

Poruchy příjmu potravy u mladistvých – anorexie, bulimie

Čechová Barbora

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Čechová**

Osobní číslo: **H14153**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Poruchy příjmu potravy u mladistvých – anorexie, bulimie**

Zásady pro vypracování:

Literární rešerše k danému tématu.

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti poruch příjmu potravy.

Příprava metodiky empirické části.

Realizace výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh na doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ADÁMKOVÁ SÉGARD, Milena, c2010. Psychomotor therapy in the treatment of eating disorders. Ústí nad Labem: University of J.E. Purkyně. ISBN 9788074143267.

KRCH, František David. Bulimie: jak bojovat s přejídáním. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.

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

MARÁDOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.

PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jarmila Verešová
Ústav zdravotnických věd

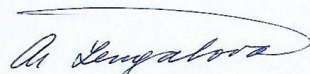
Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

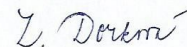
Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, 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 *21.2.2017*

Kučera
.....

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 nevydávalečně 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). *Odprá-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 jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Práce se zabývá poruchami příjmu potravy. Popisuje historii poruch příjmu potravy, rizikové faktory pro vznik a také zdravotní komplikace, které jsou s onemocněním spojeny. Dále se práce zabývá léčbou, ošetrovatelskou péčí a režimem po akutní fázi onemocnění. Práce představuje dvě základní skupiny poruch příjmu potravy mentální anorexii a mentální bulimii.

Cílem práce je zjistit informovanost mladistvých o poruchách příjmu potravy.

Klíčová slova: komplikace, mentální anorexie, mentální bulimie, ošetrovatelská péče, poruchy příjmu potravy, prevence, rizikové faktory, terapie

ABSTRACT

The thesis deals with eating disorders. It describes the history of eating disorders, risk factors for the development and health complications that are associated with the disease. Furthermore, the work deals with the treatment, nursing care and regime after the acute phase of the disease. The thesis presents two basic groups of eating disorders anorexia nervosa and bulimia.

The aim is to find out the awareness of adolescent eating disorders.

Keywords: complication, anorexia nervosa, bulimia nervosa, nursing care, eating disorders, prevention, risk factors, treatment

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Jarmile Verešové za odborné vedení, inspirativní rady a především čas, který věnovala vedení mé bakalářské práce. Také chci poděkovat ředitelům základních škol, kde probíhal výzkum pro mou bakalářskou práci, za umožnění provedení dotazníkového šetření. V neposlední řadě děkuji celé své rodině a blízkým přátelům za projevenou podporu a trpělivost během celého studia.

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

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

Sokrates

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	12
1.1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	12
1.2 INCIDENCE, PREVALENCE A PROGNÓZA U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	13
1.3 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE SPOJENÉ S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY	14
1.3.1 Kardiovaskulární komplikace	14
1.3.2 Renální komplikace.....	15
1.3.3 Endokrinní komplikace	15
1.3.4 Gastrointestinální komplikace.....	15
1.3.5 Kosterní komplikace	15
1.3.6 Neurologické komplikace	16
1.3.7 Komplikace ženského reprodukčního systému	16
1.3.8 Kožní komplikace	16
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	16
1.5 DIAGNOSTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	17
1.6 PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	18
1.7 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	18
1.7.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace.....	19
1.7.2 Ambulantní péče	19
1.7.3 Psychoedukace, svépomoc	20
1.7.4 Rodinná terapie	20
1.7.5 Kognitivně-behaviorální terapie.....	20
1.7.5.1 Kognitivně-behaviorální přístup v léčbě mentální bulimie	21
1.7.6 Interpersonální terapie.....	21
1.7.7 Motivační terapie	22
1.7.8 Psychodynamická terapie.....	22
1.7.9 Farmakoterapie poruch příjmu potravy.....	22
1.7.10 Psychomotorická terapie	22
2 NÁSLEDNÝ REŽIM PO AKUTNÍ FÁZI ONEMOCNĚNÍ	24
2.1 KOMUNIKACE S PACIENTY	24
2.2 PŘÍSTUP SESTRY K PACIENTOVI	24
2.3 PŘÍSTUP VEŘEJNOSTI A RODINY K DANÝM PACIENTŮM.....	25
3 MENTÁLNÍ ANOREXIE	26
3.1 PŘÍČINY A PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ.....	26
3.2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PODLE MKN – 10 (F.50.0)	27
3.3 LÉČBA ONEMOCNĚNÍ	28
4 MENTÁLNÍ BULIMIE	29
4.1 PŘÍČINY A PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ.....	29
4.2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PODLE MKN – 10 (F.50.2)	30
4.3 LÉČBA ONEMOCNĚNÍ	30
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY	32

II PRAKTICKÁ ČÁST	35
6 CÍLE PRÁCE A METODIKA.....	36
6.1 HLAVNÍ CÍL A DÍLČÍ CÍLE VÝZKUMU	36
6.2 METODIKA VÝZKUMU	36
6.2.1 Charakteristika respondentů.....	36
6.2.2 Metoda pro získání dat výzkumu	36
6.2.3 Popis dotazníku	37
6.2.4 Organizace šetření	38
6.2.5 Zpracování získaných dat.....	38
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	39
8 DISKUZE	66
9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	70
ZÁVĚR	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	72
SEZNAM POUŽITÝCH SLOV A ZKRATEK	75
SEZNAM OBRÁZKŮ	77
SEZNAM TABULEK.....	78
SEZNAM GRAFŮ	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

Téma „Poruchy příjmu potravy“ jsem si vybrala především proto, že jsem se na své školní praxi měla možnost setkat s tímto onemocněním. Po zkušenostech z praxe jsem se o toto téma začala zajímat a bylo pro mě k bakalářské práci jasnou volbou.

Při své praxi na dětském oddělení jsem potkala dívku, která měla 14 let, 170 centimetrů a pouhých 35 kilogramů. K hospitalizaci byla odeslána od svého praktického lékaře a nebýt jeho, tak by si rodiče ani nevšimli, že má dívka problém. Během praxe jsme se o tuto dívku starali, pravidelně ji kontrolovali při jídle, kontrolovali jsme její tělesnou hmotnost, chodili s ní na toaletu. Také jsem si s ní sama povídala. Rozebíraly jsme její situaci. Dívka tvrdila, že nejí pouze pečivo, ale především mi sdělila, že její otec jí říká, „že takhle je pěkná, a ať si dává pozor, aby nepřibrala“.

Tohle téma jsem si ale nevybrala jen na základě zkušenosti, ale především proto, že je to v současné době velmi časté, těžké a především závažné onemocnění, které postihuje mladou generaci.

Poruchy příjmu potravy, především mentální anorexie a mentální bulimie, se často vyskytují v pubertálním věku a častěji vznikají u žen nežli u mužů.

V teoretické části práce se zabývám poruchami příjmu potravy, jejich historií, incidencí, prevalencí a prognózou, jejich diagnostikou, léčbou, komplikacemi, které se v souvislosti s poruchami příjmu potravy objevují a ošetrovatelskou péčí. Zabývám se mentální anorexií i bulimií, jejich jednotlivými příznaky, příčinami a diagnostickými kritérii.

Cílem praktické části je zjistit informovanost o poruchách příjmu potravy u žáků 8. a 9. tříd.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Nedostatek některých živin a energie může vést k závažným poruchám. Poruchy příjmu potravy jsou v dnešní době velmi častým onemocněním především dívek a mladých žen, avšak nevyhýbají se ani mužské populaci.

Dle poslední verze Mezinárodních klasifikace nemocí (MKN-10) zahrnuje pojem poruchy příjmu potravy dvě základní onemocnění: *mentální anorexii a mentální bulimii*. Avšak mentální anorexie a bulimie jsou si podobné. Příznaky se liší dle závažnosti podvýživy a metod užívaných ke kontrole hmotnosti. Obě tyto poruchy spojuje zvýšená pozornost vlastní tělesné hmotnosti a především strach z tloušťky.

Některé příznaky těchto poruch mohou vznikat následkem různých redukčních diet nebo hladovění. Kromě nechutenství, neustálého sledování hmotnosti, chuti se přejíst se u postižených objevují i jiné problémy, jako například nízké sebevědomí a různé sociální problémy.

Poruchy příjmu potravy výrazně ovlivňují životy nejen postižených, ale i jejich rodin. I přesto, že jde o velmi závažná a těžká onemocnění, ve svých počátcích bývají tyto choroby podceňovány (Krch, 2004, s. 15-16; Marádová, 2007, s. 5-6).

Tato onemocnění jsou charakterizována narušeným vnímáním vlastního těla. Tento negativní přístup k vlastnímu tělu je spojený s určitou formou depersonalizace, protože tělo je vnímáno jako cizí, necitlivý objekt. K přidruženým pocitům patří ztráta důvěry ve vlastní tělo a negativní sebehodnocení (Adámková Ségard, c2010, s. 33).

V České republice byl poprvé dne 2. června 2016 světový den poruch příjmu potravy. Pro postižené poruchami příjmu potravy existují v České republice různá centra, psychiatrické léčebny a internetová poradenství. Mezi nejznámější patří internetové poradenství Anabell, jehož patronkou je modelka Eliška Bučková. Mezi další můžeme zařadit Helples forum (www.helples.cz), projekt zabývající se lidskou psychikou (www.help24.cz), fórum zdravé výživy (www.fzv.cz), informační portály (www.idealni.cz; www.jakomodelka.tachov.cz).

1.1 Historie poruch příjmu potravy

Historie sahá již do dávné minulosti. Hladovění, přijímání nedostatečného množství potravy bylo v minulosti součástí náboženských obřadů nebo protestních činů. Také se v souvislosti s nedostatečným příjmem potravy mluvilo o různé nadpřirozené síle, až vlivu d'ábla

(Marádová, 2007, s. 6). Již v 5. století před naším letopočtem Hippokrates hovoří o poruchách příjmu potravy, které nazývá pojmem *asitia* (Papežová et al., 2010, s. 20).

Z počátku byla mentální anorexie považována pouze za duševní poruchu. Od 60. let 20. století se k původnímu duševnímu obrazu přidaly další dva charakteristické rysy, a to snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání vlastního těla (Marádová, 2007, s. 6).

První popsání případy mentální anorexie se začaly objevovat ve 2. polovině 19. století. Hlavní lékař ústavu pro duševně nemocné v Kentucky, William Stout Chiple, popsal v roce 1859 chorobu nazývanou *sitiomanie*, která byla běžně označována jako chorobné nechutenství.

Trvalo však více než deset let, než se chorobné hladovění stalo klinickou kategorií uznávanou v lékařském světě. Pařížský lékař Ernest-Charles Laségue a londýnský lékař William-Withey Gull se dělí o autorství prvního popisu onemocnění. Podle obou lékařů se jednalo o psychogenní poruchu a charakteristické rysy onemocnění, které popsali, však platí dodnes - velký hmotnostní úbytek, amenorea, obstipace, neklid (Krch, 2004, s. 27-31).

Dějiny mentální bulimie jsou stejně staré jako dějiny mentální anorexie. Pojmenování mentální bulimie je nové, avšak zprávy o chorobném hladu jsou v historii rozsáhlé. Dříve byla mentální anorexie popisována jako *kynorexia* a *fames canina* (psí hlad). Na počátku 70. let byla popsána skupina symptomů, která se lišila již od popsané mentální anorexie. Začaly se více objevovat případy žen, které se přejídaly, ale i přesto si dokázaly udržet svoji hmotnost pomocí zvracení, diuretik, projímadel a držení různých diet (Krch, 2004, s. 31-33).

1.2 Incidence, prevalence a prognóza u poruch příjmu potravy

Od 60. let 20. století roste výskyt mentální anorexie. Incidence mentální anorexie je uváděna v počtu nových případů na 100 000 obyvatel za rok. Výskyt poruch příjmu potravy je srovnatelný se západními zeměmi, avšak od roku 1995 v České republice narůstá počet hospitalizací z důvodu poruch příjmu potravy (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 278).

V roce 2015 bylo v psychiatrických ambulancích v České republice léčeno 3 561 pacientů s diagnózou poruch příjmu potravy, z toho bylo 88 % žen. Pacienti, kteří byli v roce 2015 léčeni s touto diagnózou poprvé, tvořili až 35 % z celkového počtu.

V lůžkových zařízeních téhož roku bylo zaznamenáno 428 hospitalizací. Z toho bylo 48 % hospitalizací pro mentální anorexiu a více než 15 % pro mentální bulimii.

Celkový počet hospitalizací se zvýšil, a to o z 382 hospitalizací v roce 2009 na 428 v roce 2015, častěji byly hospitalizované ženy (Nechanská, 2016).

Prevalence je obvykle posuzována pomocí dotazníkového šetření. U mentální anorexie značí prevalence 0,5 – 1 % dívek, zatímco u mentální bulimie 1 – 3 % mladých dívek a žen. U obou poruch převažuje postižení poruchami příjmu potravy u žen (Koutek, 2011).

Dosažení dobré prognózy je cílem péče o pacienty s poruchami příjmu potravy. Dobrá remise u pacientů s mentální anorexií byla evidována u 44 %. Částečné remise dosáhne asi 28 % pacientů a přibližně 24 % pacientů se dostává do chronického stádia. Přibližně u 5 % pacientů je udávána mortalita na srdeční selhání, elektrolytové dysbalance a také banální infekce.

U pacientů s mentální bulimií je dobrá remise udávána u 27 % a neúplná asi u 40 %. Chronický průběh nemoci postihuje přibližně 33 % pacientů.

V rámci prognózy se nepříznivě hodnotí extrémní úbytky váhy, prolínání mentální anorexie s bulimií, zvracení, užívání laxativ. Příznivě se hodnotí začátek poruchy v raném věku, menší váhový úbytek a kritický postoj pacientů (Němečková, 2011).

Mortalita u poruch příjmu potravy je vysoká až 15 %, často v důsledku klinických obtíží, v důsledku metabolického rozvratu nebo sebevraždy (Čerňanová, c2011, s. 81; Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 284).

1.3 Zdravotní komplikace spojené s poruchami příjmu potravy

S poruchami příjmu potravy se spojuje řada zdravotních komplikací, které výrazně ohrožují život pacientů a mohou vést ke zvýšení úmrtnosti.

1.3.1 Kardiovaskulární komplikace

Mezi nejčastější patří bradykardie a hypotenze, které vedou k závratím a náhlým ztrátám vědomí. Užívání diuretik nebo projímadel může vést k narušení elektrolytové rovnováhy, a tím k srdečním arytmiím. Tyto komplikace mohou vést až k srdeční zástavě, která je častou příčinou úmrtí. Velmi časté jsou také arytmie. Mezi související příznaky se změnami srdečního rytmu můžeme zařadit bolesti hlavy, mdloby a snížená tělesná aktivita (Campbell a Peebles, 2014, s. 585; Krch, 2004, s. 94-95).

1.3.2 Renální komplikace

Zjištěné renální komplikace mohou být až u dvou třetin pacientů. Jelikož většina z nich přijímá malé množství bílkovin, dochází ke zvýšené hladině urey v krvi. Dále dochází k poruchám elektrolytové rovnováhy, kde řadíme hypokalemii, hyponatremii a hypochloremii. U pacientů dehydratovaných, v důsledku zvracení, nadužívání diuretik a projímadel můžeme zjistit hypochlorní metabolickou alkalózu. Rizikem pro vznik močových kamenů je dehydratace, oligurie, užívání diuretik a projímadel. Při předávkování projímadly může u pacientů dojít k těžkým otokům, které vedou až k hypovolemickému šoku, ledvinovým infarktům nebo k srdečnímu selhání. Mezi další typické projevy můžeme zařadit například přítomnost hnisu, krve nebo bílkovin v moči (Campbell a Peebles, 2014, s. 586; Krch, 2004, s. 95).

1.3.3 Endokrinní komplikace

Tyto komplikace jsou charakteristickým znakem mentální anorexie. Základním příznakem je amenorea, která je důsledkem úbytku tělesné hmotnosti. Další komplikací je hypogonadismus, doprovázený nízkými hladinami luteinizačního a folikuly stimulujícího hormonu. Dochází ke zvýšení hladiny kortizolu v plazmě a ke zvýšené hladině růstového hormonu. Hladiny hormonů T3 a T4 jsou sniženy, ale substituce těchto hormonů je kontraindikována, jelikož snížení těchto hormonů je nutno považovat za obranný mechanismus lidského těla. U velmi podvyživených pacientek může dojít až k infertilitě (Krch, 2004, s. 98-99).

1.3.4 Gastrointestinální komplikace

Velmi dobře známou komplikací je zduření slinných žláz. Zubní a ústní komplikace jsou spojené se zvracením. V důsledku působení žaludečních šťáv může docházet ke vzniku zánětu jícnu a jícnových vředů. Mezi žaludeční komplikace řadíme pocity plnosti i po konzumaci malého množství jídla. Komplikací v oblasti tlustého střeva představuje zácpa (Krch, 2004, s. 96).

1.3.5 Kosterní komplikace

U pacientů s mentální anorexií je velmi častou komplikací osteoporóza. Méně častá je osteomalacie, v důsledku nedostatku vitamínu D a tuků. Velmi často se u pacientů s poruchou příjmu potravy vyskytují netraumatické zlomeniny (Krch, 2004, s. 97).

1.3.6 Neurologické komplikace

V důsledku poruchy elektrolytové rovnováhy způsobené zvracením, průjmy, nadužíváním diuretik a projímadel může docházet k tonicko-klonickým křečím, akutní zmatenosti, svalové slabosti a k tetanii. Méně často jsou pozorovány bolesti hlavy, dvojitě vidění a poruchy hybnosti (Krch, 2004, s. 99-100).

1.3.7 Komplikace ženského reprodukčního systému

V důsledku poruch příjmu potravy dochází k poruše menstruačního cyklu a sexuality. Velmi častým příznakem je amenorea. Mentální anorexie i bulimie negativně ovlivňují těhotenství. Žena v akutní fázi nemoci většinou otěhotnět nemůže (Papežová et al., 2010, s. 211-216).

1.3.8 Kožní komplikace

Tyto komplikace vycházejí z poruch výživy, hladovění, zvracení, užívání diuretik a laxativ.

Nejčastější změny na kůži jsou xerosis cutis (projevem je šupinatá kůže), ekzém, kůže je suchá, objevuje se pruritus a akné. Časté je také žlutooranžové zbarvení kůže a tečkovité petechie kolem očí nebo úst.

Dochází také ke změnám v ochlupení, kdy se objevuje jemné chmýří na zádech, břichu a obličejí. Velmi častou součástí poruch příjmu potravy je alopecie.

Nehty se stávají třepivými, jsou křehké s lehkou lomivostí. V dutině ústní můžeme pozorovat popraskané a bolestivé koutky a afity. Zuby mohou mít poškozenou sklovinu, častá je jejich zvýšená kazivost a důsledkem je často ztráta chrupu.

V důsledku častého zvracení, zvýšené produkci slinných žláz a nadměrného používání žvýkaček dochází ke zbytnění slinné i příušní žlázy (Papežová et al., 2010, s. 251-253).

1.4 Rizikové faktory poruch příjmu potravy

Mezi spouštěče onemocnění můžeme zařadit spoustu faktorů. Velmi rizikový je vliv médií a společnosti, kde se hovoří o kultu štíhlosti a rovnici - „štíhlost rovná se úspěch“. Mezi další významné rizikové faktory bychom mohli zařadit šikanu, posměch, traumatické zkušenosti, jako například zneužívání a sexuální útok.

Poruchy příjmu potravy jsou také velmi časté u lidí, kteří trpí depresemi, jsou citliví na hodnocení druhých lidí a jsou nadměrně vystaveni stresu. Nepodstatnou roli hraje také nízké sebevědomí a příliš kritické sebehodnocení. Ale mnohdy to platí i naopak, vystavení riziku jsou také přílišní perfekcionisté a soutěživé typy osobnosti.

Podmiňující jsou také genetické faktory, rodinné prostředí, emoční závislost na rodičích, rizikový věk adolescence a časně dospělosti, pohlaví. Poruchou příjmu potravy trpí častěji ženy, než muži. V souvislosti s rodinným prostředím se bere v úvahu styl výchovy, chaotické uspořádání rodiny, rodiče perfekcionisté, obezita v rodině a držení různých diet.

Nemalou roli hrají také zájmy. Častým rizikovým faktorem je zájem o sport, kde je štíhlost nutností, například balet, tanec, gymnastika a jiné sporty.

Mezi časně varovné příznaky bychom mohli také zařadit výrazné zaměření na diety, jídlo, cvičení, časté kontroly tělesné hmotnosti a návštěvy toalety po jídle (Hosáková, 2007, s. 73-75; Middleton, Smith a Praško, 2013, s. 9-29; Papežová, 2012, s. 104-106; Papežová et al., 2010, s. 36-47; Yeo a Hughes, 2011, s. 108).

1.5 Diagnostika poruch příjmu potravy

Včasná diagnostika poruch příjmu potravy má velký a hluboký význam pro léčbu. Včasné zahájená léčba přispívá k úspěšnosti.

Při diagnostice se zabýváme důkladně anamnézou. Hodnotíme anamnézu osobní, kde zjišťujeme například školní prospěch, zájmy, různá somatická nebo psychická onemocnění, farmakoterapii, typ osobnosti a jiné. Také anamnézu gynekologickou, ptáme se na menarché, pravidelnost menstruačního cyklu, různé obtíže a také anamnézu sociální, která je zaměřena na zaměstnání, rodinné zázemí a vztahy v rodině klienta.

Mezi další metody řadíme vyhodnocení diagnostických kritérií pro mentální anorexie a bulimie dle MKN-10. Při diagnostice provedeme různá antropologická měření, měření tělesné váhy a výšky, laboratorní odběry krve, kontrolu fyziologických funkcí a celkového vzhledu. V rámci celkového tělesného vzhledu sledujeme extrémní vyhublost, patologie na kůži a u bulimiček velmi často také zvětšené příušní žlázy.

Velmi využívaný je také BMI index, kdy hmotnost v kilogramech se dělí druhou mocninou výšky uváděnou v metrech. V rámci BMI zjišťujeme podváhu, normu, nadváhu a stupně případné obezity.

V diagnostice využíváme také zobrazovací metody jako například EKG, EEG, RTG, ULZ a CT. Mezi další diagnostické pomůcky bychom mohli zařadit škály pro poruchy příjmu potravy, jako například Test postoje k jídlu, Dotazník stravovacích poruch nebo například SCOOFF dotazník (Cohen, 2002, s. 96-101; Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 283; Papežová et al., 2010, s. 94).

1.6 Prevence poruch příjmu potravy

Prevence je soubor opatření, která vedou k eliminaci nežádoucích jevů. Máme tři stupně prevence.

„Primární prevence spočívá především ve výchově v rodině, v působení společenských vlivů, kultuře stravování. Důležité je sebehodnocení dětí a dospívajících, na které mají prokazatelný vliv média a kulturní vzory“ (Papežová et al., 2010, s. 140).

„Úkolem sekundární prevence je detekce a ovlivnění ohrožených skupin, ke kterým patří děti léčené pro obezitu, děti se somatickým onemocněním provázeným dietou a hubnutím, děti ze zájmových aktivit souvisejících s kontrolou váhy a vzhledu, jako je modeling, tanec, gymnastika a další“ (Papežová et al., 2010, s. 140).

„Terciální prevence se zabývá prevencí relapsu a obnovením plného zdraví, včetně fertility a v posledních letech se zaměřuje také na omezení přenosu jídelní patologie na další generaci“ (Papežová et al., 2010, s. 140).

Prevence u poruch příjmu potravy hraje velmi důležitou roli. Na prevenci by se měli především podílet rodiče, ale i škola v rámci výchovy ke zdraví. Škola by měla žákům poskytnout dostatek informací o příčině i důsledcích poruch příjmu potravy a vést žáky ke zdravému životnímu stylu.

Do prevence bychom mohli také zařadit zdravý životní styl, udržování zdravého sebevědomí, zdravé stravování a aktivní řešení problémů (Ellingerová, 2009).

1.7 Léčba poruch příjmu potravy

Při léčbě je nejprve potřeba zhodnotit, jestli je nutná hospitalizace nebo postačí pouze ambulantní léčba. Výrazná vyhublost, deprese, užívání diuretik a projímadel jsou indikací k hospitalizaci.

Léčba vyžaduje individuální přístup a spolupráci více odborníků. Cílem léčby je upravení nutričního stavu (optimální přírůstek na váze je 0,5 – 1,5kg za týden), léčba přidružených

onemocnění a poruch, úprava abnormálního způsobu stravování, snaha o změnu postoje k vlastnímu tělu (Čerňanová, c2011, s. 81-82).

1.7.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace

Jak již bylo zmíněno, závažnými důvody k hospitalizaci jsou výrazná vyhublost, stavy deprese, užívání diuretik a projímadel. Cílem hospitalizace je realimentace, navození vhodného jídelního režimu, návrat k normální hmotnosti a přerušování trvalého úbytku váhy u velmi vyhublých pacientů. Mezi další cíle bychom mohli zařadit zástavu záchvatů přejídání, zvracení a nadužívání projímadel, také zhodnocení vážných zdravotních komplikací a léčbu přidružených stavů, jako je třeba deprese a případné riziko sebepoškozování.

Velmi častou formou je také terapie pomocí denního stacionáře nebo částečná hospitalizace. Tyto stacionáře zajišťují jinou formou pravidelný jídelní režim a umožňují také intenzivní terapii a pacient se nemusí vzdát činností mimo nemocnici. Hlavní rozdíl je však ten, že je pacientům poskytována terapeutická péče, ale nemusejí zůstat v nemocnici přes noc.

Hospitalizaci se dává přednost tehdy, když jsou pacienti extrémně vyhublí, když vyžadují pečlivé sledování a je u nich riziko sebepoškozování. Dalším důvodem je neúspěch při předchozí částečné hospitalizaci (Krch, 2004, s. 125-126).

V průběhu hospitalizace se stanovuje cíl zdravé váhy a ideální přírůstek na hmotnosti je 0,5 – 1,5 kg za týden. Ve spolupráci s nutričními terapeutky se stanovuje individuální kalorický příjem pacientů, neboť příliš vysoké požadavky na kalorický příjem mohou vyvolat metabolický rozvrat, zvracení, vyhazování a schovávání jídla, tajné cvičení a neklid (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 286 – 287).

1.7.2 Ambulantní péče

Pacienti by měli prvně být léčeni ambulantně nebo v denním stacionáři. Ambulantní péče je vhodná pro pacienty, kteří nemají drastický úbytek na váze, mají velkou motivaci, jejich onemocnění trvá krátkou dobu a je u nich možná spolupráce s rodinou.

Tato péče není zaměřena na vyléčení, ale na navrácení pacientů do somatické i psychické stability. Péče může být poskytována individuálně nebo ve skupině, s týdenními nebo i častějšími konzultacemi a lékařským dohledem.

Pokud je péče poskytována ve skupině mohou pacienti získat podporu ze skupiny a spolupráci podobně postižených pacientů (Krch, 2004, s. 126).

V průběhu ambulantní léčby je nutné sledovat úspěšnost léčby a tělesnou hmotnost pacientů, nejčastěji jednou týdně, někdy však i častěji. V rámci ambulantní péče by měl být týdenní hmotností nárůst o 0,5 kg (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 286).

1.7.3 Psychoedukace, svépomoc

Mezi pacienty trpícími poruchou příjmu potravy máme také ty, kteří mají relativně malé příznaky a může u nich dojít ke zlepšení či úplnému uzdravení na základě svépomoci nebo edukace.

Léčba zaměřena na psychoedukaci má značný dopad na chování pacientů i celkové výsledky léčby, ale není natolik přesvědčivá jako například kognitivně – behaviorální terapie.

Pro spoustu pacientů není svépomoc samostatně v rámci léčby dostačující, ale existuje skupina pacientů, která se na základě svépomoci dokázala vyléčit. Je však nutné říct, že svépomocná terapie je doporučena pouze pacientům s méně vážnými příznaky poruch příjmu potravy (Krch, 2004, s. 126-127).

1.7.4 Rodinná terapie

Tato terapie je využívána u adolescentů a dětí. Ačkoli rodinná terapie není základem léčby, může rodinné vyšetření být velmi důležité pro porozumění různým terapeutickým problémům. Většina terapeutů je přesvědčena, že poruchy příjmu potravy jsou důsledkem různých konfliktů v rodině a proto rodinnou terapii doporučují (Krch, 2004, s. 127).

Nový přístup v péči také přinesly takzvané rodinné programy, které spočívají v psychoterapeutické práci ve skupině několika rodin s jedincem, který trpí poruchou příjmu potravy. Terapie spočívá v celodenních setkáních, které se konají v průběhu několika měsíců (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 288).

1.7.5 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie se stala velmi uznávanou léčebnou metodou, která vede k úplné nebo částečné remisi především u mentální bulimie a vytváří také teoretické základy pro část léčby mentální anorexie (Krch, 2004, s. 128-129; Papežová et al., 2010, s. 292).

Specifický typ kognitivně-behaviorální terapie upravuje jídelní chování a myšlení. Kognitivně-behaviorální terapie zahrnuje většinou dvacet individuálních sezení během pěti měsíců. V minulosti byla tato terapie zaměřena pouze na váhu, tvar těla a dietu. Dnes již pracuje s motivací, terapeutickým vztahem a interpersonálními vztahy (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 287).

1.7.5.1 Kognitivně-behaviorální přístup v léčbě mentální bulimie

Tato terapie byla první léčbou, která se ukázala jako nadějná. Vychází z pojetí mentální bulimie, které předpokládá, že to, co poruchu udržuje, je nadměrné zaujetí vlastní postavou a hmotností.

Provádí se ambulantně a zahrnuje přibližně dvacet sezení v průběhu dvaceti týdnů. Každé sezení trvá přibližně 50 minut. Kognitivně-behaviorální přístup využívá tři fáze léčby.

V první fázi se zabývá dvěma cíli, a to vysvětlením smyslu léčby a náhradou záchvatovitého přejídání pravidelným jídelním režimem. V průběhu první fáze je pacient vyzván, aby si vedl jídelní záznamy a popisoval svůj způsob stravování.

Ve druhé fázi, která obvykle trvá asi 8 týdnů, se klade důraz na pravidelný jídelní režim a využití chování, které brání zvracení. Kromě toho je tato fáze také zaměřena na dietní omezení, postoje vůči vlastní postavě a hmotnosti, kdy snahou je odstranit dietní omezení, změnit postoj k vlastnímu tělu a hmotnosti.

Ve třetí fázi, která je závěrečnou, je cílem udržet si dosavadní pokrok i po skončení léčby. Cílem je připravit pacienty na obtíže, které mohou nastat v budoucnu, a naučit je předcházet relapsu (Krch, 2004, s. 133-143).

1.7.6 Interpersonální terapie

Byla původně vytvořena pro léčbu deprese. Postup interpersonální terapie je rozdělen do tří fází. V první fázi se zabývá pojmenováním problémů, které vedly ke vzniku onemocnění, ve druhé fázi se uzavírá terapeutická smlouva o řešení interpersonálních problémů a závěrečná fáze je zaměřená na otázky v souvislosti s ukončením terapie (Krch, 2004, s. 129).

Dialektická behaviorální terapie byla navržena pro léčbu mentální bulimie s poruchou osobnosti. Tato terapie byla dříve využívána u pacientů se sebevražednými sklony. Je za-

měřena na nácvik ovládnání u psychogenního přejídání (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 287).

1.7.7 Motivační terapie

Motivační rozhovor vznikl při léčbě alkoholismu. Avšak využívá se i u poruch příjmu potravy. Je krátkodobý a je často nedílnou součástí terapie. Zároveň s motivační terapií je zdůrazňována edukace o nemoci, následcích hladovění, diet a o možnosti léčby (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 287).

1.7.8 Psychodynamická terapie

Práce s příznaky anorexie a bulimie vyžaduje zvláštní přístup, většina odborníků se shoduje, že je důležité psychodynamickou terapií upravit. V oblasti psychodynamické terapie se často angažují terapeutky, které se zabývají psychologií žen, jejich diskriminací a sexuálním zneužíváním (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 288).

1.7.9 Farmakoterapie poruch příjmu potravy

U obou poruch se převážně využívají antidepresiva, antipsychotika a léky stimulující chuť k jídlu. Cílem farmakoterapie u poruch příjmu potravy je regulace příjmu potravy, úprava tělesné hmotnosti, léčba komorbidních psychických poruch a odstranění somatických obtíží (Krch, 2004, s. 151).

Účinek antidepresiv u mentální anorexie byl prokázán v prevenci relapsu, u mentální bulimie byl jejich účinek ve snižování frekvence přejídání a zvracení (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 289).

Užívání antipsychotik může u mentální anorexie mírně pomoci, avšak když si anorektičky přečtou, že vedlejším účinkem může být zvyšování hmotnosti, mají tendenci léky vysadit. V případě mentální bulimie jsou jedinými léky, které prokazují určitou naději v léčbě, antidepresiva (Praško a Látalová, 2013, s. 695).

1.7.10 Psychomotorická terapie

Historie psychomotorické terapie, která je zaměřená na tělo, prožívání, cvičení a pohyb v léčbě psychických onemocnění je velmi dlouhá a pokračuje dodnes, neboť se stále využívá. Jedná se například o taneční terapii, kinesioterapii, terapii zaměřenou na vlastní tělo nebo terapii pomocí masáže.

V případě aplikace psychomotorického programu u osob v psychiatrické péči je na rozdíl od zdravé populace nutné sjednocení zvláštností u daného onemocnění.

Lze předpokládat, že psychoterapie má pozitivní vliv na uzdravení pacienta. V důsledku prokázaného pozitivního vlivu na pacienta vzniklo velké množství terapeutických technik, které se zabývají prací s tělem, jeho vnímáním, pohybem, sportem a jejich účinkem na psychosomatický stav pacienta (Adámková Ségard, c2010, s. 33-34).

2 NÁSLEDNÝ REŽIM PO AKUTNÍ FÁZI ONEMOCNĚNÍ

I po odeznění akutní fáze je důležité sledovat projevy remise a komplikací. Proto pacienti nadále docházejí na různé terapie. Akutní fáze léčby trvá 2 – 6 měsíců. Po akutní fázi léčby nastupuje udržovací léčba, která spočívá v několikátýdenních intervalech setkávání s terapeutem (Čerňanová, c2011, s. 82).

Celková délka nemoci je u každého jedince individuální. Nemoc může trvat rok, někdy deset let nebo i celý život. V průběhu života si lidé trpící poruchou příjmu potravy procházejí obdobím, kdy jsou skoro vyléčeni, nemoc je v latentním stádiu. Avšak někdy stačí pouhá drobnost a nemoc je zpátky (Medvik, 2010).

Pacienti s mentální anorexií i bulimií velmi často trpí depresemi a úzkostí. Tyto stavy bývají spojené s obavou o svůj vzhled a nárůst hmotnosti. Typické je, že nemocní jsou přecitlivělí, úzkostliví a mají nízké sebevědomí (Petr a Marková, 2014, s. 250).

2.1 Komunikace s pacienty

Při komunikaci s nemocnými, kteří trpí poruchami příjmu potravy, je velmi důležité se vyvarovat podávání rad. Je vhodné spíše naslouchat, než kritizovat. Naslouchání vede k otevřenosti pacienta. Příliš emoční přístup může u pacientů vyvolat pocity nejistoty (Papežová et al., 2010, s. 316-320).

Je důležité si uvědomit, že nemocní jsou velmi citliví, inteligentní, ale zároveň pochybovační, vztahovační a nedůvěřiví (Švédová a Mičová, 2010).

Měli bychom se snažit chovat normálně a nechodit kolem nemocných po špičkách. Nekritizujeme, neironizujeme.

I po terapii mohou pacienti stále trpět poruchami méněcennosti, mít pocit, že jsou tlustí a škaredí. Je proto důležité vyhnout se hodnocení postavy, i pochvalné komentáře s dobrým úmyslem mohou u pacienta vyvolat nepříjemné pocity (Černá, 2012, s. 36).

2.2 Přístup sestry k pacientovi

Péče o pacienty s psychiatrickou nemocí je velmi náročná. První úlohou sestry je, aby se odpoutala od názorů veřejnosti na duševní onemocnění a bojovat tak proti předsudkům.

Chování sestry si vyžaduje otevřený a empatický přístup, zachování společenských pravidel (představení, zaklepaní, podání ruky), seznámení pacienta s léčebným režimem a potřebou aktivní spolupráce při terapeutickém procesu.

Sestra by se ve svém chování měla vyvarovat ironii, nezdvořilosti, zesměšňování pocitů pacienta a lhostejnému přístupu k jeho problémům. Nevhodný je agresivní postoj a rezignace v případě pomalého nástupu úspěchu v léčbě, ale také přehnaná starostlivost. Agresivní postoj se může projevit nejen v chování k pacientovi, ale také při psaní dokumentace, při ošetřování a při podávání medikace (Čerňanová, c2011, s. 20-22).

Sestra posiluje odpovědnost pacienta, což vede ke snížení jeho odporu k léčbě. Konzultuje případné selhání a chyby v průběhu léčby. Podává informace o následném léčebném režimu pacientovi, rodině i partnerům. V průběhu léčby pomáhá pacientovi se stanovením jeho cílů (Petr a Marková, 2014, s. 249-251).

2.3 Přístup veřejnosti a rodiny k daným pacientům

Veřejnost nepovažuje poruchy příjmu potravy za chorobu, ale především za hloupost daných pacientů, kteří se dle jejich názoru chovají nepřiměřeně. Okolí nemocných má tendenci zlehčovat potíže s poruchami příjmu potravy. Zpočátku se mylně domnívají, že jde pouze o snahu nemocných zhubnout, kterou lze řešit pouhou domluvou a pádným argumentováním.

Avšak když po čase zjistí, že prostředky komunikace nemají žádný efekt, začnou se obviňovat, být nejistí a hledat všechny možné příčiny. Příbuzní se cítí bezmocní a často dojde až ke stavu, kdy se násilně snaží nemocné krmit, což zhoršuje rodinné i mezilidské vztahy.

Vztah ostatních k nemocnému bývá rozpolcený, snaží se mu pomoci, ale zároveň mají zlost, že škodí sám sobě a dělá nesprávné věci. Spousta projevů nemoci (například zvracení, uschovávání potravy) může v druhých lidech vzbuzovat odpor.

Vlivem nemoci, divného a pro okolí nepochopitelného chování se může postižený dostat do situace, kdy je izolovaný od svých přátel a někdy i rodiny (Musil, 2005, s. 122).

3 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie patří mezi poruchy příjmu potravy, postihuje nejčastěji dívky ve věku 11 – 18 let. Je charakterizována vědomým snižováním tělesné hmotnosti. Pacienti odmítají jídlo a nechutenství je často důsledkem hladovění. Jde tedy o boje s chutí a hladem, ale pacienti nacházejí potěšení ve schopnosti nejíst, ovládnout se a zhubnout.

Pro mentální anorexii jsou typické tři znaky: aktivní udržování nízké tělesné hmotnosti, strach z tloušťky a porucha menstruačního cyklu (Černá, 2012, s. 8; Krch, 2010, s. 27).

Pacienti s mentální anorexií omezují svůj kalorický příjem a obraz o svém těle mají zkreslený tak, že i při velmi nízké hmotnosti se vnímají tak, jakoby měli nadváhu a stále se bojí přibírání na váze (Šimovcová, 2015, s. 104).

„Rozlišujeme dva specifické typy:

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

Bulimický (purgativní) typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání“ (Krch, 2004, s. 17).

3.1 Příčiny a příznaky onemocnění

Velmi rizikovou skupinu pro vznik mentální anorexie jsou ženy v mladistvém věku. Významnou roli pro vznik tohoto onemocnění hraje působení medií a společnosti, jelikož žijeme v době, kdy štíhlost je přisuzována k úspěchu a každý den na nás z novin a internetových článků vyskakují fotky až nepřírozeně hubených modelek.

Často popisovanou příčinou v souvislosti s anorexií jsou zkušenosti se šikanou, depresi, s pocity strachu a prožití různých traumatizujících zážitků.

Ohroženi jsou lidé s nízkým sebevědomím, se špatným sebehodnocením, ale také perfekcionista a lidé, kteří jsou soutěživí a nadměrně touží po úspěchu. Rizikové je také držení drastických dietních opatření (Middleton, Smith a Praško, 2013, s. 9-29; Papežová, 2012, s. 104-106).

Mezi příznaky onemocnění můžeme řadit mnoho faktorů, které na mentální anorexii mohou poukazovat. V první řadě dochází u pacientů ke změnám v jídelníčku, mizí nezdravá, tučná a sladká jídla, bílé pečivo, maso a zůstávají jen dietní jídla, které si většinou chtějí připravovat pacienti sami.

Dochází ke změnám stravovacího režimu, kriticky hodnotí množství jídla, nikdy si neberou nic navíc, postupem času mizí z jejich jídelníčku i hlavní jídla. Velmi často se při jídle srovnávají s jinými lidmi a sledují, kdo kolik čeho snědl. V souvislosti také můžeme sledovat změnu jídelního tempa a chování, pacienti jedí pomalu, v jídle se nimrají, pečlivě si vybírají, co snědí, a většinou si jídlo dělí na velmi malé kousky.

Poruchy příjmu potravy doprovázejí také změny chuti, pacienti mohou zvýšeně solit, pít kávu a nadměrné množství vody, čímž zahánějí pocity hladu. Typické je, že se pacienti vyhýbají jídlu ve společnosti, jelikož velmi špatně reagují na to, když je někdo při jídle sleduje a hodnotí.

U pacientů s mentální anorexií je běžná zvýšená fyzická aktivita. Tito lidé mají neustálou potřebu něco dělat, chtějí ze sebe dostat vše a zpotit se. Často chodí i několikakilometrové vzdálenosti pěšky, i když je to náročné. Nedokáží se uvolnit, zhoršuje se schopnost se soustředit a může se objevovat únava, vyčerpanost a apatie.

Můžeme také pozorovat pacientovu zvýšenou pozornost vlastní postavě. Neustále se váží, sledují v zrcadle a zahalují se do volného oblečení nebo naopak nosí oblečení příliš těsné, aby vynikla jejich hubená postava.

Obvykle se objevuje zácpa, zimomřivost, poruchy menstruačního cyklu, dochází k vypadávání vlasů a pacientům se zhoršuje pleť. Většina se izoluje od přátel i rodiny, uzavírá se do sebe a typické jsou časté změny nálad.

Často se stávají přecitlivělými, podrážděnými. Pacienti dokážou dlouze o jídle mluvit, ale když je někdo nutí jíst, dokážou reagovat až abnormálně hystericky (Černá, 2012, s. 9; Krch, 2010, s. 29-30).

3.2 Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F.50.0)

Pro stanovení diagnózy mentální anorexie musí být přítomny všechny tyto příznaky:

- a) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň nebo BMI je 17,5 (kg/m²) a nižší.
- b) Snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik, laxativ a diuretik, nadměrné cvičení.

- c) Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, jako vtíravá a neodbytná obava z dalšího tloustnutí, která vede k tomu, že si pacient ukládá za povinnost mít velmi nízkou váhu.
- d) Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamicko-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje amenoreou u žen a potencí u mužů. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, kortizolu a poruchy ve vylučování inzulínu.
- e) Pokud je počátek onemocnění před pubertou, mohou být projevy puberty opožděny nebo zastaveny. Po uzdravení může dojít k normálnímu dokončení pubertálního vývoje, ale menarche je opožděna (Krch, 2004, s. 16-17; Novák, 2010, s.9-11).

3.3 Léčba onemocnění

Léčba by měla obsahovat biologické i psychologické přístupy. Ve většině případů převažuje ambulantní péče, důvodem k hospitalizaci pacienta je nadměrný pokles tělesné hmotnosti, deprese. Vždy musíme zhodnotit stav hydratace a také výživy, k čemuž můžeme využít různé testovací škály.

Podávání stravy s realimentací musí být postupné a opatrné. Podávaná strava by měla být lehce stravitelná, bohatá na vitaminy, bílkoviny a podávaná častěji v menších dávkách. Při nespolupráci pacientů je nutno podávat stravu pomocí NGS. Vhodná je mírná fyzická aktivita, která vede k obnovení svalové hmoty.

Důležitá je také psychoterapie, jejímž cílem je změnit jídelní chování, postoj k vlastnímu tělu a způsob myšlení pacientů.

Dalším způsobem, který je nedílnou součástí léčby je farmakoterapie, která využívá zejména psychofarmaka a antidepressiva, případně také neuroleptika (Koutek, 2011).

Léčba mentální anorexie je velice obtížná, protože pacienti odmítají svou nemoc, tělesné i psychické obtíže a nemají snahu nic měnit (Machová a Kubátová, 2009, s. 190).

Mezi léčebné cíle mentální anorexie bychom mohli zařadit dosažení optimální tělesné hmotnosti, obnovení reprodukční schopnosti u žen a obnovení sexuálního citění u mužů. U dětí a dospívajících je cílem obnovit optimální tělesný růst a sexuální vývoj. U každé kategorie je hlavním cílem motivovat ke spolupráci při léčbě, provádět prevenci proti relapsu, změnit postoje a pocity pacienta, které se týkají poruch příjmu potravy. V neposlední řadě léčit poruchy nálad a jiné projevy, které s nemocí souvisejí, a edukovat pacienty o zdravé výživě a rizicích hladovění a držení diet (Ellingerová, 2009).

4 MENTÁLNÍ BULIMIE

Jde o závažnou poruchu příjmu potravy, která nejčastěji postihuje mladé ženy ve věku 18 – 24 let. Je charakterizovaná záchvaty přejídání, které se opakují, a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2008, s. 22).

Pro stanovení diagnózy jsou charakteristické tři znaky mentální bulimie: opakující se záchvaty přejídání (ztráty kontroly nad jídlem), nadměrná kontrola tělesné hmotnosti (zahrnuje vyvolávané zvracení, užívání projímadel a diuretik, nadměrné cvičení a hladovky), nadměrný zájem o vzhled a tělesnou hmotnost (Černá, 2012, s. 12; Krch, 2008, s. 22).

Přejedení se stálou touhou po štíhlosti vyvolává u pacientek pocity viny a snahu zmírnit následky přejedení. Nejčastěji se snaží zmírnit následky pomocí zvracení (Hort, 2008, s. 271).

4.1 Příčiny a příznaky onemocnění

Příčiny onemocnění jsou stejné jako u mentální anorexie. Můžeme zde zařadit ženské pohlaví, mladistvý věk a vliv rodiny. Velmi častý je vliv společnosti a médií, šikana a posmívání ve škole nebo v zaměstnání, srovnávání s druhými, hubenějšími, lidmi. Další významnou příčinou je například držení drastických diet, prožití traumatizující životní události. Rizikové je nízké sebevědomí, dlouhodobý neúspěch, depresivní stavy, touha po úspěchu a narušení rodinných vztahů (Krch, 2008, s. 44-52; Middleton, Smith a Praško, 2013, s. 9-29).

Příznakem onemocnění jsou změny tělesné hmotnosti. Typický je náhlý nárůst hmotnosti a velmi rychlý pokles. Pacienti trpící bulimií konzumují velké množství potravin, často trpí nevolností a po jídle pravidelně odcházejí na toaletu nebo do ústraní od společnosti.

Velmi často můžeme pozorovat otoky v obličeji a oblasti krku, zhoršenou pleť a problémy se zuby, objevuje se jejich zvýšená kazivost v důsledku častého zvracení a působení žaludečních šťáv. Pacienti se snaží vyhýbat situacím, kde by se museli svlékat, například bazény, sauny, masáže a jiné. Obvyklá je přecitlivělost a časté změny nálad (Černá, 2012, s. 12-13).

Některým situacím, které končí u bulimiček přejídáním se lze vyhnout, s jinými se bulimičky musejí naučit žít a řešit je jiným způsobem. Záchvaty přejídání často spouštějí různé situace, které jsou s jídlem spojené, například oslavy, nakupování, vaření a jiné. Mezi

spouštěče také můžeme řadit zážitky, které pacient v souvislosti s jídlem má, a to například pocity plnosti, myšlenky na jídlo a srovnávání se s druhými lidmi. Pacienti, kteří trpí poruchou příjmu potravy, rádi sledují, kolik toho jedí druzí lidé.

Mezi další situace, které vyvolávají přejídání, můžeme zařadit situace a zážitky související s postavou a tělesnou hmotností. Můžeme sem zařadit různé komentáře týkající se vzhledu nebo třeba malé oblečení, které dříve pacient bez potíží oblékl.

Velmi častým spouštěčem jsou špatné nálady a pocity osamělosti, zklamání, nervozita, podrážděnost. Nezbytné je také zmínit dobu a situace, kdy jsou pacienti zvyklí se přejídat, nebo dlouhá časová doba mezi posledním přejedením (Krch, 2008, s. 110-112).

4.2 Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F.50.2)

Pro stanovení mentální bulimie musí být přítomny všechny tyto příznaky:

- a) Nadměrná touha po jídle, časté přejídání a konzumace velkého množství potravin v krátkém čase.
- b) Snaha potlačit účinek jídla a přibírání na váze využitím jednoho nebo více následujících způsobů: vyvolané zvracení, užívání projímadel, anorektik, diuretik a hladovění.
- c) Chorobný strach z tloušťky a přibírání na váze. Často v anamnéze prokazatelné epizody mentální anorexie (Krch, 2004, s. 19; Novák, 2010, s. 11).

4.3 Léčba onemocnění

V léčbě mentální bulimie převládá ambulantní péče, indikací k hospitalizaci je nadměrná vyhublost, metabolický rozvrat, nepříznivý stav organismu a depresivní syndrom.

Léčba zahrnuje psychoterapii, různá režimová opatření a rodinnou terapii. Psychoterapie bývá kognitivně-behaviorální, která je zaměřena na ovládnutí nutkavého přejídání a následného zvracení, na změně postoje k vlastnímu tělu a hmotnosti. Farmakoterapie je zaměřena na depresivní syndrom, který ve většině případů bulimii provází (Koutek, 2011).

Léčba mentální bulimie bývá ztížena tím, že obvykle probíhá velmi dlouhou dobu skrytě, než je léčba zahájena (Machová a Kubátová, 2009, s. 190).

Mezi léčebné cíle u mentální bulimie bychom mohli zařadit minimalizaci přejídání a následného zvracení, stanovení a také udržení optimální tělesné hmotnosti. Důležité je omezit

držení diet a vést k pravidelnému příjmu pestré stavy. Dalším cílem je léčit další problémy související s mentální bulimií (Ellingerová, 2009).

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY

Pacienti trpící poruchou příjmu potravy potřebují pomoc v několika směrech, jako například změnit vztah k jídlu a vyřešit různé emocionální problémy. Cílem péče je naučit pacienta správným stravovacím návykům a dodržování jídelního režimu.

Při přijetí pacienta k hospitalizaci se podepisuje smlouva, která zavazuje k určitému hmotnostnímu nárůstu, k dodržování jídelního a léčebného režimu (Marková, Venglářová a Babiaková, c2006, s. 289).

Kromě sběru anamnestických údajů se musíme zaměřit na hmotnost klienta, míru soběstačnosti a tělesné aktivity. Nezbytné je sledovat nejen známky dehydratace, které se mohou projevit suchostí sliznic a sníženým kožním turgorem. Také zvracení, průjmy, poruchy menstruačního cyklu a případné nadužívání projímadel a diuretik.

Sledujeme, jakým způsobem pacienti přijímají stravu, množství a skladbu potravin, stravovací návyky a příjem tekutin. Zjišťujeme případné poruchy spánku, postoj pacienta k vlastnímu tělu, role a problémy v rodině, schopnost komunikace a různé projevy poruchy myšlení (Hosáková, 2007, s. 82; Šimovcová, 2015, s. 106).

Za cíle ošetrovatelské péče považujeme, že pacient zná a chápe svou chorobu. Aktivně se účastní terapie a je ochotný ke změně životního stylu. Dalším cílem je, že pacient přijímá přiměřeně tekutiny a stravu. Důležitá je změna tělesné hmotnosti, přibírání na váze a eliminace epizod přejídání a následného zvracení. Nezbytná je také edukace rodiny, přátel nemocných a příprava pacienta na odchod do domácího prostředí (Hosáková, 2007, s. 82).

Při realizaci ošetrovatelské péče k pacientům s poruchou příjmu potravy přistupujeme ohleduplně, empaticky, laskavě a vstřícně. Zjistíme přístup pacienta k nemoci i léčbě a pomůžeme změnit jeho vztah k jídlu a životní styl.

Poskytneme dostatek informací o nemoci, rizicích hladovění a případně poskytneme různé tištěné materiály. Sledujeme pacientovo chování, různé projevy izolace, depresivní stavy, případné zvracení, užívání projímadel a diuretik. Sledujeme případné známky dehydratace, vyprazdňování moči a stolice. Monitorujeme také výsledky vyšetření dle ordinace lékaře. U žen sledujeme pravidelnost a případné obnovení menstruačního cyklu. Pravidelně plníme ordinace lékaře.

Monitorujeme nadměrnou fyzickou aktivitu a dodržování léčebného režimu. Nezbytné je pacienta zapojit do běžných i terapeutických činností na oddělení, aktivity plánujeme tak, aby měl pacient dostatek času na odpočinek. Pravidelně sledujeme tělesnou hmotnost a o naměřených hodnotách si vedeme záznam v dokumentaci.

Zajistíme dostatečný příjem a výdej tekutin, vedeme také bilanci tekutin. Důležité je zajistit dostatečný příjem stravy, dohlížíme na množství snědené stravy a množství pravidelně zapisujeme.

Poskytneme pacientovi možnost komunikovat o jeho pocitech, problémech a přáních. Pomůžeme mu najít reálné cíle ke zvládnutí nemoci a oceníme každou jeho snahu a žádoucí změnu. V průběhu hospitalizace umožníme pacientovi kontakt s rodinou, přáteli a můžeme je také zapojit do terapeutického programu.

Předáváme pacientovi různé kontakty na ambulantní zařízení, které se zabývají poruchami příjmu potravy – stacionáře, svépomocné skupiny, rodinné terapie. O všech činnostech a intervencích sestry i pacienta pravidelně vedeme dokumentaci, do které zapisujeme i údaje o příjmu a výdeji stravy, tekutin a údaje o hmotnosti pacienta (Hosáková, 2007, s. 82-83; Šimovcová, 2015, s. 106-107).

V ošetrovatelské péči i léčbě hraje velmi důležitou roli strava, která je považována nejen za fyziologickou potřebu, ale také za lék. Jídelníček je sestavován ve spolupráci celého týmu, který zahrnuje například psychologa, psychiatra a nutriční terapeutky. Strava je obvykle podávána šestkrát denně, v pravidelných intervalech a menších porcích.

Pacienti jsou poučeni o důsledcích hladovění, na biologické i psychologické rovině. Úkolem sestry je dohlížet na každé jídlo, které by pacienti měli sníst. Avšak v žádném případě pacienta nekrmíme násilím. Výjimkou jsou stavy extrémní vyhublosti, kdy je nutné stravu podávat za pomoci NGS nebo pomocí infuzní terapie.

V průběhu hospitalizace sestra sleduje, zda pacient jídlo například odmítá, zvrací nebo záměrně schovává. V souvislosti s dohledem nad stravovacím režimem je nutné také sledovat tělesnou hmotnost pacientů. Je proto velice důležité, aby se zdravotnický personál obrnil trpělivostí, protože je typické, že se pacienti velmi s jídlem loudají, vše jim dlouho trvá, a to mnohdy záměrně.

Pokud sestra přistihne pacienta, jak si schovává jídlo, neměla by propadat rozčilení a ani by to neměla pacientovi vyčítat. Důležité je, aby mu vysvětlila, že se to nedělá a že chápe,

že to pacient nedělá schválně. Měla by ovšem trvat na tom, aby jídlo pacient snědl, aby věděl, že není snadné ji oklamat. Stolování s jinými pacienty se v různých intervalech zúčastňují i členi zdravotního týmu.

Při hospitalizaci je obvyklé, že pacient dostane za úkol přibrat určitou hodnotu na váze. Pokud ovšem nedosáhne daného přírůstku na váze, jsou mu zakázány některé činnosti nebo například nedostane propustku domů.

Do léčebného režimu je také zařazena psychoterapie, relaxace, arteterapie, psychomotorická terapie a jiné terapeutické metody. Velmi využívanou metodou je kognitivně-behaviorální terapie, kdy se pacient učí poznávat své pocity, které vedou například k přejídání, následnému zvracení, vybílení lednice. Během hospitalizace mají pacienti možnost navštěvovat různé zájmové kroužky, jako je například arteterapie, keramika, pracovní terapie. Tyto zájmové kroužky napomáhají tomu, aby pacient překonal své neustálé myšlenky na jídlo, svou postavu a svůj zdravotní stav.

Další nezbytnou činností sestry v rámci ošetrovatelské péče je sledování účinku podávaných léků. A také schopnost naslouchat pacientům, jejich pocitům.

Do ošetrovatelské péče je také nezbytné zapojit rodinné příslušníky, je důležité, aby se pacient necítil být na všechno sám.

V závěrečné fázi hospitalizace je důležité připravit pacienta na přechod do domácího prostředí a naučit jej, aby dodržoval jídelní režim i doma. Často je nezbytná spolupráce rodiny.

Po skončení hospitalizace mohou pacienti pokračovat v léčbě ve specializovaných ambulantních zařízeních (Marková, Venglářová a Babiaková, c2006, s. 289-291).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE PRÁCE A METODIKA

6.1 Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumu

Hlavní cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu pro mou bakalářskou práci je zjistit informovanost mladistvých o poruchách příjmu potravy.

Dílčí cíle výzkumu

Cíl 1: Zjistit míru informovanosti mladistvých o mentální anorexii.

Cíl 2: Zjistit míru informovanosti mladistvých o mentální bulimii.

Cíl 3: Zjistit, zda jsou respondenti sami spokojeni se svou postavou a zda již drželi nějakou dietu.

Hypotézy

Na základě stanovení dílčích cílů jsme si stanovili hypotézy.

Hypotéza 1: Předpokládáme, že více jak 80 % respondentů zná pojem mentální anorexie a dokáže jej vysvětlit.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že více jak 60 % respondentů ví, co je to mentální bulimie a dokáží tento pojem vysvětlit.

Hypotéza 3: Předpokládáme, že více jak 30 % respondentů není spokojeno se svou postavou a že více jak 40 % respondentů již drželo ve svém životě nějakou dietu.

6.2 Metodika výzkumu

6.2.1 Charakteristika respondentů

Respondenti pro výzkumné šetření byli vybíráni dle předem určených kritérií. Skupinu respondentů tvořili žáci osmé a deváté třídy základních škol různého pohlaví.

6.2.2 Metoda pro získání dat výzkumu

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Pomocí kvantitativního výzkumu lze získat informace od poměrně velkého počtu respondentů. Shromážděná data jsou anonymní, což je výhodou této metody, jelikož respondent může vyslovit svůj názor pravdivě a objektivně. Respondent má dostatek času

pro své odpovědi a v krátkém čase získáme velké množství potřebných informací. Nevýhodou dotazníkového šetření je to, že se respondent vždy nemusí nacházet v dobrém rozpoložení, nesoustředí se na vyplnění a nemusejí jeho odpovědi být pravdivé. Situaci také zkresluje, když respondenti vyplňují dotazníky společně. Otázky v dotazníku jsou formulovány tak, aby byly jasné a jednoduché k vyplnění. Velmi důležité je si uvědomit, že návratnost nemusí být vždy stoprocentní. Součástí dotazníku musí být jasné a stručné pokyny pro vyplnění, poděkování i podpis toho, kdo o vyplnění a informace žádá. Pro získání dat k mé bakalářské práci byl sestaven dotazník vlastní konstrukce za pomoci vedoucí práce PhDr. Jarmily Verešové. Tvorbě dotazníku předcházelo nastudování odborné literatury, internetových zdrojů a také vyhledávání již vytvořených výzkumů pro dané téma.

6.2.3 Popis dotazníku

V úvodní části dotazníku jsme děti seznámili s informacemi o dotazníku. Seznámili jsme je s tématem bakalářské práce, s informacemi, k čemu dotazník bude sloužit, a také jsme je ujistili o anonymitě. Dále jsme podali instrukce, jak dotazník vyplnit, a na závěr nechybělo ani poděkování a podpis autorky dotazníku.

Dotazník se skládá z 18 otázek, které jsou tvořeny na základě dílčích cílů práce. V úvodu jsou zaměřeny podotázky na věk respondentů, jejich pohlaví a ročník základní školy, který studují.

Otázky číslo 1, 2, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 18 jsou otázky uzavřené. Tyto otázky jsou zaměřené na znalosti respondentů o poruchách příjmu potravy, zda se někdy o tuto problematiku zajímali, zda by se chtěli případně dozvědět více. V těchto otázkách se také ptáme, zda někdy viděli obrázky osob, jež touto poruchou chybí a jestli si myslí, že je mnoho dostupných informací pro veřejnost ohledně této problematiky. Také zjišťujeme, jestli respondenti znají někoho, kdo trpí mentální anorexií nebo mentální bulimií. A ve třech otázkách se zaměřujeme také na to, jestli jsou respondenti sami spokojeni se svou postavou, jestli drželi nějakou dietu a zda si myslí, že úspěch souvisí s krásou a štíhlostí.

Otázky číslo 4, 6, 14 jsou otázky s možností výběru více odpovědí a díky těmto otázkám zjišťujeme, odkud se respondenti dozvěděli o poruchách příjmu potravy, co považují za spouštěče těchto onemocnění a kde dle jejich názoru probíhá jejich léčba.

Otázky číslo 8, 10, 15 jsou otázky s otevřenou odpovědí, v těchto otázkách zjišťujeme, jak na pacienty případně působily obrázky osob s těmito chorobami, také zjišťujeme jejich zájem o tuto problematiku a případnou znalost psychiatrických léčení v České republice.

6.2.4 Organizace šetření

Výzkumné šetření probíhalo v období 20. 3. 2017 – 10. 4. 2017. Pro výzkumné šetření byly vybrány dvě základní školy, Základní škola Bratrství Čechů a Slováků v Bystřici pod Hostýnem a Základní škola T. G. Masaryka v Bystřici pod Hostýnem. S řediteli obou těchto základních škol byla sepsána žádost o umožnění dotazníkového šetření.

Na Základní škole Bratrství Čechů a Slováků bylo rozdáno 72 dotazníků, na Základní škole T. G. Masaryka bylo rozdáno 88 dotazníků. Dohromady tedy bylo rozdáno 160 dotazníků.

Návratnost dotazníků byla na obou těchto vybraných školách stoprocentní. Tímto bych chtěla poděkovat za spolupráci a ochotu při dotazníkovém šetření.

6.2.5 Zpracování získaných dat

Poté, co byly shromážděny všechny vyplněné dotazníky, byla data vyhodnocena za pomoci tabulek a grafů. Grafy byly zpracovány v Microsoft Office Excel 2010. V každé tabulce je zaznamenaná relativní i absolutní četnost a výsledný celkový počet respondentů nebo odpovědí na otázku. Po vytvoření grafů a tabulek bylo vše vloženo do programu Microsoft Word 2010, ve kterém byla zpracovávána celá bakalářská práce. Každá otázka obsahuje také slovní komentář k výsledkům grafu.

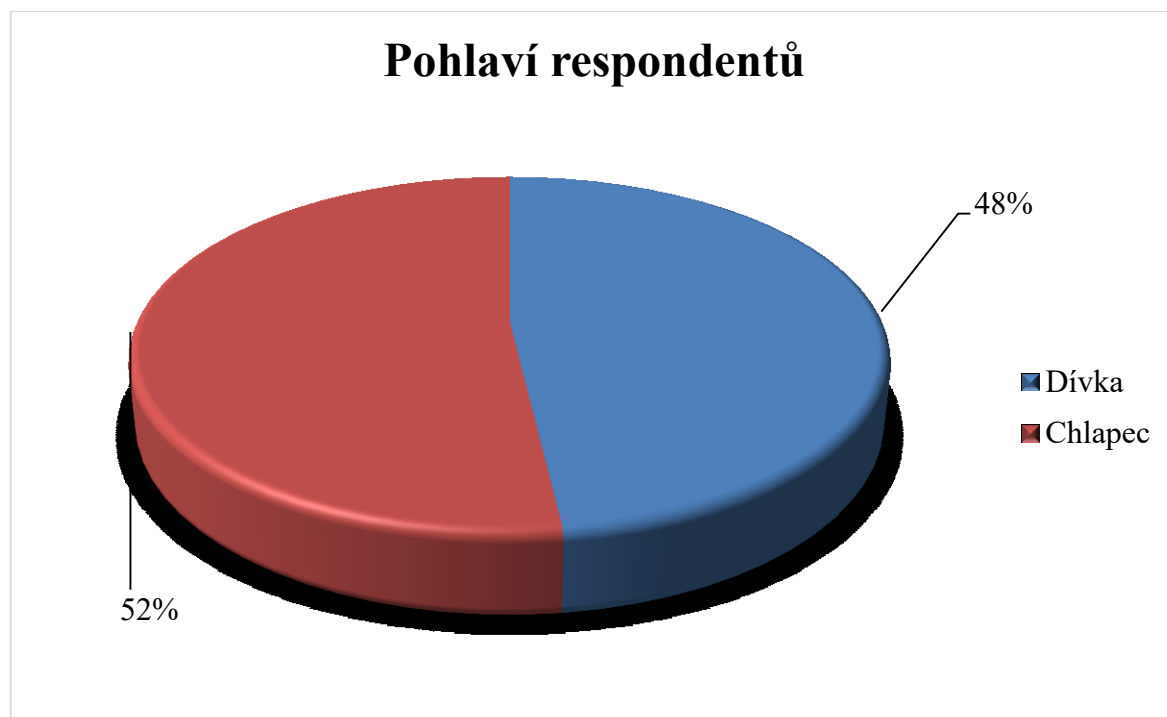
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výzkumného šetření se zúčastnilo 160 respondentů.

Pohlaví respondentů

Tabulka 1 - Pohlaví respondentů

Pohlaví		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dívka	77	48,13 %
Chlapec	83	51,88 %
Celkem	160	100 %



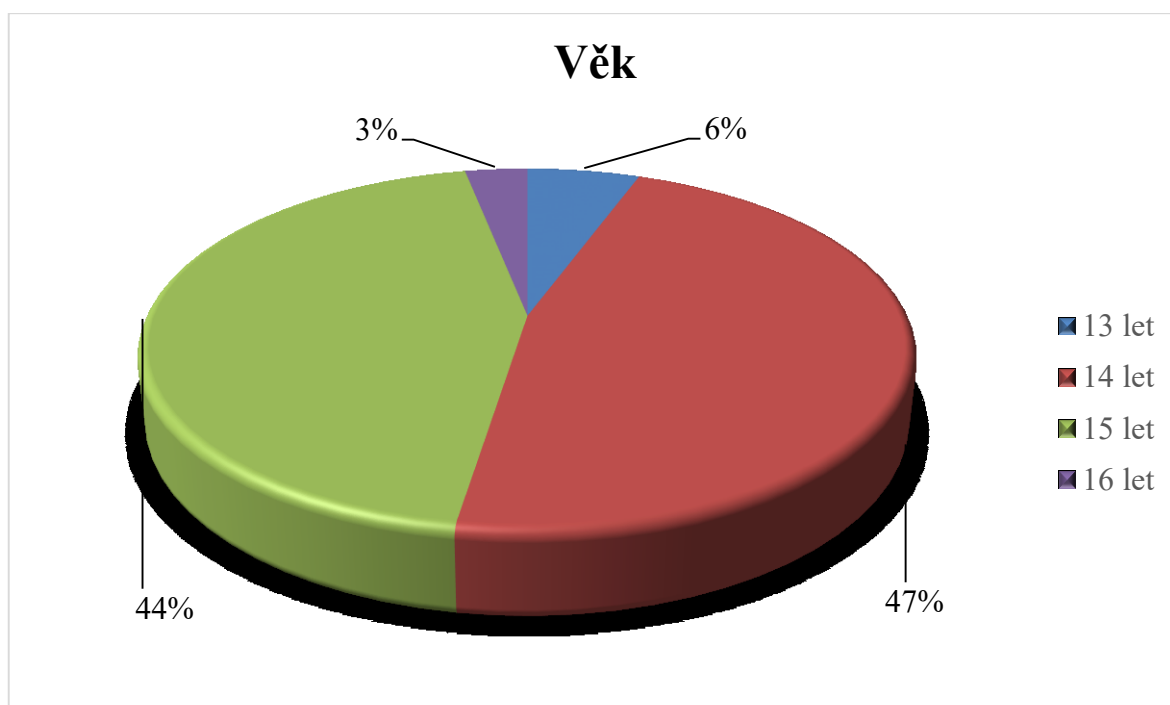
Graf 1 - Pohlaví respondentů

Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 160 respondentů (100,00 %) bylo 77 dívek (48,13 %) a 83 chlapců (51,88 %).

Věk respondentů

Tabulka 2 - Věk

Věk		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
13 let	9	5,63 %
14 let	75	46,88 %
15 let	71	44,38 %
16 let	5	3,13 %
Celkem	160	100 %



Graf 2 - Věk

Ze 160 respondentů (100,00 %) bylo 9 respondentů (5,63 %) ve věku 13 let, 75 (46,88 %) bylo ve věku 14 let, 15 let mělo 71 respondentů (44,28 %) a ve věku 16 let bylo pouze 5 respondentů (3,13 %).

Třída (Jsi žákem...)

Tabulka 3 - Třída (Jsi žákem...?)

Jsi žákem?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Osmé třídy	74	46,25 %
Deváté třídy	86	53,75 %
Celkem	160	100 %



Graf 3 - Třída (Jsi žákem...?)

Z celkového počtu 160 respondentů (100,00 %) bylo 74 žáků osmé třídy (46,25 %) a žáků deváté třídy bylo 86 (53,75 %).

Otázka č. 1 – Víš, co je to mentální anorexie a dokážeš tento pojem vysvětlit?

Tabulka 4 - Otázka č. 1 – Víš, co je to mentální anorexie a dokážeš tento pojem vysvětlit?

Víš, co je to mentální anorexie a dokážeš tento pojem vysvětlit?		
Odovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	139	86,88 %
Ne	12	7,50 %
Nevím	9	5,63 %
Celkem	160	100 %



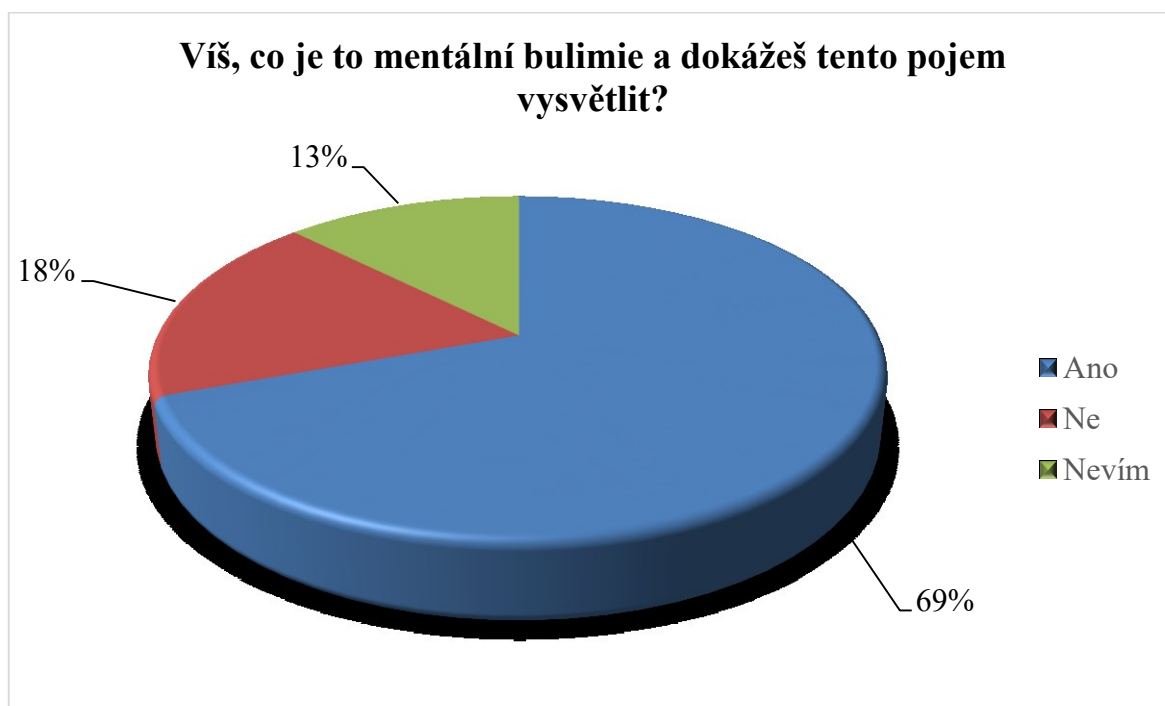
Graf 4 - Otázka č. 1 - Víš, co je to mentální anorexie a dokážeš tento pojem vysvětlit?

Ze 160 (100,00 %) respondentů 139 (86,88 %) uvedlo, že ví, co je to mentální anorexie, a také dokážou tento pojem vysvětlit, 12 (7,50 %) respondentů uvedlo, že neví, co je to mentální anorexie a ani nedokáží tento pojem vysvětlit a 9 (5,63 %) uvedlo, že vůbec neví.

Otázka č. 2 – Víš, co je to mentální bulimie a umíš tento pojem vysvětlit?

Tabulka 5 - Otázka č. 2 – Víš, co je to mentální bulimie a umíš tento pojem vysvětlit?

Víš, co je to mentální bulimie a dokážeš tento pojem vysvětlit?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	111	69,38 %
Ne	29	18,13 %
Nevím	20	12,50 %
Celkem	160	100 %



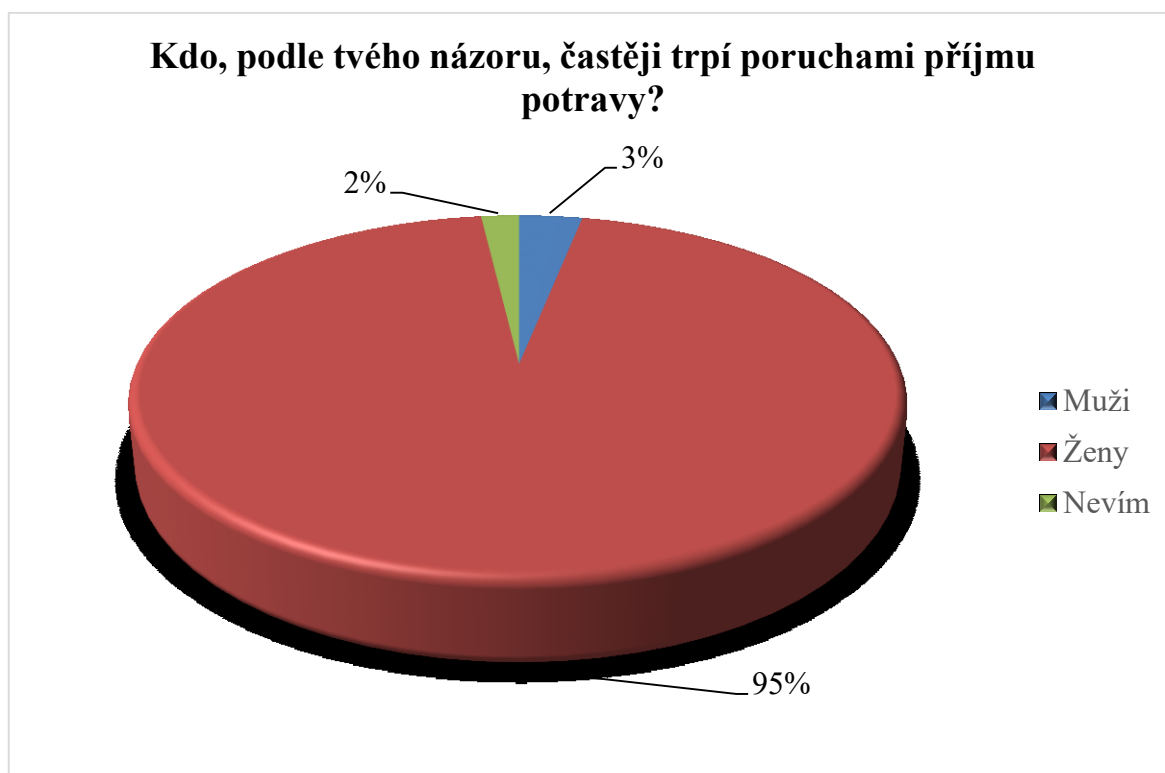
Graf 5 - Otázka č. 2 - Víš, co je to mentální bulimie a umíš tento pojem vysvětlit?

Z celkového počtu 160 (100,00 %) respondentů uvedlo 111 (69,38 %), že ví, co je to mentální bulimie, a také dokáže tento pojem vysvětlit. 29 (18,13 %) respondentů uvedlo, že tento pojem nezná a nedokáže jej vysvětlit a 20 (12,50 %) vybralo možnost nevím.

Otázka č. 3 – Kdo, podle tvého názoru, častěji trpí poruchami příjmu potravy?

Tabulka 6 - Otázka č. 3 – Kdo, podle tvého názoru, častěji trpí poruchami příjmu potravy?

Kdo, podle tvého názoru, častěji trpí poruchami příjmu potravy?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	5	3,13 %
Ženy	152	95,00 %
Nevím	3	1,88 %
Celkem	160	100 %



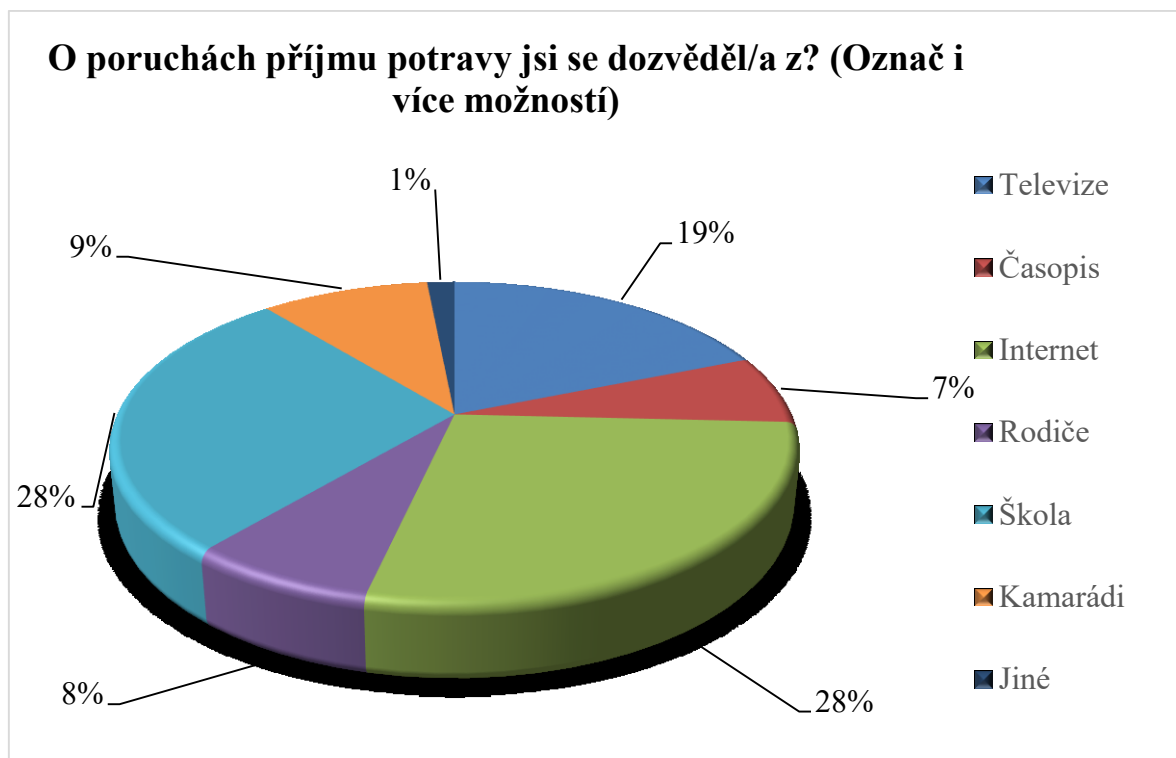
Graf 6 - Otázka č. 3 - Kdo, podle tvého názoru, častěji trpí poruchami příjmu potravy?

Na otázku, kdo podle respondentů trpí častěji poruchami příjmu potravy, odpovědělo ze 160 (100,00 %) respondentů 5 (3,13 %) muži, 152 (95,00 %) uvedlo, že nejčastěji poruchou příjmu potravy trpí ženy a pouze 3 (1,88 %) uvedlo, že neví, kdo tímto onemocněním trpí častěji.

Otázka č. 4 – O poruchách příjmu potravy ses dozvěděl/a z? (Označ i více možností)

Tabulka 7 - Otázka č. 4 – O poruchách příjmu potravy ses dozvěděl/a z? (Označ i více možností)

O poruchách příjmu potravy ses dozvěděl/a z? (Označ i více možností)		
Odovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Televize	74	18,88 %
Časopis	27	6,89 %
Internet	109	27,81 %
Rodiče	30	7,65 %
Škola	109	27,81 %
Kamarádi	37	9,44 %
Jiné	6	1,53 %
Celkem	392	100 %



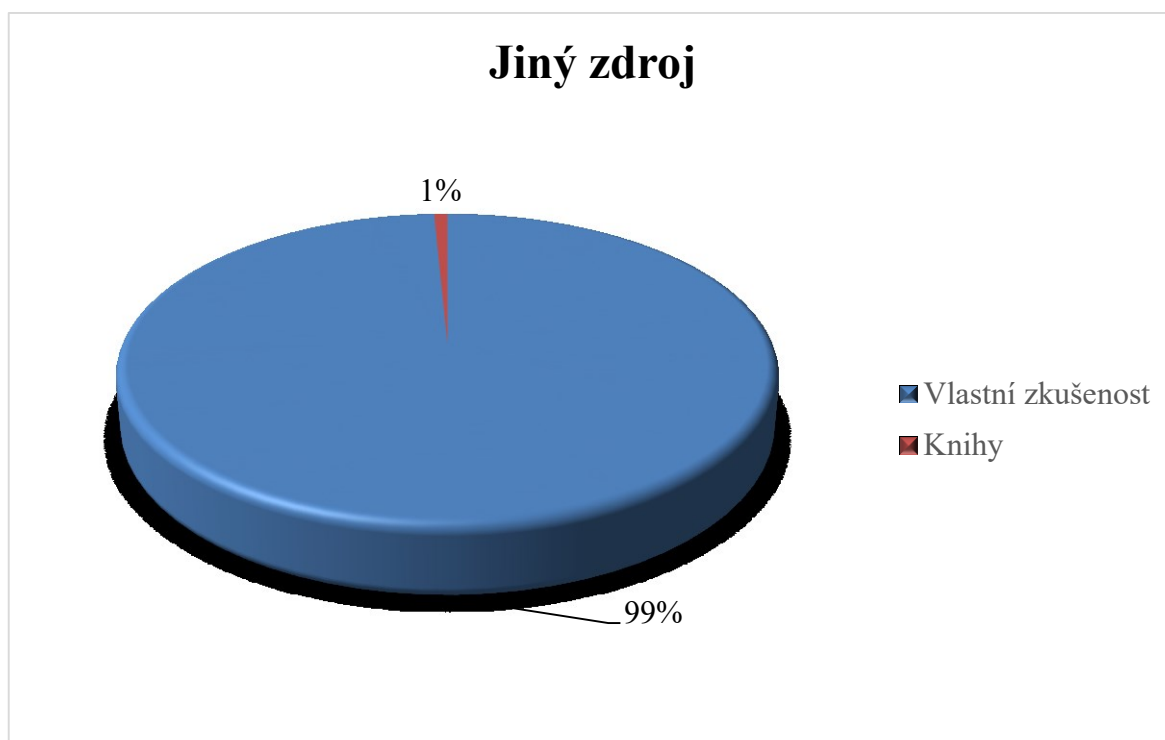
Graf 7 - Otázka č. 4 - O poruchách příjmu potravy ses dozvěděl/a z?

Na otázku s více možnými odpověďmi, odkud se respondenti dozvěděli o poruchách příjmu potravy, 74krát (18,88 %) byla zvolena možnost jako zdroj informací televize, 27krát

(6,89 %) byla zvolena odpověď časopis, 30krát (7,65 %) za zdroj informací byli označeni rodiče, 109krát (27,81 %) internetové zdroje, 109krát (27,81 %) informace ze školy. 37krát (9,44 %) byla vybrána možnost kamarádi a 6krát (1,53 %) byla zvolena jiná možnost.

Tabulka 8 - Otázka č. 4 - Jiný zdroj

Jiný zdroj		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vlastní zkušenost	4	66,67 %
Knihy	2	0,51 %
Celkem	6	100 %



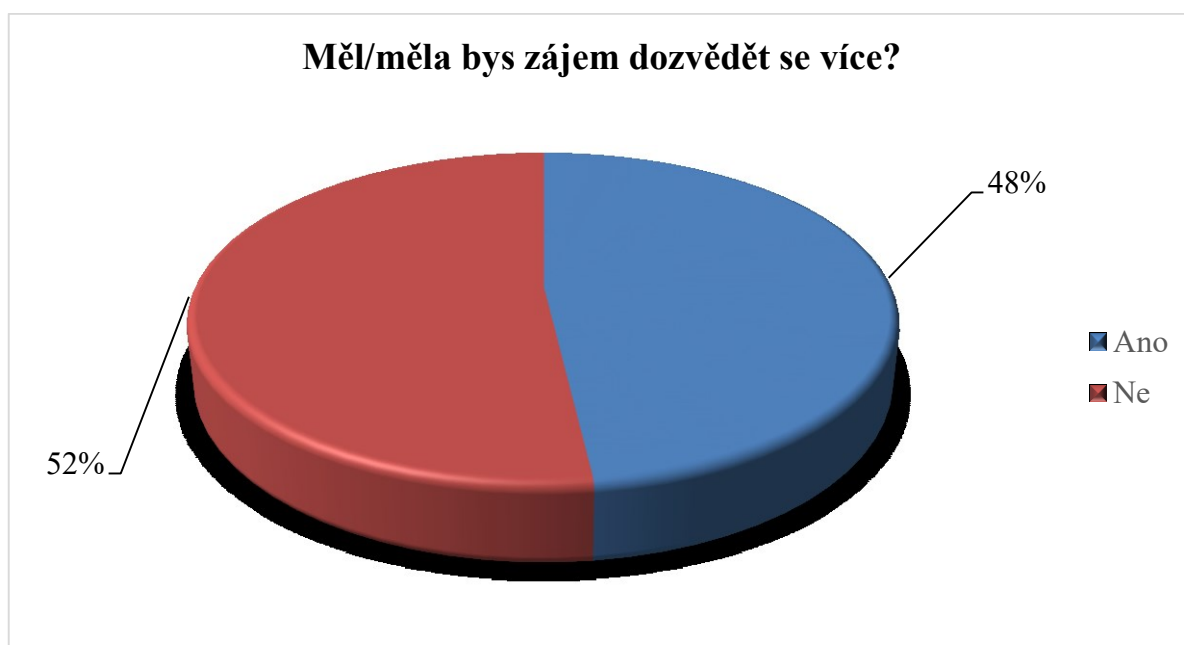
Graf 8 - Otázka č. 4 - jiný zdroj

Z celkového počtu 6 (100,00 %) byla 4krát (66,67 %) zvolena za zdroj informací o poruchách příjmu potravy vlastní zkušenost s nemocí, kdy jednou byla uvedena zkušenost osobní a pak zkušenosti s nemocí u blízkých osob. Jako další jiný zdroj byla zvolena také literatura, která byla uvedena však pouze 2krát (0,51 %).

Otázka č. 5 – Měl/měla bys zájem dozvědět se více?

Tabulka 9 - Otázka č. 5 - Měl/měla bys zájem dozvědět se více?

Měl/měla bys zájem dozvědět se více?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	77	48,13 %
Ne	83	51,88 %
Celkem	160	100 %



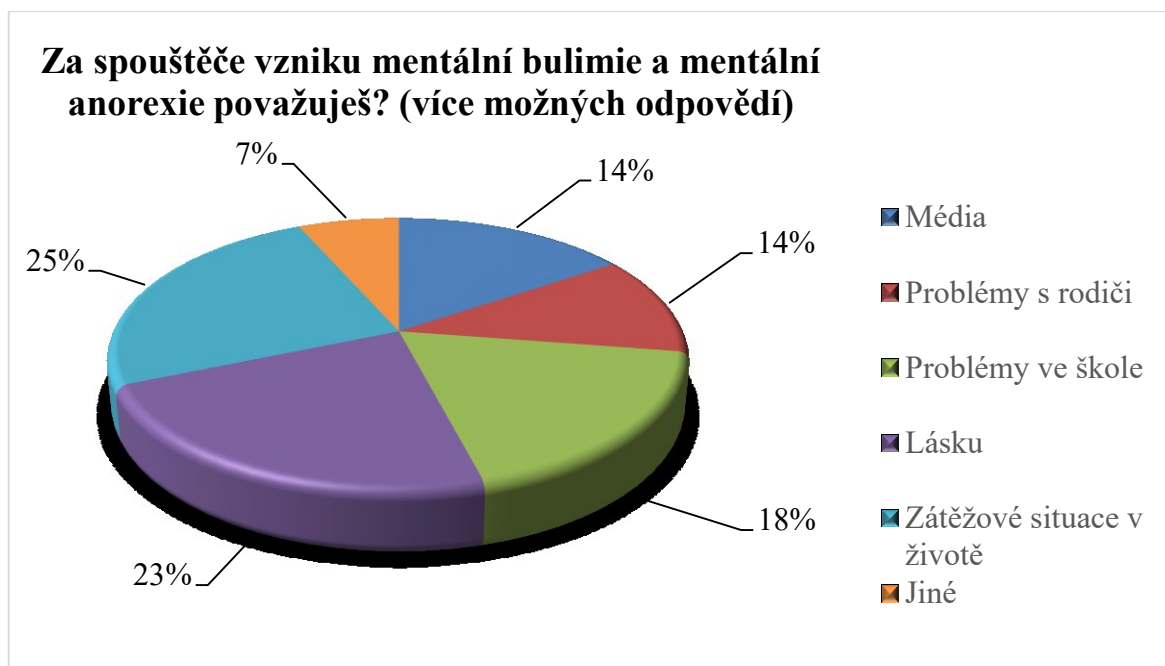
Graf 9 - Otázka č. 5 - Měl/měla bys zájem dozvědět se více?

Z celkového počtu 160 (100,00 %) respondentů by 77 (48,12 %) mělo zájem se dozvědět o poruchách příjmu potravy více, avšak 83 (51,88 %) by zájem o více informací z oblasti této problematiky nemělo.

Otázka č. 6 – Za spouštěče vzniku mentální bulimie a mentální anorexie považuješ?
(Zakřížkuj i více odpovědí)

Tabulka 10 - Otázka č. 6 - Za spouštěče vzniku mentální bulimie a mentální anorexie považuješ?

Za spouštěče vzniku mentální bulimie a mentální anorexie považuješ?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Média	56	14,07 %
Problémy s rodiči	50	10,73 %
Problémy ve škole	78	16,74 %
Lásku	82	20,60 %
Zátěžové situace v životě	104	22,32 %
Jiné	28	6,01 %
Celkem	398	100 %

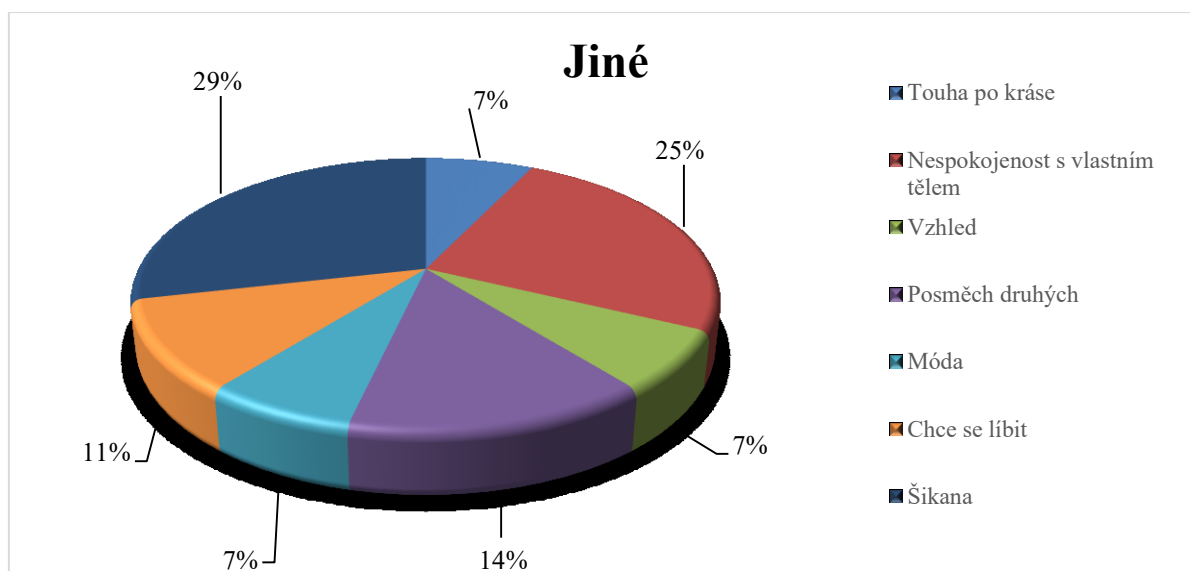


Graf 10 - Otázka č. 6 - Za spouštěče vzniku mentální bulimie a mentální anorexie považuješ

Z celkového počtu 398 (100,00 %) odpovědí byly nejčastěji za příčinu vzniku těchto onemocnění označeny zátěžové situace v životě člověka, a to přesně 104krát (22,32 %). Další nejčastěji volenou příčinou byla 82krát odpověď láska (20,60 %), 78krát (16,74 %) byly vybrány problémy ve škole, 56krát (14,07 %) média, 50krát (10,73 %) problémy s rodiči a 28krát byla zvolena možnost jiné příčiny pro vznik těchto onemocnění.

Tabulka 11 - Otázka č. 6 - Jiné

Jiné		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Touha po kráse	2	7,14 %
Nespokojenost s vlastním tělem	7	25,00 %
Vzhled	2	7,14 %
Posměch druhých	4	14,29 %
Móda	2	7,14 %
Chce se líbit	3	10,71 %
Šikana	8	28,57 %
Celkem	28	100 %



Graf 11 - Otázka č. 6 - Jiné

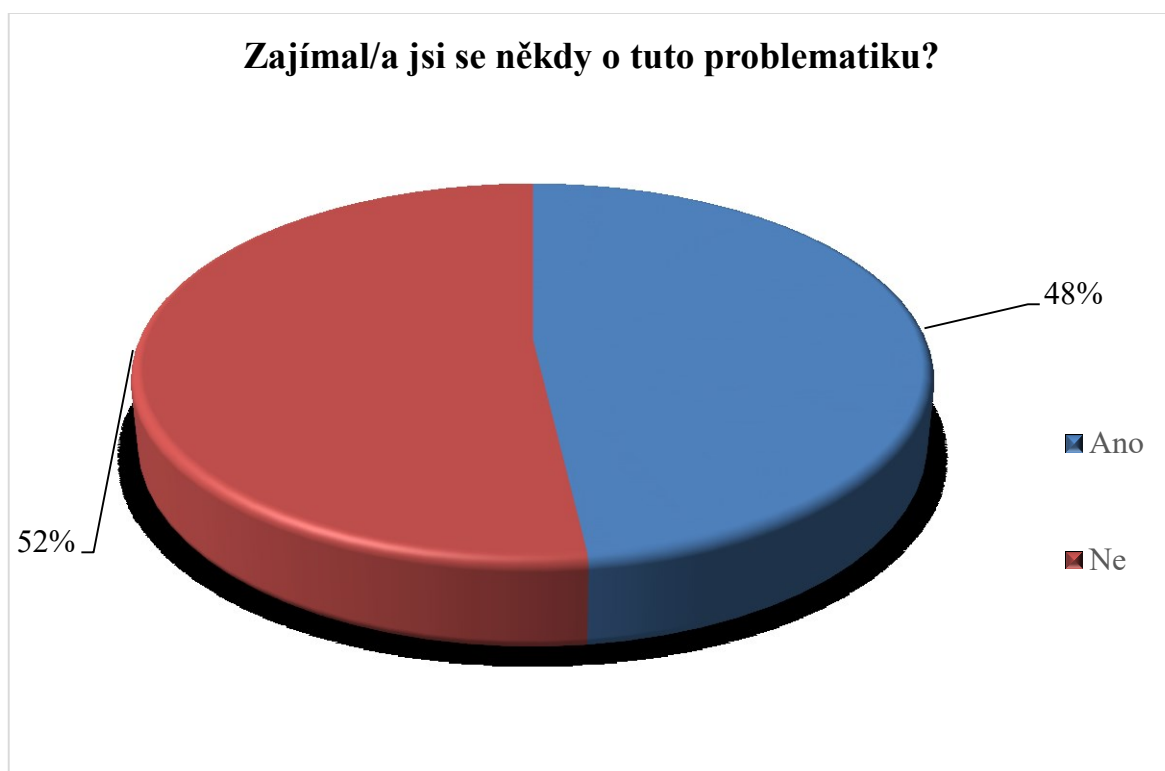
V otázce, která se týkala rizikových faktorů a spouštěčů poruch příjmu potravy byla 28krát (100,00 %) zvolena odpověď jiné. Z těchto možností byla 8krát (28,57 %) za spouštěče těchto onemocnění považována šikana, 7krát (25,00 %) nespokojenost těchto osob s vlastním tělem a postavou. Posměch druhých osob byl napsán 4krát (14,29 %), 3krát

(10,71 %) bylo důvodem, že se tito lidé chtějí líbit druhým lidem, 2krát (7,14 %) byla napsána touha po kráse, 2krát (7,14 %) byl za rizikový faktor považován vlastní vzhled a 2krát (7,14 %) se zde objevila jako spouštěč onemocnění dnešní doba a móda celkově.

Otázka č. 7 – Zajímá/a jsi se někdy o tuto problematiku?

Tabulka 12 - Otázka č. 7 - Zajímá/a jsi se někdy o tuto problematiku?

Zajímá/a jsi se někdy o tuto problematiku?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	77	48,13 %
Ne	83	51,88 %
Celkem	160	100 %



Graf 12 - Otázka č. 7 - Zajímá/a jsi se někdy o tuto problematiku?

Ze 160 (100,00 %) respondentů 77 (48,33 %), že se již někdy o tuto problematiku zajímalo, 83 (51,88 %) uvedlo, že se prozatím o tuto problematiku nikdy nezajímalo.

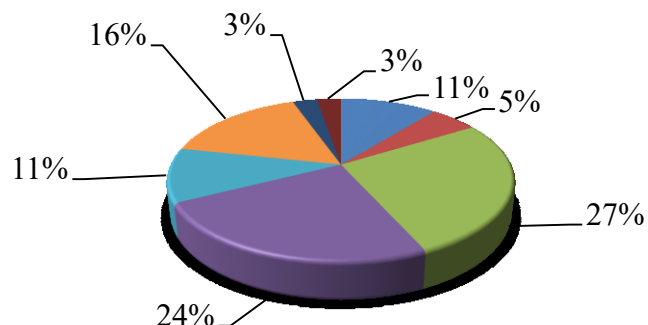
Otázka č. 8 – Uved' důvod tvého zájmu o tuto problematiku.

Tabulka 13 - Otázka č. 8 - Uved' důvod tvého zájmu o tuto problematiku.

Uved' důvod tvého zájmu o tuto problematiku.		
Odovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jak nemoc vznikla a proč	4	10,81 %
Zajímavé téma	2	5,41 %
Láká mě dozvědět se víc	10	27,03 %
Zvědavost	9	24,32 %
Umět pomoci druhým	4	10,81 %
Vlastní zkušenost s nemocí	6	16,22 %
Vzdělání	1	2,70 %
Podezření na nemoc u blízkých	1	2,70 %
Celkem	37	100 %

Uved' důvod tvého zájmu o tuto problematiku

- Jak nemoc vznikla a proč
- Zajímavé téma
- Láká mě dozvědět se víc
- Zvědavost
- Umět pomoci druhým
- Vlastní zkušenost s nemocí
- Vzdelání
- Podezření na nemoc u blízkých



Graf 13 - Otázka č. 8 - Uved' důvod tvého zájmu o tuto problematiku.

Na otázku ohledně důvodu zájmu respondentů o tuto problematiku jsme vybraly nejčastější odpovědi. Z celkového počtu 37 (100,00 %) odpovědí byla nejčastěji uvedena odpověď, že respondenty láká dozvědět se více, a to přesně 10krát (27,03 %). Zvědavost byla uvedena 9krát (24,32 %), vlastní zkušenosti s nemocí jsou uvedeny 6krát (16,22 %). Důvod umět pomoci druhým je uveden 4krát (10,81 %), stejně tak 4krát (10,81 %) je uvedena i chuť dozvědět se, jak tato nemoc vznikla a proč. Jako další důvod zájmu bylo 2krát (5,41 %) uvedeno, že jde o velmi zajímavé téma, 1krát (2,70 %) chuť si rozšířit vzdělání a 1krát (2,70 %) také podezření na nemoc u blízkých.

Otázka č. 9 - Viděl/a jsi někdy obrázky osob, které trpí poruchou příjmu potravy?

Tabulka 14 - Otázka č. 9 - Viděl/a jsi někdy obrázky osob, které trpí poruchou příjmu potravy?

Viděl/a jsi někdy obrázky osob, které trpí poruchou příjmu potravy?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	146	91,25 %
Ne	14	8,75 %
Celkem	160	100 %



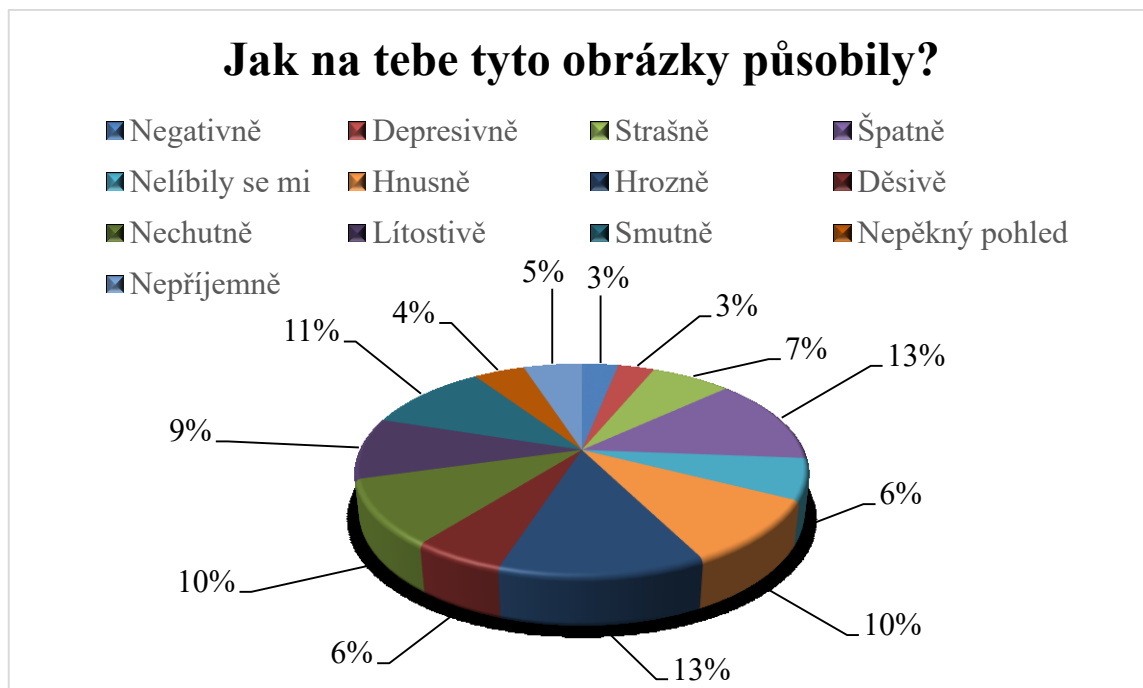
Graf 14 - Otázka č. 9 - Viděl/a jsi někdy obrázky osob, které trpí poruchou příjmu potravy?

Z celkového počtu 160 (100,00 %) respondentů 140 (91,25 %) někdy vidělo obrázky osob, jež trpěly poruchou příjmu potravy. Pouze 14 (8,75 %) respondentů nikdy tyto obrázky nevidělo.

Otázka č. 10 - Jak na tebe tyto obrázky působily?

Tabulka 15 - Otázka č. 10 - Jak na tebe tyto obrázky působily?

Jak na tebe tyto obrázky působily?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Negativně	5	3,13 %
Depresivně	5	3,13 %
Strašně	11	6,88 %
Špatně	21	13,13 %
Nelíbily se mi	10	6,25 %
Hnusně	16	10,00 %
Hrozně	20	12,50 %
Děsivě	9	5,63 %
Nechutně	16	10,00 %
Lítostivě	15	9,38 %
Smutně	17	10,63 %
Nepěkný pohled	7	4,38 %
Nepříjemně	8	5,00 %
Celkem	160	100 %



Graf 15 - Otázka č. 10 - Jak na tebe tyto obrázky působily?

Na otázku, jak na respondenty obrázky těchto osob působily, jsme do grafu zvolili pouze nejčastěji psané odpovědi. Mezi které patřila 21krát (13,13 %) odpověď špatně, 20krát (12,50 %) hrozně, 17krát (10,63 %) smutně, 16krát (10,00 %) hnusně a 16krát (10,00 %) byla také zvolena odpověď nechutně, 15krát (9,38 %) pak lítostivě a 11krát (6,88 %) strašně. Odpověď „tyto fotky se mi nelíbily“ byla napsána 10krát (6,25 %) a 7krát (4,38 %) bylo uvedeno, že to byl nepěkný pohled. Odpověď děsivě byla napsána 9krát (5,63 %), 8krát (5,00 %) pak nepříjemně, 5krát (3,13 %) negativně a také 5krát (3,13 %) byla zapsána odpověď depresivně.

Otázka č. 11 - Znáš někoho, kdo trpí mentální anorexií?

Tabulka 16 - Otázka č. 11 - Znáš někoho, kdo trpí mentální anorexií?

Znáš někoho, kdo trpí mentální anorexií?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	35	21,88 %
Ne	125	78,13 %
Celkem	160	100 %



Graf 16 - Otázka č. 11 - Znáš někoho, kdo trpí mentální anorexií?

Ze 160 (100,00 %) respondentů uvedlo 125 (78,13 %), že nezná nikoho, kdo by trpěl mentální anorexií, avšak 35 (21,88 %) respondentů nemocné, kteří touto chorobou trpí, znají.

Otázka č. 12 - Znáš někoho, kdo trpí mentální bulimií?

Tabulka 17 - Otázka č. 12 - Znáš někoho, kdo trpí mentální bulimií?

Znáš někoho, kdo trpí mentální bulimií?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	11	6,88 %
Ne	149	93,13 %
Celkem	160	100 %



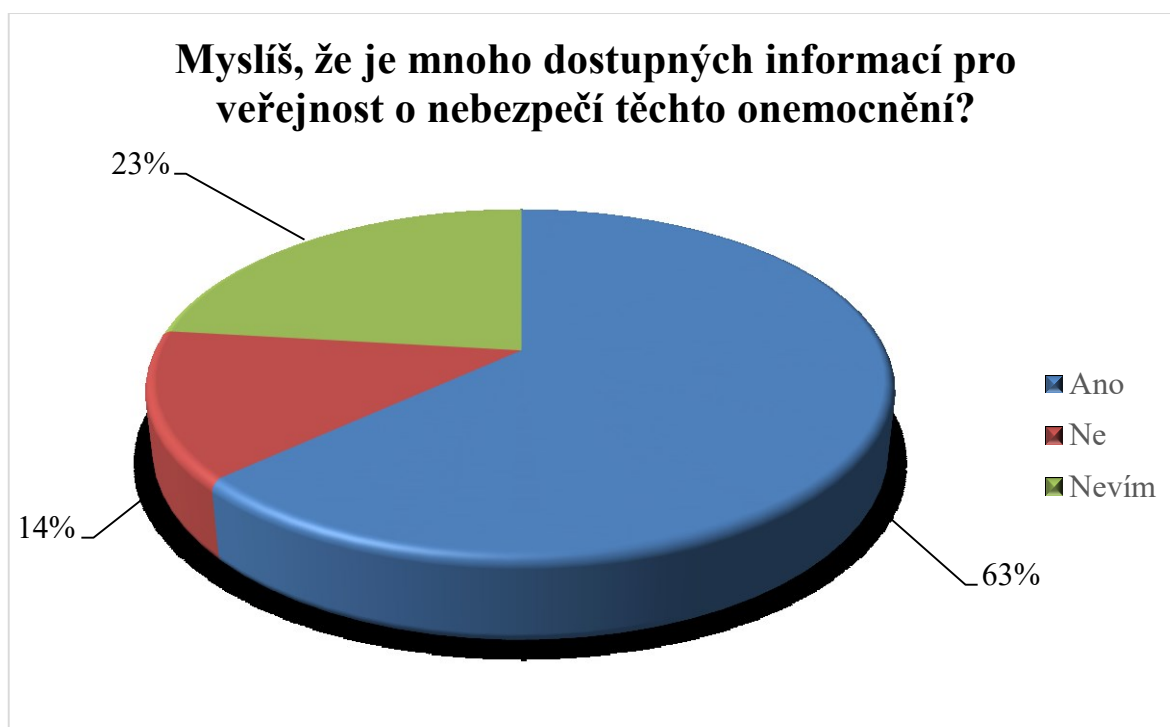
Graf 17 - Otázka č. 12 - Znáš někoho, kdo trpí mentální bulimií?

Z celkového počtu 160 (100,00 %) respondentů 149 (93,13 %) odpovědělo, že nezná osoby trpící mentální bulimií, pouze 11 (6,88 %) respondentů někoho nemocného touto chorobou zná.

Otázka č. 13 - Myslíš, že je mnoho dostupných informací pro veřejnost o nebezpečí těchto onemocnění?

Tabulka 18 - Otázka č. 13 - Myslíš, že je mnoho dostupných informací pro veřejnost o nebezpečí těchto onemocnění?

Myslíš, že je mnoho dostupných informací pro veřejnost o nebezpečí těchto onemocnění?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	101	63,13 %
Ne	22	13,75 %
Nevím	37	23,13 %
Celkem	160	100 %



Graf 18 - Otázka č. 13 - Myslíš, že je mnoho dostupných informací pro veřejnost o nebezpečí těchto onemocnění?

Ze 160 (100,00 %) respondentů si 101 (63,13 %) souhlasí s odpovědí, že je pro veřejnost mnoho dostupných informací o poruchách příjmu potravy, 22 (13,75 %) si myslí, že informací je málo, a 37 (23,13 %) zvolilo odpověď nevím.

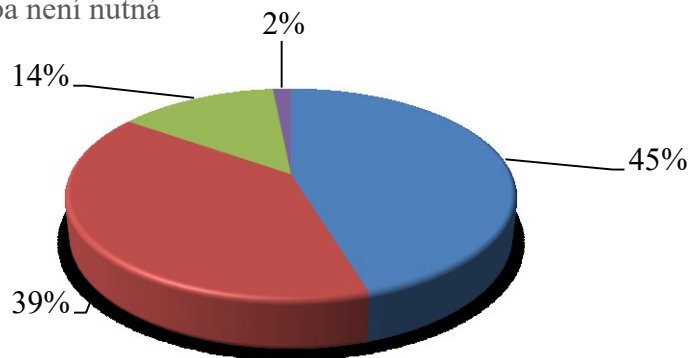
Otázka č. 14 - Kde, podle tvého názoru nejčastěji probíhá léčba poruch příjmu potravy? (více možných odpovědí)

Tabulka 19 - Otázka č. 14 - Kde, podle tvého názoru nejčastěji probíhá léčba poruch příjmu potravy?

Kde, podle tvého názoru nejčastěji probíhá léčba poruch příjmu potravy? (více možných odpovědí)		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Léčba v psychiatrické ambulanci pod vedením psychiatra	116	45,31 %
Léčba v psychiatrické léčbě	101	39,45 %
Léčba doma bez nutnosti pomoci lékařem	35	13,67 %
Léčba není nutná	4	1,56 %
Celkem	256	100 %

Kde, podle tvého názoru nejčastěji probíhá léčba poruch příjmu potravy? (více možných odpovědí)

- Léčba v psychiatrické ambulanci pod vedením psychiatra
- Léčba v psychiatrické léčebně
- Léčba doma bez nutnosti pomoci lékaře
- Léčba není nutná

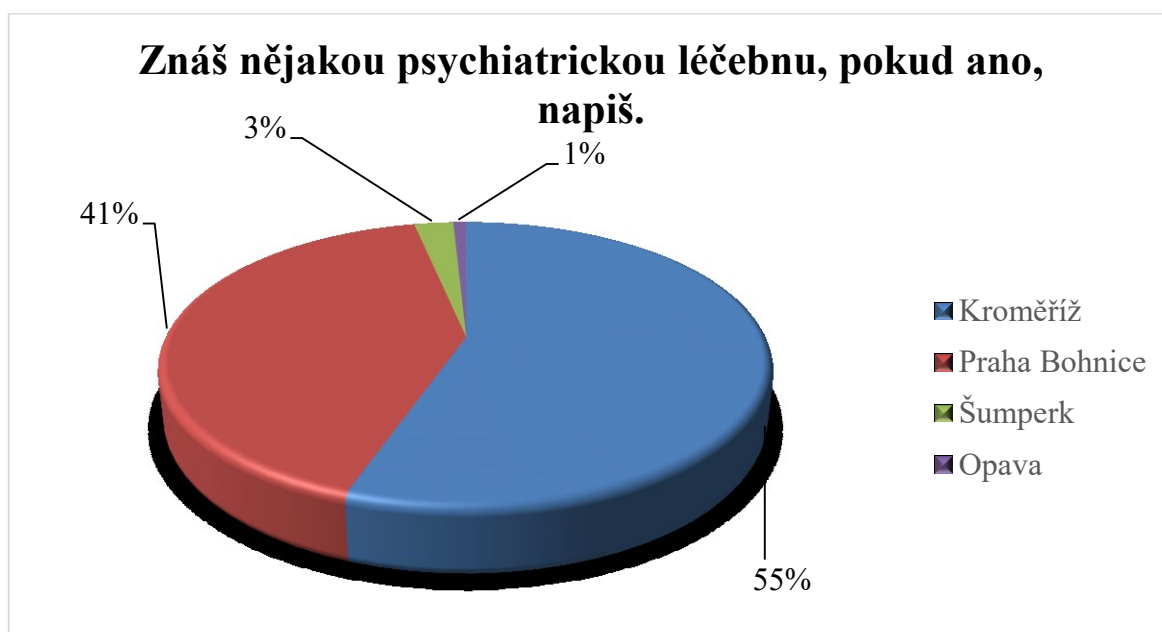


Graf 19 - Otázka č. 14 - Kde, podle tvého názoru nejčastěji probíhá léčba poruch příjmu potravy?

Z celkového počtu 256 (100,00 %) odpovědí byla nejčastěji zvolena možnost léčby v psychiatrické ambulanci pod vedením psychiatra, a to přesně 116krát (45,31 %). Léčba v psychiatrické léčebně byla respondenty zvolena 101krát (39,45 %), léčba doma bez nutnosti lékaře byla uvedena 35krát (13,67 %) a pouze 4 respondenti (1,56 %) uvedli, že léčba poruch příjmu potravy není vůbec nutná.

Otázka č. 15 - Znáš nějakou psychiatrickou léčebnu, pokud ano, napiš.*Tabulka 20 - Otázka č. 15 - Znáš nějakou psychiatrickou léčebnu, pokud ano, napiš.*

Znáš nějakou psychiatrickou léčebnu, pokud ano, napiš.		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kroměříž	67	55,37 %
Praha Bohnice	50	41,32 %
Šumperk	3	2,48 %
Opava	1	0,83 %
Celkem	121	100 %

*Graf 20 - Otázka č. 15 - Znáš nějakou psychiatrickou léčebnu, pokud ano napiš.*

Na otázku, zda respondenti znají nějakou psychiatrickou léčebnu, bylo uvedeno 121 (100,00 %) odpovědí. Mezi nejznámější patřila Psychiatrická léčebna Kroměříž, která byla uvedena přesně 67krát (55,37 %). Druhou nejznámější byla Psychiatrická léčebna Bohnice, kterou respondenti uvedli 50krát (41,32 %), 3krát (2,48 %) pak byla uvedena psychiatrická léčebna v Šumperku a pouze 1krát (0,83 %) byla napsána léčebna v Opavě.

Otázka č. 16 - Držel/a jsi někdy ve svém životě nějakou dietu?

Tabulka 21 - Otázka č. 16 - Držel/a jsi někdy ve svém životě nějakou dietu?

Držel/a jsi někdy ve svém životě nějakou dietu?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	75	46,88 %
Ne	85	53,13 %
Celkem	160	100 %



Graf 21 - Otázka č. 16 - Držel/a jsi někdy ve svém životě nějakou dietu?

Na grafu můžeme vidět, že z celkového počtu 160 (100,00 %) respondentů 75 (46,88 %) uvádí, že ve svém životě již nějakou dietu drželo. 85 (53,13 %) respondentů uvádí, že zatím žádnou dietu nedrželi.

Otázka č. 17 - Jsi ty sám/sama spokojen/a se svou postavou?

Tabulka 22 - Otázka č. 17 - Jsi ty sám/sama spokojen/a se svou postavou?

Jsi ty sám/sama spokojen/a se svou postavou?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	95	59,38 %
Ne	65	40,63 %
Celkem	160	100 %



Graf 22 - Otázka č. 17 - Jsi ty sám/sama spokojen/a se svou postavou?

Výsledky ukazují, že ze 160 (100,00 %) respondentů 95 (59,38 %) uvádí, že jsou sami spokojeni se svou postavou, avšak 65 (40,63 %) respondentů uvádí, že se svou postavou nejsou spokojeni.

Otázka č. 18 - Myslíš si, že úspěch v životě souvisí s krásou a štíhlostí?

Tabulka 23 - Otázka č. 18 - Myslíš si, že úspěch v životě souvisí s krásou a štíhlostí?

Myslíš si, že úspěch v životě souvisí s krásou a štíhlostí?		
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	30	18,75 %
Ne	130	81,25 %
Celkem	160	100 %



Graf 23 - Otázka č. 18 - Myslíš si, že úspěch v životě souvisí s krásou a štíhlostí?

Na grafu můžeme vidět, že z celkového počtu 160 (100,00 %) respondentů si 130 (81,25 %) myslí, že úspěch v životě nesouvisí s krásou a štíhlostí. Avšak dle zjištěných výsledků si 30 (18,75 %) respondentů myslí, že úspěch v životě úzce souvisí s krásou a štíhlostí.

8 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti mladistvých o poruchách příjmu potravy, především o mentální anorexii a mentální bulimii u žáků 8. a 9. třídy na základní škole. Dále se práce zaměřovala na zjištění, zda respondenti jsou sami spokojeni se svou postavou a zda někdy drželi nějakou dietu.

V diskuzi porovnááme zjištěná data s prací Evy Psotkové DiS. (2011) psanou na téma „Informovanost o problematice poruch příjmu potravy mezi dnešní mládeží“. Autorka využila pro svůj výzkum kvantitativní metodu. Dotazník, který si sama vytvořila, obsahoval 23 otázek, které byly zaměřeny na problematiku poruch příjmu potravy a životní styl, kde zjišťovala spokojenost respondentů s jejich vlastním tělem. Ve svém dotazníku také využila obrázkovou metodu pro porovnání postav. Autorka pracovala s výsledky 104 respondentů. Další prací, se kterou se porovnááme, je bakalářská práce Petry Maškové (2009), která nese název „Poruchy příjmu potravy“. I tato je práce obsahuje zpracování výsledků pomocí kvantitativní metody, při které autorka použila dotazníkovou metodu pro sběr dat. Dotazník obsahoval 22 otázek, které byly převážně otevřené. Autorka pracovala s daty od 95 respondentů.

Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti mladistvých o poruchách příjmu potravy. Ve výzkumném šetření jsme si stanovili 3 dílčí cíle.

1. Zjistit míru informovanosti mladistvých o mentální anorexii.
2. Zjistit míru informovanosti mladistvých o mentální bulimii.
3. Zjistit, zda jsou respondenti spokojeni se svou postavou a zda již někdy ve svém životě drželi nějakou dietu.

První dílčí cíl výzkumného šetření byl zjistit míru informovanosti mladistvých o mentální anorexii.

H1 Předpokládáme, že více jak 80 % respondentů zná pojem mentální anorexie a dokáže jej vysvětlit. K vyhodnocení této první hypotézy nám nejvíce pomohla otázka číslo 1.

Z výše uvedené tabulky i grafu lze říci, že přesně 139 respondentů (86,88 %) na otázku odpovědělo ano, tedy uvedlo, že zná pojem mentální anorexie, a také dokáže tento pojem vysvětlit. Pouze 12 respondentů (7,50 %) odpovědělo ne, tedy nezná tento pojem a ani jej nedokáže vysvětlit. Výsledky této otázky byly porovnány s bakalářskou prací Petry Maškové (2009), která má ve své práci stejně položenou otázku, avšak doplněnou o otázku s

vysvětlením. Počet respondentů v tomto porovnávaném díle byl 98. Výsledky ukazují, že 32 žáků (34 %) ví, co je to mentální anorexie, a také dokáží tento pojem vysvětlit, 56 žáků (59 %) uvedlo, že ví, co mentální anorexie je, avšak tento pojem nedokáží vysvětlit a pouze 7 žáků (7 %) zvolilo možnost ne. Hypotéza se nám ve vlastním výzkumu potvrdila.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit míru informovanosti mladistvých o mentální bulimii.

H2 Předpokládáme, že více jak 60 % respondentů ví, co je to mentální bulimie a dokáží tento pojem vysvětlit. K vyhodnocení této námi vytvořené hypotézy nám nejvíce informací přinesla otázka číslo 2. Z výše uvedené tabulky a grafu lze vyhodnotit, že 111 respondentů (69,38 %) na danou otázku odpovědělo ano, tedy zvolilo možnost, že ví, co je to mentální bulimie, a také dokáží tento pojem vysvětlit. Možnost ne, tedy že neví, co tento pojem znamená a nedokáží jej vysvětlit, zvolilo 29 respondentů (18,13 %) a odpověď nevím si vybralo 20 respondentů (12,50 %). Výsledky této otázky byly porovnány s bakalářskou prací Petry Maškové (2009), která má ve své práci obdobně položenou otázku, avšak navíc s otázkou o doplnění vysvětlení daného pojmu. Počet respondentů v tomto porovnávacím díle byl 92. Výsledky značí, že 30 žáků (33 %) zná pojem mentální bulimie, a taky dokáží tento pojem vysvětlit, 54 žáků (58 %) uvedlo, že tento pojem zná, avšak vysvětlit jej nedokáží, a pouze 8 respondentů (9 %) uvedlo odpověď ne. Hypotéza se nám ve vlastním výzkumu potvrdila.

Ve 4. otázce dotazníkového šetření jsme se respondentů ptali, kdo podle jejich názoru častěji trpí poruchami příjmu potravy. Ve výsledcích našeho výzkumu jsme zjistili, že 152 respondentů (95,00 %) si myslí, že častěji poruchou příjmu potravy trpí ženy. Pouze 5 respondentů (3,13 %) si myslí, že častěji poruchou příjmu potravy trpí muži, a 3 respondenti (1,88) uvedli, že neví, které pohlaví je více ohroženo. Tuto otázku jsme porovnávali s prací Petry Maškové (2009); i v této práci 92 respondentů (97 %) uvedlo, že poruchami příjmu potravy častěji trpí ženy a pouze tři respondenti (3 %) označili odpověď nevím. V práci Evy Psočkové (2011), ve které byla respondentům položena stejná otázka, odpovědělo 104 respondentů (100 %), že poruchami příjmu potravy častěji trpí ženy.

Díky dotazníkovému šetření jsme v otázce číslo 4 zjistili, že největším zdrojem informací ohledně této problematiky byla škola a internetové zdroje, obě tyto možnosti byly zvoleny 109krát (27,81 %). Mezi další zdroje informací patřila televize (18,88 %), kamarádi (9,44 %) a také rodiče (7,65 %) byli jako zdroj informací široce zastoupené. V porovnání

s výsledky práce Petry Maškové (2009) nejvíce informací respondenti získali z časopisu (33 %), poté následovaly internetové zdroje (24 %), škola (21 %) a televize (19 %).

V rámci dotazníkového šetření jsme otázkou číslo 5 zjistili, že z celkového počtu 160 respondentů (100,00 %) převažuje skupina respondentů, jež by neměli zájem se o této problematice dozvědět více, a to v zastoupení 83 respondentů (51,88 %), avšak 77 respondentů (48,13 %) by zájem dozvědět se více mělo.

V otázce číslo 6 jsme zjišťovali, co považují respondenti za příčiny vzniku. 104 respondentů (22,32 %) označilo za příčiny vzniku zátěžové situace v životě, jako například rozvod rodičů, změny bydliště nebo školy a jiné. 82 respondentů (20,60 %) považuje za příčinu lásku, 78 (16,74 %) problémy ve škole, 56 (14,07 %) respondentů vliv médií, mezi další zastoupené příčiny můžeme zařadit problémy s rodiči (10,73 %), touhu po kráse, nespokojenost s vlastním tělem, šikanu a posměch druhých osob. Ve srovnání s bakalářskou prací Petry Maškové (2009) jsme se téměř shodli v příčině zátěžových situací v životě, problémech ve škole a vlivu médií.

V otázce číslo 11 a 12 jsme zjišťovali, zda respondenti mají ve svém okolí někoho, kdo by trpěl mentální anorexií nebo mentální bulimií. Zjistili jsme, že 35 respondentů (21,88 %) zná někoho, kdo trpí mentální anorexií. Osobu, která trpí mentální bulimií, zná 11 respondentů (6,88 %). Eva Psotková (2011) ve své bakalářské práci respondentům položila otázku, zda zná někdo někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy a zjistila, že z celkového počtu 104 respondentů 51 (49 %) zná osobu, která trpí některou z poruch příjmu potravy.

Otázkou číslo 14 jsme chtěli zjistit, kde podle respondentů nejčastěji probíhá léčba osob, jež trpí poruchami příjmu potravy. Jak můžeme vidět ve výše uvedené tabulce a grafu, nejvíce odpovědí bylo pro možnost léčby v psychiatrické ambulanci pod vedením psychiatra, a to přesně 116krát (45,31 %), 101krát byla vybrána odpověď léčby v psychiatrické léčebně. Léčba doma bez nutnosti pomoci lékaře byla uvedena 35krát (13,67 %) a 4krát (1,56 %) byla uvedena odpověď, že léčba není nutná. Výsledky jsme porovnávali s bakalářskou prací Evy Psotkové (2011), která ve své práci položila respondentům stejnou otázku. Výsledky jsme se shodli, že nejčastěji volenou odpovědí byla léčba v psychiatrické ambulanci pod vedením psychiatra a léčba v psychiatrické léčebně.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou respondenti sami spokojeni se svou postavou a zda již drželi nějakou dietu.

H3 Předpokládáme, že více jak 30 % respondentů není spokojeno se svou postavou a že více jak 40 % respondentů již drželo ve svém životě nějakou dietu. K vyhodnocení této hypotézy nám pomohly otázky číslo 16, 17 a 18.

V otázce číslo 16 se ptáme, zda respondenti někdy drželi nějakou dietu. Ve výše uvedené tabulce a grafu můžeme zjistit, že z celkového počtu 160 respondentů již 75 (46,88 %) nějakou dietu ve svém životě drželo a 85 respondentů (53,13 %) žádnou dietu nedrželo. Výsledky této otázky byly porovnávány s prací Petry Maškové i Evy Psotkové. Mašková (2009) ve své práci uvádí, že s dietou má zkušenosti 27 % respondentů. Psotková (2011) uvádí, že zkušenosti s dietou má 33 respondentů (32 %). Se svými výsledky jsme se od sebe až tolik nelišily, avšak respondenti ve výzkumné části naší práce měli s dietami větší zkušenost.

V otázce číslo 17 jsme zjišťovali, zda jsou respondenti sami spokojeni se svou postavou. Z celkového počtu 160 respondentů 95 (59,38 %) uvedlo, že jsou se svou postavou spokojeni. Nespokojenost se svou postavou uvedlo 65 respondentů (40,63 %). Výsledky této otázky jsme porovnávali s výsledky Petry Maškové (2009), která uvádí, že celkem je se svou postavou spokojeno 65 % respondentů a 35 % nikoliv. Eva Psotková (2011), která také ve svém dotazníkovém šetření podala stejnou otázku pro své respondenty, uvádí, že se svou postavou bylo spokojeno 48 % respondentů, avšak také přesně 48 % respondentů není se svou postavou spokojeno.

Otázkou číslo 18 jsme chtěli zjistit, zda si respondenti myslí, že úspěch v životě souvisí s krásou a štíhlostí. Zjistili jsme, že z celkového počtu 160 respondentů si 130 (81,25 %) nemyslí, že by úspěch v životě souvisel s krásou a štíhlostí, avšak 30 (18,75 %) respondentů se ztotožňuje s tvrzením, že úspěch s krásou a štíhlostí souvisí. Tyto výsledky jsme porovnávali s výsledky práce Petry Maškové (2009), která ve své práci podala respondentům stejnou otázku. Mašková (2009) uvádí, že 26 % respondentů se vyjádřilo kladně k souvislosti mezi úspěchem a štíhlostí, záporně se vyjádřilo 56 % respondentů. V této otázce jsem ráda, že nám výsledky vyšly takto a že je většina dnešní mladší generace rozumná. Hypotéza k tomuto dílčímu cíli se nám potvrdila.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Poruchy příjmu potravy patří mezi velmi závažné choroby. V posledních letech jejich výskyt především u mladší generace stoupá. Může za to především dnešní doba, kdy na mládež denně vyskakují v médiích a na internetu obrázky modelek, které jsou kost a kůže.

Je důležité, aby každý člověk věděl, jaká rizika hrozí těm, kteří k těmto případům vzhlednou. Každý z nás by měl vědět, co vůbec poruchy příjmu potravy jsou, jak se rozdělují, co je způsobuje a jak se léčí. Bylo by vhodné, aby každý z nás věděl, jak se zachovat v případě, že by nabyl podezření, že někdo v jeho okolí těmito chorobami trpí.

Doporučili bychom každému shlédnout film *Tělo jako nepřítel* (2014), který zobrazuje, jak je lehké podlehnout nátlaku okolí a vstít si do hlavy myšlenku, že je člověk příliš tlustý, že nesmí jíst a že vypadá příšerně. Na internetu existuje spousta bakalářských, diplomových i jiných prací, které se touto problematikou zabývají. Spousta z nich obsahuje kazuistiky osob, jež si touto chorobou prošly nebo procházejí. Myslíme, že alespoň pár stojí za přečtení, jelikož se tam nacházejí odstrašující případy pro nás všechny.

Na téma poruchy příjmu potravy je také napsána spousta knih, které popisují příběhy osob, jež si touto chorobou prošly. Není to žádná romantika ani nic, u čeho by si člověk odpočinul. Avšak těm, které toto téma přeci jen trochu zajímá, bychom rádi doporučili přečíst tyto knihy, například od Isabely Caro – *Holčička, která nechtěla vyrůst* nebo knihu *Už je to za mnou* od Michaly Jendruchové.

Díky výzkumu, který jsme pro bakalářskou práci provedli, bychom doporučili, aby minimálně na základní nebo na střední škole měli žáci možnost zúčastnit se přednášky o těchto onemocněních. Aby měli možnost dozvědět se více, aby věděli, jak reagovat, kdyby se toto onemocnění objevilo v jejich okolí. Aby byli informováni o tom, jaké komplikace díky těmto onemocněním mohou nastat, a jak spousta případů dopadá. Myslíme, že by každý měl znát nejen příčiny, projevy a léčbu těchto onemocnění, ale především také následky.

ZÁVĚR

V teoretické části práce bylo popsáno, co jsou to poruchy příjmu potravy, především mentální anorexie a mentální bulimie. Dále byly popsány příčiny vzniku těchto onemocnění, jejich příznaky, diagnostika a léčba. V této části je také kapitola, která popisuje ošetrovatelskou péči o pacienty trpící těmito chorobami.

Praktická část byla vytvořena pomocí dotazníkového šetření, které probíhalo na dvou základních školách v Bystřici pod Hostýnem. Hlavním cílem práce bylo zjistit míru informovanosti mladistvých o poruchách příjmu potravy. V úvodu praktické části je popsána metodika výzkumu, charakteristika respondentů, popis vytvořeného dotazníku, průběh realizace výzkumu a způsob zpracování získaných dat. V praktické části jsou vytvořeny tabulky a grafy, které popisují výsledky dotazníkového šetření.

Byly vytvořeny tři dílčí cíle, ke kterým jsme stanovili hypotézy a celkem se výzkumu zúčastnilo 160 respondentů, žáků 8. a 9. tříd základní školy.

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že respondentům nejsou pojmy jako mentální anorexie a mentální bulimie úplně cizí. Dále si můžeme všimnout, že již mnoho respondentů v tak útlém věku drželo nějakou dietu a spousta z nich není spokojena se svou postavou.

V dnešní době je spousta dostupných informací o poruchách příjmu potravy i jejich prevenci, avšak dle výsledků je patrné, že spousta žáků se o tuto problematiku nikdy nezajímala a ani nemá zájem o to, aby se dozvěděla více.

Avšak problematika poruch příjmu potravy je velice závažná a je důležité, abychom jí věnovali dostatečnou pozornost nejen v prevenci, ale také v léčbě. Je až zarážející, jak výskyt těchto onemocnění stoupl a je velmi těžké si vysvětlit, proč tomu tak je. Dle mého názoru je to především proto, že každý den jsme vystavováni mediálnímu nátlaku, který se nám snaží ukázat postavy modelek s mírami, které jsou až nefyziologické.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADÁMKOVÁ SÉGARD, Milena, c2010. *Psychomotor therapy in the treatment of eating disorders*. Ústí nad Labem: University of J.E. Purkyně, 116 s. ISBN 978-80-7414-326-7.
- [2] CAMPBELL, Kenisha a Rebecka PEEBLES, 2014. Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review. *PEDIATRICS* [online]. **134**(3), 582-592 [cit. 2017-02-20]. DOI: 10.1542/peds.2014-0194. ISSN 0031-4005. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2014-0194>
- [3] COHEN, Robert M., 2002. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8497-4.
- [4] ČERNÁ, Ria, 2012. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. 3., dopl. vyd. Brno: Anabell. ISBN 978-80-260-4272-3.
- [5] ČERNÁNOVÁ, Andrea. *Ošetrovanie chorých s psychickými problémami na somatických oddeleniach: učebnica pre fakulty ošetrovatelstva*. Martin: Osveta, c2011, 88 s. ISBN 978-80-8063-354-7.
- [6] ELLINGEROVÁ, Michaela, 2009. *Poruchy příjmu potravy - informovanost žáků základních a středních škol* [online]. Brno [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/160306/pedf_m_b1/. Diplomová. Masarykova univerzita.
- [7] HORT, Vladimír, 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.
- [8] HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.
- [9] HOSÁKOVÁ, Jiřina. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. ISBN 978-80-7248-442-3.
- [10] KOUTEK, Jiří, 2011, Poruchy příjmu potravy. *Československá pediatrie*, roč. 66, č. 4, s. 243-248. ISSN: 0069-2328.
- [11] KRCH, František David, 2004. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

- [12] KRCH, František David, 2008. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 200 s. Psychologie pro každého. ISBN 9788024721309.
- [13] KRCH, František David, 2010. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.
- [14] MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
- [15] MARÁDOVÁ, Eva, 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-86991-09-2.
- [16] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, c2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- [17] MAŠKOVÁ, Petra. *Poruchy příjmu potravy*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2009, 71 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/10512>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Řeháčková, Helena.
- [18] MIDDLETON, Kate, Jane SMITH a Ján PRAŠKO, 2013. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetitz: Doron. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-115-2.
- [19] MUSIL, Jiří V., 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1153-9.
- [20] NECHANSKÁ, Blanka, 2016. *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2009-2015* [online]. [cit. 2017-01-31]. Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, č. 7/2016. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/ai_2016_07_poruchy_prijmu_potravy_2009az2015.pdf
- [21] NĚMEČKOVÁ, Pavla, 2011. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*. **8**(11), 459-462.
- [22] NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-7204-657-7.
- [23] PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
- [24] PAPEŽOVÁ, Hana, 2012. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-18-9.

- [25] PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- [26] PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ, 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
- [27] PSOTKOVÁ, Eva. *Informovanost o problematice poruch příjmu potravy mezi dnešní mládeží*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2011, 84 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/15026>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Šťastná, Jarmila.
- [28] ŠIMOVCOVÁ, Darina, 2015. *Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s poruchami duševného zdravia*. Ve Zlíně: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7454-515-3.
- [29] ŠVÉDOVÁ, Jana a Lenka MIČOVÁ, 2010. Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy. In: *Občanské sdružení Anabell* [online]. Brno: Občanské sdružení Anabell [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/manualpropedagogy.pdf
- [30] Tělesné potíže související s mentální anorexií a bulimií, 2010. *Medvik*. 7(8), 1-4. ISSN 1213-2179.
- [31] YEO, Michele a Elizabeth HUGHES, 2011. Eating disorders - early identification in general practice. *Australian Family Physician* [online]. 40(3), 108-111 [cit. 2017-02-20]. PMID 21597510. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21597510>.

SEZNAM POUŽITÝCH SLOV A ZKRATEK

<i>Amenorea</i>	vynechání menstruace
<i>Alopecie</i>	vypadávání vlasů
<i>Apatie</i>	netečnost, nezájem
<i>Bradykardie</i>	zpomalení srdeční frekvence
<i>Diuretika</i>	léky navozující zvýšené vylučování moči
<i>Dysbalance</i>	nevyváženost
<i>Hypochloremie</i>	nedostatek chloridů
<i>Hypogonadismus</i>	porucha funkce pohlavních žláz, vedoucí k nedostatečné tvorbě pohlavních hormonů a neplodnosti
<i>Hypokalemie</i>	nízká hladina draslíku
<i>Hyponatremie</i>	nízká hladina sodíku
<i>Hypotenze</i>	nízký krevní tlak pod 90/60
<i>Incidence</i>	počet nových případů onemocnění v populaci za časové období
<i>Infertilita</i>	neschopnost otěhotnět
<i>Laxantiva</i>	projímadla
<i>Menarche</i>	první menstruace
<i>Mortalita</i>	úmrtnost
<i>Obstipace</i>	zácpa
<i>Oligurie</i>	malé množství moči za 24 hodin pod 500ml
<i>Osteoporóza</i>	řidnutí kostí
<i>Osteomalacie</i>	měknutí kostí
<i>Prevalence</i>	poměr mezi zdravými a nemocnými jedinci v populaci
<i>Prognóza</i>	pravděpodobný průběh onemocnění
<i>Pruritus</i>	svědění

<i>Realimentace</i>	postupné zatěžování potravou
<i>Relaps</i>	znovuvzplanutí
<i>Remise</i>	vymizení příznaků a projevů nemoci
<i>Symptom</i>	příznak, projev
<i>Tetanie</i>	zvýšená nervosvalová dráždivost
<i>Urea</i>	močovina
<i>T3</i>	trijodtyronin, hormon štítné žlázy
<i>T4</i>	tyroxin, hormon štítné žlázy
<i>NGS</i>	nasogastrická sonda
<i>EKG</i>	elektrokardiografie
<i>EEG</i>	elektroencefalogram
<i>RTG</i>	rentgenové vyšetření
<i>CT</i>	počítačová tomografie
<i>ULZ</i>	ultrasonografie

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1 - Dívka trpící poruchou příjmu potravy</i>	<i>90</i>
---	-----------

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 - Pohlaví respondentů.....</i>	39
<i>Tabulka 2 - Věk.....</i>	40
<i>Tabulka 3 - Třída (Jsi žákem...?).....</i>	41
<i>Tabulka 4 - Otázka č. 1 – Víš, co je to mentální anorexie a dokážeš tento pojem vysvětlit?.....</i>	42
<i>Tabulka 5 - Otázka č. 2 – Víš, co je to mentální bulimie a umíš tento pojem vysvětlit?.....</i>	43
<i>Tabulka 6 - Otázka č. 3 – Kdo, podle tvého názoru, častěji trpí poruchami příjmu potravy?.....</i>	44
<i>Tabulka 7 - Otázka č. 4 – O poruchách příjmu potravy ses dozvěděl/a z? (Označ i více možností).....</i>	45
<i>Tabulka 8 - Otázka č. 4 - Jiný zdroj.....</i>	46
<i>Tabulka 9 - Otázka č. 5 - Měl/měla bys zájem dozvědět se více?.....</i>	47
<i>Tabulka 10 - Otázka č. 6 - Za spouštěče vzniku mentální bulimie a mentální anorexie považuješ?.....</i>	48
<i>Tabulka 11 - Otázka č. 6 - Jiné.....</i>	49
<i>Tabulka 12 - Otázka č. 7 - Zajímá/a jsi se někdy o tuto problematiku?.....</i>	51
<i>Tabulka 13 - Otázka č. 8 - Uveď důvod tvého zájmu o tuto problematiku.</i>	52
<i>Tabulka 14 - Otázka č. 9 - Viděl/a jsi někdy obrázky osob, které trpí poruchou příjmu potravy?.....</i>	54
<i>Tabulka 15 - Otázka č. 10 - Jak na tebe tyto obrázky působily?.....</i>	55
<i>Tabulka 16 - Otázka č. 11 - Znáš někoho, kdo trpí mentální anorexií?.....</i>	57
<i>Tabulka 17 - Otázka č. 12 - Znáš někoho, kdo trpí mentální bulimií?.....</i>	58
<i>Tabulka 18 - Otázka č. 13 - Myslíš, že je mnoho dostupných informací pro veřejnost o nebezpečí těchto onemocnění?.....</i>	59
<i>Tabulka 19 - Otázka č. 14 - Kde, podle tvého názoru nejčastěji probíhá léčba poruch příjmu potravy?.....</i>	60
<i>Tabulka 20 - Otázka č. 15 - Znáš nějakou psychiatrickou léčebnu, pokud ano, napiš.....</i>	62
<i>Tabulka 21 - Otázka č. 16 - Držel/a jsi někdy ve svém životě nějakou dietu?.....</i>	63
<i>Tabulka 22 - Otázka č. 17 - Jsi ty sám/sama spokojen/a se svou postavou?.....</i>	64
<i>Tabulka 23 - Otázka č. 18 - Myslíš si, že úspěch v životě souvisí s krásou a štíhlostí?.....</i>	65

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 - Pohlaví respondentů</i>	<i>39</i>
<i>Graf 2 - Věk.....</i>	<i>40</i>
<i>Graf 3 - Třída (Jsi žákem...?).....</i>	<i>41</i>
<i>Graf 4 - Otázka č. 1 - Viš, co je to mentální anorexie a dokážeš tento pojem vysvětlit?</i>	<i>42</i>
<i>Graf 5 - Otázka č. 2 - Viš, co je to mentální bulimie a umíš tento pojem vysvětlit?</i>	<i>43</i>
<i>Graf 6 - Otázka č. 3 - Kdo, podle tvého názoru, častěji trpí poruchami příjmu potravy?</i>	<i>44</i>
<i>Graf 7 - Otázka č. 4 - O poruchách příjmu potravy ses dozvěděl/a z?</i>	<i>45</i>
<i>Graf 8 - Otázka č. 4 - jiný zdroj</i>	<i>46</i>
<i>Graf 9 - Otázka č. 5 - Měl/měla bys zájem dozvědět se více?</i>	<i>47</i>
<i>Graf 10 - Otázka č. 6 - Za spouštěče vzniku mentální bulimie a mentální anorexie považuješ</i>	<i>48</i>
<i>Graf 11 - Otázka č. 6 - Jiné</i>	<i>49</i>
<i>Graf 12 - Otázka č. 7 - Zajímal/a jsi se někdy o tuto problematiku?</i>	<i>51</i>
<i>Graf 13 - Otázka č. 8 - Uved' důvod tvého zájmu o tuto problematiku.</i>	<i>52</i>
<i>Graf 14 - Otázka č. 9 - Viděl/a jsi někdy obrázky osob, které trpí poruchou příjmu potravy?</i>	<i>54</i>
<i>Graf 15 - Otázka č. 10 - Jak na tebe tyto obrázky působily?</i>	<i>56</i>
<i>Graf 16 - Otázka č. 11 - Znáš někoho, kdo trpí mentální anorexií?</i>	<i>57</i>
<i>Graf 17 - Otázka č. 12 - Znáš někoho, kdo trpí mentální bulimií?</i>	<i>58</i>
<i>Graf 18 - Otázka č. 13 - Myslíš, že je mnoho dostupných informací pro veřejnost o nebezpečí těchto onemocnění?</i>	<i>59</i>
<i>Graf 19 - Otázka č. 14 - Kde, podle tvého názoru nejčastěji probíhá léčba poruch příjmu potravy?</i>	<i>61</i>
<i>Graf 20 - Otázka č. 15 - Znáš nějakou psychiatrickou léčebnu, pokud ano napiš.</i>	<i>62</i>
<i>Graf 21 - Otázka č. 16 - Držel/a jsi někdy ve svém životě nějakou dietu?</i>	<i>63</i>
<i>Graf 22 - Otázka č. 17 - Jsi ty sám/sama spokojen/a se svou postavou?</i>	<i>64</i>
<i>Graf 23 - Otázka č. 18 - Myslíš si, že úspěch v životě souvisí s krásou a štíhlostí?</i>	<i>65</i>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: BODY MASS INDEX (BMI)

Příloha P II: TEST POSTOJE K JÍDLU (EAT-26)

Příloha P III: DOTAZNÍK STRAVOVACÍCH PORUCH (EDI)

Příloha P IV: TEST VZTAHU K VLASTNÍMU TĚLU (BAT)

Příloha P V: DÍVKA TRPÍCÍ PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Příloha P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Příloha P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Příloha P VIII: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: BODY MASS INDEX (BMI)

BODY MASS INDEX (BMI)	Hmotnost / výška ²
< 18,5	PODVÁHA
18,5 – 24,9	NORMÁLNÍ VÁHA
25,0 – 25,9	NADVÁHA
30,0 – 34,9	OBEZITA I. STUPNĚ
35,0 – 39,9	OBEZITA II. STUPNĚ
> 40,0	OBEZITA III. STUPNĚ

Zdroj: Jak jednoduše zhubnout, *TH svět* [online]. [cit. 2017-05-09]. Dostupné z: <http://www.thsvet.cz/2015/10/jak-jednoduse-zhubnout-10-bmi-aneb-jak.html>

PŘÍLOHA P II: TEST POSTOJE K JÍDLU (EAT-26)

Uved'te prosím možnost, která nejlépe vystihuje Vaše pocity. Označte jedno okénko v každém řádku (Garner a Garfingel, 1979).

		Vždy	Velmi často	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1.	Mám hrůzu z nadváhy.						
2.	Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.						
3.	Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.						
4.	Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopna/a přestat.						
5.	Krájím jídlo na malé kousky.						
6.	Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.						
7.	Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem uhlovodanů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.)						
8.	Mám pocit, že ostatní by chtěli, abych jedl/a více.						
9.	Po jídle zvracím.						
10.	Po jídle se cítím velmi provinile.						
11.	Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší.						
12.	Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie.						
13.	Lidé si myslí, že jsem příliš štíhlá.						

	lý/á (hubený/á).						
14.	Příliš mnoho myslím na to, že mám na těle mnoho tuku.						
15.	Jídlo mi trvá déle než ostatním.						
16.	Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr.						
17.	Jím dietní jídla.						
18.	Cítím, že jídlo ovládá můj život.						
19.	Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo.						
20.	Cítím, že ostatní mě nutí do jídla.						
21.	Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.						
22.	Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně.						
23.	Držím diety.						
24.	Mám rád/a prázdný žaludek.						
25.	Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla.						
26.	Po jídle mívám nucení na zvracení.						

Zdroj: PAPEŽOVÁ, Hana, ed., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK STRAVOVACÍCH PORUCH (EDI)

Tento dotazník obsahuje množství postojů, pocitů a způsobů chování. Některé otázky se vztahují k potravě a jídelním zvyklostem. Jiné se zaměřují na vaše pocity k sobě samé. Protože neexistují správné ani nesprávné odpovědi, snažte se odpovídat co nejpoctivěji. Vaše odpovědi jsou považovány za přísně důvěrné.

Přečtěte si každou otázku a zakřížkujte tu odpověď, která je pro vás v poslední době nejvýstižnější. Prosím, odpovídejte na každou otázku velmi odpovědně (Garner et al, 1995).

		Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1.	Jím sladkosti a uhlovodnany aniž bych byl/a přítom nervózní.						
2.	Mám pocit, že je mé břicho příliš tlusté.						
3.	Přál/a bych si, abych se mohl/a vrátit do jistoty mého dětství.						
4.	Jím, když se cítím velmi zmate- ná/ý nebo nervózní.						
5.	Cpu se jídlem až k prasknutí.						
6.	Přál/a bych si, abych byla mlad- ší.						
7.	Myslím na diety.						
8.	Dostanu strach, když se mé poci- ty stanou příliš silnými.						
9.	Pocit'uji, že má stehna jsou příliš silná.						
10.	Cítím, že jsem jako člověk ne- možná/ý.						
11.	Cítím se velmi provinile, když						

	jsem přejedená/ý.						
12.	Myslím, že mé břicho je právě, jaké má být.						
13.	V naší rodině platí jen vynikající výkony						
14.	Dětství je nejšťastnějším obdobím života.						
15.	Otevřeně dávám najevo své pocity.						
16.	Mám strach přibrat.						
17.	Důvěřuji druhým.						
18.	Cítím se na světě sám/sama.						
19.	Jsem spokojená/ý se svým tělem.						
20.	Mám celkem pocit, že mám svůj život.						
21.	Často jsem zmatená/ý ze svých pravých pocitů.						
22.	Raději bych byl/a dospělý/á než dítětem.						
23.	Je pro mne snadné jednat/hovořit s druhými.						
24.	Přál/a bych si být někým druhým.						
25.	Přeháním důležitost váhy.						
26.	Dokážu své pocity jasně rozlišit.						
27.	Připadám si „nemožná/ý“.						
28.	Už jsem měla/a „záchvaty žravosti“, kdy jsem cítil/a, že nedokážu						

	přestat jíst.						
29.	Jako dítě jsem vždy přísně dbal/a na to, abych rodiče a učitele nezklamala.						
30.	Udržuji úzké mezilidské vztahy.						
31.	Líbí se mi tvar mého zadku.						
32.	Plně mě duševně zaměstnává přání být štíhlejší.						
33.	Nevím sám/sama, co se ve mně děje.						
34.	Činí mi potíže, abych projevila/a druhým své pocity.						
35.	Nároky světa dospělých jsou příliš vysoké.						
36.	Nenávidím se, když nejsem ta/ten nejlepší.						
37.	Cítím se sám/sama v sobě v bezpečí/jsem si sám/sama sebou jistá.						
38.	V myšlenkách se zaměstnávám přejídáním.						
39.	Jsem šťastná/ý, že už nejsem dítětem.						
40.	Často nevím, zda mám nebo nemám hlad.						
41.	Nemám o sobě zvlášť dobré mínění.						
42.	Věřím si, že mohu dosáhnout						

	svých cílů.						
43.	Rodiče ode mne očekávali vynikající výsledky.						
44.	Mám strach, že ztratím kontrolu nad svými city.						
45.	Považuji své boky za příliš široké.						
46.	Před ostatními jím umírněně, a když jsem sama, nacpu se.						
47.	Již po malé porci jídla se cítím nacpaná/ý.						
48.	Myslím, že lidé jsou nejšťastnější, když jsou dětmi.						
49.	Když přiberu ½ kg, mám strach.						
50.	Myslím si, že jsem hodnotný člověk.						
51.	Když se cítím nervózní, nevím, zda jsem smutná/ý, úzkostná/ý nebo zlostná/ý.						
52.	Mám pocit, že buď věci vyřídím perfektně, nebo vůbec ne.						
53.	Myslím na to, zda zvracet, abych zhubl/a.						
54.	Musím si lidi udržovat v určitém odstupu/necítím se dobře, když se někdo pokusí přiblížit.						
55.	Myslím, že má stehna mají správný tvar.						

56.	Myslím, že se vnitřně cítím prázdný/á.						
57.	Mohu mluvit o osobních myšlenkách a pocitech.						
58.	Nejlepší léta jsou, když je člověk dospělý.						
59.	Můj zadek je příliš široký.						
60.	Mám pocity, které nemohu správně zařadit.						
61.	Jím nebo piji potají.						
62.	Jsem spokojena s tvarem svých boků.						
63.	Mám velmi vysoká měřítka.						
64.	Jsem-li nervózní, bojím se, že bych mohla jíst.						

Zdroj: PAPEŽOVÁ, Hana, ed., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

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

Body attitude test (Probst et al., 1995)

Význam: 0 = nikdy, 1 = zřídka, 2 = někdy, 3 = často, 4 = většinou, 5 = vždy

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

(Papežová et al, 2010, s. 372)


PŘÍLOHA P V: DÍVKA TRPÍCÍ PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY



Obrázek 1 - Dívka trpící poruchou příjmu potravy



Zdroj: *Aktin: Martina P: "Můj příběh o mentální anorexii .."* [online], 2015. [cit. 2017-05-07]. Dostupné z: <https://magazin.static-aktin.cz/oldimg/24/img-24300.jpg>

PŘÍLOHA P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

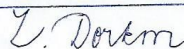
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Barbora Čechová	
Téma bakalářské práce	Poruchy příjmu potravy u mladistvých – anorexie, bulimie	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Jarmila Verešová	
	 podpis	
Skupina respondentů	Žáci základní školy (8. a 9. třída)	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
ZŠ Bratrství Čechů a Slováků, Pod Zábřehem 1100, Bystřice pod Hostýnem 768 61	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne 28.02.2017...

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Základní škola Bratrství Čechů a Slováků
Bystřice pod Hostýnem, Pod Zábřehem 1100,
okres Kroměříž, příspěvková organizace
768 61 Bystřice pod Hostýnem
tel. 573380781, 734263166

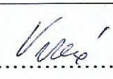
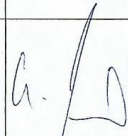

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

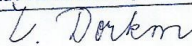
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Barbora Čechová	
Téma bakalářské práce	Poruchy příjmu potravy u mladistvých – anorexie, bulimie	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Jarmila Verešová	
	 podpis	
Skupina respondentů	Žáci základní školy (8. a 9. třída)	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
ZŠ T. G. Masaryka, Masarykovo nám. 134, Bystřice pod Hostýnem 768 61	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 28-02-2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

ZÁKLADNÍ ŠKOLA T.G. MASARYKA
Bystřice pod Hostýnem, Nádražní 56
okres Zlín, občas
příspěvková organizace
IČO 70833672, tel. 573 389 691

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P VIII: DOTAZNÍK

Ahoj holky a kluci,

mé jméno je Barbora Čechová. Jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás tímto požádat o pomoc při zpracování mé bakalářské práce, která se zabývá poruchami příjmu potravy. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze k účelům mé práce. Prosím, abyste na všechny otázky odpovídali pravdivě a samostatně. Pokud není uvedeno jinak, u každé otázky zaznačte pouze jednu odpověď.

Moc Vám děkuji za spolupráci a přeji Vám úspěšný zbytek studia.

Barbora Čechová

Pohlaví

- dívka
- chlapec

Věk

Jsižákem

- 8. třídy
- 9. třídy

1. Víš, co je to mentální anorexie a dokážeš tento pojem vysvětlit?

- ano
- ne
- nevím

2. Víš, co je to mentální bulimie a umíš tento pojem vysvětlit?

- ano
- ne
- nevím

3. Kdo, podle tvého názoru, častěji trpí poruchami příjmu potravy?

- muži
- ženy
- nevím

4. O poruchách příjmu potravy ses dozvěděla z: (označ i více možností) (Odpovídají pouze ti, kteří na otázky č. 1 a 2 odpověděli ano)

- televize
- časopis
- internet
- rodiče
- škola
- kamarádi
- jiný zdroj (doplň)

.....
.....

5. Měl/měla bys zájem se dozvědět více?

- ano
- ne

6. Za spouštěče vzniku mentální bulimie a mentální anorexie považuješ? (Zakřížkuj i více odpovědí)

- média
- problémy mezi kamarády
- problémy s rodiči
- problémy ve škole
- lásku
- zátěžové situace v životě (rozvod rodičů, změna bydliště, změna školy a jiné)
- jiné (doplň)

.....
.....

7. Zajímal/a jsi se někdy o tuto problematiku?

- ano
- ne

8. Uveď důvod tvého zájmu o tuto problematiku. (Odpovídají pouze ti, kteří na otázku č. 7 odpověděli ano)

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

9. Viděl/viděla jsi někdy obrázky osob, které trpí poruchou příjmu potravy?

- ano
- ne

10. Jak na tebe tyto obrázky působily? (Odpovídají pouze ti, kteří na otázku č. 10 odpověděli ano).

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

11. Znáš někoho, kdo trpí mentální anorexií?

- ano
- ne

12. Znáš někoho, kdo trpí mentální bulimií?

- ano
- ne

13. Myslíš, že je mnoho dostupných informací pro veřejnost o nebezpečí těchto onemocnění?

- ano
- ne
- nevím

**14. Kde, podle tvého názoru nejčastěji probíhá léčba poruch příjmu potravy?
(Zakřížkuj i více odpovědí)**

- léčba v psychiatrické ambulanci pod vedením psychiatra
- léčba v psychiatrické léčebně
- léčba doma bez nutnosti pomoci lékaře
- léčba není nutná

15. Znáš nějakou psychiatrickou léčebnu, pokud ano, napiš.

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

16. Držel/a jsi někdy ve svém životě nějakou dietu?

- ano
- ne

17. Jsi ty sám/sama spokojený/á se svou postavou?

- ano
- ne

18. Myslíš si, že úspěch v životě souvisí s krásou a štíhlostí?

- ano
- ne