

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**RIZIKO VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY  
U VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTEK**

Bakalářská práce

BLANKA DUDOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.

Praha 2016

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 31. 3. 2016

.....

Dudová Blanka

## **Poděkování**

Děkuji MUDr. L. Hamplové, PhD. za odborné vedení bakalářské práce a panu M. Markovi, MSc. za pomoc se statistickým zpracováním dat.

## ABSTRAKT

DUDOVÁ, Blanka. *Riziko vzniku poruch příjmu potravy u vysokoškolských studentek*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Praha. 2016. 81 stran.

Tématem bakalářské práce bylo riziko vzniku poruch příjmu potravy u vysokoškolských studentek. Teoretická část zahrnuje etiologii, epidemiologii, rizikové faktory, terapii a prevenci poruch příjmu potravy. Bakalářská práce byla pojata formou průzkumu, šetření probíhalo formou dotazníku a změřením konkrétních antropometrických údajů. Průzkumu se zúčastnilo sto vysokoškolských studentek. Cílem bylo zmapovat životní styl vysokoškolských studentek, zjistit spokojenost s tělem a tělesnou hmotností a rizikové chování, které by mohlo vést ke vzniku poruch příjmu potravy.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy. Vysokoškolské studentky. Mentální anorexie. Mentální bulimie.

## **ABSTRACT**

DUDOVÁ, Blanka. Risk of Developing Eating Disorders in College Students. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Prague. 2016. 81 pages.

The theme of this thesis was the developing potential of eating disorders among female college students. The theoretical part includes etiology, epidemiology, risk factors, treatment and the prevention of eating disorders. This thesis was conceived in the form of a survey, conducted through a questionnaire and measured by specific anthropometric data. The survey covered one hundred university students. The aim of this thesis was to chart the lifestyle of college students, to determine satisfaction with their body and their body weight, and also to detect a potential behavior that could lead to eating disorders.

### **Keywords**

Eating disorders. Female college students. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa.

# OBSAH

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	
ÚVOD .....	11
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	13
1.1 Etiologie poruch příjmu potravy .....	13
1.2 Mentální anorexie .....	15
1.2.1 Osobnost pacientek s mentální anorexií .....	16
1.2.2 Klinický obraz mentální anorexie .....	17
1.3 Mentální bulimie .....	19
1.3.1 Osobnost pacientek s mentální bulimií .....	21
1.3.2 Klinický obraz mentální bulimie .....	21
1.4 Psychogenní přejídání .....	22
2 EPIDEMIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	24
2.1 Incidence poruch příjmu potravy .....	25
2.2 Prevalence poruch příjmu potravy .....	25
2.3 Mortalita poruch příjmu potravy .....	25
2.4 Suicidiální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy .....	26
2.5 Prognóza poruch příjmu potravy .....	27
3 RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY ...	28
3.1 Společnost a poruchy příjmu potravy .....	28
3.2 Rodina a poruchy příjmu potravy .....	29
3.3 Spokojenost s vlastním tělem .....	30
4 TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	32
4.1 Indikace k hospitalizaci .....	32
4.2 Terapeutické cíle .....	33
4.3 Používané formy terapií u poruch příjmu potravy .....	34
5 PREVENCE VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	38
6 PRAKTICKÁ ČÁST .....	40
6.1 Téma, problém, cíl průzkumu .....	40
6.2 Časový harmonogram .....	41
6.3 Metoda .....	41
6.4 Výběrový soubor .....	42
6.5 Použitá metoda zpracování dat .....	43
8 VÝSLEDKY .....	44
9 DISKUZE .....	66
9.1 Doporučení pro praxi .....	67
ZÁVĚR .....	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	70
PŘÍLOHY .....	77

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Pozorované četnosti spokojenosti s postavou .....	62
Tabulka 2 Pozorované četnosti spokojenosti s hmotností .....	63
Tabulka 3 Analýza rozptylu.....	63
Tabulka 4 Pozorované četnosti spokojenosti se současnou postavou .....	64
Tabulka 5 Tabulka Pozorované četnosti spokojenosti se současnou hmotností.....	64
Tabulka 6 Průměrné hodnoty měřených údajů .....	65
Graf 1 Rozložení respondentů podle VŠ .....	44
Graf 2 Spokojenost s postavou .....	44
Graf 3 Spokojenost s postavou v minulosti .....	45
Graf 4 Charakteristika vlastní postavy.....	45
Graf 5 Jaký typ postavy by chtěly respondentky mít.....	46
Graf 6 Kritika postavy .....	46
Graf 7 Hodnocení postavy .....	47
Graf 8 Postava matky.....	47
Graf 9 Postava otce .....	48
Graf 10 Znalost současné hmotnosti.....	48
Graf 11 Spokojenost s tělesnou hmotností .....	49
Graf 12 Spokojenost s hmotností v minulosti.....	49
Graf 13 Frekvence vážení .....	50
Graf 14 Znalost BMI.....	50
Graf 15 Znalost, v jakých hodnotách by se mělo pohybovat BMI respondentek.....	51
Graf 16 Znalost procenta tuku nezbytného pro normální funkci organismu.....	51
Graf 17 Způsob udržování hmotnosti .....	52
Graf 18 Řešení problémů pomocí jídla.....	52
Graf 19 Redukční dieta v minulosti .....	53
Graf 20 Redukční dieta v současnosti.....	53
Graf 21 Důvod pro redukční dietu.....	54
Graf 22 Podpora v redukční dietě ze strany rodičů.....	54
Graf 23 Pravidelnost stravování .....	55
Graf 24 Frekvence stravování.....	55

Graf 25 Vaření .....	56
Graf 26 Sledování energetických hodnot u potravin .....	56
Graf 27 Jaká potravinová komodita převládá v jídelníčku .....	57
Graf 28 Volný čas .....	57
Graf 29 Užívání prostředků na hubnutí .....	58
Graf 30 Abusus diuretic .....	58
Graf 31 Abusus laxative .....	59
Graf 32 Léčba respondentek kvůli PPP .....	59
Graf 33 Výskyt PPP v rodině.....	60
Graf 34 Výskyt psychických problémů u respondentek.....	60
Graf 35 Užívání psychofarmak předepsaných psychiatrem .....	61
Graf 36 Reakce na stress.....	61
Graf 37 Řešení psychických potíží jídlem .....	62



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**CNS** ..... centrální nervový systém

**FSH**..... folikuly stimulující hormon

**LH**..... luteinizační hormon

(HUGO, VOKURKA, 2009)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Amenorea** – vynechání menstruačního krvácení u ženy v období pohlavní zralosti a plodnosti mimo těhotenství.

**Gastroezofageální junkce** – přechod jícnu do žaludku, kde se stýkají dva rozdílné epitely vystylající trávicí trubici

**Hyperfagie** – příjem nadměrného množství potravy.

**Oligofrenie** – slabomyslnost, duševní zaostalost. Týká se celé osobnosti se zvláštním postižením rozumových schopností. Na rozdíl od demence se rozvíjí již od dětského věku.

(HUGO, VOKURKA, 2009)

# ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou stále diskutovaným problémem, který se týká hlavně žen západní kultury. Poruchy příjmu potravy nejsou však laickou veřejností považovány za chorobu, podle mínění laiků je porucha hloupostí postiženého jedince, který může za její vznik (VÁGNEROVÁ, 2008). Wingfield a kol. (2011) zjistili, že postiženým jedincům hrozí riziko stigmatizace, hlavně nemocným s mentální bulimií, jejíž symptomatika je společností hůře přijímána než mentální anorexie.

V bakalářské práci jsme se zaměřili na konkrétní část populace a tou jsou vysokoškolské studentky. Z výzkumů vyplývá, že stravovací zvyklosti dvou třetin vysokoškolských studentek jsou potencionálním rizikem vzniku poruch příjmu potravy (KELLY, FRAZIER a SHERR, 2009), také většina vysokoškolaček se snaží nezdravým způsobem si udržet svoji tělesnou hmotnost a 7 – 10 % z nich splňuje kritéria pro diagnostiku poruch příjmu potravy (FERRIER, MARTENS, 2008).

Hlavním záměrem bakalářské práce bylo upozornit na aktuální poznatky o poruchách příjmu potravy se zaměřením na výskyt poruch příjmu potravy mezi vysokoškolskými studentkami.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1. Upozornit na aktuální poznatky o poruchách příjmu potravy a jejich výskytu mezi vysokoškolskými studentkami.

Cíl 2. Předložit dohledané publikované poznatky o aktuálních možnostech prevence poruch příjmu potravy.

Naším cílem v praktické části bylo zmapovat životní styl studentek a identifikovat možné rizikové chování vedoucí ke vzniku poruch příjmu potravy formou průzkumu.

Teoretická část práce seznamuje čtenáře s pojmem poruchy příjmu potravy, jejich etiologií a rizikovými faktory, epidemiologií, léčbou a prevencí vzniku.

Jaký je životní styl studentek, zda některá z nich v minulosti trpěla poruchami příjmu potravy či je někdo v rodině postižen touto poruchou apod. To všechno jsme

zjišťovali pomocí dotazníkového šetření, ke kterému ještě patřilo měření konkrétních antropometrických údajů.

Tento průzkum by mohl sloužit jako začátek pro další průzkumy zabývající se poruchami příjmu potravy mezi vysokoškolskými studenty i pro tvorbu intervenčních programů pro tuto specifickou skupinu populace.

#### Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Riziko vzniku poruch příjmu potravy u vysokoškolských studentek, proběhlo v časovém období listopad 2014 až duben 2015. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází knihovny Medvik, Bibliographia medica Čechoslovaca, Medline, Embase, Theses, vyhledávače Google Scholar.

Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: poruchy příjmu potravy, mentální bulimie, mentální anorexie, vysokoškolské studentky. V cizím jazyce to byly tyto pojmy: eating disorders, bulimia nervosa, anorexia nervosa, college students.

Hlavní kritéria pro zařazení dohledaných článků do zpracování bakalářské práce byla - plnotext odborné publikace, tematicky odpovídající stanoveným cílům bakalářské práce v českém, slovenském nebo cizím jazyce, vydaný odbornými recenzovanými periodiky v časovém období 2005 až současnost.

Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli bakalářské práce, publikace s nízkým stupněm důkaznosti nebo duplicitní nálezy publikace.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito 63 relevantních plnotextů v českém a cizím jazyce z let 2005 až 2015.

# 1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy tvoří spektrum psychiatrických onemocnění, kam se podle MKN-10 řadí Mentální anorexie (F50.0), Atypická mentální anorexie (F50.1), Mentální bulimie (F50.2), Atypická mentální bulimie (F50.3) a jiné poruchy příjmu potravy spojené s psychologickými poruchami (PAPEŽOVÁ, 2014), (MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 2014).

O poruchách příjmu potravy (PPP) se hovoří též jako o „poruše tělesného schématu“. Poruchy příjmu potravy doprovází: *Zkreslené vnímání vlastního těla a vtíravé myšlenky na potřebu udržení nízké váhy* (OREL a kol., 2012, s. 153). Tyto poruchy u dětí a dospívajících zasahují do formování osobnosti a ovlivňují pracovní a sociální dovednosti, nehledě na to, že mají dlouhodobý dopad na rodinné a interpersonální vztahy vůbec (PAPEŽOVÁ, 2014a), (KRCH, 2007).

## 1.1 Etiologie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se řadí k psychiatrickým chorobám, které jsou multifaktoriálního původu, čili vznik nemoci je ovlivněn více faktory.

Poruchami příjmu potravy jsou postiženy většinou ženy. Je to způsobeno tím, že ideál ženské krásy se neustále mění a s ním i těla žen. Na ženy je neustále vyvíjen tlak, ze všech stran slyší to, že pokud budou štíhlé, budou úspěšné ve všech oblastech života, šťastné, zdravé a pro muže žádoucí. Jedním ze spouštěčů PPP může být nevhodný výrok na adresu postavy pacientky ze strany rodičů či někoho z blízkého okolí (KOUTEK, 2011).

Společným znakem jak pro mentální anorexiu (MA), tak pro mentální bulimii (MB) je zaujatost či spíše posedlost tělesnou hmotností a tělesnými proporcemi. Od toho se odvíjí jejich sebevědomí. Pokud tělesná hmotnost klesá, zvyšuje se sebevědomí a pocit kontroly nad vlastním tělem. Při opaku je posílena nekritičnost, kontrola příjmu potravy a sebekontrola, což je hlavní problém MA (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

Mentální anorexie vzniká mezi 15 – 19 roky, ale současný trend vzniku MA se posouvá do nižší věkové kategorie 13 – 16 let, respektive do období puberty

po objevení se sekundárních pohlavních znaků (PAVLOVÁ, 2010a), (TRESS, KRUSSE a OTT, 2008), (KOUTEK, 2011). Akutní formy MA se vyskytují pouze u dívek v období puberty. Dříve byl popisován vznik MA u žen ve věku 15 – 30 let, většinou byla považována za exkluzivní poruchu postihující dívky a ženy z vyšších a středních socioekonomických vrstev, které byly nadprůměrně inteligentní. Dnes tomu tak již není, MA se rozšířila i do nižších socioekonomických vrstev. Také věkově není omezena. Objevují se případy vzniku MA v raném školním věku i v dospělosti, totéž platí i o intelektu nemocných (NĚMEČKOVÁ, 2011), (KRCH, 2010a), (ADÁMKOVÁ KORBUTHOVÁ, 2006).

Mentální bulimie většinou vzniká mezi 15 – 25 roky a většinou propuknutí bulimie předchází období diet, hladovek či mentální anorexie (KRCH, 2008). Papežová (2014a) udává průměrný věk vzniku poruchy 20 – 39 let s tím, že stejně jako u anorexie se věk propuknutí bulimie posouvá do nižších věkových kategorií.

Genetika ovlivňuje vznik MA z 50 – 90 %, u MB je to 35 – 83 %, tedy tito geneticky zranitelní lidé mají určité rodinné dispozice, které mohou nemoc spustit, může to být stres ze ztráty blízké osoby či jiné tíživé situace v rodinném prostředí. Predispozicí pro vznik PPP mohou být premorbidní osobnostní rysy, u MA obsedantní, úzkostlivé a perfekcionistické rysy a u MB emoční labilita a impulzivita. Vysoké riziko vzniku hrozí u příbuzných ženského pohlaví. Matky pacientek s PPP většinou samy trpí PPP, a tudíž mají negativní sklony k ovlivňování chování a postojů pacientek (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013), (PAPEŽOVÁ, 2012), (NOVÁK, 2010).

Adámková Korbuthová (2006) rozlišuje dvě hlavní příčiny ovlivňující vznik MA, jsou to sociální příčiny, příkladem může být změna úlohy ženy ve společnosti nebo přehnaný ideál štíhlosti, a individuální příčiny, jako např. chybné psychické postoje, porucha vnímání vlastního těla, snaha zastavit dospívání a převzetí úlohy dospělé ženy. Koutek (2011) rozlišuje tři faktory ovlivňující vznik MA, jsou to predisponující, spouštěcí a udržující faktory.

## 1.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je psychická porucha týkající se příjmu potravy, pro kterou je typické snižování tělesné hmotnosti, strach z tloušťky se zkresleným vnímáním vlastního těla, časté jsou také abusus laxativ a diuretik a samozřejmě nadměrná tělesná aktivita, což samozřejmě všechno dohromady vede k různě závažným somatickým a metabolickým projevům (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013), (KRCH, 2010), (TRESS, KRUSSE a OTT, 2008).

Mentální anorexie je považována za „ego-syntonní“ poruchu, tedy pacientka si nemyslí, že by potřebovala pomoc, popírání závažnosti nemoci a její léčba může souviset s poškozením kognitivních funkcí. Pacientky a většinou i rodina tají některé symptomy, může to být způsobeno studem, či strachem ze stigmatizace, což je následováno bagatelizací závažnosti choroby (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013), (PAPEŽOVÁ, 2011).

Výchozí hmotnost pacientek před vznikem MA bývá vyšší, v některých případech bývá normální nebo nižší (KOUTEK, 2011).

Diagnostická kritéria MA podle MKN-10 (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013, s. 678):

- *Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň nebo BMI je 17,5 a méně.*
- *Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.*
- *Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.*
- *Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek.*

- *Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.*

V roce 2013 vznikla nová klasifikace Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) vytvořená Americkou psychiatrickou asociací, kritéria DSM-V ve srovnání s kritérii Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jsou pozměněná. V DSM-V oproti MKN-10 se uvádí vznik MA kolem 12 – 13 roku věku, charakteristické pro tuto chorobu je úmyslné snižování tělesné hmotnosti, a protože choroba vzniká v období dětství a adolescence, klade DSM-V větší důraz na závažnost zdravotních dopadů v období dětství oproti ostatním životním obdobím. DSM-V stejně jako DSM-IV rozlišuje dva typy MA, typ restriktivní a typ purgativní (použití zvracení a jiných praktik pro snižování hmotnosti), DSM-V vyřadilo amenoreu z diagnostických kritérii kvůli možnému maskování amenorei užíváním hormonální antikoncepce. Podle DSM-V diagnostickými kritérii pro MA jsou závažná podváha (u dětí a adolescentů je vztažena k hodnotám percentilových grafů a u dospělých hodnoty BMI 17 – 18,5 by měly být hodnoceny spolu s anamnézou a psychickými obtížemi pacienta), strach z přibírání a perzistující chování s ním spojené (PAPEŽOVÁ, 2014a).

### **1.2.1 Osobnost patientek s mentální anorexií**

Pacientky před onemocněním jsou orientované na výkon, jsou perfekcionistické, mají nereálně vysoké požadavky a mohou se trestat pro nezvládnutí určitých problémů. Z toho vyplývá i jistá zranitelnost, pacientky mají nízké sebevědomí, což vede ke snaze zalíbit se druhým a současně nedisponují dostatečnou samostatností. Časté je černo-bílé myšlení (PAPEŽOVÁ, 2012), (TRESS, KRUSSE a OTT, 2008).

Jsou úzkostlivé a nervózní, úzkostnost je spojena s vnitřní nejistotou a pocity ohroženosti a bezmoci.

Hladovění je pro pacientky vítězstvím intelektu a ducha nad potřebami těla, což je spojeno s pocitem morální nadřazenosti vůči ostatním lidem, kteří jedí normálně (TRESS, KRUSSE a OTT, 2008). Pacientky většinou vědomé snižování příjmu potravy argumentují tak, že je to dobré pro jejich zdraví a výkonnost.



Nízká sebeúcta je důležitým faktorem, který ovlivňuje vznik, udržování a léčbu PPP, pacientky s nízkou sebeúctou jsou labilní, snadno podléhají názorům adresovaným na jejich osobu od svého okolí. Nízká sebeúcta způsobuje to, že se pacientky přestávají vnímat jako individualita s vlastními názory a právy. Nespokojenost se svým tělem však není dostačující pro rozvoj poruch příjmu potravy.

Výrazným povahovým rysem je sebenenávist. Bylo zjištěno, že lidé trpící depresemi, jsou mnohem více nespokojeni se svým zevnějškem a cítí se méně atraktivní než ti, kteří depresemi či depresivními náladami netrpí. Téměř 50 % pacientů s PPP splňuje kritéria pro diagnostiku deprese (NOVÁK, 2010).

Časté jsou změny nálad, pacientky mají sklony k plačtivosti, depresivní ladění nálad, někdy suicidiální myšlenky (NĚMEČKOVÁ, 2011).

Patologický jídelní vzorec hladovění a přejídání je jakousi snahou regulovat emoce, velice často u MA. Na začátku choroby je typický pocit zlepšení regulace emocí, s postupem nemoci však roste afektivní labilita, depresivní a úzkostná symptomatika (PAPEŽOVÁ, 2013). Často se objevují emoce hnusu, zahanbení a úzkosti (MALÁ, SMRČKA, 2013).

### **1.2.2 Klinický obraz mentální anorexie**

Jak již bylo zmíněno, MA se nejčastěji objevuje v období puberty a může být spuštěna nevhodným výrokem nebo sérií traumatických událostí (PAVLOVÁ, 2010b), (KOUTEK, 2011).

Nástup poruchy je pozvolný, pacientky začínají držet diety, nejdříve vynechávají ze svého jídelníčku kalorické potraviny např. sladkosti, slané potraviny atd., mohou začít s vegetariánským nebo makrobiotickým způsobem stravování. Později vynechávají většinu potravin a snižují i příjem tekutin. Samozřejmě omezování se v jídle není jediným způsobem snížení hmotnosti, který pacientky používají, např. excesivní cvičení, pacientky s purgativním typem anorexie mohou zneužívat laxativa, diuretika či anorektika a také si mohou pomáhat zvracením (TRESS, KRUSSE a OTT, 2008), (KRCH, 2010a), (KOUTEK, 2011).

Mění se jídelní tempo pacientek, jí pomalu, více žvýkají sousta a argumentují to tím, že si chtějí jídlo „vychutnat“. Mění se jejich chuťové preference a později se dostavuje ztráta pocitu hladu (KRCH, 2010a). V důsledku hladovění se myšlenky

pacientek čím dál tím častěji zaobírají jídlem, pacientky sbírají recepty, vaří pro své blízké, ale samy nejí (KRCH, 2010a).

Pacientky často zakrývají nemoc neexistující potravinovou intolerancí či alergií, bývají též sledovány v gastroenterologických ambulancích pro rozmanitou gastroenterální symptomatologii, která je pro PPP typická (MEISNEROVÁ, NOVÁK, 2013). Později se 40 % pacientek trpících MA začne přejídat, přechází z jednoho extrému do druhého (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

Dochází k porušení vnímání vlastního těla, pacientky si připadají tlusté, i když jsou kachektické, oblékají se do volného oblečení (KRCH, 2010a). Dominuje představa o tloušťce břicha, hýždí a stehen (NĚMEČKOVÁ, 2011). Dochází k rozporu mezi percepcí vlastního těla a vysněným ideálem. Papežová a kol. (2010) zjišťovali vliv estrogenů na vnímání vlastního těla a z jejich výsledků vyplynula spojitost stoupající nespokojenosti s vlastním tělem s vyšší hladinou estrogenů jak u pacientek s poruchami příjmu potravy, tak i u zdravých žen.

Důsledkem hladovění dochází ke zpomalení vyprazdňování žaludku, zácpě, bolestem břicha a nadýmání. U pacientek, která užívají laxativa, dochází k paradoxní zácpě, protože nadužívání laxativ vede ke snížení motility střeva. Hladovění společně se sníženým příjmem tekutin způsobuje bradykardii a hypotenzi, k dalším kardiologickým důsledkům choroby se řadí snížení objemu srdečního svalu a arytmie. U pacientek s purgativním typem MA se objevuje výrazné zduření a zánět slinných a příušních žláz, eroze tkáně jícnu a žaludku. Z metabolických obtíží to jsou např. hypochloremická alkalóza či hypokalemie. Jsou patrné eroze zubní skloviny.

Pacientky mají suchou kůži, často se jim lámou nehty, vypadávají vlasy. Absence podkožního tuku zhoršuje termoregulaci, proto jsou často zimomřivé a na trupu a obličeji se jim objevuje lanugo. V důsledku proteinové malnutrice dochází ke vzniku otoků. Objevuje se únavnost a nespavost.

Hubnutí ovlivňuje sexuální potřeby pacientky, hubnutím popírají pubertální vývoj a převzetí role dospělé ženy. V boji proti jídlu je skrytý boj proti sexuálním touhám (TRESS, KRUSSE a OTT, 2008). Pacientky bývají většinou rezervované co se týče sexuality a partnerských vztahů, také se často vyhýbají hlubším vztahům. Snížený zájem o sex je způsoben sníženou produkcí pohlavních hormonů (PAŘÍZEK, PAPEŽOVÁ a UHLÍKOVÁ, 2010).

Snížená produkce LH a FSH vede k amenorei a infertilitě. Amenorea je však skrytá z důvodu užívání antikoncepce. Vznik menstruační dysfunkce a amenorei je

podpořen ztrátou 30 % tělesného tuku, kde dochází ke konverzi androgenů na estrogenu. Snižuje se funkce štítné žlázy, což vede k hypercholesterolémii. Pacientky též mívají snížené vnímání bolesti (PAPEŽOVÁ, 2014a), (MEISNEROVÁ, NOVÁK, 2013), (UHLÍKOVÁ, PAPEŽOVÁ, 2010), (YAMAMOTOVÁ, PAPEŽOVÁ, 2010).

Dalším důsledkem hladovění je útlum osteoblastogeneze a kostní novotvorby, což má za následek větší riziko fraktur, vzniká osteoporóza.

Pacientky mají nižší počet leukocytů, takže v přítomnosti infekce v organismu nereaguje imunitní systém adekvátně a dokonce nedochází ani ke zvýšení teploty, která u pacientek bývá normálně nižší než u zdravých jedinců (STÁRKOVÁ, 2011), (CIRMANOVÁ, 2007).

U anorexie je zjišťován menší rozměr mozku a rozšířené prostory mozku naplněné mozkomíšním mokem. V akutní fázi anorexie atrofie difuzně postihuje většinu mozku, redukuje se šedá i bílá hmota mozku, velikost poškození bílé a šedé hmoty mozkové závisí na věku, kdy choroba propukla. U pacientek, u kterých se choroba projevila kolem třináctého roku věku, byl zjištěn výrazný úbytek šedé hmoty mozkové, u dospělých pacientek úbytek šedé hmoty mozkové nebyl tolik výrazný, ale úbytek bílé hmoty mozkové byl podobný jako u mladších pacientek. Jsou poškozeny některé podkorové struktury, hlavně hipokampus (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013), (UHER, PAPEŽOVÁ, 2010).

S přechodem choroby do chronicity se pacientky dostávají do sociální izolace, postupující nemoc ovlivňuje pracovní výkonnost a vede až k pracovní neschopnosti (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

### **1.3 Mentální bulimie**

Mentální bulimie je psychické onemocnění řadící se mezi poruchy příjmu potravy. Typické pro MB jsou záchvaty žravosti, po nichž pacientky mají pocit, že selhaly v dietním režimu, a proto se snaží všemožně zbavit sněženého jídla (zvracení, laxativa, diuretika) nebo následuje období hladovění (PAPEŽOVÁ, 2012), (KRCH, 2008). Techniky vypuzování (zvracení, abusus laxativ, diuretik, atd.) jsou svým způsobem jistou formou záměrného sebepoškozování (KRIEGELOVÁ, 2008).

Mentální bulimie předchází období diet, které není dlouhodobě udržitelné, a proto zákonitě dojde k tomu, že se pacientka přejí, bude mít pocitu viny a selhání a bude se snažit zkonsumovaných kalorií zbavit, vzniká tak circulus vitiosus.

Většina žen zaměňuje držení diet za normální stravovací režim, u 35 % z nich se rozvine jídelní patologie a 20 – 25 % progreduje v částečnou nebo úplnou poruchu příjmu potravy (NOVÁK, 2010).

Mentální bulimie doprovází stejně jako u anorexie panický strach ze ztloustnutí, výkyvy v tělesné hmotnosti, depresivní nálady, pocity studu a viny, občas suicidiální myšlenky. Pacientky s MB jsou náchylnější k abusu drog či alkoholu (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013), (TRESS, KRUSSE a OTT, 2008).

Pacientky si udržují normální hmotnost, ale mohou mít i nadváhu, proto chorobu do určité míry lze utajit před rodinou (PAPEŽOVÁ, 2012).

Diagnostická kritéria MB podle MKN-10 (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013, s. 679):

- *Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.*
- *Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle.*
- *Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechat léčbu inzulinem.*
- *Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často (ne vždy) v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.*

DSM-V pro diagnostiku snížilo frekvenci přejídání a zvracení na období jednou týdně oproti MKN-10, v MKN-10 u atypické formy MB chybí nebo nejsou výrazné jeden a více klíčových rysů, a tyto formy tvoří 6,5 – 36 % pacientů, kteří vyhledají léčbu (PAPEŽOVÁ, 2014a).

U pacientek je důležitý subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem (KRCH, 2007).

### **1.3.1 Osobnost pacientek s mentální bulimií**

Osobnost pacientek je především depresivní s autoagresivními tendencemi, nedokáží kontrolovat vlastní impulzy a jsou citově labilní. Před vlastním záchvatem přejedení pacientky pocítují prázdnotu, osamělost či úzkost, přejedení tedy slouží jako útěcha a překonává tyto pocity (TRESS, KRUSSE a OTT, 2008).

Nejčastější psychickou poruchou přidruženou k MB je sebepoškozování, které se vyskytuje u 40,5 % pacientek s bulimií. Pokud se k běžné formě MB přidá impulzivní a sebe-destructivní chování (sebepoškozování, rizikové chování – abusívny návykových látek, promiskuita), jedná se o multi-impulzivní MB, což je nejtěžší forma bulimie (KRIEGELOVÁ, 2008).

Roste egocentrismus a z pocitů převažuje sebelítost, pocity viny, selhání a deprese. Tyto pocity se přenáší do jiných oblastí života. Nejistota bývá na konci i na začátku nemoci, nejistota spolu s nízkým sebehodnocením vede k depresi, většina depresivních příznaků je spojena s obavami o postavu, hmotnost a příjem potravy. Podrážděnost a nervové napětí jsou častými stavy u pacientek a mohou být spojeny s fyzickými projevy typu palpitace, pocení aj. (KRCH, 2008).

Nálada závisí na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly (KRCH, 2008).

### **1.3.2 Klinický obraz mentální bulimie**

Stejně jako pacientky s MA i pacientky s MB trpí strachem z tloušťky, je u nich zvýšený zájem o tělesnou hmotnost a vzhled. Opakovaně se přejídají, a následně z pocitů viny a selhání, úmyslně vyvolávají zvracení. Střídá se období hladovění či extrémního cvičení (KRCH, 2007).

Při diagnostice MB je nutné vyloučit poruchy v horní části gastrointestinálního traktu vedoucího ke zvracení, obsese a deprese, u nichž je také nutkání se přejíst a pocity ztráty kontroly nad jídlem a mánií a oligofrenií, protože u těchto psychiatrických chorob se též vyskytuje přejídání (KRCH, 2007).

Pacientky si chorobnost svých příznaků uvědomují. Hladoví nejčastěji ráno a v poledne, sebekontrola selhává odpoledne a večer. Zvracení je zpočátku obtížné, ale později se stává spontánním, kdy pacientky zvrací několikrát denně, aniž by si to samy přály. Zvracením se pacientka dostává do metabolické alkalózy (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013), (KOUTEK, 2011), (STÁRKOVÁ, 2011).

Pacientky jí dvakrát rychleji než zdraví jedinci, kalorická hodnota sněžených potravin se pohybuje v rozmezí 1000 až 3000 kcal, ale některé pacientky dokáží pozřít až 20 000 kcal (kolikrát to mohou být základní suroviny jako např. celá kostka másla (KRCH, 2008). Po epizodě žravosti jsou pacientky nuceny pocitem viny se vyzvracet, ale neví, že trávení potravy začíná již v ústech a zvracením se zbaví pouze 30 – 50 % kalorické stravy. Epizody hyperfagie s nutričním strádáním v kombinaci se zvracením vede k poruše vnitřního prostředí. Zvracení způsobuje hypo-kalemickou alkalózu. Abusus laxativ a diuretik pouze tělo odvodní, takže si pacientka myslí, že hubne. Taková dlouhodobá zátěž způsobuje zvýšení reninu, aldosteronu a antidiuretického hormonu a vede k zadržování vody a tvorbě edémů. Dlouhodobé užívání laxativ způsobuje zácpu (PAPEŽOVÁ, 2012).

Epizody hyperfagie jsou ukončeny bolestí způsobenou dilatací žaludku nebo spontánním zvracením. Úporné zvracení může způsobit mechanické poškození gastroezofageální junkce a vzácně může dojít k perforaci jícnu či žaludku při přejídání a následném násilném vyvolání zvracení. Důsledkem zvracení jsou také otoky slinných žláz a příušních žláz a o to víc je umocněn dojem opuchlého a kulatého obličeje též „veverčí obličej“. Nízká hladina draslíku vyvolává nepravidelný srdeční tep. Časté jsou Russelovo znamení – mozoly na dorsu ruky, způsobené vyvoláváním vomitu, periorální dermatitis, periodontitida, eroze zubní skloviny a zvýšená kazivost zubů (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013), (STÁRKOVÁ, 2011), (MACHOVÁ, PAPEŽOVÁ, 2010), (KRCH, 2008).

Co se týče reprodukčního systému, až 50 % pacientek trpí menstruačními problémy, u pacientek, které přešly z MA do MB, se vyskytuje amenorea. Zvracení, diety a cvičení může ovlivnit snížení hladiny pohlavních hormonů, k MB se také často přidružuje syndrom polycystických ovarií, jež ovlivňuje fertilitu pacientky. V oblasti sexuality a partnerských vztahů jsou na tom pacientky stejně jako zdravé ženy, je u nich popisován větší sklon k promiskuitě (PAŘÍZEK, PAPEŽOVÁ, UHLÍKOVÁ, 2010).

#### **1.4 Psychogenní přejídání**

Psychogenní přejídání (binge eating disorder – BED) je zařazeno dle MKN-10 do diagnózy Přejídání spojené s psychologickými poruchami (F50.4). Podle klasifikace

Americké psychiatrické asociace DSM-V se psychogenní přejídání přesunulo mezi základní diagnózy poruch příjmu potravy (PAPEŽOVÁ, 2014a).

Pro BED je charakteristické neukojitelné nutkání jíst v jakoukoli denní i noční dobu, většinou se pacienti přejídají tajně a stydí se za své chování. Pacienti se přejídají, aby jídlem utlumili stres, nízké sebevědomí. Časem se přidružují k chorobě anxiózní stavy, poruchy nálady, afektivní labilita či depresivní porucha. Výskyt psychogenního přejídání je častější než výskyt MA či MB, v USA psychogenním přejídáním trpí 3 – 5 % žen a 2 % mužů, u žen se objevuje dvakrát častěji než u mužů. Psychogenní přejídání je častější u Afroameričanek než u žen kavkazské rasy (ANON, 2016), (NOVÁK, 2010).

BED má podobný charakter jako MB, rozdíl je ale v tom, že pacienti s BED se nesnaží kompenzovat nadměrný příjem kalorických potravin zvracením či jinými metodami. Tělesná hmotnost u pacientů s diagnózou BED často kolísá, ale většinou se pohybuje v hodnotách nadváhy až obezity oproti pacientům s MB, jejichž tělesná hmotnost je v rozmezí normy až nadváhy (ANON, 2016).

Mezi diagnostická kritéria BED se řadí ztráta kontroly nad jídlem, pocity hnusu, viny a selhání po epizodě přejedení, nadměrná konzumace jídla až do nepříjemného pocitu plnosti, konzumace jídla s absencí pocitu hladu, a hlavním kritériem je přejídání minimálně jednou týdně po dobu tří měsíců (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013), (PAPEŽOVÁ, 2014a), (ANON, 2016).

## 2 EPIDEMIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou 10 – 20 krát častěji postiženy ženy než muži, pouze pět až patnáct procent postižených MB či MA jsou muži (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013), (ANON, 2016).

Ze statistických dat z UZIS pro rok 2013 vyplývá, že pro diagnózu F50 se v České republice léčilo 3 824 pacientů, z toho 91,3 % tvořily ženy, 63,7 % byly ženy ve věku dvacet a více let. Z celkového počtu 3 824 nemocných bylo 1 264 nově vzniklých případů.

V USA trpí PPP až dvacet čtyři milionů lidí všech věkových kategorií bez ohledu na pohlaví. Pět procent Američanek je ovlivněno ideálem krásy, který je jim předkládán v reklamách (ANON, 2016).

Celoživotní prevalence PPP u žen v západních zemích tvoří 0,2 – 0,9 %. Zvyšuje se výskyt PPP u žen středního a staršího věku, tendence ke zvyšující se incidenci se projevují i v zemích střední a východní Evropy, socioekonomicky vyspělých oblastech Asie a Afriky, PPP už přestávají být nemocí západní civilizace (PAVLOVÁ, 2010a), (STÁRKOVÁ, 2011).

Mentální anorexií trpí asi 1 % dospělých dívek, MB trpí 5 – 15 % studentek středních a vysokých škol (GAJDÁCSOVÁ, 2010). Výsledky studií prováděných v USA mezi vysokoškolskými studenty ukazují, že prevalence PPP dosahuje rozmezí 8 – 17 % (EISENBERG et al., 2011). Ze studií provedených v Turecku vyplývá, že prevalence poruch příjmu potravy u vysokoškolských studentek se pohybuje od 6,6 % do 13,4 % (TOZUN et al., 2008). Podle National Institute of Mental Health se 25 % vysokoškolských studentů potýká s poruchami příjmu potravy a ze studie, kterou v roce 2013 provedla National Eating Disorders Association, vyplývá zvyšující se počet studentů postižených PPP (GUPTA, 2014).



## 2.1 Incidence poruch příjmu potravy

Tress, Kruse a Ott (2008) uvádí kolísající incidenci MA mezi 0,1 až 0,5 na 100 000 obyvatel. Pavlová (2010a) uvádí incidenci, která pochází z registrů lékařů primární péče, v západní Evropě 4,7 – 7,7 na 100 000 obyvatel.

Podle Tress, Kruse a Ott (2008) vzniká MB u 2 – 4 % žen. Z údajů registrů primární péče v Holandsku a Velké Británii se incidence bulimie pohybuje okolo šesti procent (PAVLOVÁ, 2010a).

## 2.2 Prevalence poruch příjmu potravy

Podle Tress, Kruse a Ott (2008) je celoživotní prevalence MA 0,1 %. Pavlová (2010a) uvádí celoživotní prevalenci MA 2,2 %, která byla zjištěna z finských studií. Při širších kritériích celoživotní prevalence stoupla na 4,2 %. V severní Itálii byla diagnostikována celoživotní prevalence MA u 2% mladých žen. Z populačních studií pro západní Evropu a USA vyplývá celkový odhad celoživotní prevalence MA na 0,5 – 2,2 % (PAVLOVÁ, 2010a). Podle Praška a Látalové (2013) celoživotní prevalence MA u žen v západních zemích při širších kritériích tvoří 3,7 % a více.

Celoživotní prevalence MB u žen v USA a Kanadě tvoří 1,1 – 2,8 %, v severní Itálii byla MB diagnostikována u 4,6 % žen (PAVLOVÁ, 2010a). Celoživotní prevalence MB u žen v západních zemích při širších kritériích je 1,1 – 25,4 %, v České republice každá dvacátá dívka trpí bulimií (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013).

## 2.3 Mortalita poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mají vysokou míru mortality ze všech psychiatrických nemocí, podle studií amerických psychiatrů mortalita u MA tvoří 4 %, 3,9 % u MB a 5,2 % pacientů umírá na ostatní formy poruch příjmu potravy (ANON, 2016). Praško a Látalová (2013) uvádí procento úmrtnosti na mentální anorexii v rozmezí 2 – 8 % a u mentální bulimie 0 – 2 %. V mnohých případech je příčinou úmrtí maligní arytmie (MEISNEROVÁ, NOVÁK, 2013).

Pokud poruchy příjmu potravy nejsou léčeny, tak v deseti až dvaceti procentech případů končí fatálně (ŠIMŮNKOVÁ, 2005).

## 2.4 Suicidiální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy

V poslední době se zaměřuje pozornost na suicidiální chování u PPP. Riziko suicidií zvyšuje výskyt deprese či depresivní poruchy, jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, polovina pacientů s PPP splňuje kritéria pro depresi (ANON, 2016).

Vyšší výskyt suicidií je u MA, suicidiální pokusy u MA se pohybují v rozmezí 3 – 20 %, u MB 25 – 35 %. Suicidium je příčinou úmrtí pacientů s MA ve 30 – 50 % případů. Pacientky s MA se obávají, že ztratí kontrolu, tento strach může přizpůsobit suicidiální představy a suicidium je poslední možností jak si udržet autonomii (KOCOURKOVÁ, KOUTEK, 2014), (TRESS, KRUSE a OTT, 2008).

Sebepoškozování začíná v jakémkoli věku, nejvyšší frekvence je však směrem k dvacátému roku života a mizí okolo třicátého roku života. Záměrně se sebepoškozují 64 % žen (KRIEGELOVÁ, 2008). Sebepoškozování se objevuje u PPP podle Bednárové a kol. (2010) u 25 – 55 % pacientů, podle Kocourkové a Koutka (2014) se počet sebepoškozujících pacientů s PPP pohybuje v rozmezí 30 – 40 %. Zhruba 33 – 39 % pacientů trpících MB má v anamnéze sebepoškozování (CIRMANOVÁ, 2007).

Jedinci, kteří se sebepoškozují, trpí v 54 – 61 % případů PPP (BEDNÁROVÁ a kol., 2010). Sebepoškozování slouží jako maladaptivní mechanismus ke zvládnutí problémů, silných emočních stimulů, k zabránění pocitům tenze.

Kocourková a Koutek (2014) rozděluje sebepoškozování na dva typy – impulzivní a kompulzivní. Impulzivní sebepoškozování se vyskytuje u MB, projevuje se nejčastěji jako pálení či řezání sebe sama, kompulzivní sebepoškozování se naopak nejčastěji vyskytuje u MA, projevy podobné jako onychofagie.

PPP ve spojení se sebepoškozováním zvyšují riziko dokonání suicidia, analýza několika studií ukazuje na to, že suicidium je nejčastější příčinou úmrtí u PPP (BEDNÁROVÁ a kol., 2010), (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

## 2.5 Prognóza poruch příjmu potravy

Prognóza PPP je docela příznivá. Remise u MA je 44 %, u MB 27 %, částečná remise tvoří u MA 28 % a 40 % u MB, do chronicity přechází 24 % případů MA a 33 % případů MB (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013), (NĚMEČKOVÁ, 2011).

Prognóza se zhoršuje v případech, kdy má pacient nižší minimální hmotnost, výrazné váhové výkyvy, častější zvracení nebo při neúspěchu v předchozí terapii (PRAŠKO, LÁTALOVÁ a kol., 2013).

Uvádí se, že zhruba 50 % případů MA se přesmykne do MB, v některých zdrojích se tak mluví o tzv. bulimarexii (KOUTEK, 2012), (STÁRKOVÁ, 2011).

## **3 RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK PORUCH PŘÍJMU POTRAVY**

Hlavním rizikovým faktorem je pohlaví, PPP jsou častěji postiženy ženy, u žen se objevují záchvaty přejídání 2,5krát častěji než u mužů, ženy jsou postiženy MA či MB 10krát častěji než muži (PAVLOVÁ, 2010b).

Poruchy příjmu potravy jsou vnímány jako exkluzivní nemoc, která postihuje pouze „bílé“ dívky a ženy, některé výzkumy však ukazují, že Afroameričanky jsou spokojené se svým tělem, i když mají vyšší BMI. Na druhou stranu Afroameričanky s vysokým ekonomickým příjmem jsou stejně nespokojené se svojí postavou jako „bílé“ ženy. Vypadá to, že přijetím dominantních amerických kulturních ideálů už etnicita nemá protektivní vliv pro rozvoj MA a MB. PPP se šíří spolu s kulturním vlivem západních zemí (PAVLOVÁ, 2010b), (NOVÁK, 2010).

Dalším rizikovým faktorem je věk, nejčastěji se PPP vnikají v období puberty a adolescence, ale není tomu vždy. PPP se mohou vyskytovat v raném školním věku či v dospělosti (NĚMEČKOVÁ, 2011), (PAVLOVÁ, 2010b).

Popisuje se, že možným rizikovým faktorem z emočního hlediska je expozice jedince traumatizující události většinou v dětství, příkladem je sexuální násilí (zneužívání v rodině, znásilnění, osahávání atd.), což ovlivňuje rozvoj patologického vztahu k vlastnímu tělu a sebekritiky k zevnějšku (PAPEŽOVÁ, 2014a).

### **3.1 Společnost a poruchy příjmu potravy**

Ideál ženské krásy se neustále vyvíjí. Společnost ovlivňuje vnímání ideálu ženské krásy a také ho mění. Chlapci jsou vychováváni k tomu, aby se naučili vypořádávat se s různými situacemi a díky tomu získávat nové dovednosti, naopak dívky jsou vedeny k tomu, aby se chovaly příkladně a byly „hodné“. Sebevědomí a sebedůvěra dívek jsou tak tedy ovlivňovány okolím, které z vnějšku potvrzuje jejich sebeúctu (NOVÁK, 2010).

V dnešní době, která je orientována na výkon a úspěch, je vyvíjen větší tlak na ženy. Ze všech stran slyší, že štíhlost je synonymem krásy a štíhlé ženy mají větší šanci si najít dobrého partnera, zároveň, pokud chtějí dobrou práci a uspět v ní, nestačí být jen chytrá a cílevědomá, i tento aspekt života je ovlivňován diktátem štíhlosti. Ženy jsou tak pod větším tlakem než muži, musí zvládat dvě role najednou, být ženská, žádoucí, pečující a mateřská, ale také úspěšná, dravá a rovnocenná mužským protějškům v práci (NOVÁK, 2010).

Společnost se bojí tloušťky, dietní stravovací režim je pro většinu lidí, hlavně žen, součástí životního stylu. Příkladem je podávání stravy pacientům v jedné špičkové americké klinice, kalorická hodnota porce podávaná pacientům měla stejnou kalorickou hodnotu jako jídla, která dostávali vězni v koncentračních táborech (NOVÁK, 2010).

Obezita byla odmítána a trestána v antickém Řecku, Římané vytvořili místnosti, kde se mohli vyzvracet, aby mohli pokračovat v přejídání na hostinách. Ve středověku považovali tloušťku za hřích, přejídání patří mezi smrtelné hříchy a ženy, které se přejídaly, byly církví považovány za hříšnice. Půst patřil k asketickým praktikám zbožných křesťanů, jeho cílem tedy nebyla štíhlost, jako je to u pacientek s MA (KOUTEK, 2012), (NOVÁK, 2010).

Nejnámější ikonou PPP v 19. století se stala rakouská císařovna Alžběta, která trpěla anorexií a v pozdějších letech i epizodami bulimie (LEBL, 2012). Výskyt PPP je spojen s druhou polovinou 20. století, v 60. letech 20. století se začala objevovat MA, jejíž představitelkou byla modelka Twiggi, v 70. a 80. letech se rozšířila MB (KOUTEK, 2012).

### **3.2 Rodina a poruchy příjmu potravy**

Rodina a rodinné prostředí je jedním z dalších rizikových faktorů. Obecně popisují pacientky s PPP rodičovské prostředí jako kritické zdůrazňující donucovací kontrolu, většinou se pacientky snažily plnit očekávání rodičů, obávaly se srovnávání s ostatními a kolikrát nevěděly, zda jejich přání nejsou spíše přání rodičů, př. studium prestižní školy (NOVÁK, 2010). Povzbuzování k samostatnosti se jeví jako protektivní faktor.

Podle Tress, Kruse a Ott (2008) bývá v rodině napětí, které je otevřeně ventilováno, dále jsou vztahy v rodině tak těsné, že nejsou respektovány jejich hranice.

Rodiče patientek s MA většinou bývali orientováni na výkon, pracovní úspěch, většinou také jevíli velkým zájem o vzhled, diety a fitness (NOVÁK, 2010). Není neobvyklé, že v rodinné anamnéze se vyskytují PPP, většinou bývá postažností stavu a spoluprací pacienta. Pro lepší prognózu se mohou v rodinné historii objevovat deprese nebo abusus alkoholu. Matky bývají popisovány jako dominantní a pečlivé, mohou také popírat existenci nemoci. Matky trpící PPP mají s dětmi konflikty při jídle a mívají tendence kontrolovat své děti při hraní (PAPEŽOVÁ, 2014a), (TRESS, KRUSE a OTT, 2008).

Štecková (2007) zkoumala rodinné prostředí u patientek s PPP, jejichž stáří se pohybovalo v rozmezí 18 – 28 let, a zjistila, že rodinné vztahy jsou málo kohezivní s nízkou hierarchií, v konfliktních situacích je rodina málo flexibilní a soudržná a fungování rodiny se nemění ani při vzniku problému. Zajímavé také bylo, že i když rodiče patientek nebyli rozvedeni a žili ve společné domácnosti, rodina se jevíla jako dysfunkční. Patientky uváděly, že ze strany rodičů na ně byly kladeny vysoké nároky, stěžovaly si na nedostatečné projevy citů a lásky s minimem tělesného kontaktu. Rodiče si většinou ani nevšimli nástupu choroby, až je okolí na to upozornilo.

### **3.3 Spokojenost s vlastním tělem**

Ukazuje se, že pokud má člověk normální tělesnou hmotnost, bývá spokojený se svým tělem a fyzickou atraktivitou, naopak nadváha či podváha negativně ovlivňuje body image a spokojenost s mezilidskými vztahy (NOVÁK, 2010).

Narušené vnímání a orientace ve vlastním těle způsobuje poruchy tělesného sebepojetí, tělo je vnímáno nerealisticky a tím pádem klesá spokojenost s tělem a jeho částmi (DUŠKOVÁ, PAVLŮ, 2011). Nespokojenost s tělem může stupňovat u patientek úzkost a podpořit sebedestruktivní tendence.

Pro MA je typické porušené vnímání vlastního těla.

Jakabovičová a Majerníková (2009) dotazovaly sto respondentů ve věku 15 – 19 let. Z jejich šetření vyplynulo, že 62 % respondentů sleduje svoji hmotnost. Spokojenost s vlastním tělem uvádí 76 % respondentů, znepokojivé ale přesto je přání zhubnout, i když měli normální hmotnost.

Miertová a Zanolitá (2011) zjišťovaly spokojenost s tělesnou hmotností u středoškolských studentů v okrese Martin. Studentky uváděly současnou tělesnou hmotnost a výšku, a jaká je jejich ideální tělesná hmotnost. Vypočítané aktuální

průměrná hodnota BMI respondentek byla 20,95, průměrné hodnota BMI vypočítaná z ideální hmotnosti bylo nižší (19,71) než aktuální průměrná hodnota BMI. Autorkám se potvrdila pozitivní lineární závislost mezi hmotností a spokojeností/nespokojeností s tělem a konkrétními tělesnými partiiemi, s rostoucí hmotností roste nespokojenost s tělem.

Novák (2007) zkoumal, zda prezentované obrazy štíhlých žen v médiích přispívají k rozvoji PPP. Studie se zúčastnilo 525 žen ve věkových skupinách 15 – 20 let a nad 20 let. Respondentky byly z řad uživatelů zábavních a komunikačních serverů na internetu. Respondentky byly rozděleny podle skóre v EAT-26 na rizikovou a normální skupinu, dotazníkovou baterii tvořily tři části – první se týkala demografických údajů, druhá byla tvořena fotografiemi žen štíhlé, střední a silné postavy a poslední část tvořil dotazník EAT-26. Normální vzorek žen ve věku 15 – 20 let měl oproti ženám nad 20 let signifikantně vyšší přichylnost k obrazu ideálu štíhlosti v médiích, potvrdila se nepřímá úměrnost mezi BMI a přitažlivostí k ideálu štíhlosti u normální a rizikové skupiny. Ohroženou skupinou se zdají být ženy ve věku 15 – 20 let, nejde ani tak o štíhlé ženy s BMI 19. U žen v této věkové skupině má úzkou souvislost nespokojenost s tělem s přichylností ke štíhlému ideálu. Studie dokazuje, že sledování štíhlých žen v médiích nevyprovokuje vznik symptomatologie PPP, nebezpečí hrozí tehdy, když žena začne považovat štíhlé ženy v médiích za přitažlivé.

## 4 TERAPIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Pacient trpící PPP si musí uvědomit, že je nemocný a měl by se léčit. Důležitou podmínkou pro úspěšnou léčbu PPP je aktivní účast pacienta na léčbě. Pacientky s PPP a někdy i jejich rodina popírají existenci nemoci, a proto odmítají léčbu (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013).

Léčba PPP se zakládá na mezioborové spolupráci (psychiatrie, pediatrie, gynekologie, interna, nutriční terapie aj.). U MA je léčba poněkud obtížnější, než je tomu u MB. Když přestanou pacientky s MB tajit svoji chorobu, tak mají velkou motivaci k léčbě a dobře spolupracují, zatímco pacientky s MA popírají potřebu pomoci a léčby. Pouze necelá polovina patientek s MA se chce uzdravit, třetina váhá a zbytek se uzdravit odmítá (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013), (STÁRKOVÁ, 2011), (TRESS, KRUSE a OTT, 2008).

Odmítání léčby a sebedestruktivní projevy dominují u PPP, zdá se tedy, že zavrhování terapie, jako projev svobodné vůle, může být jedním ze symptomů nemoci. Pokud se pacient nechce léčit, tak by se měla dát přednost provitální indikaci před „svobodnou vůlí“ pacienta (HAŠKOVCOVÁ, 2013). Lékař by měl nenásilným způsobem pacienta dostat na svoji stranu, „strašení“ pacienta fatálními následky choroby není žádoucí, navíc to na pacienty nezabírá.

Terapie probíhá ambulantně či v denních centrech u nekomplikovaných případů, nebo formou hospitalizace, po které následuje ambulantní léčba. PPP je prvotně zachycena pediatrií, nebo lékaři primární péče (PAPEŽOVÁ, 2010). Intenzita a délka léčby je podmíněna závažností stavu a spoluprací pacienta. Pro lepší prognózu a snížení rizika relapsu je nutná také spolupráce rodiny a podpora pacientky.

### 4.1 Indikace k hospitalizaci

Hospitalizace u patientek s MA je indikována v případě, kdy stav pacienta je život ohrožující, tělesná hmotnost je menší než 60 % normální váhy vzhledem k výšce, dochází k rychlému úbytku hmotnosti, ambulantní péče už je nedostačující (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013).



Pacientky s MB jsou většinou v ambulantní péči, hospitalizace v jejich případě není nutná. Lůžková péče je nutná pouze tehdy, když je pacientka suicidiální, při abusu drog a alkoholu, depresivních stavech, metabolických změnách vedoucích k život ohrožujícím komplikacím či nedostatečné ambulantní péči (NĚMEČKOVÁ, 2011), (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013).

Primárně probíhá hospitalizace na somatickém oddělení (většinou metabolická jednotka), kde se snaží normalizovat vitální funkce pacientky a upravit metabolické změny, následuje realimentace, posléze je pacientka přeložena k další léčbě na psychiatrické oddělení.

Po propuštění z nemocnice a předání do ambulantní léčby hrozí riziko relapsu, které je vysoké.

## 4.2 Terapeutické cíle

Cíle léčby jsou v podstatě podobné pro obě onemocnění. Prvním krokem je vytvoření terapeutického vztahu. Důležité je, aby terapeut neztratil důvěru pacientky a nestavěl se do nadřazené role „experta“, pacientka by pak mohla zaujmout pasivní postoj nebo se úplně uzavřít. U MA je důležitou součástí prvního kroku motivační terapie, terapeut ji přizpůsobuje momentální motivaci pacientky (STÁRKOVÁ, 2011).

Druhým cílem je návrat k normální tělesné hmotnosti, což je přiměřená váha vzhledem k výšce. Terapeut s pacientkou si stanoví „cílovou“ tělesnou hmotnost, kterou je pacientka ochotná akceptovat. Dále je nutné změnit patologické myšlení a chování (změnit pohled pacientky na její postavu a hmotnost, psychoedukace o normální tělesné hmotnosti vzhledem k výšce a jídelním chování). U pacientek s MB se terapeut snaží změnit patologické myšlení, patologické stravovací návyky a odbourat kompenzační mechanismy (zvracení, abusus diuretik, laxativ), edukuje ji o správnosti pravidelného stravování a negativním účinku omezování se v jídle, které vede k přejídání. Je také důležité naučit pacientky, jak se vypořádat se situacemi, které by mohly vést ke zkratovému chování respektive k relapsu. Dále by měl terapeut pacientky naučit, jak zvládat stres. U pacientek s MA dochází k vymizení zdravotních komplikací při normalizaci tělesné hmotnosti a jídelních zvyklostí, ale ve většině případů přetrvává amenorea, je tedy na terapeutovi, aby pacientku ubezpečil o úspěšnosti léčby a vysvětlil jí, že návrat menstruačního cyklu se může opozdit (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013). Amenorea může v pacientce vyvolat úzkost a pacientka to pak chápe jako přetrvávající

symptom zdravotní poruchy, v těchto případech je žádoucí vyvolat menstruaci pomocí hormonální terapie (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013).

Třetím cílem je zlepšení celkového fungování pacientky.

### **4.3 Používané formy terapií u poruch příjmu potravy**

Nejčastěji používané kombinace forem terapie PPP jsou psychoterapie, farmakoterapie a nutriční terapie. Jak už bylo zmíněno, na terapii se podílí odborníci z různých oborů.

Z různých výzkumů také vyplývá, že pacientky s hmotností pod určitou hranici nejsou přístupné psychoterapii, hladovění s následnou malnutricí ovlivňuje kognitivní funkce a myšlení pacientky se v této fázi zaměřuje pouze na příjem potravy, psychoterapie se tedy zavádí až po realimentaci (KRCH, ŠVÉDOVÁ, 2013).

Psychoterapii předchází psychoedukace pacienta a rodiny. Součástí psychoterapie je motivační terapie, která se používá u pacientek s mentální anorexií.

#### **Nutriční terapie**

Nutriční péče je důležitá u všech podvyživených pacientek. Cílem je návrat k přiměřené tělesné hmotnosti, na které se pacientka dohodne s terapeutem. Nutriční terapeut má k dispozici různé prostředky jako jsou dietní intervence a úprava diety, podávání nutričních suplementů, přípravků enterální výživy formou sippingu (KOHOUT, 2010). Normální hmotnostní přírůstek za hospitalizace je 1 – 2 kg za týden, při ambulantní léčbě stačí 0,5 kg týdně (PAPEŽOVÁ, 2012).

U hospitalizovaných pacientek, které trpí těžkou malnutricí, se zavádí umělá výživa, enterální nebo parenterální, musí se dávat pozor na vznik refeeding syndromu, který vzniká při příliš rychlé realimentaci a dochází tak k hypermetabolickému stresu (KOHOUT, 2010).

Lehčí formy malnutrice se řeší úpravou jídelníčku, musí se dbát na to, aby nedocházelo k váhovým úbytkům. V další fázi léčby se postupně zvyšují hmotnostní přírůstky. V ambulantní i nemocniční péči vychází terapeut při sestavování jídelníčku z nutriční anamnézy pacientky, jídelníček by měl být sestaven pacientce „na míru“, jednotlivé změny se zařazují do jídelníčku postupně (PEŘINOVÁ, 2013). V ambulantní péči si pacientky vedou jídelní záznamy.

U mentální bulimie je cílem redukovat zvracení a přejídání, edukovat pacientku o zásadách pravidelného stravování (malé porce 3 – 5x denně, dbát na pestrost stravy, vyhýbat se dietám a omezování se v jídle), dohodnout se s ní na hmotnosti, kterou se dosáhne fyziologické a emoční stability (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013).

### **Kognitivně-behaviorální terapie**

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je vhodná pro pacienty s osobnostními problémy, je zaměřená na konkrétní, jasně definované problémy. Cílem KBT u PPP je potlačení faktorů ovlivňujících chorobu a změně nevhodných návyků. Při KBT je dosaženo úplné nebo částečné remise hlavně u mentální bulimie. KBT má pozitivní vliv na snížení záchvatů přejídání a zvracení u pacientek s bulimií (PAPEŽOVÁ, 2012), (PAPEŽOVÁ, NOVOTNÁ, 2010).

Terapeut zaujímá aktivní roli, je co nejvíc otevřený a kooperativní, motivuje pacienta k aktivní spoluúčasti na řešení problémů (změna jídelního režimu, změna postoje k tělu a hmotnosti), hlavní roli v KBT hrají self-monitoring, aktivní nácvik, konfrontace s danými problémy a situacemi a domácí cvičení. Pacientka si vede jídelní záznamy s pocity a myšlenkami spojenými s jídlem (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013), (KRCH, 2010b).

### **Kognitivní remediace**

Kognitivní remediace je pro pacientky srozumitelnější než kognitivně behaviorální terapie, nezaměřuje se na tělesnou hmotnost ani tělo, ale zaměřuje na neutrální podněty, kognitivní aspekty problému pacientky méně emočně zatěžují.

Terapie není náročná na koncentraci, zlepšuje kognitivní flexibilitu, proces centrální koherence, je cílená na změnu kognitivního stylu a odvádí pozornost od myšlenek na jídlo, hmotnost a tělo (PAPEŽOVÁ, 2014b).

## **Rodinná a vícerodinná terapie**

Rodinná terapie je vhodná pro dětské a adolescentní pacienty, párová terapie se doporučuje rodičům adolescentních pacientů s PPP a dospělým pacientům (PAPEŽOVÁ, NOVOTNÁ, 2010), (NĚMEČKOVÁ, 2011).

Terapie vykazuje vysokou úspěšnost a hraje významnou roli v prevenci relapsu. Důležitým krokem je popsat, jakou roli hraje porucha příjmu potravy v rodině, změnit ji a tím obnovit biopsychosociální zdraví pacientky a její rodiny (DEMJEANENKO, TOMANOVÁ, PAPEŽOVÁ, 2013).

Metaforicky je rodina terapeuty vnímána jako sociální děloha a porušení separačního procesu jako stagnace sociálního porodu, porucha je na úrovni matka – dítě – otec a každý z nich může metaforicky otevírání cesty sociálního porodu usnadňovat nebo naopak komplikovat (TRAPKOVÁ, CHVÁLA, 2013). Terapeut tak může sledovat, v jaké fázi sociálního porodu se rodina nachází a volit tak přiměřené intervence, aby nedocházelo k obrácení pohybu zevnitř ven.

Vícerodinná terapie umožňuje přístup většímu počtu rodin, poukazuje na to, že PPP není jenom problémem pacienta, ale celé rodiny. Součástí terapie je nácvik společného stravování, účastníci mohou prodiskutovat neverbální i verbální reakce, způsob komunikace u jídla nebo velikosti porcí.

## **Farmakoterapie**

Farmakoterapie není metodou první volby. Pokud se používá, tak ve spolupráci s psychoterapií a nutriční terapií. Farmakoterapie sama o sobě není moc účinná. Většinou se používají antidepresiva, a to pouze u pacientek s PPP, které mají depresivní poruchu, obsedantní symptomatiku nebo sklony k sebepoškozování a suicidii.

U MA byla prokázána účinnost antidepresiv v prevenci relapsu a u MB snižují frekvenci záchvatů přejídání a zvracení (PAPEŽOVÁ, 2010).

## **Svépomocné skupiny**

Tyto skupiny mohou být vedeny odborníky, ale i laiky, taktéž mohou vznikat na popud samotných pacientů, podporují pacienty a jejich rodiny, angažují se v primární a sekundární prevenci. Existují i svépomocné manuály, které jsou založeny na principu KBT (PAPEŽOVÁ, NOVOTNÁ, 2010).

Skupiny se snaží emocionálně podporovat a motivovat pacienty a jejich rodiny, podporují je v odstraňování sociální izolace, mohou být součástí zdravotnického

zařízení nebo sociálních služeb a slouží jako místo prvního kontaktu nebo jako doplňková součást léčby (KRCH, ŠVÉDOVÁ, 2013).

## **Fyzioterapie**

Fyzioterapie patří k nedílné součásti léčby PPP. Práce s tělem je všeobecně důležitou složkou terapie a prevence všech psychických poruch. Mozek řídí a ovlivňuje tělo a jeho funkce, tělo a tělesné funkce zároveň působí na mozek, tím pádem cvičení, relaxace aj. mohou významně ovlivnit jak mozkovou činnost, tak psychický a tělesný stav (OREL, 2012). Individuální fyzioterapii předepisuje lékař pacientkám, jejichž BMI je nižší než 15 (CIRMANOVÁ, 2007). Fyzioterapie využívá v léčbě PPP různých metod, ať už to jsou dechová gymnastika, relaxační techniky či terapie založené na neurofyziologickém podkladu. Fyzioterapie napomáhá pacientkám si uvědomovat vlastní tělo a pohyby.

Skupinové terapie jsou zaměřeny na vnímání těla v různých polohách, při pohybu, a aby pracovaly se svou energií a spolupracovaly s ostatními. Skupinová kinezioterapie se cíleně zaměřuje na uvolňování specifických skupin svalů a protahovací cvičení.

Feldenkraisova metoda používá techniky využívající práci s tělem za účelem ovlivnění psychiky. Metoda zlepšuje koordinaci mezi činnostmi CNS a pohybem, tím dochází k lepšímu uvědomování si sebe sama. Metoda se dělí na dvě techniky – skupinová cvičení – Vědomí prostřednictvím pohybu, individuální technika – Funkční integrace (DUŠKOVÁ, PAVLŮ, 2011).

Alexandrova technika pracuje stejně jako Feldenkraisova metoda s tělem. Cílem je uvolnění napětí v rovině fyzické i psychické, učí pacienta, jak nejlépe používat tělo a jeho prostřednictvím pozitivně ovlivňovat konkrétní zdravotní potíže. Účinnost terapie je vázána na motivaci a spolupráci pacienta, takže v případě PPP bude průběh terapie obtížnější, proto terapeut musí pacientovi věnovat více terapeutické péče než by tomu bylo u pacienta s jiným problémem.

## 5 PREVENCE VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy patří mezi závažné choroby s plíživým začátkem, kterého si málokdy rodina i okolí všimnou. Prevalence MA u nás oproti ostatním evropským státům roste (PAPEŽOVÁ, 2010).

Rizikovou skupinou jsou dívky a ženy, které nejsou spokojené se svojí hmotností nebo postavou. Ženy, které mají nízké sebevědomí, patří též k rizikové skupině. Ideál krásy je pro normální populaci, i přes dodržování zásad životního stylu, nedosažitelný. Média honbu za štíhlostí přizívají tím, že prezentované modelky v reklamách a časopisech počítačově zeštíhlují a upravují, aby vypadaly „dokonale“.

Vše kolem nás v sobě nese vzkaz, že štíhlost je preferovanou komoditou, kterou musí každý mít, jsou to reklamy na potravinové doplňky na hubnutí či zdánlivě nevinné reklamy na nízkokalorické sušenky, které dodají energii na celý den. Dalším příkladem nevhodné reklamy je spojení konzumace jídla jako řešení emočních problémů, př. když sníte čokoládu, bude vám dobře (PAPEŽOVÁ, 2010). Jiným extrémem je sexualizace jídla v reklamách (př. Kinder Bueno, Mila), sexuální motivy v těchto reklamách vysvětlují, proč ženy konzumují oblíbenou potravinu potají a přirovnávají její konzumaci k orgasmu (NOVÁK, 2010).

Nejsou to jenom reklamy, ale když si člověk zadá do internetového vyhledávače „jak zhubnout“, okamžitě se objeví 658 000 výsledků na zaručené tipy na hubnutí (př. 10 kg za 10 dní aj.).

Primární prevence předchází vzniku PPP a úkolem sekundární prevence je odhalení PPP. V praxi se používají k primární a sekundární prevenci tyto nástroje – screening, edukační nebo informační intervence. Metodou screeningu se rozumí vyhledávání osob s rizikem vzniku PPP (využívají ho praktičtí lékaři, pedagogové), screening může probíhat formou dotazníků. Dotazníky jsou standardizované pro danou problematiku. Výhodou dotazníkového šetření je záchyt velkého množství respondentů a není tak finančně náročné. Nevýhodou je, že dotazník neudává odpověď na korelaci vysokého skóre rizikových faktorů a skutečného stavu PPP, respondent nemusí odpovídat správně či upřímně a navíc detekovaná osoba nemusí přijmout pomoc (VRBATOVÁ, 2010).

Edukační a informační intervence - sem se řadí různé programy informující žáky, studenty, rodinu, učitele a širokou veřejnost o rizicích PPP. Problémem těchto intervencí je určení, které informace jsou důležité, a které naopak zavádějící. Dalším problémem je výběr vhodné metody. Výhodou intervencí je velké množství informací a nevýhodou je časová i finanční náročnost.

Preventivní programy musí být uzpůsobené věku rizikové skupiny a prostředí, důležité je stále aktualizovat informace podávané v rámci prevence. Prevence začíná už v rodině a ve škole. V některých rodinách je popisován transgenerační výskyt PPP, takže vznik PPP zde může být podmíněn výchovou i geneticky (PAPEŽOVÁ, 2010).

Je důležité, aby rodina i pedagogové se snažili podporovat sebeúctu dospívajících dívek, protože pokud má dívka vysokou sebeúctu, je více rezistentní vůči náporu ideálu štíhlosti (NOVÁK, 2010). Děti by se měly naučit kritickému myšlení, samostatnému hodnocení a vytváření hodnotových systémů, které je ochrání před vznikem PPP (PAPEŽOVÁ, 2010).

## 6 PRAKTICKÁ ČÁST

V následující části bude popsán výzkumný problém a jeho cíle, jak průzkum probíhal a jaké jsou výsledky průzkumu.

### 6.1 Téma, problém, cíl průzkumu

**Téma:** Riziko vzniku poruch příjmu potravy u vysokoškolských studentek

**Průzkumný problém:** Může životní styl vysokoškolských studentek spolu s nespokojeností s vlastním tělem vést ke vzniku poruch příjmu potravy?

#### Průzkumné cíle

Cíl 1: Zmapovat spokojenost studentek s postavou a tělesnou hmotností.

Cíl 2: Zjistit, jaké je povědomí studentek o BMI a obsahu tělesného tuku.

Cíl 3: Zmapovat rizikové chování, které by mohlo vést ke vzniku poruch příjmu potravy, v oblasti stravování a pohybových aktivit.

Cíl 4: Zjistit, jestli se nevyskytly poruchy příjmu potravy v rodině, popřípadě osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy či rizikové chování ve smyslu dietářství v minulosti.

#### Průzkumné otázky

Otázka 1 Jsou studentky spokojené se svojí postavou?

Otázka 2 Jsou studentky spokojené se svojí tělesnou hmotností?

Otázka 3 Má typ studované školy vliv na hodnoty BMI studentek?

Otázka 4 Ovlivňuje studovaný typ školy současnou spokojenost studentky s postavou?

Otázka 5 Je ovlivněna spokojenost studentky se současnou tělesnou hmotností typem školy, kterou studuje?



## 6.2 Časový harmonogram

V od listopadu 2014 do dubna 2015 se kompletovaly literární zdroje potřebné pro teoretickou část, v květnu 2015 se stanovily cíl práce a na základě průzkumných otázek se konstruoval dotazník. Vlastní sběr dat probíhal od července 2015 do prosince 2015. Zpracování získaných informací proběhlo během února 2016.

## 6.3 Metoda

Metoda průzkumu byla zvolena kvantitativní. K získávání dat jsme zvolili dotazník (viz Příloha A), který jsme vytvořili pro účely bakalářské práce. K dotazníku bylo ještě připojeno antropometrické měření, jímž byly zjišťovány následující hodnoty – tělesná výška, tělesná hmotnost, obvod pasu, obvod boků a obvod nedominantní paže.

Dotazník je rozdělen do pěti pomyslných oblastí. První oblast se týkala věku respondenta a školy, kterou studuje. Druhá oblast spokojenosti s postavou, tělesnou hmotností, jak hodnotí studentky samy sebe, a jak by chtěly vypadat. Třetí oblast mapuje povědomí studentek o BMI a fyziologickém množství tělesného tuku. Čtvrtá oblast mapuje životosprávu studentek (stravování, dietářství, pohybový režim). Poslední část dotazníku se věnuje výskytu poruch příjmu potravy v rodinách studentek, osobním zkušenostem studentek s poruchami příjmu potravy, výskytu psychických problémů u studentek a jejich případnému řešení pomocí jídla.

Dotazník obsahuje celkem třicet sedm otázek z toho dvacet pět otázek má uzavřený polytomický charakter, dvě otázky jsou polouzavřené a polytomické. Devět otázek je dichotomických, z toho čtyři otázky jsou polouzavřeného charakteru. Jedna otázka je otevřená.

Metodika měření antropometrických hodnot je následující, pro měření byly použity následující nástroje:

- osobní váha – nášlapná váha s přesností na 0,5kg
- antropometr – dvoumetrova kovova tyč s milimetrovou škálou a jezdcem se zasunovací pohyblivou jehlou k měření výškových rozměrů s přesností 0,1cm

- pásová míra – měřidlo z voskovaného plátna k měření obvodových rozměrů

Měření vždy probíhalo ráno nebo dopoledne. Měřený proband byl vysvlečen do spodního prádla. První se změřila tělesná výška. Při měření tělesné výšky se proband postavil zády ke kolmé stěně, která byla bez podlahových lišt. Stěny se dotýkal v oblasti lopatek, hýždí a pat, špičky nohou byly u sebe. Hlava byla orientována ve frankfurtské horizontální rovině. Následovalo změření tělesné hmotnosti na nášlapné váze. Poté se měřily obvodové míry. Obvod pasu se měří pásovou mírou uprostřed vzdálenosti mezi dolním okrajem žeber a horním okrajem lopaty kosti kyčelní. U štíhlých žen je pas dobře zřejmý jako nejužší místo. Obvod boků se měřil pásovou mírou v nejširším místě boků přes největší vyklenutí hýždí v horizontální rovině. Obvod paže se měřil pásovou mírou vedenou kolmo na osu nedominantní paže v poloviční vzdálenosti mezi ramenním a loketním kloubem, paže by měla viset volně podél těla.

#### **6.4 Výběrový soubor**

Soubor tvořily studentky vysokých škol v Praze, převážně Univerzity Karlovy v Praze, ve věku od 19 do 26 let. Respondentky byly osobně oslovovány na vysokoškolské koleji. Oslovovány byly pouze ženy, protože pokud by byli oslovováni i muži, musel by být vzorek pro účely průzkumu pro danou problematiku poměrně velký.

Vzorek je tvořen pouze studentkami pražských vysokých škol, protože oslovování studentek z mimopražských vysokých škol by bylo časově i finančně náročné.

## **6.5 Použitá metoda zpracování dat**

Data byla zpracována v počítačovém programu Excel 2013. Otázky z dotazníku byly zpracovány do podoby grafů, průzkumné otázky byly testovány pomocí Chi-kvadrát testu dobré shody a analýzy rozptylu ANOVA.

## 8 VÝSLEDKY

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem sto deset vysokoškolských studentek, z tohto souboru bylo vyřazeno deset studentek z následujících důvodů: nevyplnění celého dotazníku ( $n = 3$ ), věk vyšší než 26 ( $n = 2$ ), nesouhlas se změřením antropometrických údajů ( $n = 5$ ).

Graf 1 Rozložení respondentů podle VŠ



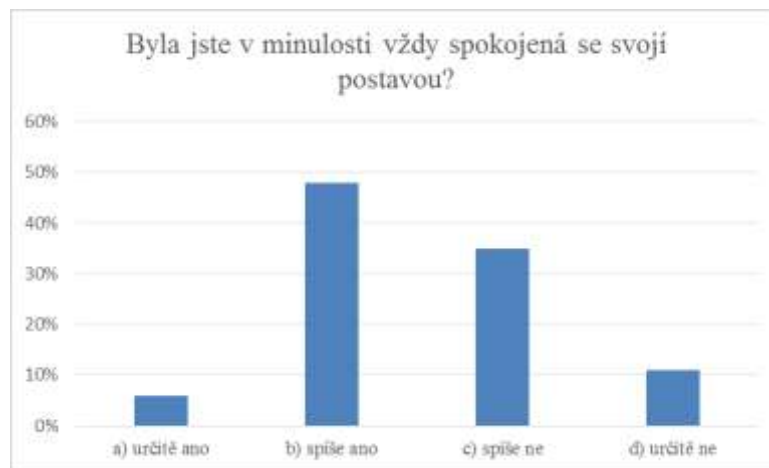
Z pomyslné první části dotazníku jsme zjistili, že průměrný věk respondentů je 21,68. Co se týče rozložení respondentů podle studované vysoké školy, vyplývá, že 43 % respondentů studuje jinou školu, než byla v nabídce, 27 % studuje na Lékařské fakultě, 14 % studuje Přírodovědeckou fakultu, 10 % Filosofickou fakultu a 6 % studuje Fakultu humanitních studií.

Graf 2 Spokojenost s postavou v současnosti



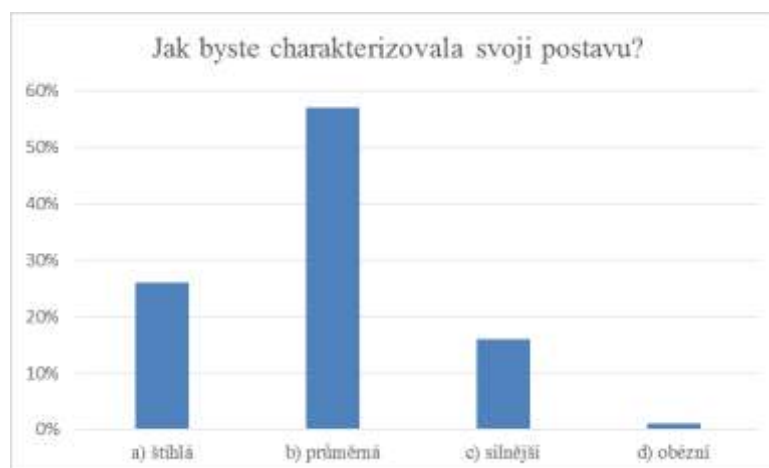
Zjišťovali jsme, jak jsou respondentky spokojené se svojí postavou v současnosti i v minulosti, 58 % dotázaných na otázku spokojenosti s postavou v současnosti zvolilo odpověď b) spíše ano, 12 % dotázaných vybralo odpověď a) určitě ano, odpověď c) spíše ne zvolilo 21 % studentek a 9 % studentek zvolilo odpověď d) určitě ne.

Graf 3 Spokojenost s postavou v minulosti



Obdobná situace byla u spokojenosti s postavou v minulosti, odpověď a) určitě ano vybralo 6 % studentek, 48 % respondentek bylo spíše spokojeno se svojí postavou, 35 % jich bylo spíše nespokojených a 11 % studentek vybralo odpověď d) určitě ne.

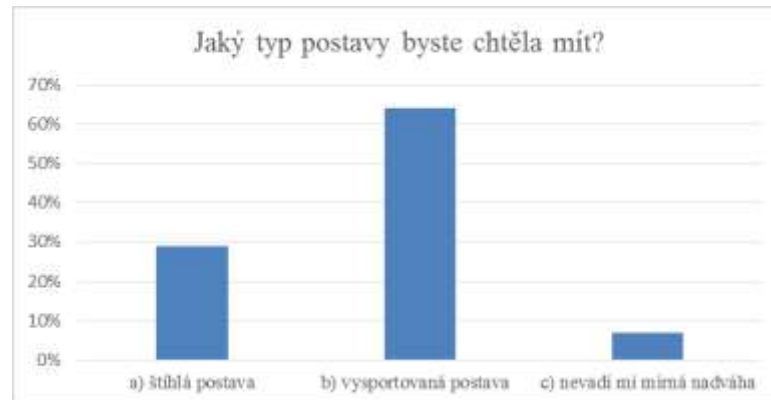
Graf 4 Charakteristika vlastní postavy



Ptali jsme se také na to, jak hodnotí svoji postavu a jakou by chtěly mít postavu. Většinou dotázané hodnotily svoji postavu jako průměrnou (57 %), 26 % si myslí, že

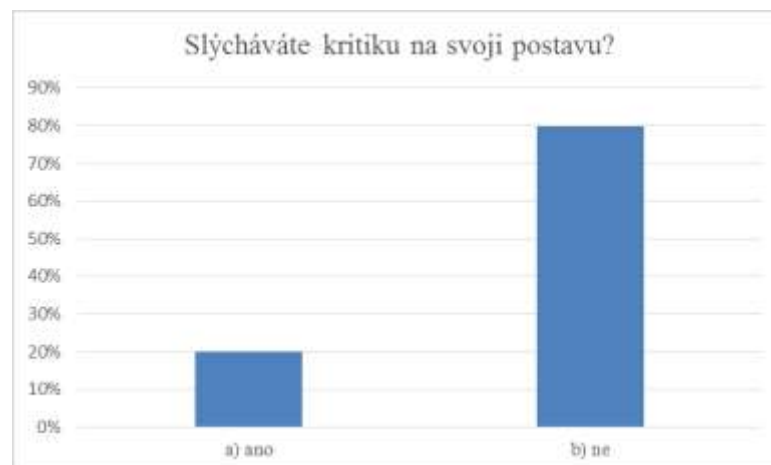
má štíhlou postavu, 16 % charakterizuje svoji postavu jako silnější a 1 % dotázaných se hodnotí jako obézní.

Graf 5 Jaký typ postavy by chtěly respondentky mít



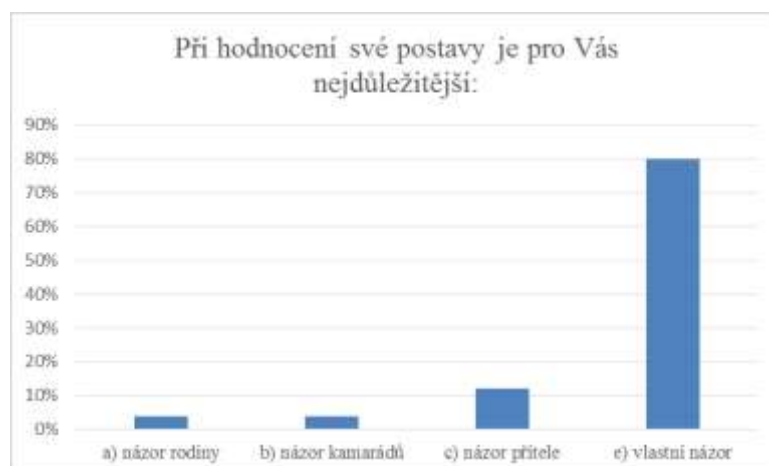
Podle 64 % dotázaných je ideální postava sportovní. Štíhlou postavu by chtělo mít 29 % dotázaných a 7 % studentek by nevadila postava s mírnou nadváhou.

Graf 6 Kritika postavy



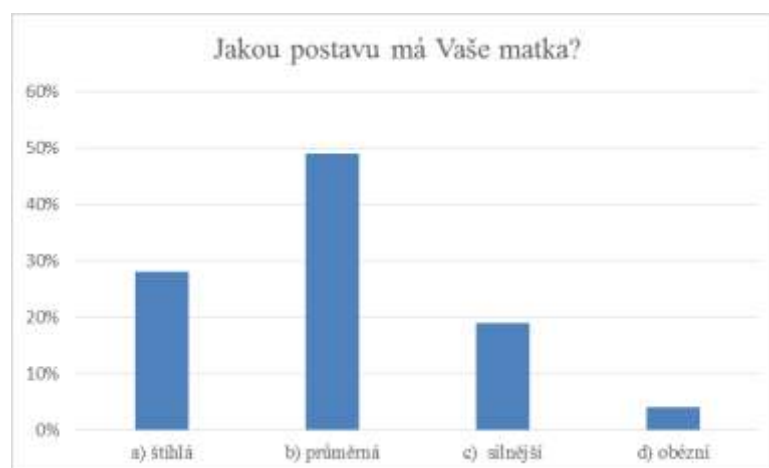
V grafu 6 vidíme, že 20 % respondentek slýchává kritiku na svoji postavu od svého okolí.

Graf 7 Hodnocení postavy



Při hodnocení postavy byl pro respondentky nejdůležitější vlastní názor (80 %), pro 12 % respondentek byl nejdůležitější názor přítele a pro 4 % respondentek byl důležitý názor rodiny a názor kamarádů.

Graf 8 Postava matky

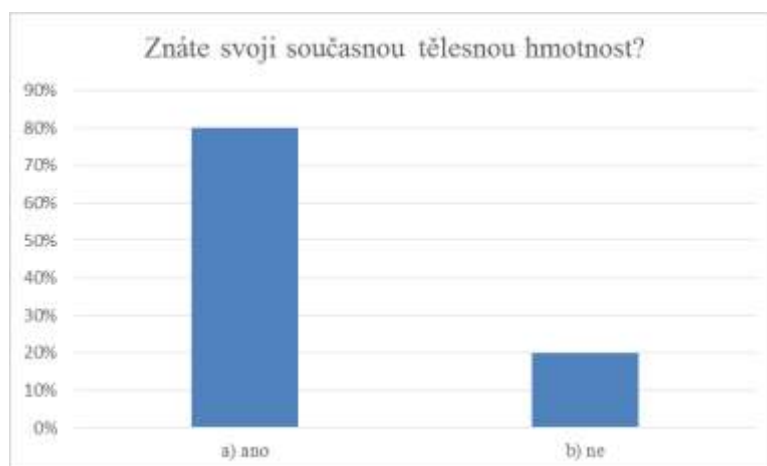


Graf 9 Postava otce



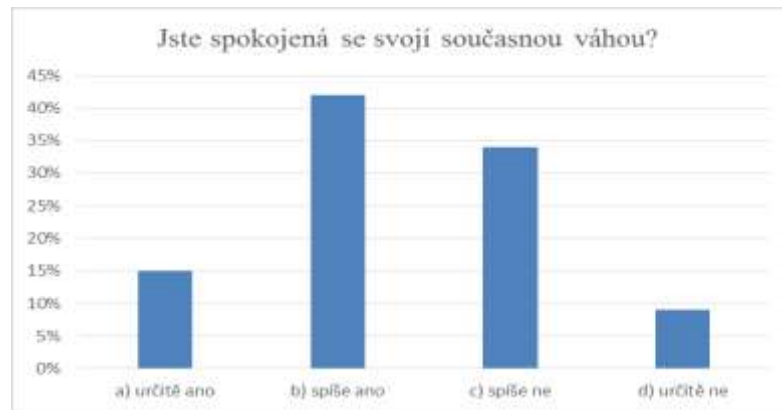
Zjišťovali jsme také, jakou postavu mají rodiče respondentek, u postav obou rodičů respondentky volily odpověď b) průměrná, jako průměrnou postavu matky hodnotilo 49 % respondentek, postavu otce vyhodnotilo 48 % respondentek jako průměrnou. Štíhlou postavu má 28 % matek a 23 % otců dotazovaných, silnější postavu má 19 % matek a 25 % otců a obézní jsou 4 % otců i matek respondentek.

Graf 10 Znalost současné hmotnosti



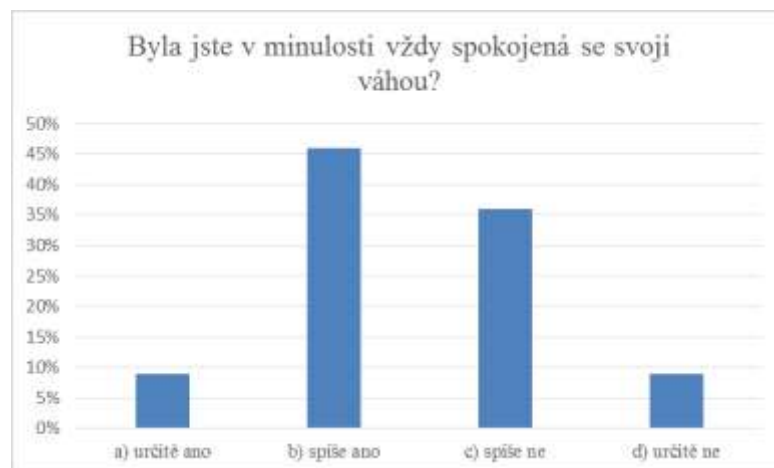


Graf 11 Spokojenost s tělesnou hmotností



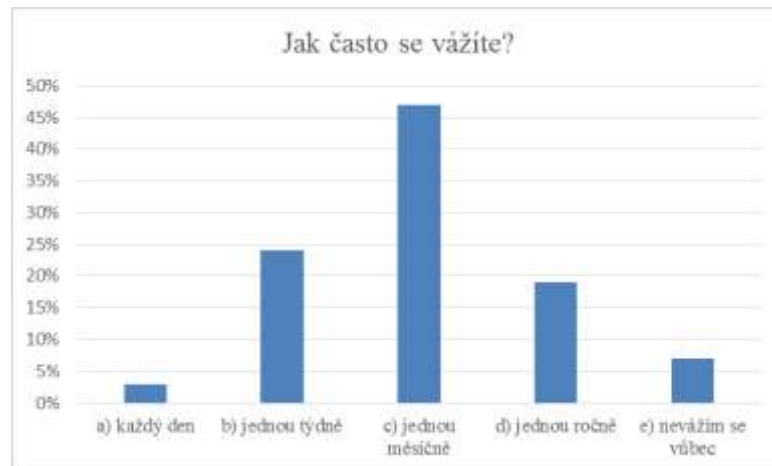
Svoji současnou tělesnou hmotnost zná 80 % dotazovaných, při zjišťování spokojenosti s tělesnou hmotností v současné době (viz Graf 11) odpovídaly respondentky následovně. Odpověď a) určitě ano si zvolilo 15 % respondentek, 42 % si vybralo odpověď b) spíše ano, 34 % volilo odpověď c) spíše ne a 9 % odpověď d) určitě ne.

Graf 12 Spokojenost s hmotností v minulosti



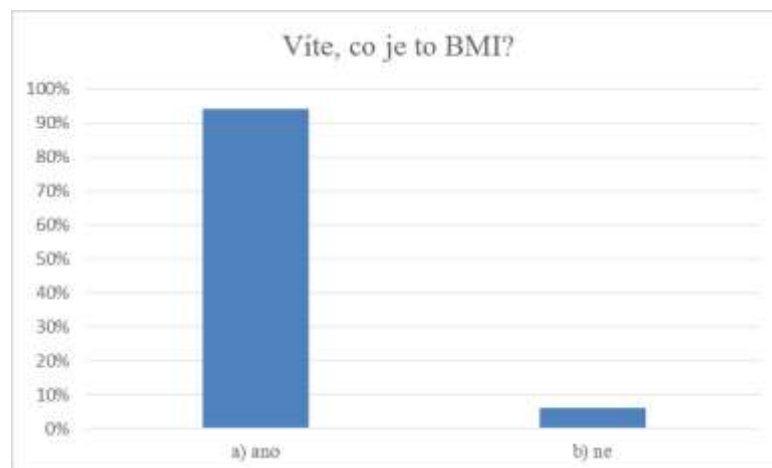
Při zjišťování spokojenosti s hmotností v minulosti bylo se svojí hmotností spokojeno 9 % respondentek, 46 % jich bylo spíše spokojených s hmotností, 36 % bylo spíše nespokojených a 9 % jich nebylo vůbec spokojených s hmotností.

Graf 13 Frekvence vážení

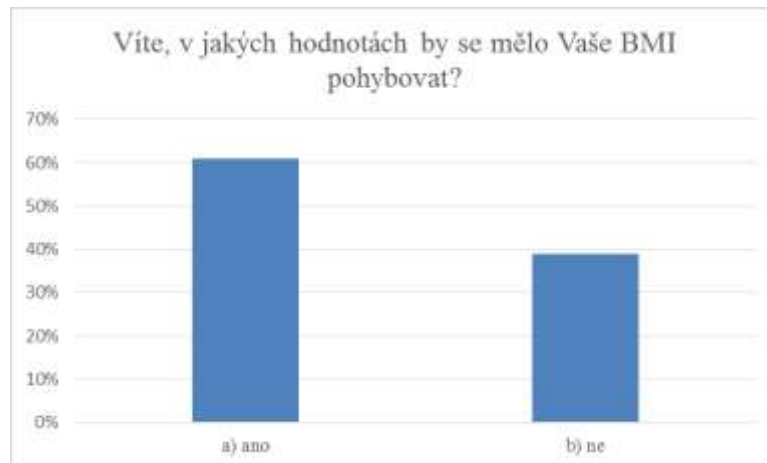


Ptali jsme se, jak často se studentky váží, z grafu vyplývá, že každý den se váží 3 % studentek, 24 % studentek se váží jednou týdně, 47 % studentek se váží jednou měsíčně, jednou ročně kontroluje svoji hmotnost 19 % studentek a 7 % studentek se neváží vůbec.

Graf 14 Znalost BMI

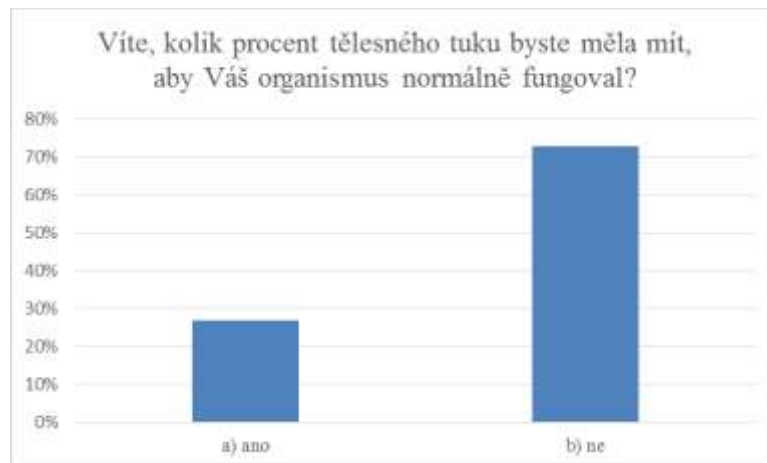


Graf 15 Znalost, v jakých hodnotách by se mělo pohybovat BMI respondentek



Z dotazovaných 94 % odpovědělo kladně na to, zda ví, co je BMI (viz Graf 14), ale pouze 61 % respondentek ví, v jakých hodnotách by se mělo pohybovat jejich BMI (viz Graf 15).

Graf 16 Znalost procenta tuku nezbytného pro normální funkci organismu



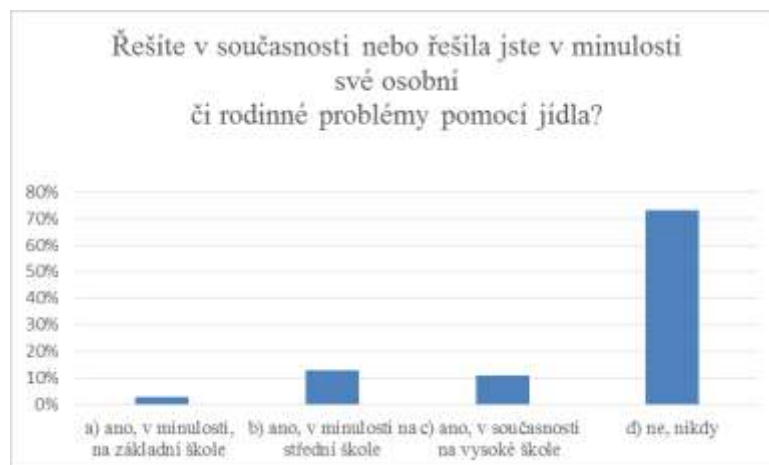
Když jsme se ptali respondentek, zda ví, kolik procent tuku měly mít (viz Graf 16), aby jejich organismus mohl normálně fungovat, pouze 27 % z nich vědělo, kolik procent tuku by měl normálně fungující organismus.

Graf 17 Způsob udržování hmotnosti



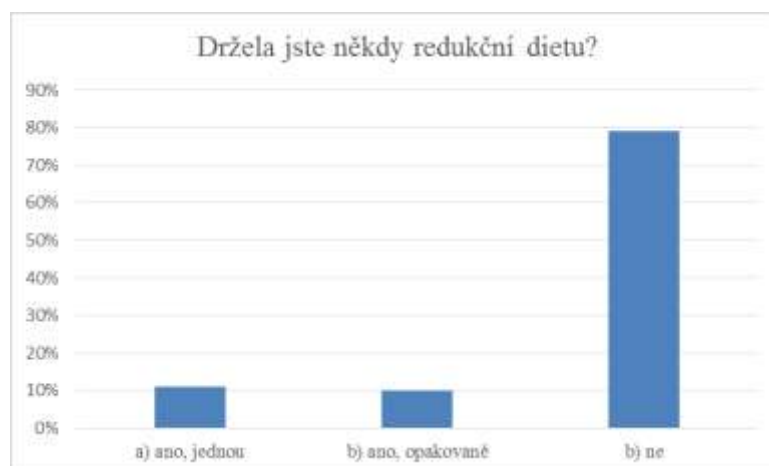
V grafu 17 vidíme, že 38 % respondentek si udržuje tělesnou hmotnost sportem, 39 % se snaží zdravě stravovat, 4 % si udržuje hmotnost pomocí diet, 8 % se omezuje v jídle a 10 % pro udržení tělesné hmotnosti nedělá nic.

Graf 18 Řešení problémů pomocí jídla



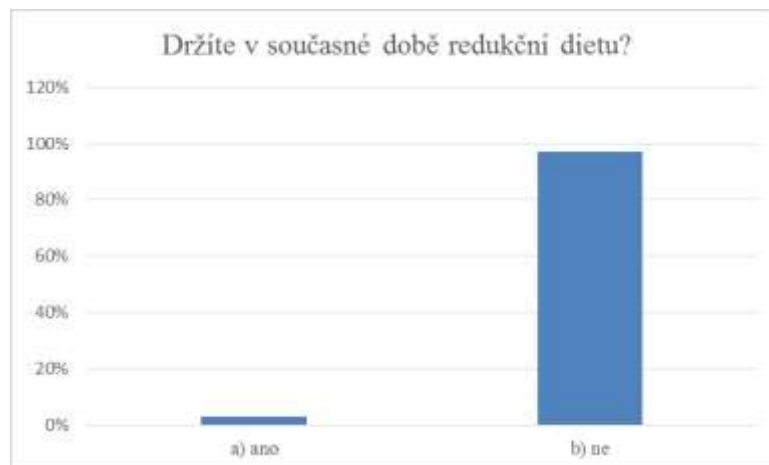
Zjišťovali jsme, zda respondentky někdy řešily své osobní či rodinné problémy pomocí jídla (viz Graf 18), vyšlo nám, že 3 % respondentek řešilo své problémy pomocí jídla na základní škole, 13 % na střední škole, 11 % nyní na vysoké škole a 73 % nikdy neřešilo své problémy pomocí jídla.

Graf 19 Redukční dieta v minulosti



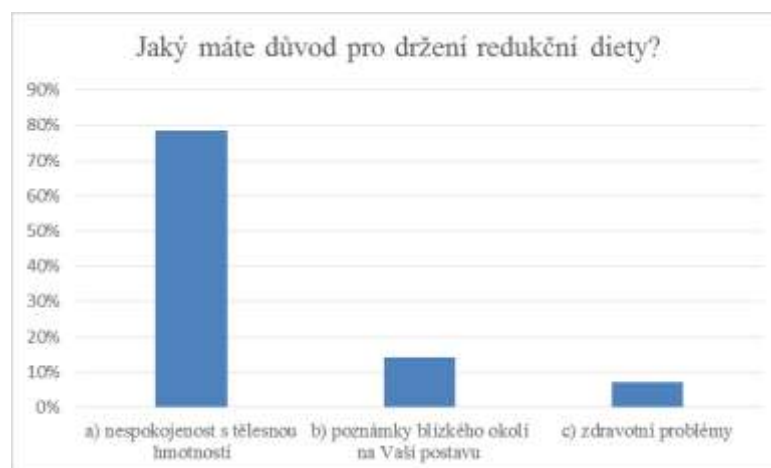
Redukční dietu v minulosti (viz Graf 19) drželo pouze jednou 11 % respondentek, 10 % respondentek v minulosti drželo dietu opakovaně a zbylých 79 % nikdy redukční dietu nedrželo.

Graf 20 Redukční dieta v současnosti



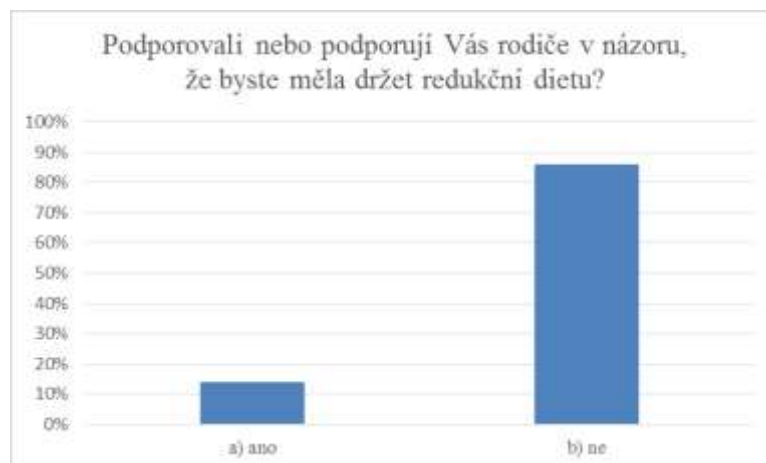
V současnosti redukční dietu drží pouze 3 % dotázaných (viz Graf 20).

Graf 21 Důvod pro redukční dietu



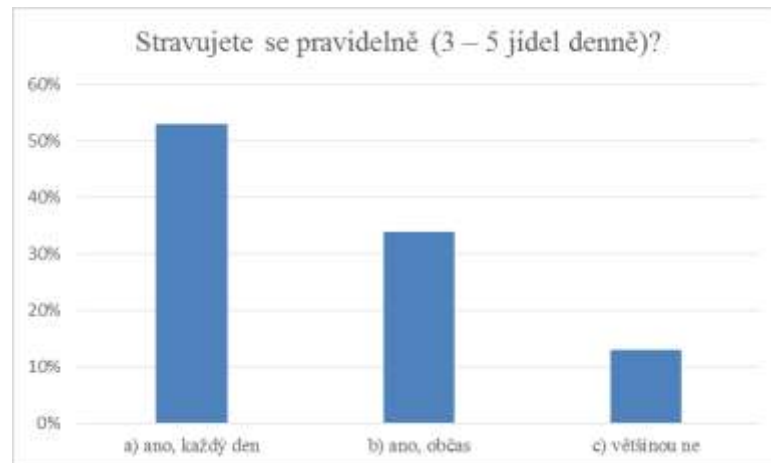
Důvodem k držení redukční diety (viz Graf 21) byla v 79 % nespokojenost s tělesnou hmotností, ve 14 % byly důvodem poznámky okolí a v 7 % případů zdravotní důvody.

Graf 22 Podpora v redukční dietě ze strany rodičů



Pouze 14 % respondentek je podporováno ze strany rodičů, aby drželo redukční dietu (viz Graf 22).

Graf 23 Pravidelnost stravování



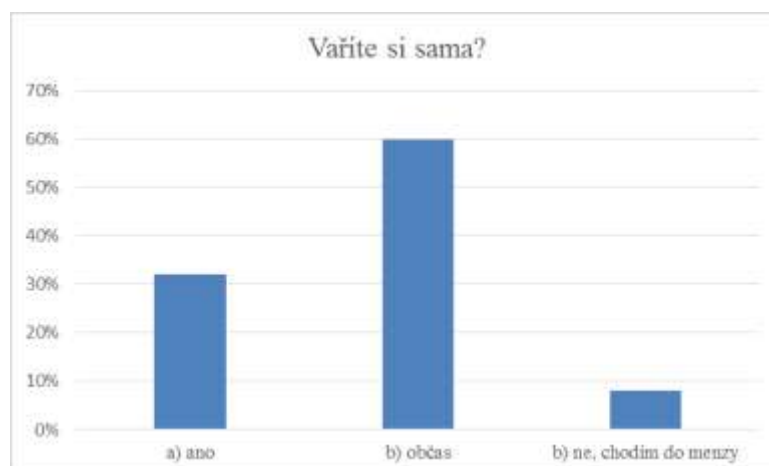
Pravidelné stravování (3 – 5 jídel denně) každý den uvádí 53 % dotázaných, 34 % se stravuje jen občas pravidelně a 13 % se nestravuje pravidelně vůbec (viz Graf 23).

Graf 24 Frekvence stravování



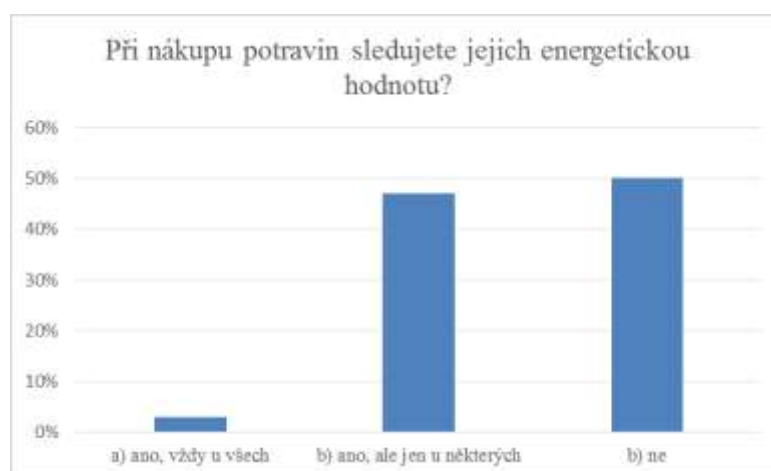
Frekvence stravování je následovná (viz Graf č. 24), 3x denně se stravuje 19 % dotázaných, 4x denně 35 % dotázaných, 5x denně se stravuje 42 % respondentek a 4 % studentek se stravuje v jiné frekvenci, než byla uvedena.

Graf 25 Vaření



Pouze 32 % respondentek si připravuje jídlo doma, 60 % dotázaných si občas vaří a 8 % se stravuje v menze (viz Graf 25).

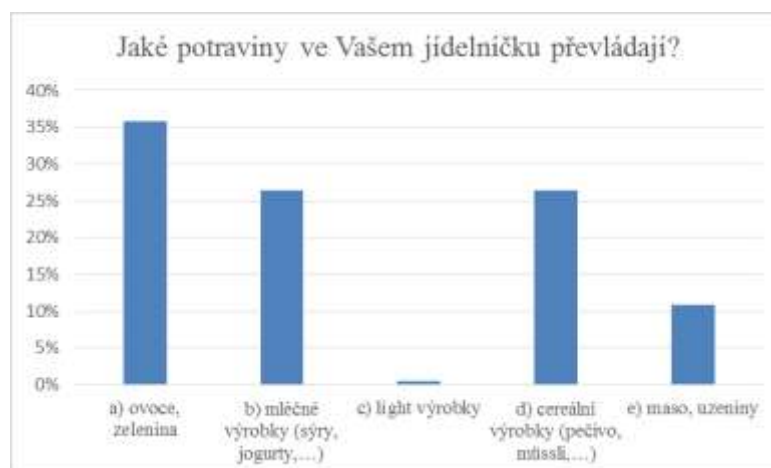
Graf 26 Sledování energetických hodnot u potravin



Energetickou hodnotu u všech potravin sledují 3 % dotázaných, 47 % dotázaných sleduje energetickou hodnotu pouze u některých potravin a zbylých 50 % nesleduje vůbec energetickou hodnotu potravin (viz Graf 26).



Graf 27 Jaká potravinová komodita převládá v jídelníčku



V jídelníčku dotázaných (viz Graf 27) v 36 % případů převládají ovoce a zelenina, u 26 % dotázaných převládají mléčné výrobky či cereální výrobky, maso a uzeniny zaujímají hlavní složku jídelníčku u 11 % respondentek a light výrobky převládají v jídelníčku pouze u 1 % respondentek.

Graf 28 Volný čas



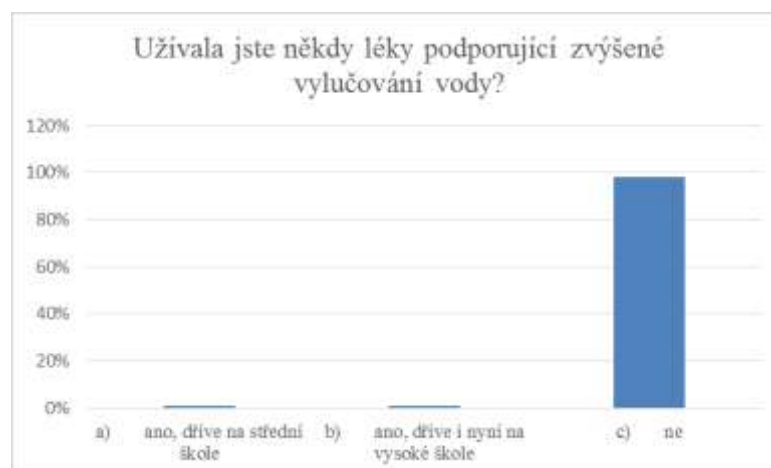
Zajímalo nás také, jak tráví respondentky svůj volný čas (viz Graf 28), nejčastější odpovědí byla studium (44 %), čas strávený s přáteli (34 %), méně častými odpověďmi byly aktivní sport (8 %), čas trávený u počítače (8 %) a v neposlední řadě četba (6 %).

Graf 29 Užívání prostředků na hubnutí

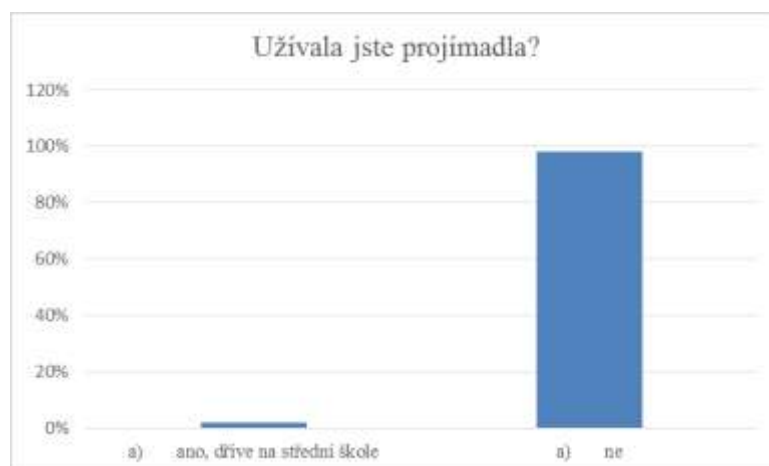


Zjišťovali jsme také, zda respondentky někdy užívaly prostředky na hubnutí (viz Graf 29), 7 % respondentek uvedlo, že užívaly prostředky na hubnutí na střední škole, 6 % jich uvedlo, že užívalo prostředky na hubnutí v minulosti, ale i nyní na vysoké škole, 87 % respondentek nikdy nepoužilo k redukci hmotnosti prostředky na hubnutí.

Graf 30 Abusus diuretik

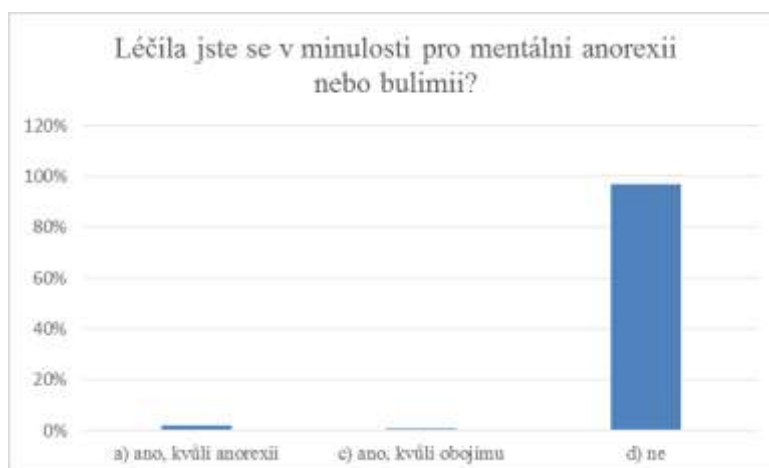


Graf 31 Abusus laxativ



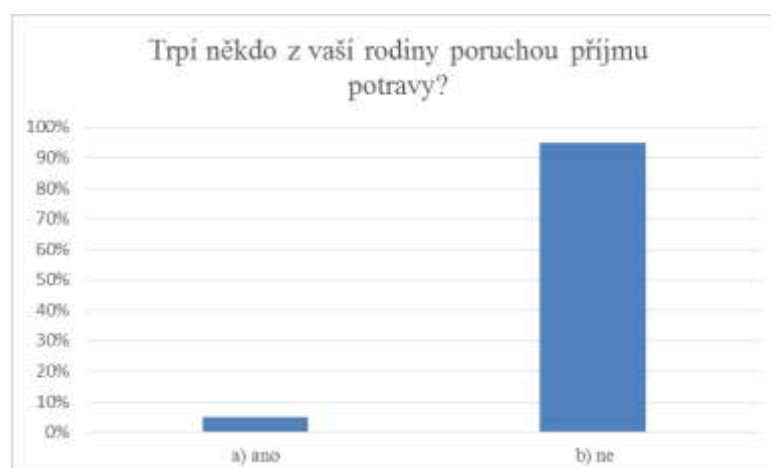
Žádná z respondentek neužívala k redukci hmotnosti či k udržení hmotnosti diuretika (viz Graf 30), pouze 2 % respondentek užívala laxativa na střední škole (viz Graf 31).

Graf 32 Léčba respondentek kvůli PPP



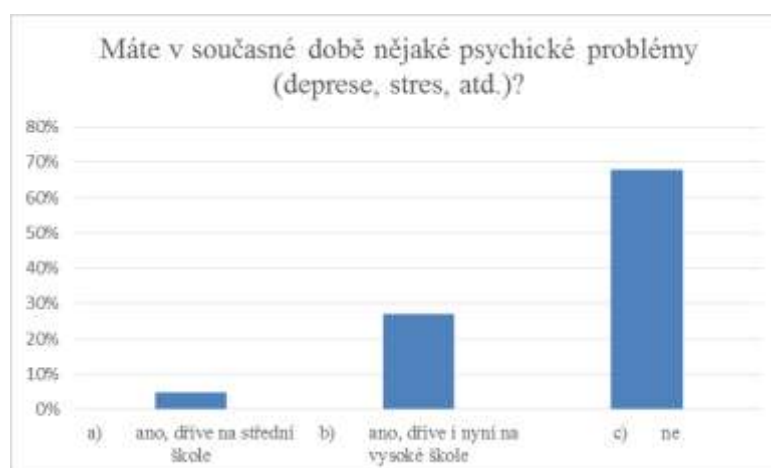
Kvůli poruchám příjmu potravy se léčila 3 % respondentek (viz Graf 32), kvůli anorexii (2 %) a kvůli anorexii a bulimii (1 %).

Graf 33 Výskyt PPP v rodině

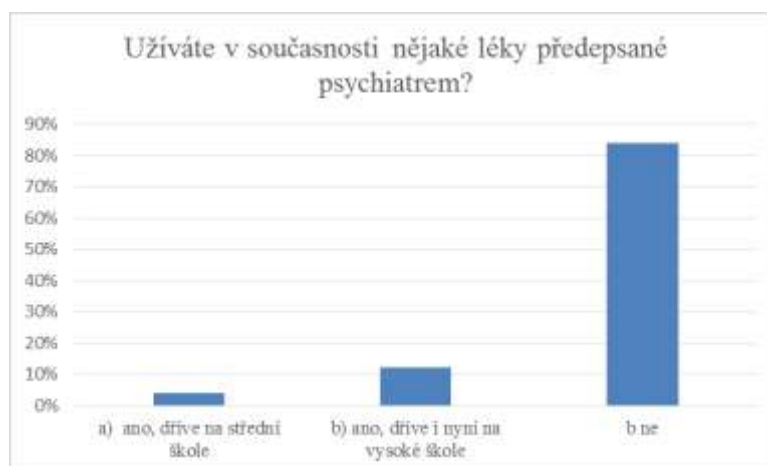


Zjistili jsme, že u 5 % respondentek někdo v rodině trpí poruchami příjmu potravy (viz Graf 33).

Graf 34 Výskyt psychických problémů u respondentek

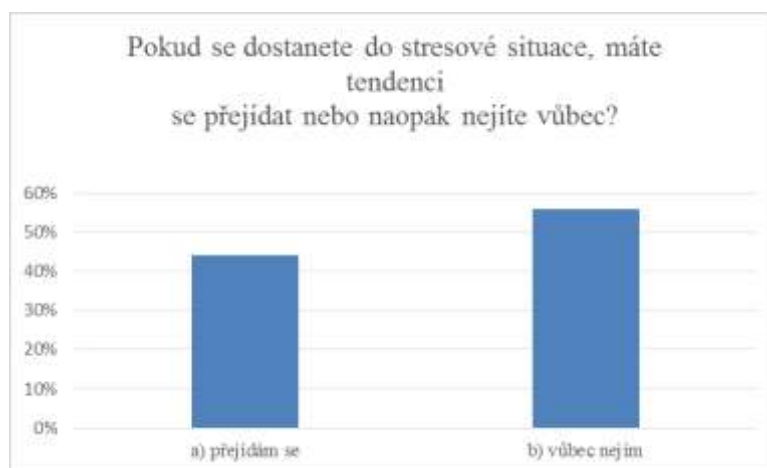


Graf 35 Užívání psychofarmak předepsaných psychiatrem

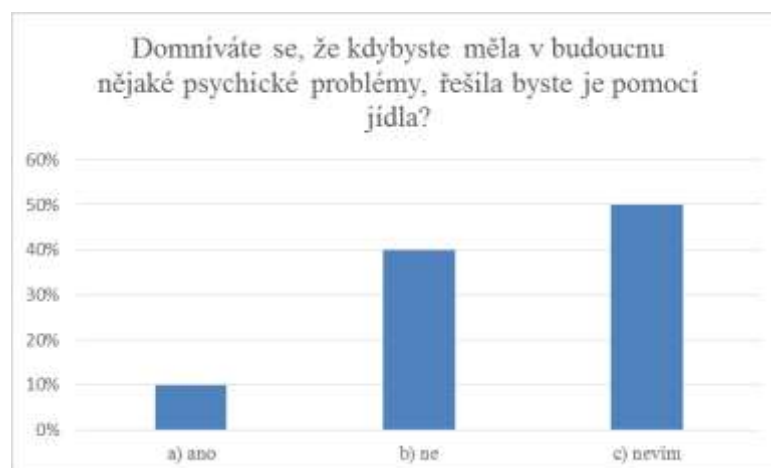


V současnosti i dříve trpí psychickými problémy 27 % dotázaných, 5 % respondentek trpělo psychickými problémy v minulosti na střední škole (viz Graf 34), léky předepsané psychiatrem (viz Graf 35) dříve na střední škole užívala 4 % dotázaných a 12 % dotázaných užívá psychofarmaka i nyní.

Graf 36 Reakce na stress



Graf 37 Řešení psychických potíží jídlem



Ve stresových situacích reaguje 44 % dotázaných přejídáním a 56 % dotázaných ve stresu nejí vůbec (viz Graf 36), pokud by se v budoucnu objevily nějaké psychické problémy (viz Graf 37), tak 10 % respondentek by je řešila pomocí jídla, 40 % respondentek by své problémy jídlem neřešilo a 50 % dotázaných neví, zda by problémy řešily pomocí jídla.

Tabulka 1 Pozorované četnosti spokojenosti s postavou

		Byla jste v minulosti vždy spokojená se svojí postavou?				Celkový součet
		a) určitě ano	b) spíše ano	c) spíše ne	d) určitě ne	
Jste v současnosti spokojená se svojí postavou?	a) určitě ano	1	11			12
	b) spíše ano	3	31	19	5	58
	c) spíše ne	2	5	11	3	21
	d) určitě ne		1	5	3	9
Celkový součet		6	48	35	11	100

Spokojenosti s postavou se týká první průzkumná otázka. Vytvořili jsme si dvě hypotézy.

H0: Spokojenost s postavou v současnosti nezávisí na spokojenosti s postavou v minulosti. H1: Spokojenost s postavou v současnosti závisí na spokojenosti s postavou v minulosti.

Z pozorovaných četností (viz Tab. 1) pomocí Chi-kvadrát testu byla zjištěna hodnota  $p$  (0,030655), která byla nižší než 0,05 (5% hladina významnosti). Z toho vyplývá, že přijímáme alternativní hypotézu, a to, že spokojenost se současnou postavou studentky je závislá na spokojenosti s postavou v minulosti. **ZÁVĚR:** Spokojenost se současnou postavou studentky je závislá na spokojenosti s postavou v minulosti.

Tabulka 2 Pozorované četnosti spokojenosti s hmotností

		Byla jste v minulosti vždy spokojená se svojí váhou?				
		a) určitě ano	b) spíše ano	c) spíše ne	d) určitě ne	Celkový součet
Jste spokojená se svojí současnou váhou?	a) určitě ano	3	11	1		15
	b) spíše ano	2	23	15	2	42
	c) spíše ne	3	12	13	6	34
	d) určitě ne	1		7	1	9
Celkový součet		9	46	36	9	100

Další průzkumná otázka byla, zda jsou studentky spokojené se svojí hmotností. Vytvořili jsme si dvě hypotézy. H0: Spokojenost s hmotností nezávisí na spokojenosti s hmotností v minulosti. H1: Spokojenost s hmotností v současnosti závisí na spokojenosti s hmotností v minulosti. Hypotézy byly testovány pomocí Chi-kvadrát testu, hladina významnosti ( $p = 0,0289213$ ) byla nižší než 0,05, proto přijímáme alternativní hypotézu. V tabulce 2 vidíme pozorované četnosti. ZÁVĚR: Spokojenost s hmotností v současnosti závisí na spokojenosti s hmotností v minulosti.

Tabulka 3 Analýza rozptylu

SUMMARY						
<i>Groups</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>		
LF	27	570,37	21,12481	6,627611		
ostatní	73	1635,95	22,41027	10,78724		
ANOVA						
<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Between Groups	32,56890741	1	32,56891	3,363284	0,0697	3,938111
Within Groups	948,9988686	98	9,683662			
Total	981,567776	99				

Chtěli jsme vědět, zda typ vysoké školy má vliv na hodnoty BMI, vytvořili jsme dvě hypotézy.

H0: Hodnoty BMI nezávisí na typu školy (lékařská fakulta proti ostatním školám). H1: Hodnoty BMI závisí na typu školy (lékařská fakulta proti ostatním školám). Použili jsme analýzu rozptylu ANOVA, protože zkoumáme závislost kvantitativní proměnné (BMI) na kategoričké proměnné (lékařská fakulta proti ostatním

školám). V tabulce 3 je výstup analýzy rozptylu, vidíme průměr, rozptyl ve dvou skupinách, ANOVA se ptá, zda existuje statisticky významný rozdíl proměnné BMI mezi těmito skupinami. P-hodnota F-testu je větší než 0,05 přijímáme  $H_0$ , p-hodnota (p-valeu 0,069) je větší než 0,05, proto přijímáme  $H_0$ . ZÁVĚR: Hodnoty BMI nezávisí na typu školy.

Tabulka 4 Pozorované četnosti spokojenosti se současnou postavou

		LF	ostatní	Celkový součet
1. Jste v současnosti spokojená se svojí postavou?	a) určitě ano	6	6	12
	b) spíše ano	17	41	58
	c) spíše ne	4	17	21
	d) určitě ne		9	9
	Celkový součet	27	73	100

Další průzkumnou otázkou jsme chtěli zjistit, jestli studovaný typ školy má vliv na vnímanou spokojenost s postavou, proto jsme si vytvořili následující hypotézy.  $H_0$  Spokojenost s postavou v současnosti nezávisí na typu školy.  $H_1$ : Spokojenost s postavou v současnosti závisí na typu školy. Ze sledovaných četností (viz Tab. 4) v testu vyšla p-hodnota jako 0,175470438, takže p-hodnota je větší než 0,05 hladina významnosti, proto platí  $H_0$ . ZÁVĚR: Spokojenost s postavou v současnosti nezávisí na typu školy.

Tabulka 5 Tabulka Pozorované četnosti spokojenosti se současnou hmotností

		LF	ostatní	Celkový součet
9. Jste spokojená se svojí současnou váhou?	a) určitě ano	9	6	15
	b) spíše ano	11	31	42
	c) spíše ne	5	29	34
	d) určitě ne	2	7	9
	Celkový součet	27	73	100

Také jsme se ptali, zda spokojenost s tělesnou hmotností souvisí s typem studované školy.  $H_0$ : Spokojenost s hmotností v současnosti nezávisí na typu studované školy.  $H_1$ : Spokojenost s hmotností závisí na typu studované školy. Vypočítaná p-hodnota z pozorovaných četností (viz Tab. 5) byla nižší (0,01165501) než 0,05 hladina významnosti, proto přijímáme  $H_1$ . ZÁVĚR: Spokojenost s hmotností v současnosti závisí na typu studované školy.



Tabulka 6 Průměrné hodnoty měřených údajů

	Max	Průměr	Min
Věk	26,00	21,68	19,00
Tělesná výška	182,00	167,71	150,00
Tělesná hmotnost	96,00	62,18	47,20
BMI	34,38	22,06	17,44
Obvod pasu	72,09	72,09	60,00
Obvod boků	111,50	95,71	78,00
Obvod paže	34,00	25,85	23,00

Z naměřených antropometrických údajů (viz Tab. 6), jsme zjistili, že průměrné hodnoty BMI, obvodů pasu, boků a paže se pohybují v hodnotách normy u všech respondentek.

## 9 DISKUZE

Držení diet se považuje za normální stravovací režim a je součástí života současné společnosti (MALINAUSKAS et al., 2006), (NOVÁK, 2010). Ženy, které jsou tzv. „chronické dietářky“, jsou méně spokojené se svým tělem (NOVÁK, 2010). Malinauska a kol. (2006) ve své studii zjistili, že většina studentek drží dietu a 83 % se vědomě snaží zhubnout nebo kontrolovat tělesnou hmotnost. V našem průzkumu jsme zjistili, že redukční dietu v minulosti drželo pouze 21 % studentek a v současnosti drží dietu 3 %. Narušené stravovací návyky doprovázené zvýšenou snahou udržovat tělesnou hmotnost pomocí nezdravých metod a společně s dietami je toto chování prediktorem poruch příjmu potravy (WHITE et al., 2011). Vzhledem k tomu, že získaná data jsou subjektivní, není vyloučeno, že respondentky nemusely vyplnit dotazník pravdivě.

Když se podíváme na spokojenost s postavou v současnosti, tak výsledky ukazují, že většina jich je se svojí postavou spokojená (80 %). Dále jsme zjistili, že spokojenost se současnou postavou nezávisí na typu studované školy. Jedinci, kteří mají normální tělesnou hmotnost bývají většinou spokojeni se svojí postavou (NOVÁK, 2010), průměrné hodnoty BMI našich respondentek se pohybovaly v pásmu normy (22,0632), v tomto směru se naše zjištění s obecným tvrzením shodují, přesto 29 % dotázaných studentek by chtělo mít štíhlou postavu a většina (64 %) by chtěla mít sportovní postavu.

Průměrné naměřené BMI bylo v normě a většina (57 %) studentek byla se svojí současnou tělesnou hmotností spokojená. Výsledky průzkumu ukazují na to, že spokojenost se současnou hmotností je závislá na typu studované školy. Ze studie vedené Malinauskas a kol. (2006) vyplynulo, že studentky se snažily zhubnout bez ohledu na aktuální tělesnou hmotnost.

Z našeho šetření vyplývá, že 38 % studentek si udržuje tělesnou hmotnost sportem, Malinauskas a kol. (2006) zjistili, že v jejich vzorku si tělesnou hmotnost udržuje 80 % dotázaných sportem.

Berg, Frazier a Sherr (2009) ve svém výzkumu zjistili, že 49 % studentek se přejídá nebo používá kompenzační metody (abusus laxativ, zvracení, excesivní cvičení) aslepoň jednou týdně, přičemž z kompenzačních metod většinou uváděly excesivní cvičení a vynechávání jídla. V našem vzorku 6 % studentek užívalo

v minulosti a stále užívá potravinové doplňky na hubnutí a kvůli udržení hmotnosti se 8 % dotázaných omezuje v jídle.

V našem vzorku převážná většina studentek (53 %) uváděla, že se stravuje pravidelně každý den a jako nejčastější frekvenci stravování uváděly 5x denně s tím, že v jídelníčku 36 % respondentek převládají ovoce se zeleninou.

Zjistili jsme, že 5 % studentek hlásilo výskyt poruch příjmu potravy v rodině, přičemž osobní zkušenost s mentální anorexií mělo 2 % respondentek a s mentální bulimií 1 %. Eisenberg a kol. (2011) ve svém výzkumném vzorku identifikovali 2,2 % studentek s mentální anorexií a 1,7 % s mentální bulimií. Studentky se symptomy poruch příjmu potravy většinou trpí depresemi a jinými psychickými poruchami, většina těchto studentek nevyhledá odbornou pomoc a tudíž ani není adekvátně léčena (EISENBERG et al., 2011).

V našem vzorku v současnosti trpí psychickými potížemi 27 % respondentek a 12 % respondentek užívá léky předepsané psychiatrem. Je zajímavé a zároveň alarmující, že 50 % studentek v našem vzorku neví, zda by v budoucnu řešila své psychické problémy pomocí jídla a 10 % by své problémy rozhodně řešilo jídlem.

## 9.1 Doporučení pro praxi

Vzhledem k tomu, co vyplývá ze zahraničních studií a i v našem malém průzkumném vzorku, by bylo vhodné vytvořit intervenční programy tzv. „šité na míru“ přímo vysokoškolským studentkám.

Narušené stravovací zvyklosti a nespokojenost s tělem jsou takovým varovným signálem, že je důležité dotyčné navrhnout adekvátní intervenci (EISENBERG et al., 2011). Eisenberg et al. (2011) také zjistili, že většina vysokoškolských studentů nevyhledá odbornou pomoc, když má psychické potíže, protože se domnívají, že je to normální součástí vysokoškolského života. Stice et al. (2013) udávají výrazné snížení rizikového chování po absolvování skupinových sezení zaměřených na vnímání vlastního těla v rámci jejich výzkumu.

Ze zdravotníků v první linii záchyty to jsou sestry v ambulancích praktických lékařů, které mohou při běžné návštěvě identifikovat možné riziko u studentky. Sestry by měly rizikovým studentkám doporučit specializovaná zařízení a edukovat je o duševní hygieně. Proto by bylo žádoucí, kdyby v čekárnách praktických lékařů byly informační brožury o prevenci poruch příjmu potravy spolu s kontakty na příslušná

zařízení. Bylo by také žádoucí, kdyby při každé vysoké škole fungovala poradna, která by se specializovala na zvládání stresu a poruchy příjmu potravy u studentů, tak jako to mají zavedené na 3. LF UK.

## ZÁVĚR

Poruchy příjmu potravy v dnešní době se netýkají jen dospívajících dívek, jak vyplývá ze studií a statistik. Problematika poruch příjmu potravy u vysokoškolských studentek velice široká a každá studie, která zkoumala tuto specifickou část populace, se zaměřovala na různé problémy spojené s poruchami příjmu potravy a studenty vysokých škol.

Hlavním cílem našeho průzkumu bylo zmapovat rizikové chování, které by mohlo vést ke vzniku poruch příjmu potravy a tedy i životní styl studentek. Zjistili jsme, že ve většině případů se studentky snaží držet zdravého životního stylu, co se týče stravování a s tím spojené udržování si tělesné hmotnosti. Zarážející je, že i když většinou studentky byly spokojené se svojí postavou i hmotností, přály si mít jinou postavu. Dalším důležitým zjištěním bylo, že 27 % studentek v současnosti trpí psychickými potížemi a 12 % z nich užívá léky předepsané psychiatrem. Také rizikové pro možný budoucí rozvoj poruch příjmu potravy je, že většina studentek neví, zda by v budoucnu řešila jídlem psychické potíže.

Vzhledem k tomu, že náš vzorek byl velice malý a určitě ne všechny studentky předložený dotazník vyplnily pravdivě, se domníváme, že výsledky by mohly být jiné.

Bylo by tedy žádoucí, aby proběhl další průzkum zaměřený na vysokoškolskou populaci, ale ve větším měřítku. Také by se mohly vytvořit intervenční programy zaměřené konkrétně na tuto část populace, aby se nejen snížilo riziko rozvoje poruch příjmu potravy, ale i výskyt psychických potíží, které mohou být spojené se studiem. Nenásilnou formou studentky podpořit ve vyhledání odborné pomoci a jejich okolí informovat, jak identifikovat rizikové chování, a jak být nápomocni při zvládnání nastalých potíží.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADÁMKOVÁ KORBUTHOVÁ, D., 2006. Poruchy přijímání potravy – mentální anorexie (anorexia nervosa). In: *Kontakt*. **8**(2), s. 301-304. ISSN 1212–4117.

ANON, 2016. *Eatig Disorders Statistic*. [online]. [cit. 2015-11-07]. Dostupné z: <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics/>

BEDNÁROVÁ, B., A. YAMAMOTOVÁ a H. PAPEŽOVÁ. 2010. Sebepoškozování u poruch příjmu potravy. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. **106**(3), s. 173-178. ISSN 1212-0383.

BERG, K. C., P. FRAZIER, L. SHERR. 2009. Change in eating disorder attitudes and behavior in college women: Prevalence and predictors. In: *Eating Behaviors*. [online]. **10**(3), s. 137 – 142 [cit. 2001-22-08]. ISSN 1471-0153. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015309000300>

CIRMANOVÁ, V., 2007. Poruchy příjmu potravy se přenášejí do další generace. In: *Medical Tribune*. **3**(10), s. C4. ISSN 1214-8911.

DEMJANENKO, M., J. TOMANOVÁ a H. PAPEŽOVÁ. 2013. Rodinná a vícerodinná terapie poruch příjmu potravy. In: *Psychiatrie pro praxi*. **12**(14) s. B19. ISSN 1213-0508.

DUŠKOVÁ, H., D. PAVLŮ. 2011. Intervenční programy, které mají změnit vztah k tělu u poruch příjmu potravy. In: *Rehabilitácia*. **48**(1), s. 3-9. ISSN 0375-0922.

EISENBERG, D., E. NICKLETT, K. ROEDER, N. KIRZ. 2011. Eating Disorder Symptoms Among College Students: Prevalence, Persistence, Correlates, and Treatment-Seeking. In: *Journal of American College Health*. [online]. **59**(8), s. 700-707 [cit. 2015-17-07]. ISSN 1940-3208. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3721327/>

- FERRIER, A. G., M. P. MARTENS. 2008. Perceived incompetence and disordered eating among college students. In: *Eating Behaviors*. [online]. **9**(1), s. 111 – 119 [cit. 2001-22-08]. ISSN 1471-0153. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015307000359>
- GAJDÁCSOVÁ, J. 2010. Poruchy příjmu potravy. In *Sestra*. **20**(4), s. 73-74. ISSN 1210-0404.
- GUPTA, S. 2014. *The university food fight: Eating disorders boom on college campuses* [online]. [cit. 2015-11-07]. Dostupné z: <http://www.foxnews.com/health/2014/01/27/university-food-fight-eating-disorders-boom-on-college-campuses.html>
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2013. Favorizujeme svobodu jednotlivce nebo ochranu jeho zdraví? In: *Psychiatrie pro praxi*. **12**(14) s. B9. ISSN 1213-0508.
- HUGO, J., M. VOKURKA. 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.
- JAKABOVIČOVÁ, A., L. MAJERNÍKOVÁ. 2009. Mentální anorexie a adolescenti. In: *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství IV: Sborník příspěvků IV. Slezské vědecké konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí konané dne 5.-6. května 2009*. Opava: Fakulta veřejných politik v Opavě, s. 62-65. ISBN 978-80-7248-521-5.
- KOCOURKOVÁ, J. 2013. Psychoterapeutické přístupy v léčbě poruch příjmu potravy. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. **109**(5), s. 264. ISSN 1212-0383.
- KOCOURKOVÁ, J. a J. KOUTEK. 2013. Suicidiální chování u poruch příjmu potravy. In: *Psychiatrie pro praxi*. **12**(14) s. B25. ISSN 1213-0508.
- KOCOURKOVÁ, J. a J. KOUTEK. 2014. Suicidiální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy. In: *Psychiatrie pro praxi*. **15**(2), s. 55-57. ISSN 1213-0508.
- KOHOUT, P. 2010. Nutriční poradenství. In: PAPEŽOVÁ, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, s. 179-186. ISBN 978-80247-2425-6.

- KOUTEK, J., 2011. Poruchy příjmu potravy. In: *Československá pediatrie*. **66**(4), s. 243-248. ISSN 0069-2328.
- KOUTEK, J. 2012. Poruchy příjmu potravy v historii lidstva. In: *Bulletin dětské endokrinologie*. **3**(3), s. 18-19. MK ČR E 19597.
- KRCH, F., 2007. Poruchy příjmu potravy. In: *Medicína pro praxi*. **4**(10), s. 420-422. ISSN 1214-8687.
- KRCH, F., 2008. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. dopl. a přepracované vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2130-9.
- KRCH, F., 2010a. *Mentální anorexie*. 2. přepracované vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.
- KRCH, F. 2010b. Kognitivně-behaviorální terapie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, s. 343-350. ISBN 978-80247-2425-6.
- LEBL, J. 2012. Ikona mentální anorexie. In: *Bulletin dětské endokrinologie*. **3**(3), s. 17-18. MK ČR E 19597.
- MACHOVÁ, J. a H. PAPEŽOVÁ. 2010. Poruchy příjmu potravy a orální zdraví. In: PAPEŽOVÁ, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, s. 262-266. ISBN 978-80247-2425-6.
- MALÁ, E. a S. SMRČKA. 2013. Emoce hnusu u mentální anorexie. In: *Psychiatrie pro praxi*. **12**(14) s. B14. ISSN 1213-0508.
- MALINAUSKAS, B., T. RAEDEKE, V. AEBY, J. SMITH, M. DALLAS. 2006. Dieting practices, weight perceptions, and body composition: A comparison of normal weight, overweight, and obese college females. In: *Nutrition Journal*. [online]. **5**(11). [cit. 2015-14-07]. ISSN 1475-2891. Dostupné z: <http://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2891-5-11>
- MEISNEROVÁ, E. a F. NOVÁK. 2013. Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. In: *Psychiatrie pro praxi*. **12**(14) s. B20. ISSN 1213-0508.



MIERTO VÁ, M., M. ZANOVITÁ. 2011. Nespokojnosť so svojím telom ako rizikový factor porúch príjmu potravy. In: *Teória, výskum a vzdelanie v ošetrovatel'stve: Sbornik prispevků IX. medzinárodné vedecké konferencie*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, s. 247 – 259. ISBN 978-80-89544-00-4.

NĚMEČKOVÁ, P. 2011. Poruchy příjmu potravy. In: *Medicína pro praxi*. **8**(11), s. 459-462. ISSN 1214-8687.

NOVÁK, M. 2007. Přispívají obrazy štíhlých ženských postav v médiích k rozvoji poruch příjmu potravy? In: *Česká a slovenská psychiatrie*. **103**(8), s. 393-401. ISSN 1212-0383.

NOVÁK, M., 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-7204-657-7.

OREL, M. a kol. 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024737379.

PAPEŽOVÁ, H. 2010. Prevence poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, s. 311-315. ISBN 978-80247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, H., 2011. Poruchy příjmu potravy a obezita – rozvoj nových diagnostických a terapeutických přístupů. In: *Postgraduální medicína*. **13**(2), s. 187-192. ISSN 1212-4184.

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

PAPEŽOVÁ, H. 2013. Emoce a poruchy příjmu potravy. In: *Psychiatrie pro praxi*. **12**(14) s. B13-B14. ISSN 1213-0508.

PAPEŽOVÁ, H., 2014a. Poruchy příjmu potravy. In: *Postgraduální medicína*. **16**(6), s. 643-649. ISSN 1212-4184.

PAPEŽOVÁ, H., 2014b. Emoce a poruchy příjmu potravy. In: ROKYTA, R. a C. HÖSCHL. *Emoce v medicíně II a III*. Praha: Mladá fronta, s. 117 – 121. ISBN 978-80-204-3340-4.

PAPEŽOVÁ, H. a P. NOVOTNÁ. 2010. Léčebné program pro poruchy příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, s. 288-310. ISBN 978-80247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, H. a A. YAMAMOTOVÁ. 2010. Estrogeny a poruchy příjmu potravy. In: *Psychiatrie*. **14**(1), s. 30. ISSN 1211-7579.

PAPEŽOVÁ, H., A. YAMAMOTOVÁ, B. BEDNÁROVÁ a S. ŽUCHOVÁ. 2010. Estrogeny a vnímání vlastního těla u poruchy příjmu potravy. In: *Psychiatrie*. **14**(1), s. 30-31. ISSN 1211-7579.

PAŘÍZEK, A., H. PAPEŽOVÁ a P. UHLÍKOVÁ. 2010. Poruchy příjmu potravy a ženský reprodukční systém. In: PAPEŽOVÁ, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, s. 211-222. ISBN 978-80247-2425-6.

PAVLOVÁ, B. 2010a. Epidemiologie poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, s. 25-32. ISBN 978-80247-2425-6.

PAVLOVÁ, B. 2010b. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, s. 36-49. ISBN 978-80247-2425-6.

PEŘINOVÁ, N. 2013. *Nutriční doporučení pro komunikaci s klientem s poruchou příjmu potravy*. Brno: Občanské sdružení Anabell. ISBN 978-80-905436-4-5

PRAŠKO, J., K. LÁTALOVÁ a kol. 2013. Poruchy příjmu potravy. In: PRAŠKO, J., K. LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, s. 678-705. ISBN 978-80-204-2798-4.

STÁRKOVÁ, L. 2011. Poruchy příjmu potravy. In: PRAŠKO, J. a kol. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigris, s. 477 – 485. ISBN 978-80-87323-00-7.

STICE, E., M. BUTRYN, P. ROHDE, H. SHAW, C. MARTI. 2013. An effectiveness trial of a new enhanced dissonance eating disorder prevention program among female college students. In: *Behaviour Research and Therapy*. [online]. **51**(12), s. 862 – 871. [cit. 2015-14-07]. ISSN 0005-7967. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796713001782>

ŠIMŮNKOVÁ, M. 2005. Rozhovor s doc. MUDr. Františkem Faltusem, DrSc.: čtyřicet čtyři let boje proti módnímu trendu. In: *Medical tribune*. **1**(6), s. 8. ISSN 1214-8911.

ŠTECKOVÁ, T., 2007. Hodnocení rodinných vztahů z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií. In: *E-psychologie*. **1**(1), s. 26-35. ISSN 1802-8853.

TOZUN, M., A. UNSAL, U. AYRANCI, G. ARSLAN, D. ARSLANTAS, F. KOC. 2008. Prevalence of eating disorders and risk profile in a group female college students. In: *The Internet Journal of Epidemiology*. [online]. **7**(1). [cit. 2015-14-07]. ISSN 1540-2614. Dostupné z: <http://ispub.com/IJE/7/1/5504#>

TRAPKOVÁ, L., V. CHVÁLA. 2013. Rodinná terapie poruch příjmu potravy na pozadí metafory rodiny jako sociální dělohy – kazuistika. In: *Psychiatrie pro praxi*. **12**(14) s. B18-B19. ISSN 1213-0508.

TRESS, W., J. KRUSE, J. OTT. 2008. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-309-3.

UHER, R. a H. PAPEŽOVÁ. 2010. Mozkové faktory u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, H. a kol. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, s. 62-70. ISBN 978-80247-2425-6.

UHLÍKOVÁ, P. a H. PAPEŽOVÁ. 2010. Reprodukce a poruchy příjmu potravy. In: *Psychiatrie*. **14**(1), s. 32. ISSN 1211-7579.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014. *MKN-10*. [online]. [cit. 2015-14-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2015. *Psychiatrická péče 2013*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-140-3

VÁGNEROVÁ, M., 2008. Poruchy příjmu potravy. In: VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Portál, s. 463–478. ISBN 978-80-7367-414-4.

VRBATOVÁ, N., J. BORŮVKOVÁ. 2010. Efektivita edukačního přístupu v prevenci poruch příjmu potravy. In: *Zdravotnické noviny*. **59**(3), s. 16-19. ISSN 0044-1996.

WHITE, S., J. REYNOLDS-MALEAR and E. CORDERO. 2011. Disordered Eating and the Use of Unhealthy Weight Control Methods in College Students: 1995, 2002, and 2008. In: *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*. [online]. **19**(4), s. 323 – 334 [cit. 2001-22-08]. ISSN 1532-530X. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10640266.2011.584805>

WINGFIELD, N., N. KELLY, K. SERDAR, V. SHIVY, S. MAZZEO. 2011. College student's perceptions of individuals with anorexia and bulimia nervosa. In: *International Journal of Eating Disorders*. [online]. **44**(4), s. 369 – 375 [cit. 2001-22-08]. ISSN 1098-108X. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20824/full>

# PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Rešerše

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O. P. S.**  
**KATEDRA SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ**



Jsem studentkou v oboru všeobecná sestra na Vysoké škole zdravotnické a píši bakalářskou práci na téma Riziko vzniku poruch příjmu potravy u vysokoškolských studentek. Chtěla bych Vás tedy poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé práce. Dotazník je anonymní.

- Věk: a) 19 let  
b) 20 let  
c) 21 let  
d) 22 let  
e) 23 let  
f) 24 let  
g) 25 let  
h) 26 let

Jakou VŠ studujete?

- a) LF  
b) PřF  
c) FF  
d) MFF  
e) FHS  
f) jiná.....

1. Jste v současnosti spokojená se svojí postavou?

- a) určitě ano  
b) spíše ano  
c) spíše ne  
d) určitě ne

2. Byla jste v minulosti vždy spokojená se svojí postavou?

- a) určitě ano  
b) spíše ano  
c) spíše ne  
d) určitě ne

3. Jak byste charakterizovala svoji postavu?

- a) štíhlá  
b) průměrná  
c) silnější  
d) obézní

4. Jaký typ postavy byste chtěla mít?

- a) štíhlá postava  
b) vysportovaná postava  
c) nevádí mi mírná nadváha

5. Jakou postavu má Vaše matka?

- a) štíhlá  
b) průměrná  
c) silnější  
d) obézní

6. Jakou postavu má Váš otec?

- a) štíhlá  
b) průměrná  
c) silnější  
d) obézní

7. Znáte svoji současnou tělesnou hmotnost?

- a) ano  
b) ne

8. Uveďte svoji poslední známou tělesnou hmotnost a výšku:

váha (kg):

.....

výška (cm):

.....

9. Jste spokojená se svojí současnou váhou?

- a) určitě ano  
b) spíše ano  
c) spíše ne  
d) určitě ne

10. Byla jste v minulosti vždy spokojená se svojí váhou?

- a) určitě ano  
b) spíše ano  
c) spíše ne  
d) určitě ne

11. Jak často se vážíte?

- a) každý den  
b) jednou týdně

- c) jednou měsíčně  
d) jednou ročně  
e) nevážím se vůbec
12. Slýcháváte kritiku na svoji postavu?  
a) ano, napište od koho  
.....  
.....  
b) ne
13. Víte, co je to BMI?  
a) ano  
b) ne
14. Víte, v jakých hodnotách by se mělo Vaše BMI pohybovat?  
a) ano, napište  
.....  
.....  
b) ne
15. Víte, kolik procent tělesného tuku byste měla mít, aby Váš organismus normálně fungoval?  
a) ano, napište  
.....  
b) ne
16. Při hodnocení své postavy je pro Vás nejdůležitější:  
a) názor rodiny  
b) názor kamarádů  
c) názor přítele  
d) údaje o ideální postavě z médií (časopisy, televize,...)  
e) vlastní názor
17. Co hlavně děláte pro udržení své váhy?  
a) sportuji  
b) snažím se zdravě stravovat  
c) držím dietu  
d) omezují se v jídle  
e) po každém jídle zvracím  
f) používám projímadla  
g) nic
18. Řešíte v současnosti nebo řešila jste v minulosti své osobní či rodinné problémy pomocí jídla?  
a) ano, v minulosti, na základní škole  
b) ano, v minulosti na střední škole  
c) ano, v současnosti na vysoké škole  
d) ne, nikdy
19. Držela jste někdy redukční dietu?  
a) ano, jednou  
b) ano, opakovaně  
b) ne
20. Držíte v současné době redukční dietu?  
a) ano  
b) ne
21. Jaký máte důvod pro držení redukční diety? (Pokud jste odpověděla záporně na předchozí otázku, tak nevyplňujete.)  
a) nespokojenost s tělesnou hmotností  
b) poznámky blízkého okolí na Vaši postavu  
c) zdravotní problémy
22. Podporovali nebo podporují Vás rodiče v názoru, že byste měla držet redukční dietu?  
a) ano  
b) ne
23. Stravujete se pravidelně (3 – 5 jídel denně)?  
a) ano, každý den  
b) ano, občas  
c) většinou ne
24. Jaká je Vaše nejčastější frekvence stravování? (Počítejte i hlavní jídla - snídaně, oběd,...)  
a) 3x denně  
b) 4x denně  
c) 5x denně  
d) jiná frekvence stravování, uveďte:  
.....
25. Vaříte si sama?  
a) ano  
b) občas  
c) ne, chodím do menzy
26. Při nákupu potravin sledujete jejich energetickou hodnotu?  
a) ano, vždy u všech  
b) ano, ale jen u některých  
b) ne
27. Jaké potraviny ve Vašem jídelníčku převládají?  
a) ovoce, zelenina  
b) mléčné výrobky (sýry, jogurty,...)  
c) light výrobky  
d) cereální výrobky (pečivo, müsli,...)  
e) maso, uzeniny
28. Ve svém volném čase převážně:  
a) studuji  
b) aktivně sportuji

- c) trávím čas u počítače  
d) čtu si pro zábavu  
e) trávím čas s přáteli
29. Užívala jste někdy prostředky na hubnutí?  
a) ano, dříve na střední škole  
b) ano, dříve i nyní na vysoké škole  
c) ne
30. Užívala jste někdy léky podporující zvýšené vylučování vody?  
a) ano, dříve na střední škole  
b) ano, dříve i nyní na vysoké škole  
c) ne
31. Užívala jste projímadla?  
a) ano, dříve na střední škole  
b) ano, dříve i nyní na vysoké škole  
c) ne
32. Léčila jste se v minulosti pro mentální anorexii nebo bulimii?  
a) ano, kvůli anorexii  
b) ano, kvůli bulimii  
c) ano, kvůli obojímu  
d) ne
33. Trpí někdo z vaší rodiny poruchou příjmu potravy?  
a) ano, uveďte:
- b) ne
34. Máte v současné době nějaké psychické problémy (deprese, stres, atd.)?  
a) ano, dříve na střední škole  
b) ano, dříve i nyní na vysoké škole  
c) ne
35. Pokud se dostanete do stresové situace, máte tendenci se přejídat nebo naopak nejíte vůbec?  
a) přejídám se  
b) vůbec nejím
36. Užíváte v současnosti nějaké léky předepsané psychiatrem?  
a) ano, dříve na střední škole  
b) ano, dříve i nyní na vysoké škole, uveďte: .....  
.....  
b) ne
37. Domníváte se, že kdybyste měla v budoucnu nějaké psychické problémy, řešila byste je pomocí jídla?  
a) ano  
b) ne  
c) nevím



**NRIZIKO VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U  
VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTEK**

Blanka Dudová

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy – eating disorders, vysokoškolské studentky – college students, mentální bulimie – bulimia nervosa, mentální anorexie – anorexia nervosa

Časové vymezení: 2005-2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 207 (vysokoškolské práce: 8, knihy: 5, články a příspěvky ve sborníku: 186, abstrakta: 8)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))

- databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))

specializované databáze (Medline, Embase)