobně jako u jiných poruch příjmu potravy i zde ztrácí nemocní společné téma k rozhovoru s ostatními lidmi. Před společenskými kontakty dávají přednost fitcentru, díky kterým se mohou dostat do psychických problémů spojených s nedostatkem financí. Vlivem onemocnění dochází k problémům v zaměstnání a v nejednom případě i k jeho ztrátě.

4.5.3 Drunkorexie

„Závada či porucha příjmu potravy s cílem redukovat stravu (snížit počet kalorií), aby si člověk mohl dovolit konzumovat více alkoholických nápojů (zejména tvrdých)“

(slovník/cizích/slov.abz.cz [online]).

Podle Kulhánka (2009) se jako drunkorexie označuje opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu.

Tato porucha se týká převážně žen. Statistiky v americké populaci říkají, že 30 % dívek ve věku 18 – 24 let vynechávají jídlo, aby mohli pít více alkoholu. Bez jídla se alkohol v žaludku vstřebává mnohem rychleji, do jater se pak může dostat za méně jak 15 minut.

Účinek alkoholu je pak mnohem silnější a nebezpečnější což je hlavní riziko takového chování. Tělo alkohol hůře odbourává, navíc se dostává v daleko větších dávkách, neboť je nedostatek jídla nahrazen alkoholem. Po fyzické stránce je také značně nebezpečné míchat alkohol s energy drinkem. Tato kombinace způsobí razantní zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, souběžně dochází ke snížení schopnosti vnímat únavu. Následně jsou ohroženi kolapsem nejen lidé se srdeční vadou nebo hypertenzí, ale i jedinci zcela zdraví, existuje dokonce již řada případů náhlého úmrtí (Kulhánek, 2009 [online]).

4.6 Vliv médií na rozvoj poruch příjmu potravy u adolescentů

Propagace zdravého životního stylu, či ztotožnění se s modely nebo sportovci v médiích může působit jako spouštěč poruch příjmu potravy. Propagátoři těchto filozofií jsou většinou pouze obchodníci snažící se co nejlépe propagovat svůj produkt – styl.

Stále přibývá jedinců, kteří se nechali médii ovlivnit. Objevují se stále sofistikovanější metody jak nenásilně přesvědčit, že to či ono je správné. Česká média o anorexii a dalších poruchách příjmu potravy pravidelně informují, mezi veřejností jsou její rizika poměrně známa (Vetešková, 2006 [online]).

Vliv médií se lišil v průběhu času v jejich druhu. Zpočátku to byla zejména televize, která má nyní již menší význam. Vliv módních a styl propagujících časopisů jako je Vogue, Elle či Cosmopolitan nebo i pánských časopisů je poměrně vysoký a spíše konstantní. Představují velké nebezpečí hlavně díky poměrně dlouhé tradici. Informace z nich čtenáři vnímají jako více důvěryhodné než je tomu např. u internetu. V posledních deseti letech je to ale především internet, který formuje názory zejména mladé generace a často působí destruktivně na rozvoj jejich názorů. Nejinak je tomu u poruch příjmu potravy. Nebezpečí tkví zejména ve skutečnosti, že se jedná o velmi živé médium, může podporovat pasivní i aktivní přístup, je často anonymní, dostupné, s nedůvěryhodnými a neověřenými informacemi.

Objevují se zde i stránky propagující anorexii nebo nepřímo s ní související životní styl. Nebezpečí představují pro zvědavé teenagery. Takové stránky dokazují, že se tyto nemoci liší od závislostí (např. alkoholismus, drogy, gambling), které se projevují spíše popíráním, vzdorem, zatímco v tomto případě jde o obhajobu s otevřenou propagací. Mezi takové stránky patří například pro-ana, pro-mia. Poruchy příjmu potravy jsou zde zobrazovány jako životní filozofie, nalezneme zde doporučené postupy jak hubnout nebo skrýt pří-

znaky nemoci před rodiči. Weby či blogy jsou většinou kvalitně navrženy, texty poměrně dobře napsány, často apelují na rebelantskou povahu teenagerů. Tváří se, že nabízejí podporu, útek od nechápajícího světa. Vytvořili je pravděpodobně lidé s poruchami příjmu potravy, kteří si takto chtějí dokázat, že mají svoji nemoc pod kontrolou. Podle studie 60 % teenagerů, kteří tyto stránky navštívili, použili techniky k hubnutí zde uvedené (Nagourney, 2005 [online]).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na kvalitu a rozsah informací týkajících se poruch příjmu potravy. Cílem této práce je zjistit postoj adolescentů k poruchám příjmu potravy, zda se nechají snadno ovlivnit v otázce životního stylu. Dále chci poukázat na přístup dospívajících k tomuto problému a jejich postoj k případnému řešení vzniklé situace.

5.1 Výzkumné cíle a hypotézy

1. Zjistit vědomosti o poruchách příjmu potravy u mládeže ve věku 14 – 18 let.

H1 – Předpokládám, že se informovanost o typech a rizicích poruch příjmu potravy mezi mladými lidmi zvýšila.

H2 – Domnívám se, že více informací o poruchách příjmu potravy mají studenti středních škol než žáci základních škol.

2. Srovnat přístup k problematice poruch příjmu potravy u dívek a chlapců.

H3 – Domnívám se, že se o problematiku poruch příjmu potravy více zajímají dívky a chlapci na středních školách než na školách základních.

3. Zhodnotit postoj ke své postavě u dívek a chlapců.

H4 – Předpokládám, že větší důraz na svůj vzhled a postavu kladou dívky a chlapci na středních školách než na školách základních.

H5 – Domnívám se, že většina dotazovaných dívek má již zkušenost s dietou.

6 METODIKA VÝZKUMU

K získání potřebných údajů jsem použila dotazník (viz Příloha č. 5), který obsahuje prohlášení o anonymitě zúčastněných studentů. Dotazník je určen žákům deváté třídy základní školy a studentům čtvrtého ročníku střední školy. V úvodu jsem zjišťovala pohlaví, věk, váhu, výšku a typ školy. Dotazník obsahuje celkem dvacet tři otázek zaměřených na vědomosti dotazovaných týkajících se problematiky poruch příjmu potravy, životního stylu (jak vidí sami sebe, zda je pro ně důležitý vzhled, vliv reklamy), poslední otázka zkoumá co by se chtěli respondenti o problematice poruch příjmu potravy dozvědět. Převážná část otázek byla uzavřených, jednu otázku tvoří hodnotící škála a dvě jsou tvořeny formou porovnání postav na obrázku.

6.1 Výzkumný soubor

Dotazník byl rozdán na čtyři typy škol: Základní škola, Havlíčkovo nábřeží, Zlín (9. třída), Gymnázium Lesní čtvrť, Zlín (kvarta a oktáva) a Management a podnikání v umění a reklamě, SOŠ Luhačovice (4. ročník). Celkový počet dotazníků byl 110, do své práce jsem použila dotazníky od 104 respondentů, které tvoří 39 chlapců a 65 dívek. Jeden dotazník nelze použít pro zesměšnění výzkumu a zbylých pět dotazníků se mi vrátilo nevyplněných.

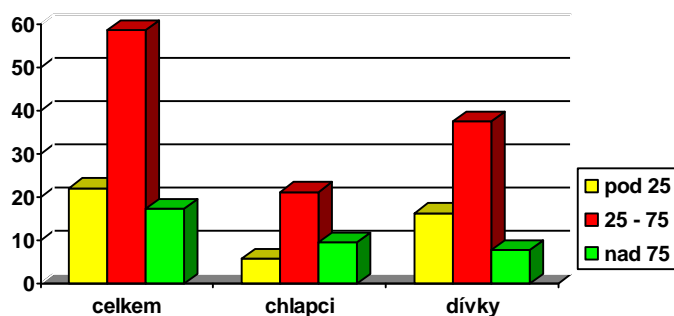
6.2 Způsob vyhodnocení dat

Data získané prostřednictvím dotazníku jsou kvantitativního charakteru. Výsledky jednotlivých otázek jsem zaznamenala do tabulek a následně pro lepší znázornění převedla do sloupcových grafů.

Vyhodnocení váhy a výšky u dotazovaných chlapců a děvčat.

Percentily	celkem		chlapci		dívky	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
pod 25	23	22,1	6	5,8	17	16,3
25 – 75	61	58,7	22	21,2	39	37,5
nad 75	18	17,3	10	9,6	8	7,7

Tabulka č. 1 Porovnání váhy a výšky úměrně věku dle percentilového grafu.



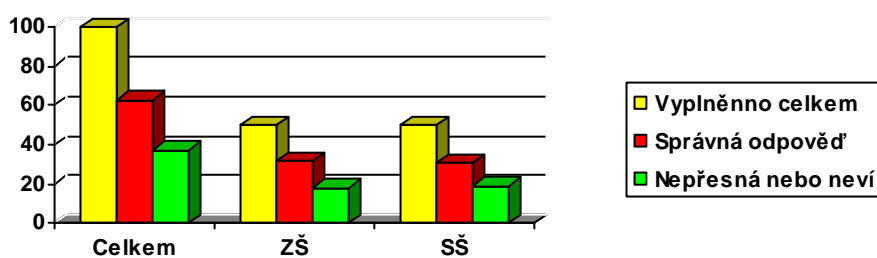
Graf č.1 Grafické znázornění poměru váhy a výšky u dívek a chlapců ve věku 15-19 let.

K vyhodnocení váhy a výšky byly použity percentilové grafy (viz Příloha č. 6). U jednoho chlapce a jedné dívky nelze vyhodnotit váhu a výšku pro neúplnost údajů v dotazníku. 58,7 % všech dotázaných dosahuje váhy a výšky úměrně ke svému věku. 22,1 % chlapců a dívek se nachází pod běžným rozmezím a 17,3 % nad běžným rozmezím v percentilovém grafu.

Otázka č. 1 Napište svými slovy co si představujete pod pojmem**poruchy příjmu potravy:**

	Celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Vyplněno celkem	96	99,8	48	49,9	48	49,9
Správná odpověď	65	62,5	33	31,7	32	30,8
Nepřesná nebo neví	30	37,3	9	18,2	21	19,1

Tabulka č. 2 Poměr správných odpovědí na základních a středních školách u otázky č.1.



Graf č. 2 Grafické znázornění odpovědí k otázce č. 1.

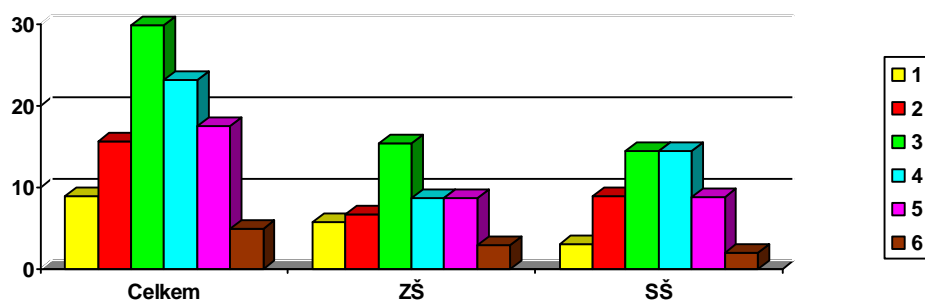
Z celkového počtu 104 respondentů na tuto otázku odpovědělo 96 chlapců a děvčat. Za správné však lze považovat jen 65 odpovědí, což odpovídá 62,5 %. Kvalita odpovědí byla na základních i středních školách srovnatelná, což je dobře patrné na grafu.

Otázka č. 2 Jak hodnotíte své vědomosti o poruchách příjmu potravy?

(vybranou možnost zakroužkujte, hodnotící škála 1= špatné; 6=nejlepší)

Hodnotící škála	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
1	9	8,9	6	5,8	3	3,1
2	16	15,6	7	6,7	9	8,9
3	31	29,9	16	15,4	15	14,5
4	24	23,2	9	8,7	15	14,5
5	19	17,5	9	8,7	10	8,8
6	5	4,9	3	2,9	2	2,0

Tabulka č. 3 Četnost odpovědí na základních a středních školách u otázky č.2.



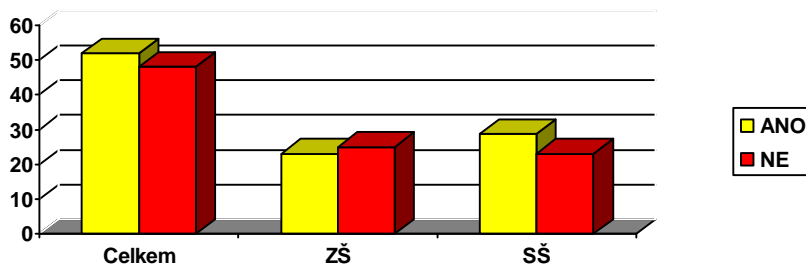
Graf č. 3 Procentuální znázornění četnosti u jednotlivých bodů hodnotící škály.

Očekávala jsem, že větší vědomosti budou uvádět studenti středních škol. To se mi nepotvrdilo. Respondenti na základních i středních školách uvádějí srovnatelnou hodnotu vědomostí. Na základních školách zvolilo dvě nejlepší hodnocení (na škále čísla 5, 6) svých vědomostí 12 děvčat a chlapců což odpovídá 11,5 % z celkového počtu dotázaných. Na školách středních byl počet respondentů shodně také 12 chlapců a děvčat.

Otázka č. 3 Víte co znamenají pojmy *mentální anorexie, mentální bulimie, ortorexie, drunkorexie, bigorexie?*

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
ANO	54	51,9	24	23,1	30	28,8
NE	50	48,1	26	25,0	24	23,1

Tabulka č.4 Četnost odpovědí "ano", "ne" na základních a středních školách na otázku č.3 .



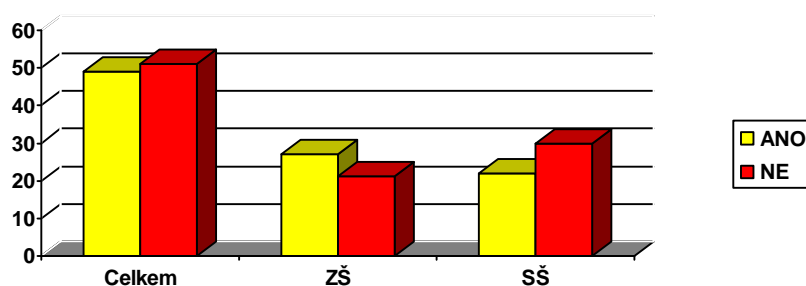
Graf č. 4 Procentuální znázornění odpovědí na jednotlivých školách na otázku č. 3.

Větší znalost jednotlivých pojmů jsem předpokládala na středních školách, což se mi potvrdilo i když rozdíl nebyl tak velký jak bych očekávala. Z celkového počtu 104 zodpovědělo na středních školách 30 respondentů otázku správně což odpovídá 28,8 %, na základních školách pak 23 % respondentů. Převažovaly odpovědi u pojmů mentální anorexie a mentální bulimie. Jen v jednom případě na střední škole byly zodpovězeny všechny pojmy a to i správně.

Otázka č. 4 Znáte někoho ve svém okolí, kdo trpí/trpěl některou formou poruch příjmu potravy?

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
ANO	51	49,0	28	27,0	22	22
NE	53	51,0	22	21,2	31	29,8

Tabulka č. 5 Četnost odpovědí "ano" a "ne" na otázku č. 4.



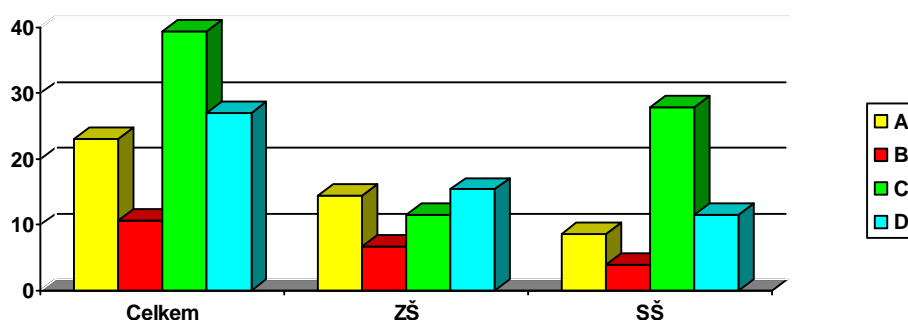
Graf č. 5 Procentuální znázornění odpovědí na základních středních školách na otázku č. 4.

Výsledky při vyhodnocení otázky č. 4 mne celkem překvapily. Ze 104 dotázaných uvedlo 49 %, že se již ve svém okolí s nějakou poruchou příjmu potravy setkalo. Překvapivý je i fakt, že více zkušeností mají žáci na základních školách, odpověď "ano" zvolilo 28 % zatímco na středních školách jen 22 %. Z výsledků vyplývá, že je tato problematika stále aktuální a přes poměrně rozšířenou preventivní kampaň, pro mládež stále velkým rizikem.

Otázka č. 5 Jak byste pomohli kamarádovi u něhož máte podezření, že trpí poruchou příjmu potravy?

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
A	24	23,0	15	14,4	9	8,6
B	11	10,6	7	6,7	4	3,9
C	41	39,4	12	11,5	29	27,9
D	28	27,0	16	15,4	12	11,6

Tabulka č. 6 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 5.



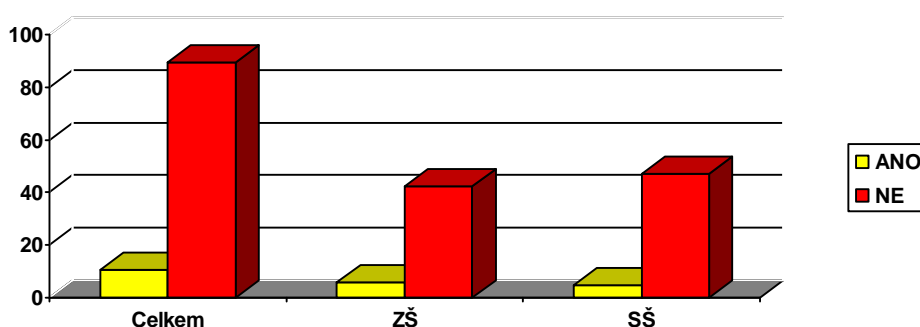
Graf č. 6 Procentuální znázornění jednotlivých odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 5.

Chlapci a děvčata na základních školách volili nejčastěji odpověď a – svěřil/a bych se o svém podezření rodičům a d – jiné. Ze 104 dotázaných zvolilo na základních školách možnosti a, d 29,8 % chlapců a děvčat. Studenti středních škol nejčastěji volili možnost c – za pomoci internetu bych se pokusil/a najít odbornou pomoc, z celkového počtu zvolilo odpověď 27,9 % chlapců a děvčat. Vyskytla se i jedna kuriózní odpověď, kdy student střední školy uvedl: „Koupil bych mu alkohol se slovy, vše jde rozumně vyřešit“. Z výsledků vyplývá, že chlapci a děvčata na základních školách hledají raději pomoc u rodičů, autorit naopak studenti středních škol, volí spíše přímou pomoc – rozhovor, nalezení kontaktu za pomoci internetu. U možnosti d- jiné se na obou typech škol nejčastěji objevovaly možnosti přímého rozhovoru, doporučení lékaře. Několik respondentů uvedlo, že by věc neřešili.

Otázka č. 6 Znáte ve svém okolí lékaře, instituce zabývající se problematikou poruch příjmu potravy?

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
ANO	11	10,6	6	5,8	5	4,8
NE	93	89,4	44	42,3	49	47,1

Tabulka č. 7 Četnost odpovědí "ano" a "ne" na základních a středních školách k otázce č. 6.



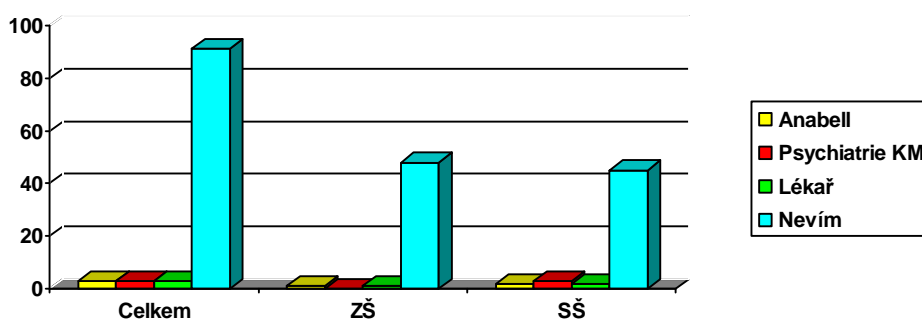
Graf č. 7 Procentuální znázornění odpovědí “ano“, “ne“ na základních a středních školách otázka č. 6.

Výsledky při vyhodnocení otázky č. 6 jsou dost zarážející. Na základních školách uvedlo jen 5,8 % chlapců a dívek, že ví o odborné pomoci ve svém okolí. Na středních školách zvolilo odpověď “ano“ dokonce jen 4,8 % z celkového počtu 104 chlapců a dívek. Z výsledků vyplývá, že je v tomto směru prevence na školách nedostačující.

Otázka č. 7 Pokud je v předešlé otázce vaše odpověď *ano*, prosím uveďte jméno instituce/lékaře.

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Anabell	3	2,9	1	1,0	2	1,9
Psychiatrie KM	3	2,9	0	0	3	2,9
Lékař	3	2,9	1	1,0	2	1,9
Nevím	95	91,3	48	46,2	47	45,1

Tabulka č. 8 Přehled institucí uvedených chlapci a děvčaty a jejich četnost na základních a středních školách.



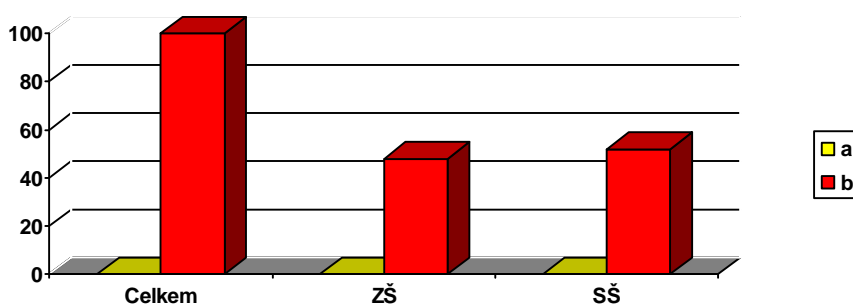
Graf č. 8 Procentuální znázornění uvedených institucí na základních a středních školách.

Jak už bylo uvedeno výše, výsledky jsou hodně zarážející. Na základních školách uvedlo jen 1,9 % chlapců a děvčat název instituce, v jednom případě se jednalo o sdružení Anabell Ostrava a jednou byl uveden MUDr. Kouřil, dětský psychiatr ze Zlína. Na středních školách byla četnost odpovědí jen lehce vyšší – 6,7 %, dvakrát bylo uvedeno sdružení Anabell Ostrava, třikrát psychiatrické oddělení v Kroměříži a v jednom případě MUDr. Boháč.

Otázka č. 8 Poruchami příjmu potravy trpí častěji:

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
A	0	0	0	0	0	0
B	104	100	50	48	54	52

Tabulka č. 9 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 8.



Graf č. 9 Procentuální znázornění odpovědí "a - muži", "b - ženy" na základních a středních školách u otázky č. 8.

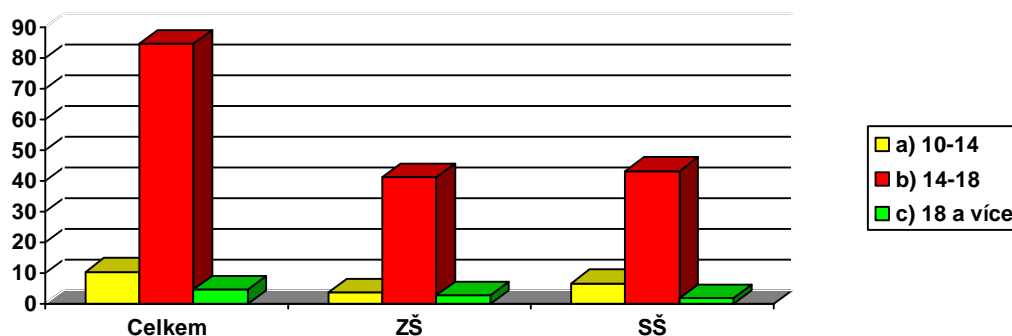
Zde překvapivě celých 100 % dotázaných zvolilo variantu **b**, tedy že poruchami příjmu potravy trpí častěji ženy. Krch, 2002 uvádí, že poměr výskytu poruch příjmu potravy u mužů a žen je 1:10. Očekávala jsem proto alespoň malé procento k odpovědi **a**, hlavně na základních

školách.

Otázka č. 9 Poruchy příjmu potravy vznikají nejčastěji ve věku:

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
A)10-14	11	10,6	4	3,8	7	6,8
B)14-18	88	84,6	43	41,3	45	43,3
C)18 a více	5	4,8	3	2,9	2	1,9

Tabulka č. 10 Četnost odpovědí na základních a středních školách u otázky č. 9.



Graf č. 10 Procentuální znázornění odpovědí na základních a středních školách.

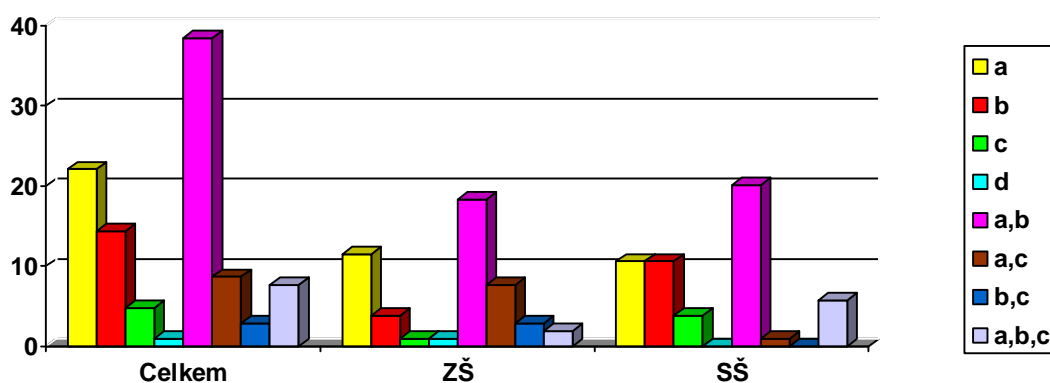
Tato otázka mohla být pro některé chlapce a dívky matoucí, neboť začátek mentální anorexie a mentální bulimie je rozdílný, zde jsem se však dotazovala všeobecně na poruchy příjmu potravy. Krch, 1999 uvádí nejčastější začátek poruch příjmu potravy ve věku 14-18 let. Tuto možnost zvolilo ze základních škol 41,3 % a na středních školách 43,3 % chlapců a děvčat. Z toho vyplývá, že otázka byla vhodně zvolena a nečinila chlapcům a dívkám problém.

Otázka č. 10

Léčba poruch příjmu potravy probíhá: (lze zakroužkovat více možností)

	Celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
a	23	22,1	12	11,5	11	10,6
b	15	14,4	4	3,8	11	10,6
c	5	4,8	1	1	4	3,8
d	1	1	1	1	0	0
a,b	40	38,4	19	18,3	21	20,1
a,c	9	8,7	8	7,7	1	1
b,c	3	2,9	3	2,9	0	0
a,b,c	8	7,7	2	1,9	6	5,8

Tabulka č. 11 Četnost odpovědí na základních středních školách k otázce č. 10.



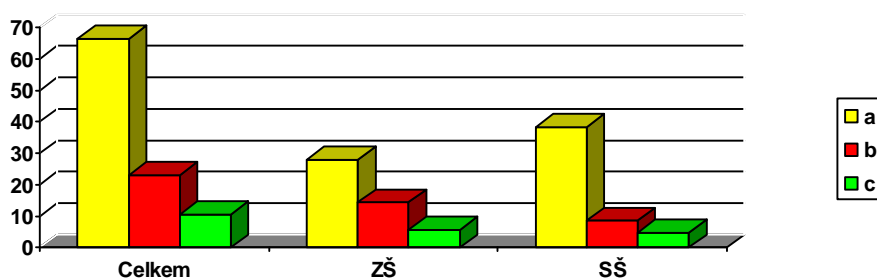
Graf č. 11 Procentuální znázornění zvolených odpovědí na základních a středních školách u otázky č. 10.

Nejčastěji volené odpovědi jsou a – v psychiatrické léčebně, b – v ambulanci psychiatra. Na základních školách zvolilo spojení a,b 18,3 % chlapců a děvčat. Na středních školách také zvítězila kombinace a, b, zvolilo ji 20,1 % chlapců a děvčat. Na grafu jsou dobře patrné rozdíly v odpovědích na základních a středních školách.

Otázka č. 11 Proč si myslíte, že lidé těmito chorobami trpí?

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
A	69	66,4	29	28	40	38,4
B	24	23	15	14,4	9	8,6
C	11	10,6	6	5,8	5	4,8

Tabulka č. 12 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 11.



Graf č.12 Procentuální znázornění odpovědí na základních a středních školách

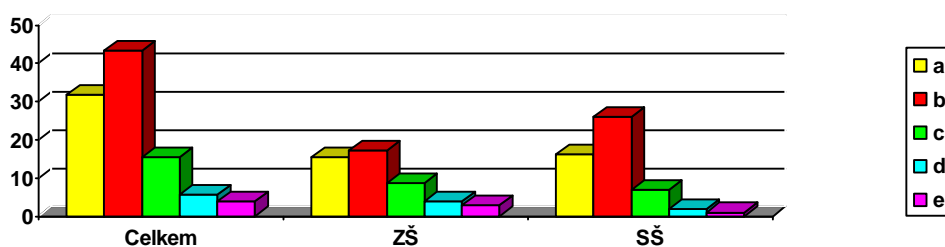
k otázce č. 11.

Chlapci a dívky nejčastěji správně uváděli, že se jedná o psychickou poruchu. Na základních školách zvolilo možnost a – 28 % chlapců a děvčat. Na školách středních tato odpověď značně převažovala nad ostatními, což je dobře patrné na grafu, možnost a zvolilo 38,4 % chlapců a děvčat.

Otázka č. 12 Zabývá se společnost dostatečně problematikou poruch příjmu potravy?

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
A	33	31,7	16	15,4	17	16,3
B	45	43,4	18	17,3	27	26,1
C	16	15,4	9	8,6	7	6,8
D	6	5,7	4	3,8	2	1,9
E	4	3,8	3	2,8	1	1

Tabulka č. 13 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 12.



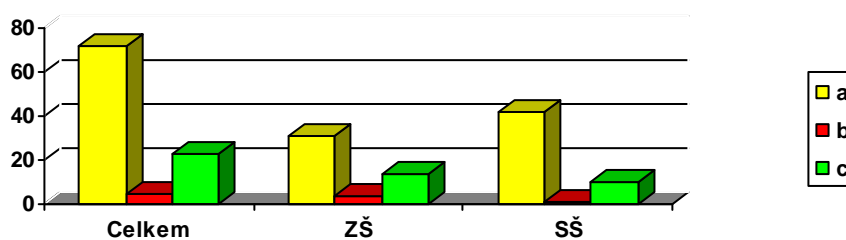
Graf č. 13 Grafické znázornění odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 12.

V poslední době se začíná v médiích objevovat stále více informací k boji proti poruchám příjmu potravy. Vznikají propagační materiály, objevují se dokumenty s lidmi, kteří si určitou formou poruch příjmu potravy osobně prošli. Otázkou č. 12 jsem chtěla zjistit, zda si mladí lidé myslí, že je propagace rizik a preventivních opatření dostatečná. Z výsledků vyplývá, že většina mladých lidí – 43,4 % ze 104 dotázaných bere propagační kampaň jako nedostatečnou. Na školách základních si to myslí 17,3 % a na středních 26,1 % chlapců a děvčat. Společnost se podle nich touto problematikou zabývá velmi okrajově. Jako dostatečnou ji přitom bere jen 3,8 % ze všech dotázaných chlapců a dívek.

Otázka č. 13 Je pro vás váš vzhled důležitý?

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
A	75	72,1	32	30,7	43	41,4
B	5	4,8	4	3,8	1	1
C	24	23,1	14	13,5	10	9,6

Tabulka č. 14 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 13.



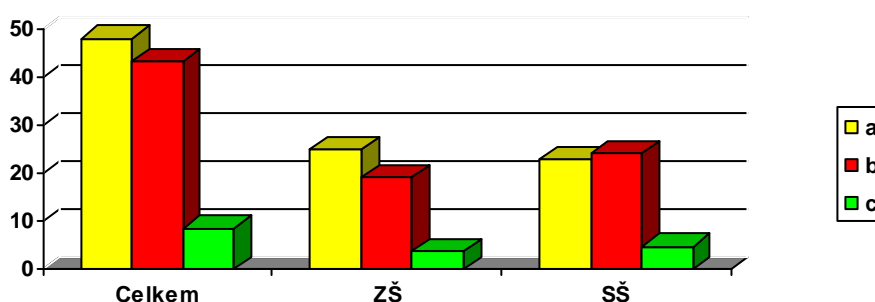
Graf č. 14 Procentuální znázornění odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 13.

U této otázky jsem předpokládala, že možnost a- ano, budou častěji volit dívky a chlapci na středních školách. Můj předpoklad se mi potvrdil, možnost a na středních školách značně převažovala, zvolilo ji 41,4 % chlapců a dívek. Na školách základních to však nebylo také zanedbatelné číslo, vzhled je důležitý pro 30,7 % chlapců a dívek. Následovaly odpovědi c kdy chlapci a dívky svůj vzhled příliš neřeší. Myslím si, že vzhled je důležitý nejspíš pro každého, ale ne všichni ho staví na první místo ve svém žebříčku hodnot, což je dobře.

Otázka č. 14 Jste spokojen/a se svou postavou?

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
A	50	48	26	25	24	23
B	45	43,3	20	19,2	25	24,1
C	9	8,7	4	3,8	5	4,9

Tabulka č. 15 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 14.



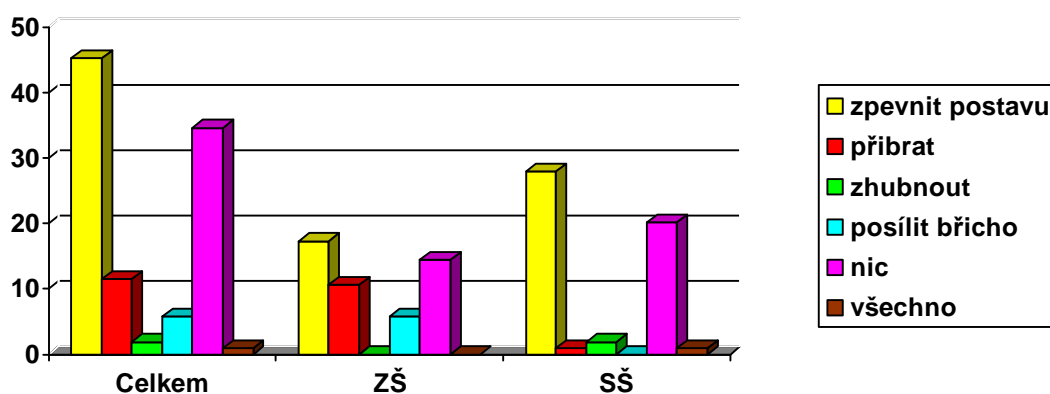
Graf č. 15 Grafické znázornění odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 14.

Zde jsem předpokládala větší nespokojenost se svou postavou u chlapců a dívek na středních školách, což se mi také potvrdilo. Se svou postavou je spokojeno na základních školách 25 % chlapců a dívek přičemž na školách středních 23 %. Na základních školách jsem nepředpokládala velkou nespokojenost, neboť postavy chlapců a děvčat se teprve začínají tvarovat. Z grafu je patrné, že převážná většina chlapců a dívek, celkem 48 %, je však se svou postavou spokojených.

Otázka č. 15 Co byste případně na své postavě zlepšil/a?

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Zpevnit postavu	47	45,2	18	17,3	29	27,9
Přibrat	12	11,5	11	10,6	1	0,9
Zhubnout	2	1,9	0	0	2	1,9
Posílit břicho	6	5,8	6	5,8	0	0
Nic	36	34,6	15	14,4	21	20,2
všechno	1	1	0	0	1	1

Tabulka č. 16 Přehled a četnost zvolených možností na základních a středních školách.



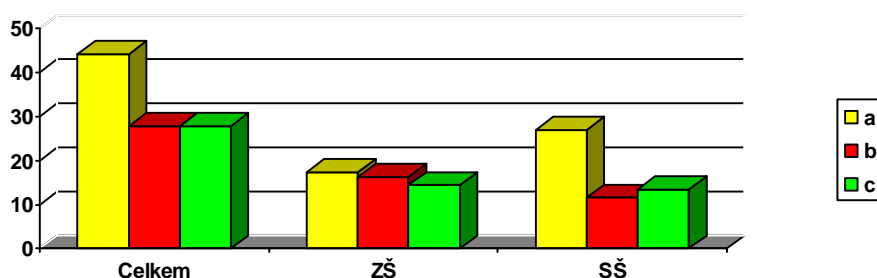
Graf č. 16 Grafické znázornění zvolených možností na základních a středních školách.

Předpokládala jsem, že se bude nejčastěji vyskytovat touha po zhubnutí, což se mi však nepotvrdilo. Chlapci a děvčata chtějí nejčastěji svou postavou zpevnit, z celkového počtu 104 uvedlo tuto možnost 45,2 % chlapců a dívek. Na základních školách uvedlo touhu po pevnější postavě 17,3 % a na školách středních 27,9 % chlapců a dívek. Překvapivě jako druhá nejčastější odpověď bylo uváděno nic. Na své postavě nechce nic vylepšit na základních školách 14,4 % a na středních školách dokonce 20,2 % chlapců a dívek.

Otázka č. 16 Zkoušel/a jste někdy se svou postavou něco dělat?

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
A	46	44,2	18	17,3	28	26,9
B	29	27,9	17	16,3	12	11,6
C	29	27,9	15	14,4	14	13,5

Tabulka č. 17 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 16.



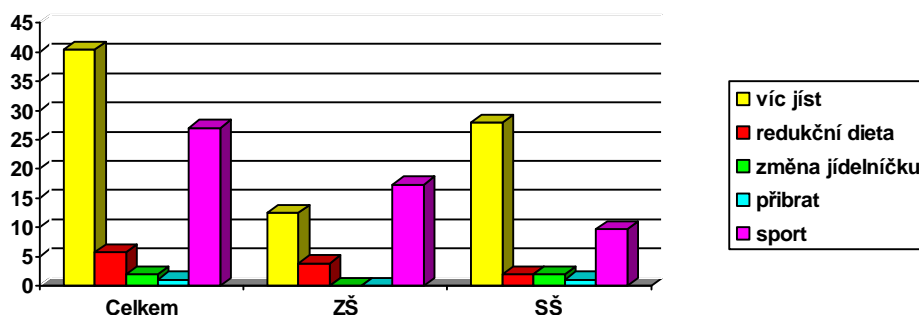
Graf č. 17 Grafické znázornění odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 16.

Očekávala jsem, že na středních školách bude převažovat odpověď a – ano, chtěla jsem zhubnout, což se mi také potvrdilo. Možnost a zvolilo na středních školách 26,9 % chlapců a dívek, na školách základních pak 17,3 % chlapců a dívek. Čísla mi připadnou poměrně vysoká, uvědomíme-li si, že se na konci základní školy začíná postava teprve tvarovat.

Otázka č. 17 Pokud je vaše odpověď v předešlé otázce a nebo b, uveďte jakým způsobem:

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Víc jíst	42	40,4	13	12,5	29	27,9
Redukční dieta	6	5,7	4	3,8	2	1,9
změna jídelníčku	2	1,9	0	0	2	1,9
Přibrat	1	1	0	0	1	1
sport	28	27	18	17,3	10	9,7

Tabulka č. 18 Přehled a četnost zvolených možností na základních a středních školách.



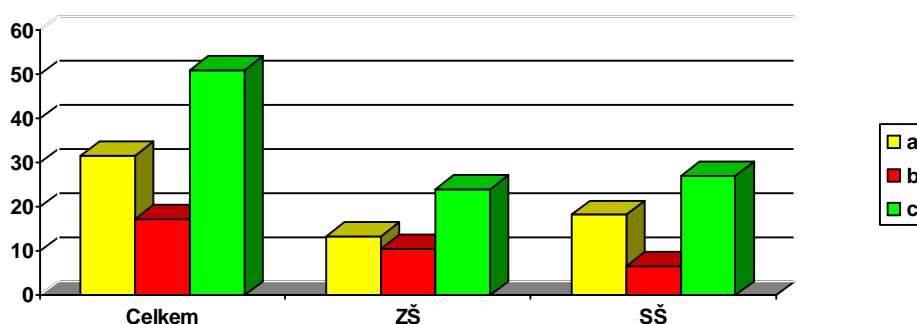
Graf č. 18 Grafické znázornění zvolených možností na základních a středních školách.

I přes to, že byla v předešlé otázce nejčastěji volena odpověď *a* (ano, chtěl/a jsem zhubnout) zde chlapci a dívky uvedli, že by svou postavu změnili častějším stravováním. Tuto variantu uvedlo 40,4 % chlapců a dívek z celkového počtu 104. Jako druhá možnost byl uváděn sport, 27 % chlapců a dívek ze 104 dotazovaných. Rozdílnost v odpovědích na základních a středních školách je dobře patrná v grafu č. 18.

Otázka č 18 Držíte nebo držel/a jste nějakou dietu?

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
A	33	31,7	14	13,4	19	18,3
B	18	17,3	11	10,6	7	6,7
C	53	51,0	25	24,0	28	27,0

Tabulka č. 19 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 18.



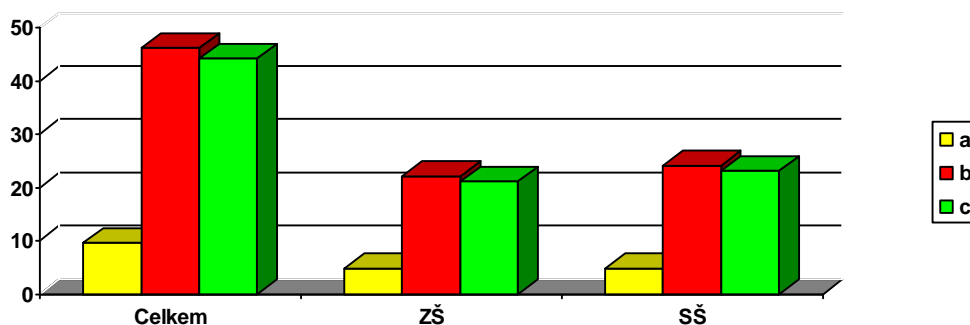
Graf č. 19 Procentuální znázornění odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 18.

Předpokládala jsem častěji kladnou odpověď na středních školách, což se mi i potvrdilo. Zkušenost s dietou má na základní škole 13,4 % a na střední škole 18,3 % chlapců a dívek. Na obou typech škol převažovaly dívky, chlapci uvedli zkušenost s dietou ve čtyřech případech, jednalo se však převážně o diety držené ze zdravotních důvodů naordinované lékařem. U čtyř dívek se na středních školách je dieta celoživotní z důvodu potvrzené celiakie (nesnášenlivost lepku).

Otázka č. 19 Necháte se snadno ovlivnit moderními trendy týkajícími se oblékání, stravování?

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
A	10	9,6	5	4,8	5	4,8
B	48	46,2	23	22,1	25	24,1
C	46	44,2	22	21,1	24	23,1

Tabulka č. 20 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 19.



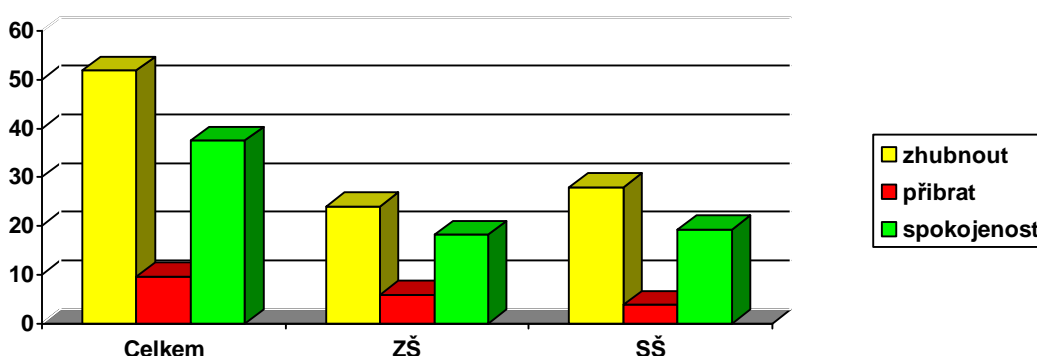
Graf č. 20 Procentuální znázornění odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 19.

Chlapci a děvčata převážně uváděli možnost b – ne 46,2 %, následovala možnost c – někdy 44,2 % z celkového počtu 104 dotázaných. Na grafu č. 20 je patrné, že odpovědi na základních i středních školách jsou téměř shodné.

Otázka č. 20 + 21 Zakroužkujte postavu, která vás nejvíce vystihuje a jak byste chtěl/a vypadat.

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Zhubnout	54	51,9	25	24,0	29	27,9
Přibrat	10	9,6	6	5,8	4	3,8
Spokojenost	39	37,5	19	18,2	20	19,3

Tabulka č. 21 Přehled a četnost zvolených možností na základních a středních školách.



Graf č. 21 Procentuální znázornění zvolených možností na základních a středních školách.

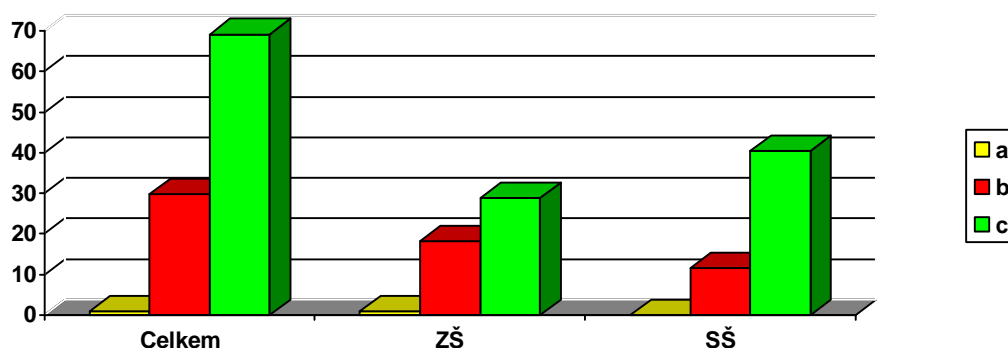
Otázku 20 a 21 tvoří obrázky mužských a ženských postav. Chlapci a dívky měli zakroužkovat v otázce č. 20 jak se vidí a v otázce č. 21 jak by chtěli vypadat. Předpokládala jsem, že většina dotazovaných touží po štíhlejším těle. Tento předpoklad se potvrdil, i když rozdíl

mezi možnostmi *spokojenost* není zase až tak velký. Na základních školách touží po hubenějším těle 24 % chlapců a dívek, se svou postavou je však spokojeno 18,2 % chlapců a dívek. Jen 5,8 % převážně chlapců, by chtělo na základních školách přibrat. Na středních školách byla čísla hodně podobná. Zhubnout chce 27,9 %, spokojenost se svou postavou uvedlo 19,3 % a přibrat touží 3,8 % chlapců a děvčat.

Otázka č. 22 Navštívil/a jste někdy na internetu stránky, které vám připadaly, že propagují mentální anorexii, mentální bulimii?

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
A	1	1	1	1	0	0
B	31	29,8	19	18,2	12	11,6
C	72	69,2	30	28,8	42	40,4

Tabulka č. 22 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 22.



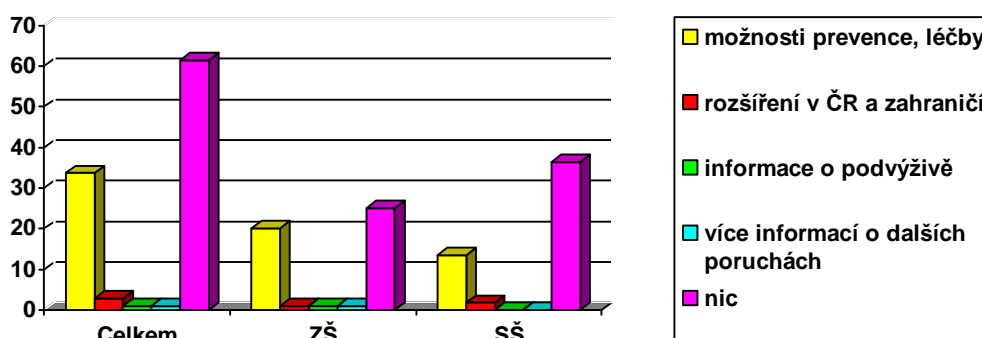
Graf č. 22 Procentuální znázornění odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 22.

Z celkového počtu 104 dotazovaných již někdy stránky propagující určitou formu poruch potavy navštívilo 30,8 % chlapců a dívek. Z obou typů škol uvedlo 29,8 % chlapců a dívek, že je však tento typ internetových stránek nezaujal a proto je opětovně nevyhledávají. V jednom případě se vyskytla odpověď, kdy respondent uvádí, že stránky navštívil a činí tak nadále. Nevím však, zda byla odpověď skutečně pravdivá. I když se vyskytla jen jedna taková odpověď, otázkou zůstává zda je dobře, že takové stránky vůbec vznikají a jsou volně přístupné. Vždy se najde někdo, kdo se bude “dobře míněnými radami“ na takovém blogu řídit.

Otázka č. 23 Co by jste se dále rádi dozvěděli o problematice a prevenci poruch příjmu potravy? (uveďte)

	celkem		ZŠ		SŠ	
	četnost	%	četnost	%	četnost	%
Možnosti prevence, léčby	35	33,7	21	20,2	14	13,5
Rozšíření v ČR a zahraničí	3	2,8	1	1	2	1,8
Informace o podvýživě	1	1	1	1	0	0
Více informací o dalších poruchách	1	1	1	1	0	0
nic	64	61,5	26	25,0	38	36,5

Tabulka č. 23 Přehled a četnost zvolených možností na základních a středních školách.



Graf č. 23 Procentuální znázornění zvolených možností na základních a středních školách.

V otázce č. 23 jsem chtěla zjistit jaké informace dnešní mládež ve věku 15-19 let nejčastěji postrádá k problematice poruch příjmu potravy. Výsledek mne překvapil, převažovala odpověď kdy chlapci a dívky žádné další informace vědět nechtějí, protože je tato problematika nezajímá. Tato formulace se objevila u 64 chlapců a dívek což je 61,5 %. Větší zájem o další informace mají chlapci a dívky na základních školách. Nejčastěji by se rádi dozvěděli více informací o prevenci a léčbě, uvedlo to 20,2 % chlapců a dívek na základních a 13,5 % na středních školách.

6.3 Vyhodnocení hypotéz

H1 – Předpokládám, že se informovanost o typech a rizicích poruch příjmu potravy mezi mladými lidmi zvýšila.

Hypotéza se potvrdila, 62,5 % chlapců a dívek z celkového počtu 104 dotazovaných odpovědělo na otázky zkoumající rozsah a kvalitu informací týkajících se poruch příjmu potravy správně. V dotazníku se jedná o otázky č. 1, 2, 3.

H2 – Domnívám se, že více informací o poruchách příjmu potravy mají studenti středních škol než žáci základních škol.

Hypotéza se zcela nepotvrdila, odpovědi chlapců a dívek na základních a středních školách jsou kvalitou srovnatelné. V dotazníku byly na tuto hypotézu zaměřeny otázky č. 6, 9, 10. Pouze u otázky týkající se znalostí institucí nebo lékařů zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy byly lépe informováni chlapci a dívky ze středních škol.

H3 – Domnívám se, že se o problematiku poruch příjmu potravy více zajímají dívky a chlapci na středních školách než na školách základních.

Hypotéza se potvrdila jen částečně, o poruchy příjmu potravy se více zajímají studenti středních škol než škol základních. Chlapci a dívky ze středních škol přesněji odpověděli na otázku týkající se nejčastější příčiny vzniku poruch příjmu potravy a mají i větší informace o léčbě těchto poruch. Naopak chlapci a dívky ze základních škol mají větší zájem o další informace týkající se prevence a léčby poruch příjmu potravy.

H4 – Předpokládám, že větší důraz na svůj vzhled a postavu kladou dívky a chlapci na středních školách než na školách základních.

Hypotéza se zcela nepotvrdila, odpovědi na obou typech škol byly téměř vyrovnané. V otázce týkající se důležitosti vzhledu uvedlo 41,4 % chlapců a dívek ze středních škol odpověď ano. Na základních školách uvedlo 30,7 % chlapců a dívek, že je pro ně jejich vzhled důležitý. Z celkového počtu 104 chlapců a dívek je 48 % se svou postavou spokojených.

H5 – Domnívám se, že většina dotazovaných dívek má již zkušenost s dietou.

Hypotéza se potvrdila, zkušenost s dietou má na středních školách 16,3 % dívek, přičemž na základních školách má zkušenost s dietou 11,5 % dívek. Z celkového počtu 104 dotázaných vyzkoušelo dietu 3,8 % chlapců.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala *Informovaností o problematice poruch příjmu potravy mezi dnešní mládeží*. Cílem bylo shromáždit přehled dosud známých poruch příjmu potravy, nejčastější příznaky jednotlivých poruch pro jejich snadnější odhalení a následnou rychlou, cílenou pomoc.

Z průzkumu mezi mládeží ve věku 15 – 19 let vyplynulo, že jim tahle problematika není cizí. Ve větší míře dokonce uvádějí, že se s určitým typem poruch příjmu potravy setkali u svých přátel nebo v rodině. Z celkového počtu 104 dotázaných tuto skutečnost uvedlo 53,04 % zatím co v podobném výzkumu prováděném před šesti lety na středních školách v rámci vypracování absolventské práce, uvádělo z celkového počtu 111 dotázaných 32,4 %, že se ve svém okolí s těmito poruchami setkali. Z těchto čísel je patrné, že tahle problematika představuje pro mládež čím dál větší nebezpečí. Určitý podíl na vzestupu stávajících a rozvoji nových poruch příjmu potravy má i vliv médií, snadná dostupnost k informacím týkajících se hubnutí, změny životosprávy a vznik blogů nepřímo propagujících mentální anorexii nebo mentální bulimii. Z výzkumu je také zarážející nezájem dnešních mladých lidí o tyto nemoci, které se jich ať už blízce nebo vzdáleně dotýkají. Ze 104 dotázaných nemá zájem o další informace 66,56 %, zbývajících počet dotázaných by rád uvítal více informací týkajících se této problematiky.

Myslím si, že by se o těchto problémech mělo více mluvit nejen ve školách, ale i v rodinách. Preventivní a výchovná péče lékařů pro děti a dorost se výrazně zlepšila, ale stále jsou ještě patrné částečné rezervy v oblasti rizik vzniku, průběhu a následků poruch příjmu potravy.

Lidé většinou ví, že tyto nemoci existují, ale nezajímají se o ně, dokud se jich nedotknou osobně. Přitom dobrou prevencí, související s dostatečnou informovaností, by se dalo v mnoha případech předejít nejen komplikacím, ale i samotnému vzniku onemocnění.

Doporučovala bych proto rozšířit informovanost o poruchách příjmu potravy ve všech školách. Zařadit do výuky přednášky s odborníky, případně lidmi, kteří si osobně některou z nemocí prošli nebo se ve svém okolí s těmito poruchami setkali. Jako prevence by mohly vzniknout informační brožurky, letáčky, které by byly dostupné široké veřejnosti například v trolejbusích, čekárnách obvodních lékařů, v klubech pro mladé.

Doufám, že má práce alespoň částečně objasnila podstatu těchto onemocnění, jejich rizika, závažnost a nutnost prevence.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) HORT, V. a kol. *Dětská adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 492. ISBN 80-71784-72-9.
- 2) HÖSCHL, C. *Psychiatrie-učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, 1997, s. 175. ISBN 80-85526-64-6.
- 3) CHRÁSTKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 265, ISBN 80-247-1369-1.
- 4) JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychiatrie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: IDVZP, 2000. 203. s. ISBN 80-7013-288-4.
- 5) KRCH, D. F. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.
- 6) KRCH, D. F. *Bulimie, Jak bojovat s přejídáním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 195 s. ISBN 80-7169-946-2.
- 7) KRCH, D. F. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
- 8) MACEK, P. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
- 9) MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-7106-248-0.
- 10) MUSIL, J. a kol. *Klinická psychologie a psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Universita Palackého, 2006. 106 s. ISBN 80-244-1153-9.
- 11) NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. 106 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
- 12) NIESSEN, K. H. a kol. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Scientia medica, 1996. 602 s. ISBN 80-85526-29-8.
- 13) PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
- 14) PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- 15) SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. 1. vyd. Praha: portál, 2003, 127 s. ISBN 80-7178-795-7.
- 16) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

Diplomové vědecko-kvalifikační práce:

- 17) PSOTKOVÁ, E. *Problematika příjmu potravy v dětství a rané adolescenci*. Absolventská práce. Zlín: Vyšší zdravotnická škola, 2005. 68 s. 8 příloh. Kovářová, S.

Články publikované v tisku:

- 18) BĚLOHLÁVEK, J. *Malnutrice a kachexie*. Zdravotnické noviny – příloha Lékařské listy, 2001, roč. 50, č. 25, s. 8 -13. ISSN 0044 – 1996.
- 19) KOCOURKOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci*. Zdravotnické noviny – příloha Lékařské listy, 2004, roč. 53, č. 6 -7, s. 25 - 26. ISSN 0044 -1996.
- 20) LÍŠKOVÁ, M. *Mentální anorexie – plyne ze způsobu života rodiny?* Sestra, 2004, roč. 14, č. 7 -8, s. 16. ISSN 1210-0404.
- 21) MIČOVÁ, L. *Moje první zkušenosti s mentální anorexií v poradně pro výživu*. Sestra, 2003, roč. 13, č. 10, s. 46. ISSN 1210-0404.
- 22) MIČOVÁ, L. *Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a mentální bulimie*. Sestra, 2004, roč. 14, č. 2, s. 32. ISSN 1210-0404.

Internetové zdroje:

- 23) SYMBINATUR, návrat k přírodě, zdravý životní styl...: *Domácí lékař po internetu - Mentální anorexie* [online]. Hevlín, 2010, [cit. 10.11.2010]. Dostupné z <http://www.symbinatur.com/Mentalni-anorexie>.
- 24) ANITEI, S. *Homosexuals Are More Prone to Eating Disorders* [online]. 2007, [cit. 12. 2. 2011]. Dostupné z <http://news.softpedia.com/newsPDF/Homosexuals-Are-More-Prone-to-Eating-Disorders-51975.pdf>.
- 25) DESJARDINS, S. J. *Anorexia affects men, too* [online]. University of Montreal, 2010, [cit. 12. 3. 2011]. Dostupné z <http://www.nouvelles.umontreal.ca/udem-news/news/20100609-anorexia-affects-men-too.html>.
- 26) KULHÁNEK, J. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. 2009, [cit. 5. 3. 2011]. Dostupné z http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251#ixzz1ELVwAw8B.
- 27) NAGOURNEY, E. *Web Sites Celebrate a Dedly Thinness* [online]. New York Times, 2005, [cit. 12.2.2011]. Dostupné z <http://gaymythswithlove.blogspot.com/2006/07/anorexia-homosexuality-turning-denial.html>.

- 28) ANABELL. Medializaci poruch příjmu potravy vévodily zmínky o mentální anorexii [online]. Brno, 2004 [cit. 15.3.2011]. Dostupné z <http://www.anabell.cz/index.php/dokumenty-o-anabell/napsali-o-nas/412-medializaci-poruch-prijmu-potravy-vevodily-zminky-o-mentalni-anorexii>
- 29) VETEŠKOVÁ, M. *Vliv médií na onemocnění anorexií a bulimií* [online]. Praha, Radiožurnál, 2006 [cit. 15.3.2011]. Dostupné z http://www.rozhlas.cz/radiozurnal/publ_izurnal/_zprava/228923

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

abúzus = závislost; nadměrné užívání, zneužívání například léků, alkoholu

amenorea = vynechání, nepřítomnost menstruace, porucha menstruačního cyklu,

a. *primární* – stav, kdy se první menstruace nedostaví do 16. roku věku,

b. *sekundární* – přechodné nebo trvalé vymizení menstruačního krvácení u žen, které předtím normálně menstruovaly

amyláza = enzym, zajišťující štěpení škrobu na jednodušší cukry

anabolické steroidy = syntetické deriváty látky podobné mužskému hormonu testosteronu

anorektika = léky snižující chuť k jídlu

bio-psycho-sociální onemocnění = podstatou onemocnění je spolupůsobení biologických, psychologických a sociálních faktorů

Index BMI = Body Mass Index, index tělesné hmotnosti, hodnota vypočtená podle vzorce
tělesná váha v kilogramech děleno výška v metrech na druhou

CNS = centrální nervová soustava

diuretika = léčivo navozující zvýšené vylučování vody a elektrolytů z těla močí

hypercholesterolemie = zvýšená hladina cholesterolu v krvi

hypochloremie = snížená hladina chloridů v plazmě

hypokalemie = snížená hladina draslíku v krvi

hypotalamus = část mozku

kachexie = extrémní vyhublost; patologická hubenost a celková sešlost organismu

laxativum = léčivo podporující pohyby střev a jejich vyprazdňování

malabsorbční syndrom = porucha vstřebávání živin z potravy v trávicím ústrojí

malnutrice = podvýživa

menarché = začátek menstruačního cyklu, první menstruace u děvčat

MKN = mezinárodní klasifikace nemocí

osteomalacie = onemocnění kostí způsobené nedostatkem vitamínu D, “měknutí“ kostí

osteopenie = snížená hustota kostní tkáně způsobená úbytkem kostní hmoty

predispozice = vrozená nebo získaná náchylnost, sklon

premorbidní (premorbidita) = stav organismu, psychiky i těla před onemocněním

prevalence = podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci

pro-ana = webové stránky propagující anorexii

pro-mia = webové stránky propagující bulimii

sekundární pohlavní znaky = vytvářejí se v průběhu puberty, zahrnují změny prsů, rozložení podkožního tuku, růst ochlupení u obou pohlaví, u chlapců vousů, změnu hlasu, rozvoj svaloviny

sociální interakce = sociální chování, prožívání, vzájemné působení nejméně dvou osob; proces spočívající v působení jedince nebo skupiny na jiného jedince nebo skupinu

somatické onemocnění = tělesné onemocnění

symptom = příznak

trombocytopenie = snížený počet krevních destiček v krvi

tyreoidní (preparát) = hormon štítné žlázy

vazopresin = hormon řídící hospodaření organismu s vodou

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr.1.1 Mentální anorexie	19
--	-----------

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Porovnání váhy a výšky úměrně věku dle percentilového grafu.

Tabulka č. 2 Poměr správných odpovědí na základních a středních školách u otázky č.1.

Tabulka č. 3 Četnost odpovědí na základních a středních školách u otázky č.2.

*Tabulka č.4 Četnost odpovědí “ano“, “ne“ na základních a středních školách
na otázku č.3 .*

Tabulka č. 5 Četnost odpovědí “ano“ a “ne“ na otázku č. 4.

Tabulka č. 6 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 5.

*Tabulka č. 7 Četnost odpovědí “ano“ a “ne“ na základních a středních školách
k otázce č. 6.*

*Tabulka č. 8 Přehled institucí uvedených chlapci a děvčaty a jejich četnost na základních
a středních školách.*

Tabulka č. 9 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 8.

Tabulka č. 10 Četnost odpovědí na základních a středních školách u otázky č. 9.

Tabulka č. 11 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 10.

Tabulka č. 12 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 11.

Tabulka č. 13 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 12.

Tabulka č. 14 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 13.

Tabulka č. 15 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 14.

Tabulka č. 16 Přehled a četnost zvolených možností na základních a středních školách.

Tabulka č. 17 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 16.

Tabulka č. 18 Přehled a četnost zvolených možností na základních a středních školách.

Tabulka č. 19 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 18.

Tabulka č. 20 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 19.

Tabulka č. 21 Přehled a četnost zvolených možností na základních a středních školách.

Tabulka č. 22 Četnost odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 22.

Tabulka č. 23 Přehled a četnost zvolených možností na základních a středních školách

SEZNAM GRAFŮ

Graf č.1 Grafické znázornění poměru váhy a výšky u dívek a chlapců ve věku 15-19 let.

Graf č. 2 Grafické znázornění odpovědí k otázce č. 1.

Graf č. 3 Procentuální znázornění četnosti u jednotlivých bodů hodnotící škály.

Graf č. 4 Procentuální znázornění odpovědí na jednotlivých školách na otázku č. 3.

*Graf č. 5 Procentuální znázornění odpovědí na základních středních školách
na otázku č. 4.*

*Graf č. 6 Procentuální znázornění jednotlivých odpovědí na základních a středních
školách k otázce č. 5.*

*Graf č. 7 Procentuální znázornění odpovědí "ano", "ne" na základních a středních
školách otázka č. 6.*

Graf č. 8 Procentuální znázornění uvedených institucí na základních a středních školách.

*Graf č. 9 Procentuální znázornění odpovědí "a - muži", "b - ženy" na základních a
středních školách u otázky č. 8.*

Graf č. 10 Procentuální znázornění odpovědí na základních a středních školách.

*Graf č. 11 Procentuální znázornění zvolených odpovědí na základních a středních školách
u otázky č. 10.*

*Graf č.12 Procentuální znázornění odpovědí na základních a středních školách
k otázce č. 11.*

Graf č. 13 Grafické znázornění odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 12.

*Graf č. 14 Procentuální znázornění odpovědí na základních a středních školách
k otázce č. 13.*

Graf č. 15 Grafické znázornění odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 14.

Graf č. 16 Grafické znázornění zvolených možností na základních a středních školách.

Graf č. 17 Grafické znázornění odpovědí na základních a středních školách k otázce č. 16.

Graf č. 18 Grafické znázornění zvolených možností na základních a středních školách.

Graf č. 19 Procentuální znázornění odpovědí na základních a středních školách

k otázce č. 18.

Graf č. 20 Procentuální znázornění odpovědí na základních a středních školách

k otázce č. 19.

Graf č. 21 Procentuální znázornění zvolených možností na základních a středních školách.

Graf č. 22 Procentuální znázornění odpovědí na základních a středních školách

k otázce č. 22.

Graf č. 23 Procentuální znázornění zvolených možností na základních a středních školách.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Historie poruch příjmu potravy

Příloha P II: Varovné signály poruchy příjmu potravy

Příloha P III: Lékaři a kliniky se zaměřením na Poruchy příjmu potravy ve Zlíně a jeho okolí

Příloha P IV: Příklady psychiatrických a somatických onemocnění, které lze zaměnit s mentální bulimií

Příloha P V: Dotazník

Příloha P VI: Percentilové grafy

Příloha P VII:

Příloha P I

Historie poruch příjmu potravy

Historie zaznamenaných poruch příjmu potravy (PPP) sahá do daleké minulosti. Hladovění, přijímání sníženého množství stravy nebo modifikovaných diet bylo součástí mnoha náboženských obřadů a rituálů, protestních činů nebo reakcí na špatné životní podmínky. V následujících bodech jsou uvedeny některé důležité okamžiky v historii poruch příjmu potravy:

- | | |
|------------|--|
| 2.st. | Galén poprvé popisuje příznaky mentální anorexie |
| 12.- 15.st | ženy hladovějí, aby umlčely své hříšné tělo a prohlašují se za světice, sebe-trýzní odčínají své hříchy a osvobozují duši |
| 16.st | Tzv. anorektické světice jsou prohlašovány za "posedlé ďáblem" a jsou pronásledovány církví. Arogance půstu je odsuzována mnohem přísněji než přejídání |
| 1694 | britský lékař Richard Morton poprvé definuje mentální anorexii |
| 1874 | William Gull identifikuje a diagnosticky vymezuje mentální anorexii, přednáší sdělení o "apepsia hysterica" |
| 1873 | Charles Lasague definuje symptomatickou triádu anorexia-amenorea-vyhublost |
| 1883 | Gilles de La Tourette rozlišuje primární a sekundární - psychogenní anorexii |
| 1884 | Janet diferencuje psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie |
| 1890 | spisovatelka H. B. Stoweová kritizuje společnost, která považuje normální ženu za "monstrum" |
| 1908 | P. Poiret - pařížský módní návrhář - poprvé představil novou, štíhlou módní siluetu - poprvé v historii je tělo pod šaty vidět, nepomohou korzety ani vy-cpávky |
| 1917 | Dr. Lulu Hunt Peters zavádí do diet termín kalorie, který byl dosud znám pouze z fyziky, vydává knihu o dietách a zdraví, doporučuje nízkotučné, sa-charidové diety |
| 1930 | přibývá mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, Hollywood přináší tzv. grapefruitové diety. Zájem o psychoanalýzu u poruch příjmu potravy (interpretovány jako strach z orální erotiky a gravidity) |
| 1950 | Dr. Keys a jeho práce o důsledcích polohladovění - neuróza z hladovění |

- 1960 Hilde Bruch referuje o změnách myšlení, vnímání u MA, častý výskyt PPP u modelek, baletek. V New Yorku je pozorován 7x vyšší výskyt obezity u žen s nejnižším socioekonomickým postavením. Publikovány výsledky prvních epidemiologických studií
- 1967 Twiggy na titulní straně módního časopisu Vogue - 41 kg a 170 cm
- 1970 S. Theander, švédský psychiatr, varuje před hroživým nárůstem PPP, 70% amerických rodin kupuje nízkokalorické potraviny, soutěže MISS Amerika vyhrávají stále štíhlejší dívky
- 1979 G. Russell a termín bulimia nervosa, vznik prvních speciálních zařízení pro PPP
- 1980 Vymezení kritérií mentální anorexie a mentální bulimie
- 1981 M. C. Brotmana G. Humprey přednášejí referát o MB - zneužívání ipekaku-anhuy (hlavěnky dávivé - obsahuje emetin) - jed pro kosterní svaly - periferní myopatie + popisovaná kardiomyopatie
- 1983 R. C. Casper poukazuje na riziko obezity a PPP - snahu žen zachovat si štíhlost - adiktivní charakter PPP
- 1986 až 80% desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drží diety. D. M. Garner a E Garfinkel poukazují na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie - předpokládají multifaktoriální etiologii
- 1987 WHO prohlašuje, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace. Pyle, Katzman, Pope, Hsu popisují nápadný až epidemický růst incidence PPP
- 1990 - dosud preventivní a podpůrné programy pro PPP, veřejnost nespokojená s idealizací vyhublosti a nepřiměřených dietních opatření. Konkrétní metody a důkladná znalost specifik PPP

Anabell.cz [online]. 2000 [cit. 2010-11-09]. Historie poruch příjmu potravy.

Dostupné z WWW: <anabell.cz>.

Příloha P II

Varovné signály poruchy příjmu potravy:

- Dramatické zhubnutí za krátký čas
- Volné pytlovité oblečení skrývající tvar těla
- Starosti s váhou a figurou i přes normální stav
- Počítání kalorií a obsahu jídla
- Nadměrné cvičení
- Dlouhá doba na záchodě po jídle
- Odmítání jídla, jídla o samotě
- Užívání léků na zhubnutí, laxativ, diuretik
- Neobvyklé zvyky při jídle (rozpitvávání jídla na malé kousky, skrývání jídla)
- Čtení o poruchách příjmu potravy a dietách
- Ztráta vlasů, zhoršení kvality vlasů
- Bolesti hlavy, bledá pleť
- Bolesti v hrdle, oteklé slinné žlázy
- Pocity méněcennosti
- Zimomřivost, nízký krevní tlak
- Ztráta menstruace
- Zácpa
- Perfekcionismus, obsedantní rituály
- Ztráta zájmu o erotiku nebo naopak promiskuitní chování
- Prudké změny nálad, depresivita, únava, nespavost

(Hajný, 2004)

Příloha P III

Lékaři a kliniky se zaměřením na Poruchy příjmu potravy ve Zlíně a jeho okolí

Kroměříž:

Psychiatrická léčebna tel.: 573 314 111

MUDr. Josef Eim tel.: 573 338 786

Otrokovice:

MUDr. Josef Zvoníček tel.: 577 923 390

Uherské Hradiště:

MUDr. Josef Kašpárek tel.: 572 540 690

MUDr. Vlasta Hošková tel.: 572 551 330

Uherský Brod:

MUDr. Branislav Žák tel.: 572 635 262

Zlín:

MUDr. Magdalena Hradílková tel.: 577 220 899

MUDr. Jiří Střelec st. tel.: 577 439 190

MUDr. Vítězslav Kouřil tel.: 577 242 017

Příloha P IV

Příklady psychiatrických a somatických onemocnění, které lze zaměnit s mentální bulimií:

psychiatrická onemocnění

- přejídání a zvracení v rámci poruchy osobnosti
- přejídání spojené s jinými psychickými poruchami
- psychogenní přejídání->postižený konzumuje větší dávky jako reakci na stresovou situaci
- odlišení od depresivní poruchy (mentální bulimie často spojena s depresivním syndromem a suicidálním chováním)

somatická onemocnění

- tumory CNS (centrálního nervového systému)
- onemocnění jícnu a žaludku
- gastroezofageální reflex

(Hajný, 2004)

Příloha P V

DOTAZNÍK

Jmenuji se Eva Psočková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociální pedagogika na Fakultě humanitních studií ve Zlíně. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který bude sloužit ke zpracování mé bakalářské práce s názvem *Informovanost o problematice poruch příjmu potravy mezi dnešní mládeží*.

Dotazník je **anonymní** a získané údaje nebudou nikde veřejně publikovány. Prosím zakroužkujte Vámi vybranou variantu, případně odpověď dopište.

Prosím o pravdivé informace.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Jsem: muž žena

Věk:

Váha : (kg)

Výška: (cm)

Škola: základní střední

1) **Napište svými slovy co si představujete pod pojmem *poruchy příjmu potravy*:**

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

2) **Jak hodnotíte své vědomosti o poruchách příjmu potravy? (vybranou možnost zakroužkujte)**

špatné 1 2 3 4 5 6 nejlepší

- 6) **Znáte ve svém okolí lékaře, instituce zabývající se problematikou poruch příjmu potravy?**
- a) ano
 - b) ne (*přejděte na otázku č. 7*)
- 7) **Pokud je v předešlé otázce vaše odpověď *ano*, prosím uveďte jméno instituce/ lékaře:**
-
- 8) **Poruchami příjmu potravy trpí častěji:**
- a) muži
 - b) ženy
- 9) **Poruchy příjmu potravy vznikají nejčastěji ve věku:**
- a) 6 – 14 let
 - b) 14 – 18 let
 - c) 18 let a více
- 10) **Léčba poruch příjmu potravy probíhá: (*lze zakroužkovat i více možností*)**
- a) v psychiatrické léčebně
 - b) v ambulanci psychiatra
 - c) v domácím prostředí bez pomoci lékaře
 - d) léčba není nutná
- 11) **Proč si myslíte, že lidé těmito chorobami trpí?**
- a) jedná se o psychickou poruchu
 - b) chtějí být štíhlí
 - c) chtějí se podobat svému idolu
- 12) **Zabývá se společnost dostatečně problematikou poruch příjmu potravy?**
- a) spíše souhlasím
 - b) spíše nesouhlasím
 - c) nevím
 - d) zcela nesouhlasím
 - e) zcela souhlasím

13) Je pro vás váš vzhled důležitý?

- a) ano
- b) ne
- c) svůj vzhled příliš neřeším

14) Jste spokojen/a se svou postavou?

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlel/a jsem o tom

15) Co byste případně na své postavě zlepšil/a?

.....

.....

16) Zkoušel/a jste někdy se svou postavu něco udělat?

- a) ano, chtěl/a jsem zhubnout
- b) ano, chtěl/a jsem přibrat (zesílit, zvětšit svaly)
- c) ne (*přejděte na otázku č. 18*)

17) Pokud je Vaše odpověď v předešlé otázce a nebo b, uveďte jakým způsobem:

.....

.....

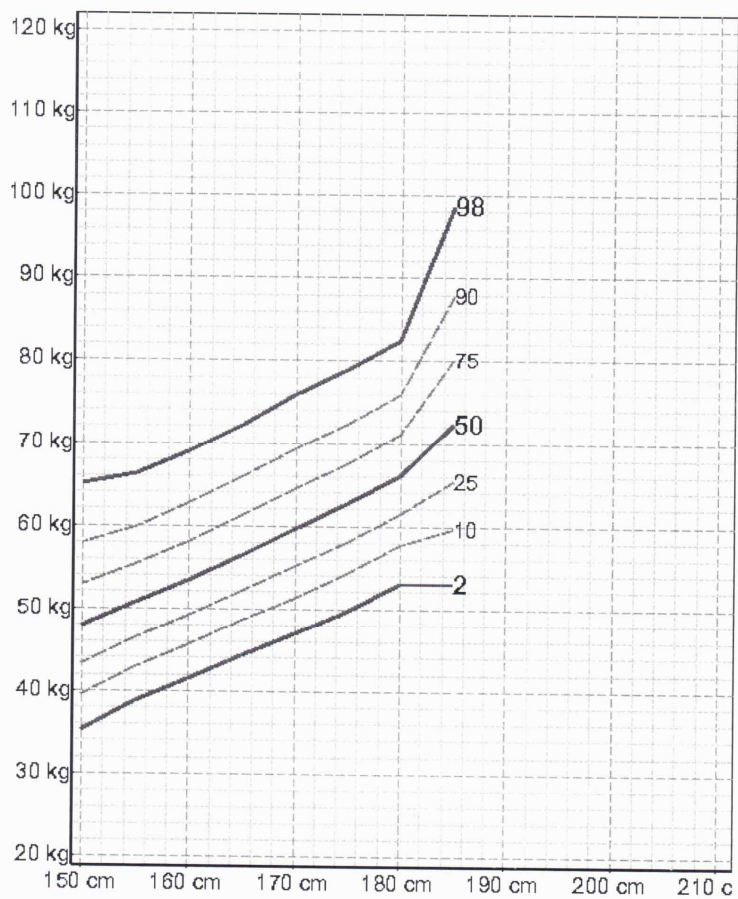
18) Držíte nebo držel/a jste nějakou dietu?

- a) ano (i ze zdravotních důvodů)
- b) ne, ale uvažuji o tom
- c) ne, se svou postavou jsem spokojen/a

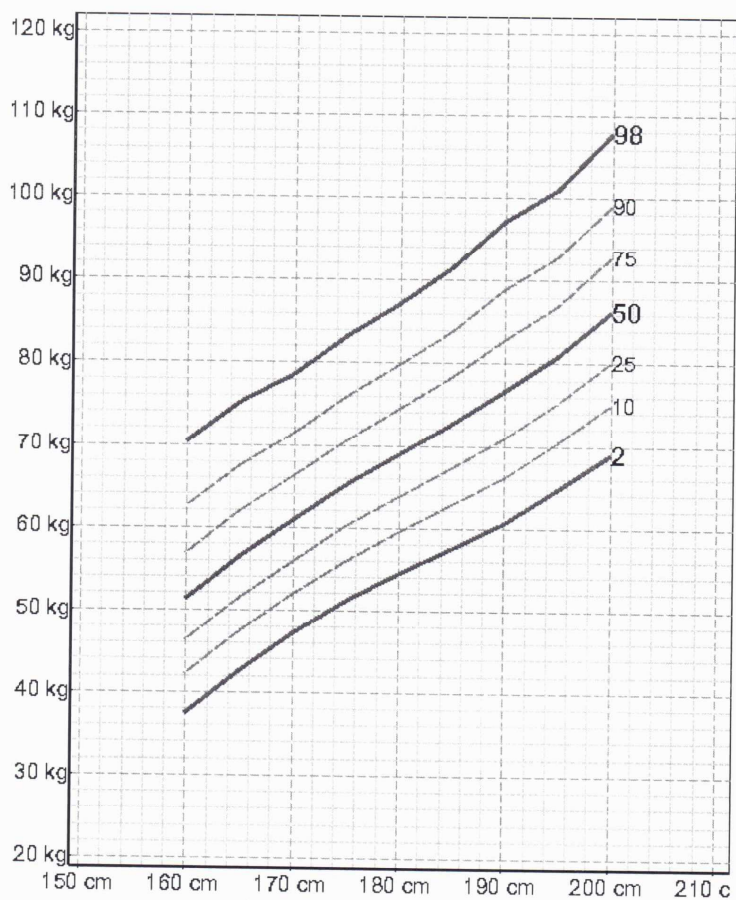
Pokud je vaše odpověď **ano**, jedná se o dietu:

- a) ke snížení hmotnosti
- b) z důvodu onemocnění – název diety je
- c) jinou (vegetariánská, makrobiotická apod.) – název

Příloha P VI



Percentilový graf (správný poměr výšky a hmotnosti) dívky 14,5 – 18 let



Percentilový graf (správný poměr výšky a hmotnosti) chlapci 15,5 – 18 let

Příloha P VII

Pacientka s diagnózou mentální anorexie



Extrémní malnutrice u pacientky s dg.mentální anorexie



(Bělohlávek, J., *Malnutrice a kachexie*, Lékařské listy, 2001, s. 10,12)

Příklad reklamy, kterou bychom v dnešním tisku jen stěží hledali

**9 kg
přibrala**



9 kg, které se stejnoměrně rozdělily na obličej, paže, ňadra, boky a lýtky. Vaše postava tímto přirůstkem váhy získá na kráse a stanete se žádoucnější. Budete-li vždy po jídle užívati chutných „Eta-Tragol“ bonbonů (účinkují stejně u dam, pánů i dětí), přibudete v několika týdnech na váze o 5 až 15 kg. Vysedlé kosti v obličejí a na ramenou zmizí. Budete přibírat kilo za kilem. Nevolnost a nechuf k životu zmizí a stanete se zjevem plným síly a života. Zvětší se i počet Vašich červených krvinek, posílí se i Vaše nervy a krev. Krabice Kč 30.—, 3 krabice Kč 75.—. Porto zvlášť proti dobírce.

Objednejte u firmy

HYDIKO, Praha II., Spálená 34-116 a.

(Krch, D. F., *Mentální anorexie*, Praha: Portál, 2003, s. 33)