

Poruchy příjmu potravy, prevence a následná léčba

Monika Habrovanská

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika HABROVANSKÁ**

Osobní číslo: **H06858**

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

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Poruchy příjmu potravy, prevence a následná léčba**

Zásady pro vypracování:

Stanovení předmětu výzkumu a výzkumné strategie

Zpracování teoretické části práce – teoretická analýza problému, operacionalizace pojmů

Zpracování praktické části – stanovení výzkumné otázky, volba výzkumných metod, vymezení výzkumného vzorku

Provedení výzkumu, vyhodnocení a analýza získaných dat, shrnutí výzkumu

Zpracování závěru vyplývajících z výzkumu

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KRCH,F.D.a kol., **Poruchy příjmu potravy – vymezení terapie.** Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7

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

KRCH,F.D., **Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. 3. doplněné přepracované vydání.** Praha: Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2130-9

KRCH,F.D., MÁLKOVÁ, I., **SOS nadváha.** Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-521-0

LEIBOLD,G., **Mentální anorexie.** Praha: Svobodova, 1995, ISBN 80-205-0499-00

MALONEY,M., KRANZOVÁ, R., **O poruchách příjmu potravy.** Praha: Nakladatelství Lidové Noviny, 1997, ISBN 80-7106-248-0

PAPEŽOVÁ,H., **Bulimia nervosa.** Praha: Psychiatrické centrum, 2003, ISBN 80-85121-81-6

VÁGNEROVÁ,M., **Psychopatologie pro pomáhající profese, rozšířené a přepracované vydání.** Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-802-3

ZVOLSKÝ P. a kolektiv, **Speciální psychiatrie.** Praha: Karolinum, 2003, ISBN 80-7184-203-6

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Hana Včelařová

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

25. ledna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

6. května 2011

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně5.5.2011.....

..........

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce „Poruchy příjmu potravy, prevence a následná léčba“ je zaměřena na problematiku dvou základních forem, mentální anorexii a mentální bulimii. Dále popisuje příčiny jejich vzniku, příznaky, prevenci, léčbu a zdravotní důsledky, které z těchto poruch vyplývají. Praktická část práce je zaměřena na výzkum informovanosti o poruchách příjmu potravy, postojů k nemocným a jídelního chování žáků na ZŠ. Cílem je podat základní informace o problematice poruch příjmu potravy a upozornit na nedostatek primární prevence v této oblasti.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, příčiny, faktory, důsledky, prevence, léčba

ABSTRACT

Bachelor thesis „Eating disorders, prevention and subsequent alteration treatment“ it deals with the issue of the two basic forms, anorexia nervosa and bulimia nervosa. Furthermore, it describes reasons of their origin, symptoms, prevention, treatment and effects on health resulting from the above mentioned disorders. The practical part of this work is focused on investigation of primary school pupils cognization of the basic eating disorders facts, their attitude towards patients and their eating habits. The aim is to give basic information on eating disorders and to accentuate an absence of prevention in this area.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimy nervosa, reasins, factors, incidence, prevention, treatment

Poděkování:

Děkuji své vedoucí bakalářské práce, PhDr. Haně Včelařové, za velmi cenné podněty, připomínky a odborné rady, za laskavost a trpělivost při vedení bakalářské práce.

Motto:

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

Sókratés

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	11
1.1 ROZDĚLENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	12
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE (ANOREXIA MENTALIS - NERVOSA)	13
2.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA, DIAGNOSTIKA A PŘÍZNAKY MA.....	13
2.2 VAROVNÉ SIGNÁLY PRO ROZPOZNÁNÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE	15
2.3 PRŮBĚH MENTÁLNÍ ANOREXIE	17
2.4 DŮSLEDKY NEDOSTATEČNÉ VÝŽIVY	18
2.4.1 Zdravotní důsledky mentální anorexie	19
2.4.2 Psychické a společenské důsledky anorexie.....	19
2.5 KOHO POSTIHUJE MA A JAKÉ JSOU PŘÍČINY VZNIKU.....	20
3 MENTÁLNÍ BULIMIE (BULIMIA NERVOSA)	23
3.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA, DIAGNOSTIKA A PŘÍZNAKY MB.....	23
3.2 PROJEVY MB A JEJÍ PRŮBĚH	25
3.3 ROZŠÍŘENÍ MENTÁLNÍ BULIMIE A PŘÍČINY VZNIKU ONEMOCNĚNÍ.....	26
3.4 DŮSLEDKY A NEBEZPEČÍ MENTÁLNÍ BULIMIE.....	28
3.4.1 Zdravotní důsledky mentální bulimie.....	28
3.4.2 Psychické a společenské důsledky bulimie	29
4 POSTUP PŘI ZJIŠTĚNÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	31
5 PREVENCE VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	32
6 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	33
6.1 PSYCHOTERAPIE	34
6.2 RŮZNÉ DRUHY POMOCI PŘI PPP.....	35
6.3 DRUHY TERAPEUTICKÝCH PŘÍSTUPŮ	36
6.4 ALTERNATIVNÍ A PODPŮRNÉ METODY K SEBEPOZNÁNÍ A OSOBNÍMU RŮSTU	37
6.5 DOPLŇJÍCÍ METODY K PSYCHOTERAPII, KTERÉ LZE K LÉČBĚ POUŽÍVAT.....	37
6.6 ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ SLUŽBY V OBLASTI PPP	40

PRAKTICKÁ ČÁST	41
7 VÝZKUM NA DRUHÉM STUPNI ZŠ VE ZLÍNĚ	42
7.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU.....	42
7.2 METODOLOGIE VÝZKUMU	42
7.3 CÍLE VÝZKUMU	43
7.4 VLASTNÍ ŠETŘENÍ	43
7.5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ	43
7.5.1 Otázky přímo zaměřené na mentální anorexii a bulimii	51
8 SHRNUÍ VÝZKUMU	58
9 NÁVRHY NA ŘEŠENÍ ZJŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ.....	59
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
SEZNAM OBRÁZKŮ	63
SEZNAM TABULEK.....	64
SEZNAM PŘÍLOH.....	65

ÚVOD

O poruchách příjmu potravy již toho bylo publikováno hodně, ale stále nebude tato problematika dostatečně kdy popsitelná, pokud budou neustále nemocní další a další lidé, pokud jim nikdo nebude schopen pomoci, aby měli rádi sami sebe a neumírali v nemocnicích a v léčebnách, protože jim lékaři ani jejich nejbližší nedokáží nabídnout pomoc. Nikdy nebude zbytečné neustále tento rizikový trend připomínat a zdůrazňovat.

Jednou z prostých pravd o poruchách příjmu potravy (jako o tzv. kulturně podmíněných nemocech), je nepřirozený způsob nahlížení dnešní společnosti na ideál krásy. Dnes nás média „masírují“ informacemi, jak by mělo vypadat naše tělo, jak se správně líčit a jak nejmoderněji oblékat. Vnucuje nám ideál krásy, který ovšem v dnešní době představuje velmi štíhlá modelka. Z každodenního tisku novin a časopisů se na nás usmívají krásné, upravené a štíhlé dívky, které mají po boku milujícího partnera, který je jim v životě oporou, jsou úspěšné v práci a jsou šťastné, že shodily pět kilo za deset dnů. Copak se v dnešní době měří hodnota člověka podle toho, kolik váží? Copak recept na úspěch, na šťastnou rodinu, na kariéru v zaměstnání je být hubený? Podle reklamy a časopisů ano!

Snad každá dívka či žena někdy nebyla spokojena s tím jak vypadá. Většina žen má minimálně nějakou část těla, která nespĺňuje jejich ideál představy. Ať jsou to silnější stehna, větší zadeček, kratší nohy, větší či menší prsa.... Zpočátku si myslí, že hubnou na nějakou vysněnou váhu, jenže najednou jim vysněný cíl nestačí, chtějí víc a víc...

Problém však nastává tehdy, jestliže dívky nebo ženy vzhled trápí tak intenzivně, že již nemyslí na nic jiného a neustále se jim honí hlavou, že vypadají „nemožně“. Všechny myšlenky jsou zaměřeny pouze na jídlo. Za vidinou spálených tuků chodí tyto dívky denně cvičit, zkoušejí nejrůznější diety, drží hladovky a pokud si dají něco dobrého, trpí výčitkami, depresemi a nenávidí samy sebe. V takových případech mají jen krůček k tomu, že je opustí „zdravý“ rozum a začnou trpět poruchami příjmu potravy.

U většiny z nich tento psychický zápas s jídlem nepřekročí pomyslnou hranici ohrožující vlastní život. Pokud však vztah k vlastní postavě a jídlu nezvládnou, a touha po štíhlé postavě se jim vymkne z rukou, mohou vážně onemocnět. Jak může dopadnout traumatizující boj o život s jídlem, se autorka snažila nastínit v bakalářské práci.

Cílem autorky bakalářské práce je seznámení čtenářů s poruchami příjmu potravy jako sociálně patologickým jevem, nastínit prevenci a uvést následnou léčbu. Největší pozornost je věnována projevům onemocnění, které jsou nejzávažnější a mohou u nemocných končit i smrtí. Jedná se především o mentální anorexii a mentální bulimii. Dále autorka uvádí možnosti terapie, které dávají postiženým poruchami příjmu potravy šanci začít nový, plnohodnotný život. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaká je informovanost nejvíce ohrožených skupin dospívající mládeže o této problematice. Za tímto účelem byl proveden výzkum dotazníkovým šetřením na druhém stupni základní školy s rozšířenou jazykovou výukou ve Zlíně.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Potrava patří mezi základní biologické potřeby a jídlo je nezbytné pro naše žití a nenahraditelným zdrojem energie. Pokud ovšem začne člověk ve stravě hledat například únik před stresem, samotou, úzkostí nebo obavami a používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů, pak hrozí riziko vzniku poruch příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou spojeny s poruchami postoje rozumového a emočního vztahu k jídlu i s poruchou postoje k vlastnímu tělu, projevující se přílišnou koncentrací na své tělo a typickou neschopností adekvátně zhodnotit rozměry vlastního těla ve srovnání s normou.

Pro jedince s poruchami příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života a stává se jeho hlavní náplní. Jedni drží tak přísné diety, že nakonec váží méně než 85 procent své normální tělesné hmotnosti a doslova umírají hladem. *„Jedná se o mentální anorexii. Jiné přepadají záchvaty přejídání, při kterých během velmi krátké doby sní velké množství jídla, kterého se vzápětí snaží zbavit pročišťováním s pomocí zvracení nebo projímadel. Jedná se o „mentální bulimii“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 7).*

Podle Krcha (2005) můžeme poruchy příjmu potravy nalézt u pacientů s různým organickým onemocněním. Terminologicky však mezi onemocnění s poruchou příjmu potravy zahrnujeme pouze onemocnění psychosomatická. Psychické příznaky a somatické změny se u pacientu s poruchou příjmu potravy vzájemně propojují a potencují. Předpokladem rozvoje těchto onemocnění je větší „zranitelnost“ (vulnerabilita) osobnosti – psychická a biologická, jež je ovlivněna familiárními a kulturními faktory.

„Charakteristickým rysem poruch příjmu potravy jsou poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a k vlastnímu vzhledu. Dochází při nich k deformaci vnímání proporcí vlastního těla, které bývá postiženým jedincem viděno jako rozměrnější“ (Zvolský, 2003, s.124).

Jednotlivé poruchy příjmu potravy se od sebe na první pohled velmi liší. Jednu věc však mají společnou. Neustále nutí člověka myslet na jídlo, tělesnou hmotnost a na dietu. Rodina, přátelé, zájmy, to vše se pro jedince trpící jakoukoliv poruchou příjmu potravy, stává naprosto nedůležitými.

1.1 Rozdělení poruch příjmu potravy

Za nejrozšířenější a nejzávažnější poruchy jsou považovány mentální anorexie a mentální bulimie. Dle názoru autorky této práce je tedy vhodné zabývat se převážně těmito dvěma zmíněnými poruchami.

Pro ucelenější přehled však uvedu rozdělení a definice poruch příjmu potravy jak uvádí poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí / MNK – 10/ (In Krch, 2005)

1. Mentální anorexie (F 50.0)
2. Atypická mentální anorexie (F 50.1)
3. Mentální bulimie (F 50.2)
4. Atypická mentální bulimie (F 50.3)
5. Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F 50.4)
6. Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F 50.5)
7. Jiné poruchy jídla (F 50.8)

Je pravdou, že každá z těchto poruch nutí nemocného být závislým na jídle a na neustálé myšlence na jídlo. Ovšem důvodem poruch příjmu potravy není jídlo samotné, nýbrž zakódovaná touha každého člověka, který poruchou trpí, být naprosto dokonalým. Takový jedinec se této myšlenky nedokáže zbavit a není schopen ji vytěsnit se svého každodenního myšlení. Snaží se působit navenek na své okolí jako člověk, který všechno zvládne, nic ho nepřekvapí, nezaskočí, ví si se vším a v každé situaci rady, vždy se snaží vypadat upraveně a působit sebejistě. Je to ovšem jen taková maska, kterou musí dříve nebo později sundat, protože uvnitř je pouhou hromádkou neštěstí, vyčerpanosti a unavenosti z toho, jak ve své hlavě neustále slyší: „Ty musíš naprosto všechno dokonale, včas, bez chyby a nejprecizněji zvládnout. A ty to přece dokážeš! Nejsi žádný slaboch! Ty musíš!“

Poruchy příjmu potravy jsou zdraví velmi nebezpečné a nejsou-li léčeny včas, mohou nakonec způsobit metabolický rozvrat a v nejhorších případech mohou končit i smrtí.

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE (ANOREXIA MENTALIS - NERVOSA)

„Slovo anorexia pochází z řečtiny a sestává z předpony a (ve smyslu ne-, bez-) a ze slova orexie (chuť k jídlu, žádostivost, snaha), znamená tedy snížený nebo scházející popud pro příjem potravy, zjednodušeně – nedostatek chuti k jídlu“ (Leibold, 1995, s. 64).

2.1 Základní charakteristika, diagnostika a příznaky MA

„Mentální anorexie je především chorobný strach z tloušťky a z jídla. Může mít různé podoby, jako je strach, že budete do nekonečna přibývat na váze, strach ze sladkostí, strach snídat, strach víc jíst nebo strach mít plný žaludek. Jako každý jiný strach roste i strach z tloušťky s pozorností, kterou mu věnujete, a s kroky, o které před ním ustupujete. Když se ze strachu z tloušťky nenajíte, zítra vás hlad o to víc vyděsí. O to víc budete myslet na jídlo, o to víc záruk budete vyžadovat, že nepřiberete. Pocit úlevy spojený s vyhnutím se tomu, čeho se bojíte, zvyšuje riziko návyku“ (Krch, 2002, s. 32-33).

Anorektičky úmyslně snižují svou tělesnou hmotnost, ale neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství nebo oslabení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění. Snížení tělesné hmotnosti si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá projímadla nebo nějaké jiné prostředky na zhubnutí.

Podle Krcha (2002) lze shrnout pro určení diagnózy MA do tří základních znaků:

1. aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85% normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI):
index tělesné hmotnosti = tělesná váha (kg) / tělesná výška (m²)
2. strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost
3. u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormon. přípravky

Široký tým předních lékařských odborníků vybraných Britskou lékařskou společností uvádí, že anorexia nervosa postihuje nečastěji dospívající dívky a mladé dospělé ženy, zejména pak z určitých rizikových skupin. V populaci jako celku je incidence 1:100 000, mezi dospívajícími dívkami ze středních tříd 1:100, a mezi mladými modelkami, baletkami či atletkami dokonce 1:20. U mužů se toto onemocnění objevuje jen zcela výjimečně. Řada postižených pochází z výrazně skloubených rodin a má úzký vztah k jednomu z rodičů. Uvádějí, že některé pacientky se až chorobně chtějí líbit a mají tendenci měnit své návyky až k posedlosti (The British Medical Association, 1998).

Podle některých názorů považují lidé trpící anorexií dodržování diety za způsob kontroly nad vlastním životem. Zdá se, jako by nechtěli dospět a toužili si zachovat svou dětskou podobu. Podle některých odborníků je anorexie ve skutečnosti fobií z přibývání na váze a obezity. Jiné názory označují anorexii spíše za symptom, přičemž základním onemocněním může být deprese, porucha osobnosti nebo schizofrenie. Hmotnostní změny související s úbytky hmotnosti a vymizením menstruace vedou některé odborníky k tomu, aby považovali anorexii za somatické onemocnění vyvolané poruchou hypothalamu, český ekvivalent podhrbolí, je částí mozku, která řídí pocity hladu a žízně, reguluje tělesnou teplotu a podílí se na kontrole emocí a sexuální aktivitě (The British Medical Association, 1998).

Nejzřetelnějším příznakem onemocnění je extrémní vychrtllost v důsledku ztráty nejméně 2/3 tělesné hmotnosti. V prvních stádiích onemocnění je pro postižené typická hyperaktivita, pocit zaneprázdněnosti a ustavičný pohyb. S postupujícími ztrátami hmotnosti se dostavuje únava a slabost, vysychá kůže, roste jemné chmíří a ztenčují se vlasy. Většina osob trpící mentální anorexií jí pouze velmi málo a je v jídle velmi vybíravá. Pokud se výjimečně najedí dosyta, navozují si vzápětí zvracení a užívají laxancia nebo diuretika (léky k vyprazdňování střev, které pomáhají organismu zbavit se nadbytečné tekutiny zvýšením jejího objemu vylučovaného močí) k dosažení váhového úbytku (The British Medical Association, 1998).

Příčinou tohoto paradoxního jednání je skutečnost, že často i přes neochotu připustit si to, trpí pocitem intenzivního hladu. Myšlenky na stravu a tělesnou hmotnost dosahují extrémního stupně. Postižení mají zkreslenou představu o vlastním těle a připadají si slnější, než ve skutečnosti jsou. Někdy se k chorobě připojuje nadužívání některých léků nebo alkoholu (The British Medical Association, 1998).

Anorexia nervosa je podle Zvolského (1998) z hlediska psychiatrie charakterizována formami jednání, které jsou cíleny na snížení tělesné hmotnosti. Základními příznaky jsou chorobný strach ze ztloustnutí, odmítání jídla, které vedou postupně ke ztrátě chuti k jídlu a pocitu hladu, postupné snižování tělesné hmotnosti vyúsťující až do extrémního hubnutí, narušeného vnímání schématu vlastního těla, naprostá nekritičnost k vlastnímu tělesnému vzhledu a zdravotnímu stavu. Dále pak zatajování potíží, sklon ke lhavosti, podvádění, krádežím (zejména potravin). Chorobnost strachu z tloušťky u těchto pacientů spočívá v tom, že na rozdíl od jedinců, kteří se rozhodli zhubnout a mají pocit uspokojení, když se jim to daří, u nemocných s mentální anorexií strach ze ztloustnutí nemizí ani při značném hmotnostním poklesu, nýbrž přetrvává a pocit uspokojení se nedostavuje. Odmítání jídla má aktivní charakter a je doprovázeno obavami z následného přejídání. Menstruační cyklus se u většiny pacientek obnovuje teprve tehdy, došlo-li k trvalejší normalizaci hmotnosti.

Z psychosomatických příznaků pozorujeme nejčastěji fobické, depresivní, hysterické a obsedantní. Ze somatických to bývá nápadné vyhubnutí, suchá, vrásčitá a bledá pokožka, lagunovité ochlupení, vypadávání vlasů, defektivní chrup. Tělesná teplota, puls a krevní tlak bývají sníženy. Anorektičky nesnáší chlad a objevují se jim edémy neboli otoky (abnormální nahromadění tekutin v tělesných tkáních). Postupně dochází k metabolickému rozvratu a k poruše ledvinových funkcí (Zvolský, 1998).

2.2 Varovné signály pro rozpoznání mentální anorexie

Abychom předčasně nevyvolávali paniku u člověka, který se snaží o snížení tělesné hmotnosti při zdraví neškodném omezení přísunu potravy a nedávali mu ihned nálepkou, že trpí mentální anorexií, ale zároveň tuto zákeřnou a nebezpečnou nemoc dokázali rozeznat včas, je třeba znát signály, které napovídají o rozvíjející se či probíhající MA.

Jak tedy rozpoznáme mentální anorexii? Podle Krcha (2002) :

- Mění se jídelníček, ze kterého mizí nejprve jídla, která jsou považována za energicky příliš vydatná nebo „ nezdravá“. Anorektičky nejprve vynechávají sladkosti a tučná jídla. Zákaz je postupně rozšiřován na další jídla, jako je bílé pečivo, knedlíky, maso..., až nakonec zbudou jen dietní „ light“ potraviny.
- Mění se jídelní režim. Nemocní si důsledně neberou nic, co by bylo „ navíc“, pod různými záminkami mizí i hlavní jídla.
- Jídelní změny jsou dodržovány se stále větší důsledností a obhajovány se stále větší rafinovaností. Na jídlo najednou není čas ani chuť, přibývá výmluv a podvodů kolem jídla. Anorektičky ráno uvádí, že nejsou zvyklé jíst, nebo že nemají čas a večer jsou většinou už po večeři.
- Při jídle se úzkostlivě srovnávají s ostatními, vyžadují, aby měly co nejméně. Často hodně žvýkají žvýkačky, uždibují a kouří.
- Mění se jejich jídelní tempo a chování. Jedí velmi pomalu a obřadně, v jídle se nimrají, dlouho si je prohlížejí, vybírají, co nesnědí, potraviny si dělí na miniaturní kousky, jídlo jim trvá tak dlouho, že se pak opravdu nestihnou najíst. Trvají na tom, že si musí jídlo „vychutnat“ nebo „jíst v klidu“, což znamená, že například ujídají jeden malý jogurt miniaturní lžičkou 20 minut.
- Mění se jejich chuť, někdy hodně solí, pijí kávu a snadno se jim udělá po něčem špatně. Někdy hodně pijí (zapíjejí tak hlad), jindy nepijí vůbec, až jim hrozí dehydratace.
- Vyhýbají se jídlu ve společnosti, přecitlivěle reagují na to, když je někdo sleduje při jídle nebo například mlaská. Připravují si pro sebe jiné, méně vydatné jídlo. Když jedí, vypadají napjatě, strnule a vyděšeně. Snadno se cítí přejedené a mluví o tom, kolik toho snědly. Jablka jsou najednou obrovská a rohlík se nedá sníst, jak je vydatný.
- Často vzrůstá jejich aktivita, neustále někde pobíhají, mají potřebu něco dělat, chtějí si „dát do těla“, zpotit se. Dokážou například chodit mnohakilometrové vzdálenosti pěšky, posilovat několik hodin nebo být při cvičení v neprodyšném oblečení. Nedokážou se uvolnit a jen tak sedět. Zhoršuje se jejich schopnost soustředit se na učení. S rostoucí podvýživou může přijít únava, apatie a vyčerpanost.

- Příliš se zaobírají svojí postavou a tělesnou hmotností. Postávají před zrcadlem a neustále se váží nebo se naopak váže se strachem vyhýbají. Zahajují se do volných šatů nebo naopak nosí oblečení, které umožňuje předvádět jejich plochou a vyhublou postavu. Často mluví o jídle nebo se naopak této tématice přehnaně vyhýbají.
- Ze zdravotních obtíží se nejprve objevuje zácpa, porucha menstruačního cyklu a zimomřivost. Vypadávají jim vlasy, kazí se pleť a po těle se jim objevují jemné chloupky.
- První zhubnutí je zpravidla spojeno se vzrůstem sebevědomí a zlepšením nálady. V této době bývají nemocní velmi aktivní a společenští. Postupně se však soustředují stále více na sebe, svoje tělo a jídlo.
- Začínají se vyhýbat přátelům i rodině, uzavírají se do sebe. Vzrůstá jejich přecitlivělost a podrážděnost, zhoršuje se jim nálada.
- Na tlak donutit je jíst reagují anorektičky většinou kategorickým odporem. Vyhrožují, emočně vydírají a na každý argument mají své protiargumenty. Dokážou hodiny mluvit o tom, jak se cítí nafouklé, probírat jídelníček a svoje pocity. Když jsou nuceny jíst, snaží se podvádět. Někdy podvádějí také proto, aby „uklidnily“ rodiče.

Podle Maloneye, Kranzové (1997) anorektčka, která dosáhne takové vyhublosti, že se stává středem pozornosti vyděšených přátel a rodiny, kteří se jí snaží přimět k jídlu a zachránit jí život, takovou pozornost v podstatě vítá. Může mít pocit, že dokáže ovládat ostatní, což se jí nikdy před tím nepovedlo. Najednou se z ní stane člověk, který má vliv a kterému se ostatní snaží vyjít vstříc. Připadá si statečná a hrdinská, jako by mohla dokázat věci, které by jí ostatní mohli jen závidět.

2.3 Průběh mentální anorexie

Pokud nejsme dobře informováni o varovných signálech této zákeřné nemoci, může se nám nemocný jevit zpočátku jako člověk, který má pevnou vůli, je ctizádostivý, aktivní a můžeme ho dokonce svým způsobem obdivovat pro jeho „ukázněnost“ ve stravování, pro jeho zájem o zdravý životní styl a jeho pevnou vůli pravidelně sportovat. V počínajícím období rozvíjející se choroby, bývají pacientky neuvěřitelně čilé a oplývají záviděníhodným sebevědomím. Bohužel je to jen dočasný a přechodný stav do stavu absolutní vyčerpanosti, skleslosti, unavenosti a ztrátě energie. Rozvoj obtíží bývá velmi pozvolný a plynulý.

Myšlenky na jídlo a nutkání jíst postupně přechází v křečovitou sebekontrolu a ta potom, v souladu se stupněm podvýživy, v unavenou apatii. Nakonec anorektičkám ubývá energie a zájem o jídlo a tělesný vzhled. Současně vzrůstá zájem o vlastní osobu a problémy a začíná převažovat sebelítost. To se samozřejmě projevuje i ve vztahu s ostatními lidmi, doma, mezi kamarády i v práci. Největší uspokojení nacházejí v tom, že se vyhnou jídlu, že vydávají energii nebo že nepřibírají a to i v případě, že již přibrat chtějí (Krch, 2002).

Mentální anorexie vede stejně jako toxikomanie k vážným psychickým a sociálním problémům. Nemocný se společensky izoluje, pocity nadřazenosti se abnormálně vystupňovávají, má euforické stavy, které se střídají s depresivními stavy, s pocity viny, hanby a selhání. Tyto problémy se v průběhu nemoci mohou stát natolik závažnými, že někteří pacienti vidí pro sebe východisko v pokusu o sebevraždu (Leibold, 1995).

Ať již je spouštěčem valící se laviny zvané mentální anorexie cokoliv, symptomy, průběh a následné zdravotní problémy jsou u všech pacientů stejné.

2.4 Důsledky nedostatečné výživy

Zdravotní následky anorexie jsou stejné jako při hladovění, protože tělo nedokáže rozlišit, zda jde o hladovění dobrovolné nebo zda je způsobeno nedostatkem potravy. Reaguje tedy naprosto stejně, bez ohledu na to, co je příčinou nedostatku potravy. Podvýživa a dlouhodobé hladovění jsou spojeny s tělesným i psychickým utrpením a mohou skončit i smrtí.

2.4.1 Zdravotní důsledky mentální anorexie

Jak uvádí ve své publikaci Krch (2002), jsou to především :

- zvýšená citlivost na chlad a nebezpečí podchlazení
- suchá, zažloutlá, praskající pleť, vypadávání vlasů, zvýšený růst ochlupení po těle
- zvýšená kazivost zubů, nemocným se snadno dělají modřiny
- zpomalení funkce střev – zácpa
- chudokrevnost, pomalý pulz, hypoglykémie, nízký krevní tlak a omdlévání
- zvýšená hladina cholesterolu v krvi
- celková únavnost a svalová slabost
- nespavost, ale i různé poruchy spánku, přecitlivělost na světlo a zvuky
- nepravidelná menstruace, snížení činnosti pohlavních orgánů a oslabení zájmu o sex
- poruchy funkce ledvin, slabý močový měchýř a častější nucení na močení
- nedostatek živin poškozuje játra, která nejsou schopna vyrábět dostatek bílkovin
- odvápnění kostí, které jsou tenké a křehké, oslabení celkové obranyschopnosti organismu
- u některých pacientek se vyskytují poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění, bolesti hlavy
- u mladých dívek se může zpomalit růst a opozdit puberta

2.4.2 Psychické a společenské důsledky anorexie

- nálada je nadměrně závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly. Zpočátku bývají anorektičky velmi aktivní a živé, s postupující vyhublostí nebo naopak, když jsou donuceny jíst, je jejich nálada pokleslá, depresivní a podrážděná
- namísto posílení sebevědomí přibývá nejistoty a úzkostných prožitků
- vzrůstá potřeba úzkostné sebekontroly, která se přenáší z jídla i na jiné oblasti života. Potřeba mít všechno srovnané může být spojena i se zvýšenou aktivitou.
- v myšlenkách se neustále zabývají jídlem, roste nutkání přejídat se a chuť na sladké nebo naopak nechut k jídlu. Prožitky spojené s jídlem mohou být přehnaně dramatické.

- nemocní se přestávají orientovat ve svých vnitřních pocitech, zejména když jsou vázány na jídlo. Pocity hladu, sytosti nebo chuti ztrácí svoji regulační funkci.
- zhoršuje se celková intelektová výkonnost, koncentrace pozornosti, pracovní tempo
- posiluje se závislost nemocného na okolí, které na jeho problémy reaguje zvýšenou úzkostí a obavami a neumožňuje mu tak přiměřenou sociální zpětnou vazbu a vyprávění
- snižuje se zájem o okolí, vzrůstá egocentrismus, vztahovačnost, přibývají konflikty (Krch, 2002)

Nejsmutnější na tomto onemocnění je skutečnost, že i přes všechny prosby, slzy a tlaky blízkých a okolí, si pacientky i při své vyhublosti, připadají stále tlusté a onen očekávaný pocit blaženosti a spokojenosti se svým tělem se stále nedostavuje. Proto se jakákoliv snaha přesvědčit nemocného o jeho nesmyslném počínání, mívá účinkem. Naopak to mnohdy dožene anorektičky ke lhaní a podvádění ohledně stravování.

Že se nám, zdravým jedincům, takové počínání zdá nepochopitelné? Že jsme přesvědčení, že přece není nic jednoduššího, než-li se pořádně najíst? Ano, pro zdravého člověka je to samozřejmá každodenní potřeba o které ani moc nepřemýšlí. Ovšem na těchto řádcích nemluvíme o zdravém člověku, ale o smrtelné chorobě zvané mentální anorexie!

Pojďme se společně podívat, z jakých důvodů tato nemoc vzniká a koho postihuje.

2.5 Koho postihuje MA a jaké jsou příčiny vzniku

„Rozšíření mentální anorexie v České republice je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde postihuje přibližně jednu dívku z dvou set (0,5-0,8 %). Určité příznaky se však mohou vyskytnout až u 6% dívek na konci puberty“ (Krch, 2002, s. 52).

V ČR bylo zaznamenáno více než 1100 nových případů mentální anorexie za rok 2008 a bulimie o 400 případů méně. Vést statistiky je ovšem složité, protože je mnoho pacientů, kteří trpí nejdříve jednou a následně druhou z uvedených nemocí (www.prozeny.cz).

Ze stejného zdroje (www.prozeny.cz) se můžeme dozvědět nejnovější a zajímavé zjištění, a tím je fakt, že anorexie už není jen výhradně dívčí nemocí. Mladíků, kteří se trápí nadbytečnými kily, přibývá a stejně tak přibývá i mužů hospitalizovaných s poruchou příjmu potravy. Mentální anorexií či bulimií dnes trpí přes 6 procent populace. Poměr mužů a žen je asi 1:10. V případě asi třetiny pacientů se onemocnění stává chronickým a nemoc narušuje psychický, sociální i profesionální život postižených.

Maloney, Kranzová (1997) uvádějí, že příčinou anorexie může být rozpor mezi zdáním a realitou. Z hlediska materiálního má anorektička všeho dostatek, ale emocionálně může strádat a být deprimovaná. Vyrůstá většinou v rodině, která mívá nerealisticky vysoké nároky. Je milována a hýčkána za vynikající výsledky, za dobré známky, za poslušné a milé chování. Tu samou lásku, pochvalu a spokojenost ovšem necítí, je-li zklamaná, nešťastná, rozzlobená a není-li zrovna tak úspěšná holčička, jak by si rodiče přáli. Je tedy zcela pochopitelné, že takové děti bývají neustále pod obrovským tlakem, protože mají být ve všem dokonalé a k tomu cítí ještě strach rodičů z neúspěchu. V tomto kontextu je tedy pravděpodobné, že si takovéto dívky volí anorexiu jako soutěž v odmítání jídla, ve které určitě s náskokem zvítězí.

Jednoznačná příčina vzniku této choroby ovšem neexistuje. Podle Krcha (1999) jsou však zaznamenány různé faktory, které se na vzniku MA podílejí. Jsou to bio-psycho-sociální faktory. Biologické faktory ovlivnit nemůžeme, ale je možné působit na faktory psychické a především v rámci prevence na faktory sociokulturní.

- biologické faktory - jedná se o ženské pohlaví, menstruační cyklus, puberta a s ní spojená emoční labilita a vnitřní nejistota
- sociální a kulturní faktory - rychle se měnící kultura, módní ideál, negativní vliv reklamy a medií, předpojatost společnosti vůči obézním, tlak na ženy v souvislosti s profesí či sportovní kariérou (balet, gymnastika, tanec)
- životní události - narážky na tělesný vzhled, problémy v rodině, sexuální zneužívání, nemoc, odloučení od rodiny atd.
- rodinné a genetické faktory - výskyt anorexie v rodině, obtěžující, dominantní, slabý, pasivní otec, udržující si emoční odstup
- emocionální faktory - depresivní a úzkostné příznaky
- osobnost a další psychické charakteristiky - zaměření na úspěch, dodržování společenských norem a rodičovských hodnot, chybějící nezávislá vůle, negativní sebehodnocení, rigidita, perfekcionismus, intelekt spíše k nadprůměru

3 MENTÁLNÍ BULIMIE (BULIMIA NERVOSA)

Název bulimie je odvozen od dvou řeckých slov: bous, což znamená „kráva“ nebo „vůl“, a bimos, které znamenají „hlad“ nebo „hladomor“. Jak jméno naznačuje, bulimie je porucha, při které nemocní pociťují obrovský hlad, téměř stejný, jako kdyby hladověli v období hladomoru. Snaží se hlad utišit tím, že konzumují nadměrné množství potravy. Někdy snědí najednou i desetkrát více než je běžná porce. A následně, v zoufalé úzkosti, aby neztloustli, se přinutí nefyziologickým způsobem jídla zbavit (Maloney, Kranzová, 1997).

3.1 Základní charakteristika, diagnostika a příznaky MB

Podle Vágnerové (2004) je mentální bulimie charakteristická nutkavou, vůlí neovladatelnou touhou po jídle, až závislostí na jídle. Nemocný není schopen své opakované záchvatové přejídání ovládat a jí i přesto, že nepociťuje hlad, jen nutkání k jídlu. V záchvatu sní neuvěřitelné množství potravy a z tohoto důvodu bývá bulimie finančně náročná a některé nemocné dožene až k podvodům a krádežím na nákupy potřebného množství jídla. Následný strach ze ztloustnutí dožene postižené ke zbavení se potravy zvracením či použitím projímadel.

Krch (2008) uvádí, že mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. K určení diagnózy mentální bulimie je třeba tří základních znaků:

1. Opakující se epizody přejídání. Subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem je důležitějším příznakem přejídání než zkonsumované množství. Navyklé, opakované zvracení většinou vede ke konzumaci stále většího množství jídla.
2. Opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolaného zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění zahrnuje také opakující se hladovky a nadměrné cvičení. Pro diagnózu mentální bulimie tedy není nezbytné zvracení nebo užívání projímadel.
3. Přítomnost charakteristického nadměrného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. V závislosti na těchto hodnotách se pohybuje i sebehodnocení nemocného.

Lidé trpící bulimií bývají obvykle úspěšní v práci, ve studiu i ve společnosti. Na jejich zevnějšku a chování nemusí být vidět žádné známky poruchy příjmu potravy. Na rozdíl od anorektiček, které působí křehkým dojmem, se snaží vypadat jako dokonalí lidé, proto mnohem více kontrolují svou váhu a vzhled (Maloney, Kranzová, 1997).

Bulimia nervosa je podle Zvolského (1998) z hlediska psychiatrie charakterizována jako rychlá konzumace velkého množství jídla v malých časových intervalech, obvykle kratších než dvě hodiny. Pro diagnózu musí být přítomny podle klasifikace DSDM-IV (Diagnostický a statický manuál Americké psychiatrické asociace) nejméně tři z těchto znaků:

1. konzumace vysokokalorické a snadno stravitelné potravy během záchvatu přejídání
2. nenápadné požívání jídla během záchvatu
3. zakončení záchvatového přejídání bolestmi v břiše, spánkem, přerušáním sociálních kontaktů nebo samonavozovaným zvracením
4. opakované pokusy snížit hmotnost pomocí drastických diet, zvracením nebo užíváním projímadel či diuretik
5. časté hmotnostní výkyvy větší než 5 kg, depresivní nálada, sebeodsuzování, které následuje po přejedení a strach, že nebudou schopni svou vůli jedení zastavit.

Bulimici trpí rozpolcenou osobností: na jedné straně pro ně neexistuje důležitější životní smysl než si udržet svoji štíhlou linii, s níž nejsou nikdy spokojeni, i když už mají lehkou podváhu, a na druhé straně je opětovně přepadají záchvaty žravosti, proti nimž jsou bezmocní. Musí jíst a většinou dávají přednost potravinám obzvlášť bohatým na kalorie, a to v obrovských množstvích. Není žádnou výjimkou, když během takového záchvatu žravosti zhltnou 8 000 až 10 000, ba dokonce 15 000 až 20 000 kalorií. To je množství, které za normálních okolností nelze pozřít. Při tom jsou konzumovány především tučné, sladké pokrmy bez výběru a bez ohledu na chuť, jako například celé klobásy a sýr s vysokým obsahem tuku, smetana, dorty nebo dokonce samotné máslo. Obžerství končí teprve tehdy, když už se do žaludku nic nevejde (Leibold, 1995) .

Čím se vlastně vyprovokuje tak nezvladatelná „žravost“? Leibold (1995) uvádí, že pacienti nehledají v jídle žádné potěšení jako labužníci. Jsou jen poslušní svému vnitřnímu nutkání.

Někdy je záchvat vyvolán strachem, depresí, zklamáním, osamělostí nebo nudou. Po záchvatu žravosti musejí stejně nutkavě jídlo vyzvracet. Pacienti dráždí stěnu jícnu prsty, až se jim podaří zkonsumované jídlo téměř úplně odstranit. Vyprazdňují se většinou tajně na toaletách, protože se za to stydí. Pocit hanby a viny může opět vyvolat nový záchvat žravosti, jindy mají postižení na nějaký čas pokoj.

Jedinci trpící bulimií mají mnohé osobnostní rysy společné a typické pro nemocné s jakoukoli poruchou příjmu potravy. Jedná se především o nízké sebehodnocení, nejistotu a závislost na názoru jiných lidí, které se projevuje v úsilí dosáhnout sociokulturně žádané normy. „*Pro nemocné s převažující bulimií je typická impulzivita a neschopnost sebeovládání*“ (Vágnerová, 2004, s.475).

3.2 Projevy MB a její průběh

Jak již bylo řečeno, bulimie je syndrom, pro který je typický strach z tloušťky spojený se záchvaty přejídání. Během dne pacienti většinou hladoví a snaží se mít nad jídlem kontrolu, večer pak většinou nevydrží a přejí se. Toto přejedení může mnohonásobně převyšovat doporučenou energetickou hodnotu denního příjmu. Tyto záchvaty mívají nutkavý charakter a nelze je ovládat vůlí. Během záchvatu postižení ztrácí kontrolu nad svým chováním, zmocňuje se jich neodolatelná touha po jídle, kterou nejsou schopni potlačit. Po přejedení následují výrazné pocity viny, selhání, nespokojenost a depresivní prožitky. Objevuje se intenzivní strach a panika ze ztloustnutí. Tyto negativní pocity řeší vyzvracením zkonsumované potravy. Zpočátku je zvracení nesnadné a musí být násilně vyvoláváno, postupně se však může stát i spontánním. Postižení mohou pak zvracet i několikrát za den, i když už pak třeba ani nechtějí.

Vedle zvracení jsou používány i jiné způsoby, jak se zbavit snědeného jídla a tím i svého strachu, jako je například užití projímadla. Tyto extrémní prostředky ke kontrole tělesné hmotnosti jsou jednak málo účinné, ale především jsou nebezpečné. Následuje hladovění a někdy i nadměrné cvičení. Vzhledem k tomu, že pacientka během svého záchvatu dokáže zkonsumovat jídlo, které je k dispozici pro celou rodinu, je bulimie též ekonomicky velmi náročná. Někteří nemocní si opatřují finanční prostředky na nákup jídla krádežemi. Někdy se u pacientek s mentální bulimií lze setkat s alkoholismem nebo s užíváním drog.

3.3 Rozšíření mentální bulimie a příčiny vzniku onemocnění

Podle Krcha (2008) je bulimie rozšířena v ČR stejně jako v zemích západní Evropy a to nejčastěji mezi mladými ženami. Bulimií u nás trpí asi každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena. Narušené jídelní postoj lze však pozorovat u více než 10% procent mladých žen. Nespokojenost s tělem a dietní tendence vzrůstají s měnícími se tělesnými proporcemi v průběhu dospívání, nejvíce mezi jedenáctým a třináctým rokem. Samotná bulimie však většinou začíná v období mezi patnáctým a dvacátým pátým rokem. U mužů se bulimie vyskytuje spíše výjimečně. Jen kolem 5%. Zatímco u žen bulimii většinou předchází období diet nebo anorexie, muži zpravidla začínají s přejídáním.

Jak uvádí Krch (2008, s. 43): „V posledních letech se stále častěji setkávám se ženami, které uvádějí počátek bulimie v dospělém věku. S věkem nemocných přibývá i zdravotních a psychických obtíží. Studie rizikových skupin adolescentů naznačují, že mentální bulimií jsou nejvíce ohrožena děvčata, která svůj volný čas častěji tráví v nákupních střediscích nebo se svými vrstevníky (diskotéky, večírky), kterým záleží na dokonalém vzhledu a na výkonu vůbec. Často jsou ohrožena nejenom mentální bulimií, také víc kouří, pijí alkohol, někdy experimentují s drogami.“

Co se týče příčin vzniku mentální bulimie, jsou podobné jako u anorexie. Je to dáno nejspíš tím, že jsou i počátky obou poruch velice podobné. Stejně jako anorexie začínala se bulimie nejdříve projevovat u vyšších sociálních vrstev. Se současným trendem vyhublých modelek se však rozšířila i mezi sociálně slabší populaci. (Krch 2003)

Podle Leibolda (1995) je hlavní příčinou bulimie výchova k nadměrnému přizpůsobování se sociálním tlakům a strach z nápadnosti pro své okolí. Dbají na to, aby bezpodmínečně zůstala zachována neporušená „zevní fasáda“. Tomu odpovídá skutečnost, že bulimici jsou silně závislí na mínění současné společnosti, a proto se také nekriticky porobují módním ideálům štíhlosti. Na straně druhé sami cítí, že je zmíněné přizpůsobování brzdí a často také brání jejich sebeuplatnění. Nedokáží se ale proti tomu vzepřít účelným způsobem, protože zevní zdání musí být přece zachováno.

Krch (2008) uvádí, že až dvě třetiny bulimiček spojují vznik poruchy s nějakou životní událostí. Nejčastěji uvádějí narážky okolí na jejich tělesný vzhled, životní změny nebo problémy v rodině. To je však spíš subjektivní názor nemocných. Doposud nebylo potvrzeno, že by existovala nějaká typická anorektická nebo bulimická rodina.

Dále bych se ráda zmínila o příčinách vzniku jednotlivých záchvatů, které jsou spojeny s určitými situacemi, činnostmi a vnitřními pocity. Krch (2003) uvádí různé příklady situací, které u bulimiček bývají spouštěčem jednotlivých záchvatů - tzv. "binge eating":

- Situace, které jsou nějak spojené s jídlem. Jsou to všechny situace, kdy se nemocní dostávají do kontaktu s jídlem, jako například nakupování, vaření nebo stolování. S přejedením mohou být spojena i některá "zakázaná" nebo lákavá jídla.
- Zážitky nějak spojené s jídlem a související s postavou, jako je pocit plnosti a sytosti po jídle, narušení jídelního plánu nebo opakující se myšlenky na jídlo. Nebezpečné může být i srovnání, že někdo snědl méně než nemocný nebo narážka na to, jak jí.
- Situace, představy a zážitky, které nějak souvisí s postavou postiženého, tělesnou hmotností a strachem z tloušťky. Důvodem k přejedení je potom zjištění, že se nevejde do oblečení, že má o kilogram víc, nebo pohled do zrcadla. Významné jsou samozřejmě i všechny komentáře týkající se vzhledu a váhy nemocného.
- Negativní nálady a pocity. Mnoho pacientek uvádí, že se přejídá proto, že se cítí osaměle, nebo když jsou zklamané, smutné a depresivní, nebo nervózní a podrážděné.

"Některým podnětům, které spouštějí přejídání lze předcházet, s jinými je třeba se naučit žít a reagovat na ně jiným způsobem než přejídáním" (Krch 2008, s. 25).

Není možné ničím zajistit, aby se pacienti trpící bulimií nedostávali do situací, ve kterých mají chuť se přejíst, aby nikdy nepřibrali a nikdy neměli špatnou náladu.

3.4 Důsledky a nebezpečí mentální bulimie

Rozdíl mezi anorexií a bulimií je na první pohled viditelný. U anorektiků bije do očí jejich nápadná vychrtlost. Naopak jedinci trpící bulimií nebývají na první pohled ničím nápadní. Společným znakem obou poruch je touha po krásném štíhlém těle a ustavičný strach z tloušťky. Dívky se neustále zabývají svým vzhledem, svojí váhou a snaží se zhubnout za každou cenu. Bývají nešťastné, protože již nepoznávají, co je normální porce jídla, stravovací návyky mají velice chaotické. U obou poruch stojí v popředí problém s jídlem.

3.4.1 Zdravotní důsledky mentální bulimie

Většina nemocných mentální bulimii jsou inteligentní, ctižádostivé osoby toužící po dokonalosti. Místo dokonalosti jim padají jejich kdysi krásné, husté vlasy, lámou se jim nehty, jsou stále zimomřiví, po těle se jim dělají modřiny, nastávají u nich problémy s pletí, otékání rukou, nohou, slinných žláz, motá se jim hlava, omdlévají, po těle jim začíná růst chmýří, zuby se kazí, břicho bolí, menstruace mizí. To se pochopitelně projeví na sebevědomí, cítí se trvalé unavení, nedokáží se soustředit, bývají podráždění, bezdůvodně vzteklí, trpí nespavostí. Dříve či později nastupuje beznaděj, deprese a pocit viny z vlastního selhání (Benešová, Míčová, 2003).

Zdravotní následky přejídání a pročišťování jsou dramatické. Nemocní si myslí, že když se vyzvrací jednoduše nepřiberou. Opakované pročišťování však vystavuje organismus velké námaze a začne se objevovat a projevovat mnoho negativních důsledků. Pokud bulimičky ještě navíc hladovějí, znamená to ještě další zatížení jater. Organismus považuje hladovění za stav ohrožení, stejně jako u jedinců trpících nedostatkem jídla, kde je ale hladovění nevyhnutelné. Tělo se zoufale snaží udržet si stabilní hladinu krevního cukru. Protože však chybí přísun potravy a tím také zdroj krevního cukru, začne čerpat cukr z vlastních jater. Tyto zásoby však jsou vyčerpány už po jednom dni hladovění. Držení hladovky v adolescenci je mimořádně nebezpečné, protože tělo je ještě v růstu. Potřebují jíst nejenom proto, aby si doplnili denní hladinu krevního cukru, ale i proto, aby se tělo mohlo správně vyvíjet a růst. Jedinci, kteří v tomto věku drží hladovku a zároveň se pročišťují, vystavují svoje tělo obrovské zátěži a zároveň mu zabraňují růst (Maloney, Kranzová, 1997).

Krch (2008) uvádí konkrétní zdravotní důsledky, mezi které patří:

Citlivost na chlad, celková únava, svalová slabost a spavost, poruchy spánku, zažloutlá a praskající pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle, řídké, suché a lámavé vlasy. Dále pak zvýšená kazivost zubů, zpomalení funkce střev (zácpa), nepravidelná menstruace, srdeční obtíže, oslabený krevní oběh, chudokrevnost, pomalý růst, zvýšená hladina cholesterolu v krvi. Stejně jako Maloney, Kranzová (1997) se Krch (2008) ztotožňuje s poškozením jater, v důsledku nedostatku živin, která nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin a důsledkem mohou být otoky. Je třeba se taktéž zmínit o odvápnění kostí, které jsou tenké a křehké, dále je to slabý močový měchýř, častější nucení na močení, poruchy funkce ledvin, celkové oslabení obranyschopnosti organismu. V neposlední řadě jsou to taktéž pocity nevolnosti spojené se zmenšením žaludku a u některých nemocných se vyskytují poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy.

„Mezi nepříjemné důsledky zvracení patří otoky slinných žláz pod čelistí, které umocňují dojem opuchlého, kulatého obličeje“ (Krch, 2008, s. 37).

Některé bulimičky ještě navíc zneužívají velmi nebezpečný lék, který se používá k umělému vyvolání zvracení u malých dětí, které nedopatřením pozřely nebezpečné chemikálie. Tento lék zůstává provždy uložen v buňkách organismu a pokud je užíván pravidelně, způsobuje během několika týdnů smrt (Maloney, Kranzová, 1997).

3.4.2 Psychické a společenské důsledky bulimie

Krch (2008) je zjednodušeně shrnuje takto:

- nálada je nadměrně závislá na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly. Nespokojenost s tělesnou hmotností a neschopnost stoprocentně se kontrolovat vede k podrážděnosti a přibývá depresivních příznaků.

- vzrůstá nejistota a úzkost, která se přenáší i na jiné oblasti života nemocného. I malé problémy se zdají být neřešitelné. Přibývají i skutečné problémy v osobním životě i s okolím. Nemocní jsou podráždění, vztahovační a sebestřední. Jejich prožitky se často pohybují v extrémních polohách a jsou zvýšeně impulzivní.
- nespokojenost s tělem a hmotností, napětí a úzkost mohou vést až k sebepoškozování (nemocní se někdy řežou nebo pálí na předloktí, tlučou do nohou a podobně)
- v myšlenkách se neustále zabývají jídlem, roste nutkání přejídat se a chuť na sladké
- nemocní se přestávají orientovat ve svých vnitřních pocitech spojených s jídlem a příjmem potravy. Pocity hladu, sytosti nebo chuti ztrácejí svoji regulační funkci a nelze se na ně spoléhat.
- zhoršuje se koncentrace pozornosti, pracovní tempo a pohotovost chápat komplexní problémy. Zhoršuje se výkonnost ve škole i v práci.
- snižuje se zájem o okolí, o sex a o vše, co se bezprostředně netýká jídla. Ubývá společenských kontaktů, přibývá však hysterie a dramatické negativní prožitky.
- zhoršená kvalita života, špatná nálada, ale i strach z jídla mohou vést k nadměrnému užívání alkoholu a experimentům s dogami

Srovnáme-li zdravotní, psychické a společenské důsledky u mentální anorexie a bulimie, zjistíme, že se opravdu v mnohém neliší a jsou téměř totožné. Přílišná touha po dokonalosti zažene nemocné po krůčcích až na samý okraj propasti. Jsou jen dvě možnosti volby. Vydat se zpět po malých krůčcích k normálnímu, zdravému a plnohodnotnému životu a nebo se podívat na dno propasti....

4 POSTUP PŘI ZJIŠTĚNÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Jak již bylo zmiňováno, PPP jsou závažnými, obtížnými a často dlouhotrvajícími onemocněními. Je tedy třeba si uvědomit, že bychom k nim měli i jako k nemoci přistupovat, a pokud zjistíme u někoho jejich projevy, je důležité dát postiženému najevo pochopení a respekt, namísto obviňování, nadávání a jiných nevhodných reakcí.

Jak vlastně postupovat v případě zjištění poruch příjmu potravy, abychom neohrozili sebe ani postiženou osobu a zajistili tak stabilizaci stavu a nejlépe i jeho zlepšení?

Papežová (2003) uvádí, že je třeba vyjádřit respekt a pochopení. Nadávání, výčitky, vyjádření podivu nad tím, jak se něco podobného mohlo stát, není právě vhodný a povzbuzující postup. Mělo by dojít ke společnému hledání dalšího postupu a hledání motivace. Důležitým faktorem je diskrétnost a budování důvěry. Je velmi důležité vyhledat pomoc a radu odborníka zabývající se problematikou PPP. Člověk, který chce poruchami potravy postiženému pomoci, by měl být jeho průvodcem, měl by být schopen nastavit mu zrcadlo, sdělit rizika, ale současně respektovat jeho rozhodnutí (tzn., že každý člověk má právo se rozhodnout sám i přesto, že jeho rozhodnutí považují ostatní za nesprávné). Stejně tak by měl i průvodce uzdravením vědět, kam je možno se obrátit v případě potřeby, a tedy se i orientovat v síti odborné pomoci. Ta sama o sobě ale nedokáže zázraky, je třeba podpora nejbližších a ten nejvýznamnější uzdravující faktor – vlastní vůle a odhodlání k léčbě.

Leibold (1995) shrnuje rady pro příbuzné a přátele lidí, kteří trpí PPP zejména anorexií:

- Je třeba si uvědomit, že porucha příjmu potravy není zlovyk. Protože jde o psychickou poruchu, apelování na zdravý rozum a vůli takto postiženého člověka nemá žádný smysl. Jediným efektem takového úsilí jsou konflikty, které dále zhoršují vzájemné vztahy.
- Nemocní jsou psychicky i somaticky ohroženi, a proto potřebují péči lékaře. V krajním případě je třeba ji zajistit proti vůli nemocného, protože mentální anorexie může vést ke smrti (5% anorektických dívek umírá)

5 PREVENCE VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Podíváme-li se na problém poruch příjmu potravy jako na sociálně patologický jev, musím bohužel konstatovat, že Česká republika za ostatními zeměmi zaostává především v oblasti prevence. Nadváha, obezita a její důsledky jsou ze všech stran neustále přepírány, ale nemám pocit, že by tak bylo činěno taktéž u prevence poruch příjmu potravy. V dnešní uspěchané době se rodina u společného stolu sejde jen zřídka a naprosto tak upadá kultura stolování. Ke zdravému životnímu stylu taktéž rozhodně nepřispívají tzv. „rychlá občerstvení“. Možná nabídnou rychlé zasyčení, ovšem zcela jistě ne zdraví prospěšné. Přičteme-li k tomu i zvýšený přísun sladkostí, je na problém ve stravě zaděláno.

Autorka této práce se plně ztotožňuje s tvrzením Krcha, Málkové (2001), že problém je taktéž u sociálně slabších rodin, které nemohou svým dětem z finančních důvodů zaplatit různé kroužky či tábory. Děti potom nemají žádný kvalitní volnočasový program. Péče o děti, o jejich zdravou výživu a bohatý, stimulující program, jsou neúčinnější prevencí poruch příjmu potravy a nejen těchto chorobných závislostí, ale i jakékoliv jiné patologické závislosti, která se velmi rychle rozvine, pokud dospívající mládež.

Jak uvádí Krch, Málková (2001) *„Z těchto důvodů je nezbytná včasná intervence a preventivní péče zaměřená na nejvíce ohrožené skupiny obyvatelstva. Jednou z nejdůležitějších oblastí prevence poruch příjmu potravy je právě osvěta v oblasti nepřiměřené redukce nadváhy a zdravé výživy“*

Podle Krcha, Marádové (2003) lze PPP také předcházet v rizikovém období dospívání vhodným výchovným působením. Nejdůležitější je, aby jako prevence působila svým kladným vzorem ke stravování nejen rodina, ale taktéž školní zařízení, které mohou k prevenci poruch příjmu potravy přispívat v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu, a to zejména tím, že poskytnou svým žákům dostatek správných informací o příčinách, výskytu i důsledcích těchto poruch. Nezanedbatelnou součástí prevence je vytváření pozitivního sociálního klimatu ve škole a také vytváření vhodných podmínek pro osobní rozvoj každého žáka posilováním sebedůvěry s cílem zamezit projevy sebedestruktivního chování.

6 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Jestli se dá některá léčba nazvat během na dlouhou trať, tak je to právě u poruch příjmu potravy. Jak již bylo několikrát zmiňováno, pro uvedené nemoci je charakteristickým rysem především obrovský strach spojený s jídlem. Proto se nemocní obávají, že díky léčbě budou nuceni naprosto od základu „překopat“ své stravovací návyky. Obávají se pravidelného stravování a s tím spojené přibývání na váze. Ovšem bez spolupráce nemocného, je jakákoli léčba naprosto marná. Nesmíme zapomínat, že poruchy příjmu potravy jsou závislost. A jako u každé závislosti je pro pacienty velmi obtížné vymanit se ze začarovaného kruhu a začít normálně jíst, aby mohli normálně žít. Léčba poruch probíhá zpravidla za důsledné spolupráce odborných praktických lékařů a terapeutů, popř. rodiny.

Vágnerová (2004) uvádí ne příliš optimistickou prognózu zcela vyléčených pacientů mentální anorexie, a to pouze u 30% .Ve 20% případů dochází k částečnému zlepšení a přibližně 5% končí bohužel smrtí.

Samotná léčba se neobejde bez dobře stanovené diagnózy, aby byl zvolen správný způsob léčby. Je nutné zjistit, jakou formou poruchy pacient trpí, diagnostikovat osobnost nemocného, zjistit co nejvíce informací o jeho okolí, o podmínkách, ve kterých žije, jak je na tom nemocný po psychické a zdravotní stránce a jestli má o léčbu vůbec zájem.

Podmínkou úspěšné léčby je především zapotřebí změna jídelních návyků a postojů nemocného. To ovšem není možné, pokud se okolí podřizuje narušenému chování nemocného, který okolí často klade různé podmínky své léčby ve snaze své problémy skrýt. Je důležité, aby nemocný jedl ve stejnou dobu u stolu s ostatními. Společné jídlo nemá připravovat nemocný, aby nedocházelo k manipulacím a vynechávání „zakázaných“ potravin“. Dále je důležité, aby nemocný jedl všechny potraviny a aby jedl v pravidelných intervalech. Nemocní, jak již bylo zmiňováno v předchozím textu, již nedokáží rozeznat, jestli mají hlad (Krch, Marádová, 2003).

„Nejdříve je zapotřebí posoudit, zda je nutná hospitalizace, nebo zda je možné pokusit se o ambulantní léčbu“ (Koutek, J. in Hort, Vl., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol., 2000, s. 268).

Hospitalizace nemocných mentální anorexií bývá indikována nejčastěji v těchto případech:

- u pacienta je přítomen výrazný pokles tělesné hmotnosti spojený s kachexií (silná celková sešlost, chátrání a hubnutí, spojené s výraznou slabostí)
- objevil se depresivní syndrom s nebezpečím suicidálního jednání (snaha o úmyslné ukončení vlastního života)
- vyskytují se závažné tělesné komplikace, jako je například metabolický rozvrat, závažná dehydratace, těžší bradykardie (zpomalení srdeční činnosti snížení srdeční frekvence pod 60 úderů za minutu) apod.
- selhala ambulantní terapie

(Koutek, J. in Hort, Vl., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol., 2000, s.268).

Podle Krcha (2005) hospitalizace bývá zpravidla krátkodobá, pokud není nutná dlouhodobá realimentace, ale vždy na ni musí navazovat ambulantní psychoterapie.

6.1 Psychoterapie

Je určena pro nemocné, kteří se ocitli v závažné životní situaci a nejsou schopni vlastními silami najít cestu ven. Je vedena odborníkem – psychoterapeutem, který využívá různých metod a umožňuje tak vnitřní změnu prožívání člověka a jeho chování. Jedná se o dlouhodobou záležitost a při každé psychoterapii je nezbytná naprostá důvěra mezi pacientem a psychoterapeutem.

Pacientovi může být nejčastěji nabídnuta (www.idealni.cz):

- **Individuální psychoterapie** - pacient systematicky pracuje na zakázce, kterou si s psychoterapeutem určili. Ke spolupráci může být přizvána osoba pro klientovu změnu důležitá, vždy však zůstává středem terapie klient sám a jeho zakázka.

- **Rodinná a párová psychoterapie** – jako účinnou léčbu tato forma terapie vidí ve spolupráci celé rodiny, kteří se navzájem ovlivňují. Účastníkem terapie je ideálně celá rodina nebo alespoň někteří její členové.
- **Skupinová psychoterapie** - opírá se o předpoklad, že každý člověk, i ten, který není právě psychicky vyrovnaný, má zachovanou určitou kapacitu k posuzování problémů jiných lidí. I kdyby byl názor jednoho člověka příliš zaujatý, příliš zatížený předsudky či jeho vlastními nevyřešenými problémy, skupinová diskuse vedená odborníkem je schopna tyto hrany obrousit a dospět k hledisku, jež kombinuje porozumění se střízlivým, kritickým hodnocením. Skupina může být užitečná zejména možnostmi v bezpečném prostředí zpracovat konstruktivně minulé zážitky a možnostmi aktivně se učit novým druhům chování. Skupinová psychoterapie je zpravidla dlouhodobá a vyžaduje pravidelnou účast klienta na skupinových setkáních.

6.2 Různé druhy pomoci při PPP

Svépomocná skupina, svépomocné manuály - nejedná se o profesionální pomoc. Lidé se stejnými problémy či potřebami si při skupinových setkáních navzájem poskytují podporu, motivují se k dalším krokům v léčbě, mohou sdílet společná témata, vyměňovat si zkušenosti. Svépomocné manuály ukazují ověřené způsoby ve vedení jídelníčku, cvičení na posílení sebevědomí, mohou být průvodcem v léčbě bez odborné pomoci.

Poradenství - tzv. sociální poradenství si klade za cíl poskytnout základní informace o dostupných službách a možnostech, které mohou vyřešit či zmírnit obtížnou situaci člověka. Odborný poradce nepřebírá odpovědnost za člověka, ale snaží se vrátit kompetence do jeho rukou tak, aby si mohl pomoci vlastními silami, a aby našel cestu k řešení. Dalším krokem může být vstup do dlouhodobější psychoterapie.

Krizová intervence - odborná metoda práce s člověkem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá situaci strukturovat a zastavit ohrožující tendence v chování člověka. Je zaměřena na situace bezprostředně související s krizovým stavem, podporuje zapojení vlastních sil a schopností člověka. Může vést k dlouhodobější psychoterapii. Existují centra krizové intervence a krizové telefonické linky, některé z nich fungují i non-stop (www.idealni.cz).

6.3 Druhy terapeutických přístupů

Psychoanalýza - je analýzou nevědomí formovaného v časném dětství, tedy zážitků z původní rodiny, zejména vztahu klienta k rodičům. Cílem je najít v nitru klienta konflikty probíhající mezi částmi jeho osobnosti a přivést tyto konflikty k rozuzlení, tedy na vědomou úroveň. Léčba je dlouhodobá, až 500 hodin. V současnosti se praktikuje i tzv. analytická psychoterapie, která vymezuje jako postačující dávka několik desítek hodin, aniž celková délka léčby přesáhne jeden rok.

Systemická terapie - v dialogu terapeut podněcuje klienta k novým způsobům uvažování o problémech a k novým formám komunikace, jež rozrušují ztuhlé komunikační vzorce vázané na problémy. Žádoucím výsledkem je podněcení změny, k níž klient sám dozrává, ale která se jemu jako přijatelné východisko ještě nejeví.

Kognitivně-behaviorální terapie - cílem terapie je změnit jakýkoli nezdravý návyk, který se rozvinul ve způsobu myšlení nebo chování klienta. To následně pomůže změnit to, jak se klient cítí. Je zaměřena na přítomnost, konkrétní ohraničené problémy, směřuje ke změně postojů a soběstačnosti klienta, je zpravidla krátkodobějšího charakteru.

Gestaltterapie - klient je terapeutem veden k intenzivnímu prožívání toho, co se v něm děje "tady a teď". Tím mluví jen za některou část své osobnosti, jinou ale potlačuje. Terapeut ho nutí, aby potlačovanou část sebe sama dostal do kontaktu s tou složkou své osobnosti, kterou nabídl jako první. Cílem terapie je, aby klient prožil vnitřní konflikty a převzal kompletní odpovědnost za vše, co se v něm děje, i za své chování. Tento druh terapie probíhá zpravidla ve skupině.

Psychoterapie orientovaná na tělo (biosyntéza, bioenergetika, psychosomatoterapie,...) - vychází z modelu jednoty těla a duše, což znamená, že se náš psychický stav odráží v držení těla a jeho somatickém zdraví. Zahrnuje přímou i nepřímou práci s tělem jako prostředkem terapeutického kontaktu, pojímá tělo jako těžiště uložení a zpracování osobní zkušenosti. Hlavním cílem je pomoci klientovi získat lepší kontakt se svým vlastním tělem, a tím obnovit přístup k uložené informaci, porozumět jí a dále ji zpracovat.

Rogersovská terapie - úkolem terapeuta je vytvořit takovou atmosféru, která člověku umožní překonat následky dřívějšího nepříznivého učení, pozvednout jeho sebehodnocení. Terapeut nevede člověka direktivně, pouze zrcadlí vše, s čím se mu klient svěřuje. V takové atmosféře se uvolní klientova schopnost řešit vnitřní konflikty a ten je později schopen pokračovat v uzdravování i bez terapeuta.

Dramaterapie, arteterapie, ergoterapie, taneční a pohybová terapie, muzikoterapie - tento druh terapií se opírá o výtvarné, pracovní, pohybové či hudební projevy klienta jako o hlavní léčebné prostředky. Nejde přitom o dokonalé, konečné dílo, ale o proces tvorby. Pomocí těchto terapií se může objevovat nový psychotherapeutický materiál vhodný ke zpracování ve výše uvedených typech psychoterapií (www.idealni.cz).

6.4 Alternativní a podpůrné metody k sebepoznání a osobnímu růstu

Každý člověk je jiný a každému může pomoci jiný druh terapie, případně jiná kombinace terapií. V průběhu psychoterapie je možné společně s terapeutem užívat i dalších metod, které mohou pomoci v procesu uzdravování. Ať už se jedná o jakoukoliv metodu, vždy by se měl pacient cítit bezpečně, důvěřovat odborníkovi, který mu metodu poradil či ho metodou provází, a znát také limity a pravidla těchto metod.

Níže uvedené metody mohou pomoci s přijetím těla a sebe sama jako jedinečné individuality, s posílením sebevědomí, s problémy v komunikaci, mohou nemocného naučit lépe pracovat se stresem a zátěží, naznačit další cesty směrem k uzdravení. Žádná z těchto metod ale neumí zázrak a nefunguje dlouhodobě, pokud není podpořena systematickou psychoterapií.

6.5 Doplnující metody k psychoterapii, které lze k léčbě používat

Relaxační metody (autogenní trénink, progresivní relaxace, relaxačně-imaginativní metody, jóga, aj.) - metody sloužící k uvolnění, zklidnění, uvědomění si těla a lepšímu prožívání těla. Relaxace může být řízená terapeutem, případně si klient osvojí techniky a může relaxovat samostatně. Pro každého může být vhodný jiný typ relaxace, podstatné je, aby se člověk cítil bezpečně a nepřestupoval vlastní hranice.

Trénink asertivity - je komplexním procesem, během kterého si člověk uvědomuje sebe sama, své pocity, potřeby a cíle, a ty pak s respektem vůči stejným právům ostatních užívá v komunikaci s lidmi a v prosazování svých práv a požadavků.

Focusing - je technika spočívající v rozpoznání a změně osobních problémů zakotvených v lidském těle. Přes tělo a prožitky se člověk může dostat k subjektivním významům jeho jen z části uvědomovaného duševního života. Terapeut je při tom po celou dobu pouze zprostředkovatelem techniky. Tato technika umožňuje uvědomění si, co se právě teď s nemocným děje, jak si právě teď stojí ve vztahu k druhým lidem, co tato situace dělá s jeho tělem. Užití focusingu může pomoci otevřít další cesty k řešení problémů, napomoci otevření další terapeutické práce.

Aromaterapie - je řízené používání esenciálních olejů k udržování, podpoře a zlepšení fyzické, psychologické a duchovní pohody. Aromaterapeutická masáž přináší zklidnění, relaxaci a očištění těla, v případě poruch příjmu potravy je jednou z možností jak se učit vnímat tělo, dotýkat se ho, jak tělo přijímat (www.idealni.cz).

Jakákoliv forma terapie je dobrovolná a pacient ji může kdykoliv ukončit. Vždy je ovšem prospěšné zvažovaný krok konzultovat přímo s odborníkem. Společně mohou odhalit pohnutky pacienta k ukončení a předejít tak zbytečnému střídání mnoha terapeutů.

Jak již bylo zmíněno výše, existuje několik možností terapie PPP. Avšak nejrozšířenější, nejpoužívanější a nejúčinnější metodou u léčby mentální bulimie u středně těžkých až vážných případů je Kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Při léčbě anorexie je možno uplatnit též KBT, ale je zapotřebí počítat s faktem, že zkreslené postoje vůči vlastnímu tělu jsou ještě více zakořeněné než u bulimiček a uvedená terapie tvá podstatně déle

Velmi poutavě popisují ve své publikaci Možný, Praško (1999) přesný postup léčby **Kognitivně-behaviorální terapie**. Ambulantní část zahrnuje kolem 20 sezení v průběhu 20 týdnů, přičemž každé sezení trvá kolem 50 minut. *Léčba je rozdělena do 3 fází:*

První fázi terapie: sleduje dva základní cíle - prvním je vysvětlit pacientce smysl léčby a teorii, ze které vychází a druhým cílem je nahradit záchvatovité přejídání pravidelným jídelním režimem. Je nezbytné, aby pacientka pochopila, že cílem k uzdravení je dosažení změn v jiných oblastech svého života. V počáteční fázi je soustředění věnováno momentálním záchvatům přejídání a zvracení, později je však kladen důraz na odstraňování dietních omezení a taktéž na změnu postoje k vlastnímu vzhledu a váze. Nezbytností je dodržování pravidelného jídelního režimu, vedení jídelních záznamů a sledování stravovacích návyků. Dále pak využití alternativních forem chování k nahrazení nebo oddálení záchvatu přejídání, rady ohledně zvracení a zneužívání projímadel a diuretik. Pacientka si sama volí činnosti, které ji baví a odrazují ji od záchvatů přejídání.

Druhá fáze léčby: trvá obvykle osm týdnů a důraz je stále kladen na pravidelný jídelní režim, odstranění dietních omezení, dále pak na změnu postojů vůči vlastní váze a postavě. Pacientka se postupně učí jíst jídla, která si dříve zakazovala, učí se analyzovat vlastní myšlenky a získávat reálný a zdravý pohled na sebe a své tělo. Pozornost je také věnována narušenému „černobílému“ myšlení pacientky. Což bývá ve spojení všechno nebo nic. Důležité je, aby toto pacientka procvičovala i samostatně a postupně se zbavila hluboko zakořeněných předsudků, že jen štíhlí lidé jsou šťastní, úspěšní a spokojení. Tato část terapie je pro nemocné velmi náročná.

Třetí fáze léčby: je přípravou na skončení léčby, na možné potíže v budoucnu a na prevenci relapsu. Je třeba seznámit pacientku na případné nezdary. Upozornit ji, že stravovací návyky jsou její Achillovou patou a přejezení je její naučenou reakcí na stres. Jednou za dva týdny probíhají sezení, zaměřené na to, aby se dosažený pokrok během léčby i po jejím skončení udržel.

6.6 Zařízení poskytující služby v oblasti PPP

Jak již bylo nesčetněkrát zmíněno v této práci, PPP jsou natolik závažným a rozšířeným onemocněním dnešní doby, že začaly vznikat k podpoře pomoci občanské sdružení a informační portály pro nemocné s anorexií a bulimií, jejichž hlavním cílem je pomoc nemocným poruchami příjmu potravy, jejich rodinám a blízkým a systematicky podporovat rozvoj preventivních programů, zejména zvýšením společenského povědomí o těchto poruchách.

Seznam největších zařízení poskytujících služby PPP:

- Občanské sdružení Anabell (www.anabell.cz) – informační portál o PPP fungující od roku 2002, svépomocné skupiny, edukativní a informační služby, kontaktní poradny, psychologické a nutriční poradenství, odborná literatura. Kontaktní centra Praha, Brno, Příbram, Mladá Boleslav, Ostrava, Bratislava, Plzeň a od roku 2010 i Olomouc, ale prozatím vyvíjí pouze přednáškovou činnost.
- Help24 (www.help24.cz) – informace z oblasti psychologie, druhy terapií, odborná literatura, články, poradna.
- PPPinfo (www.pppinfo.cz) – informační portál o PPP vznikl v roce 2002, programy primární prevence pro školy a instituce, odborná literatura, články, svépomocné skupiny, psychologické služby, nutriční poradenství.
- Terapeutická skupina (www.idealni.cz) – terapeutická skupina – poruchy příjmu potravy.
- Psychiatrická léčebna v Kroměříži, oddělení 10B (www.plkm.cz) – otevřené psychiatrické oddělení pro muže a ženy ve věku od 17 do 65 let pro PPP při BMI nižším než 15. Skupinová a individuální psychoterapie, nácvik relaxace, farmakoterapie, sportovních aktivit a arteterapie. Dále pracovní terapie v jednotlivých dílnách – šicí dílna, dřevodílna, košíkářská dílna, vazba a aranžování suchých květin, pletení, výtvarná činnost a keramika.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUM NA DRUHÉM STUPNI ZŠ VE ZLÍNĚ

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na výzkum informovanosti o poruchách příjmu potravy, postojů k nemocným, jídelní chování, spokojenost se svým vzhledem a váhou a zájem získávat více informací o dané problematice u žáků druhého stupně na jazykové základní škole ve Zlíně.

7.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Vzhledem ke skutečnosti, že poruchami příjmu potravy mohou být ohroženi děti již od věku dvanácti let, byl výzkumný projekt zrealizován na 2. stupni jazykové základní školy ve Zlíně.

Hlavní výzkumná otázka :

- informovanost studentu o PPP – otázky č. 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 19.

Dílní otázky výzkumu:

- stravovací návyky a jídelní chování studentů – otázky č. 5, 6 a 7

- spokojenost se svým vzhledem a spojitosti oblíbenosti a štíhlosti – otázky č. 1, 8, 9, 11

- spokojenost se svou váhou, držení diet a vliv médií – otázky č. 2, 3, 4, 10, 12

- zájem studentů o získávání nových informací k danému tématu – otázka č. 20

7.2 Metodologie výzkumu

Jako výzkumná metoda kvantitativního šetření byl zvolen strukturovaný dotazník vlastní konstrukce. Dotazník je nejfrekventovanější metoda pro hromadné zjišťování údajů o velkém počtu respondentů. Výhodou anonymního dotazníku je větší otevřenost dotazovaných. Za krátkou dobu můžeme získat velké množství údajů od mnoha jedinců, a je zde také možnost hromadného zpracování získaných informací. Další důležitou výhodou dotazníku jsou jeho relativně nízké náklady. Dotazník má i své nevýhody. Nevýhodou může být nepochopení otázky a zkrácení odpovědi. Vyplňování dotazníku závisí také na ochotě dotazovaných osob, proto může být nízká návratnost. Informace mohou tedy být čistě subjektivní a nemusí vždy odrážet pravou skutečnost.

7.3 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak jsou studenti spokojeni se svým vzhledem a co by případně na něm změnili. Zmapovat jejich stravovací návyky. Dále pak jejich vědomosti a informovanost o poruchách příjmu potravy, zejména mentální anorexie a mentální bulimie a v neposlední řadě zjistit, zda-li mají zájem o přísun nových, podnětných informací o danou problematiku.

7.4 Vlastní šetření

Výzkum proběhl na podzim roku 2010. Dotazovaní respondenti byli před vlastním vyplněním dotazníku podrobně informováni, jak jej mají správně vyplnit. Poté byly rozdány dotazníky a studentům byl ponechán dostatečně dlouhý časový úsek, aby mohli v klidu na všechny uvedené otázky odpovědět. Výzkum byl proveden metodou přísně anonymního dotazníku, a při jeho vypracování byl kladen důraz, aby otázky byly kladeny jasně a srozumitelně. Dotazník se skládá ze dvou částí (viz. Příloha). Vstupní část se skládá z hlavičky, která obsahuje mé identifikační údaje, cíl dotazníku, zdůrazňuje význam, instrukce k jeho vyplnění a poděkování. Druhá část obsahuje vlastní otázky. Dotazník se skládá z 20 otázek a byl vyplněn chlapci i děvčaty ve věkovém rozmezí 12-15 let. Dotazník vyplnilo celkem 100 respondentů, z čehož bylo 69 dívek a 31 chlapců. Všem otázkám všichni studenti porozuměli a dotazník byl od všech dotazovaných vyplněn.

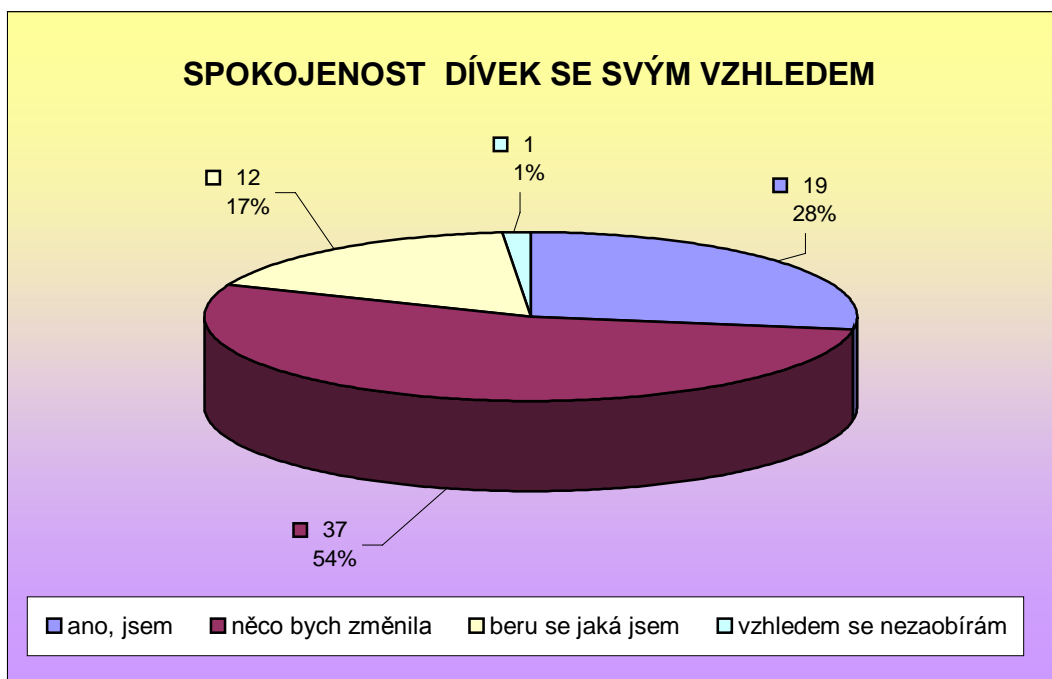
7.5 Analýza výsledků

Celkem bylo vyplněno a rozdáno 100 dotazníků, návratnost byla 100 %. Pro průzkum bylo použito všech 100 dotazníků, protože všechny byly řádně a úplně vyplněny. Žádný nebyl pro neúplnost údajů vyloučen. Výsledky šetření jsou uvedeny v grafech a v tabulce. Tabulka uvádí výsledky šetření stravovacích návyků u chlapců a dívek. Ostatní otázky jsou zpracovány pomocí grafu. Jak již bylo zmíněno výše, dotazník obsahoval 20 otázek, které se především týkaly stravovacích návyků a informovanosti o poruchách příjmu potravy u žáků 2.stupně ZŠ. Přesné znění dotazníku se nachází v příloze č. 1.

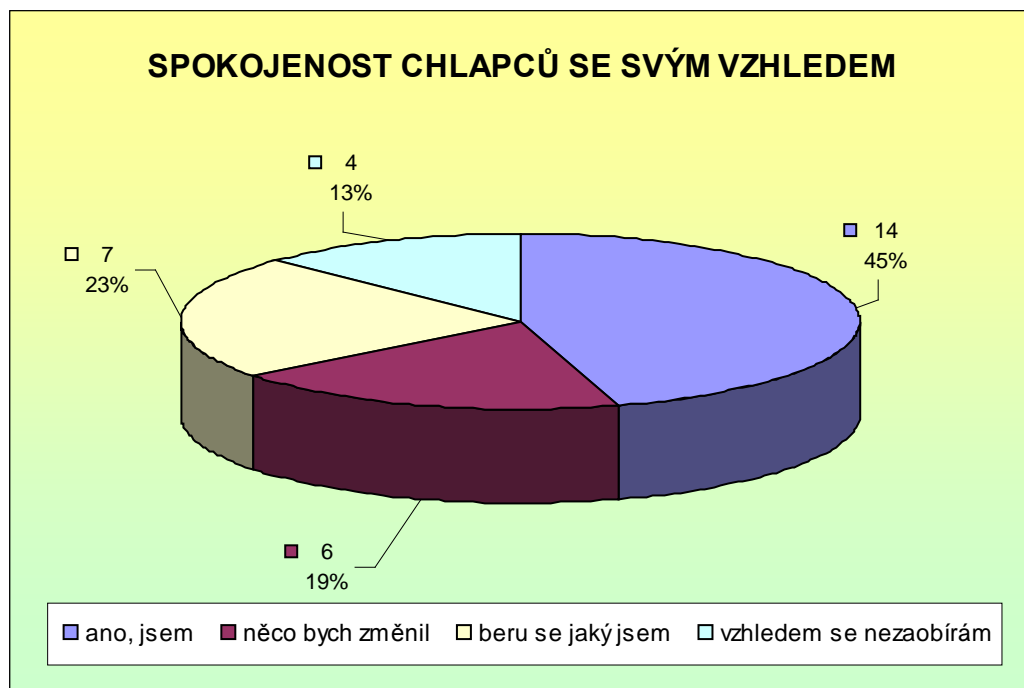
Na otázku č. 1. ve znění: „*Jsi spokojen(a) se svým vzhledem?*“, odpověděli respondenti :

- a) ano jsem : 28% dívek a 45% chlapců
- b) něco bych rád změnil : 54% dívek a 19% chlapců
- c) nejsem,ale mám se rád takový, jaký jsem : 17% dívek a 23% chlapců
- d) svým vzhledem se vůbec nezaobírám : 1% dívek a 13% chlapců

Obrázek 1: Znázorňuje počet a procento spokojenosti dívek se svým vzhledem



Obrázek 2: Znázorňuje počet a procento spokojenosti chlapců se svým vzhledem

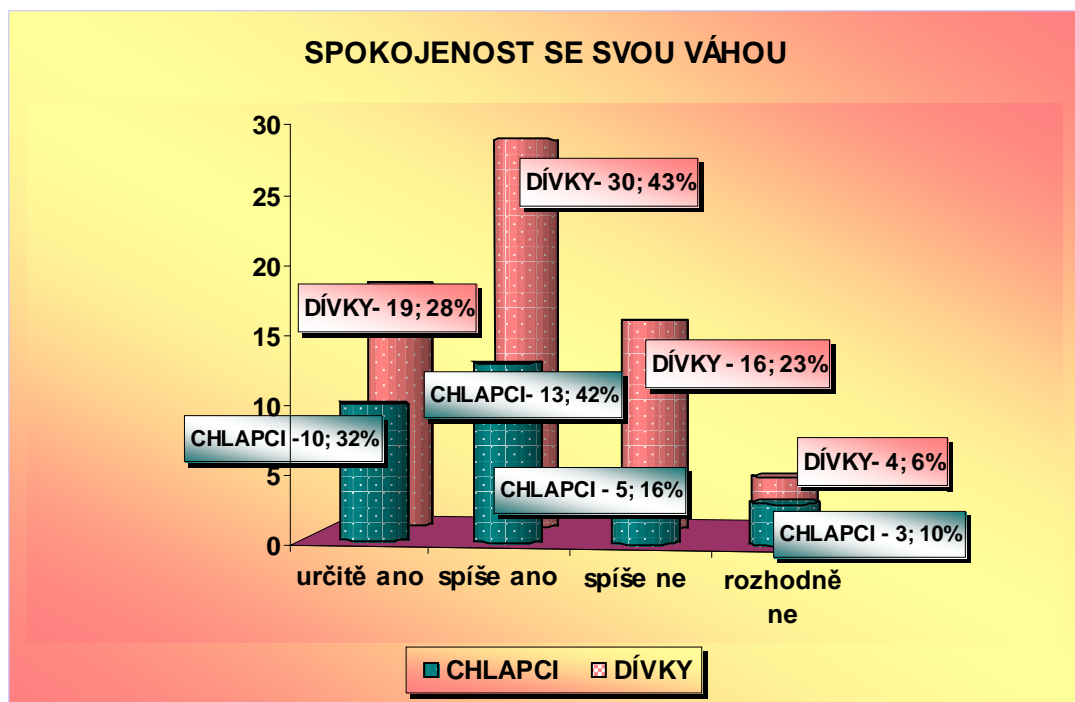


Z výše uvedených dvou grafů vyplývá, že více jak polovina dívek by na sobě ráda něco změnila a jen jedna dívka uvedla, že se svým vzhledem vůbec nezaobírá. U chlapců se potvrdila domněnka autorky, a ukázalo se, že skoro polovina je se svým vzhledem spokojena a 13% se vůbec tímto problémem nezaobírá. Pokud by dotazovaní na sobě rádi něco změnil, byl to různorodý výčet všech tělesných částí. Od vlasů, očí, nosu, zubů, břicha, stehů, výšky či váhy počínaje, přes pihy, křivé nohy a změny tónu hlasu konče.

Na otázku č. 2. ve znění: „*Jsi spokojen(a) se svou váhou?*“, odpověděli respondenti:

- a) určitě ano : odpovědělo 19 dívek (28%) a 10 chlapců (32 %)
- b) spíše ano : odpovědělo 30 dívek (43%) a 13 chlapců (42%)
- c) spíše ne : odpovědělo 16 dívek (23%) a 5 chlapců (16%)
- d) rozhodně ne : odpověděly 4 dívky (6%) a 3 chlapci (10%)

Obrázek 3: Znárodnjuje spokojenost respondentů se svou váhou



Jak je překvapivě patrné z grafu, dívky i chlapci jsou spíše spokojeni se svou váhou a procentuálně i na stejné úrovni – 43 % dívek a 42 % chlapců. I z dalších odpovědí se dá vyvozovat, že spokojenost či nespokojenost se svou tělesnou hmotností je jak u dívek, tak u chlapců přibližně na stejné úrovni.

Otázka č. 3 a 4, kde se autorka respondentů ptá na jejich přibližnou **váhu a výšku**, byla spíše doplňující, pro případně vyhodnocení u některých dotazovaných ohrožující stav podváhy nebo naopak obezity. K tomuto vyhodnocení slouží BMI (Body Mass Index), neboli index tělesné hmotnosti, jež je číslo používané jako měřítko obezity. Je určen pro statistické srovnání obezity populace, zanedbává však velké množství faktorů (svalstvo, kosti apod.). Výpočet je podle rovnice: $BMI = hmotnost [kg] / výška [m]^2$

Žádný z dotazovaných studentů ani studentek podle odpovědí v dotazníku na svou váhu a výšku, nevykazoval ohrožující stav. Jednoduchá cesta, jak mohou rodiče sledovat růst svých dětí, a dle zadaných údajů: datum - výška - váha, program sestaví výškovou křivku pro 0-3 roky, 0-18 let, nebo křivku BMI. Laickým sledováním a vyhodnocením může tak rodič vidět do jaké skupiny dítě patří, odhadnout jeho výšku v 18 letech, v případě změn včas informovat lékaře (www.stahuj.cz).

Otázky č. 5, 6 a 7 ve znění: „*Kolikrát denně obvykle jíš?*“; *Myslíš si, že jsou Tvé stravovací návyky správné?*“ a „*Schází se celá Tvá rodina alespoň jednou denně ke společnému jídlu?*“ směřovaly k zjištění, zda-li se studenti stravují pravidelně, nevynechávají svačiny, a přesto nabývají přesvědčení, že jejich stravovací návyky jsou správné. Zájem o odpovědi na otázku, jestli se celá rodina sejde u společného stolu alespoň jedenkrát za den, jsou kladeny z toho důvodu, že je autorka přesvědčena o důležitosti společných stravovacích návyků, které zároveň ovlivňují i dobré vztahy mezi rodiči a dětmi.

Tabulka 1: Porovnání stravovacích návyků u chlapců a dívek

KOLIKRÁT DENNĚ JÍŠ?	CHLAPCI	DÍVKY	CELKEM
3x nebo i méně	5	6	11
4x	12	32	44
5x nebo i vícekrát	14	31	45
MYSLÍŠ SI, ŽE JE TVÉ STRAVOVÁNÍ SPRÁVNÉ ?	CHLAPCI	DÍVKY	CELKEM
určitě ano	5	6	11
spíše ano	18	40	58
spíše ne	6	23	29
rozhodně ne	2	0	2
SCHÁZÍ SE CELÁ RODINA ALESPON 1x DENNĚ KE SPOLEČNÉMU JÍDLU?	CHLAPCI	DÍVKY	CELKEM
ano, každý den	10	19	29
občas	11	35	46
jen výjimečně	7	13	20
ne, vůbec	3	2	5

Polovina dotazovaných uvádí, že se stravuje pětkrát i vícekrát denně. Tento počet denního přísunu jídla by mělo odpovídat správnému a pravidelnému stravování, zejména v období růstu. Statisticky vzato, polovina žáků musí vynechávat snídaně nebo svačiny, což může být případným „startovačem“ nezdravého stravování a postupným přechodem k problémům s tím spojených. Přesto si větší polovina myslí, že se stravují správně. U společného stolu se každý den sejde celá rodina zhruba jen u čtvrtiny dotazovaných dívek a chlapců.

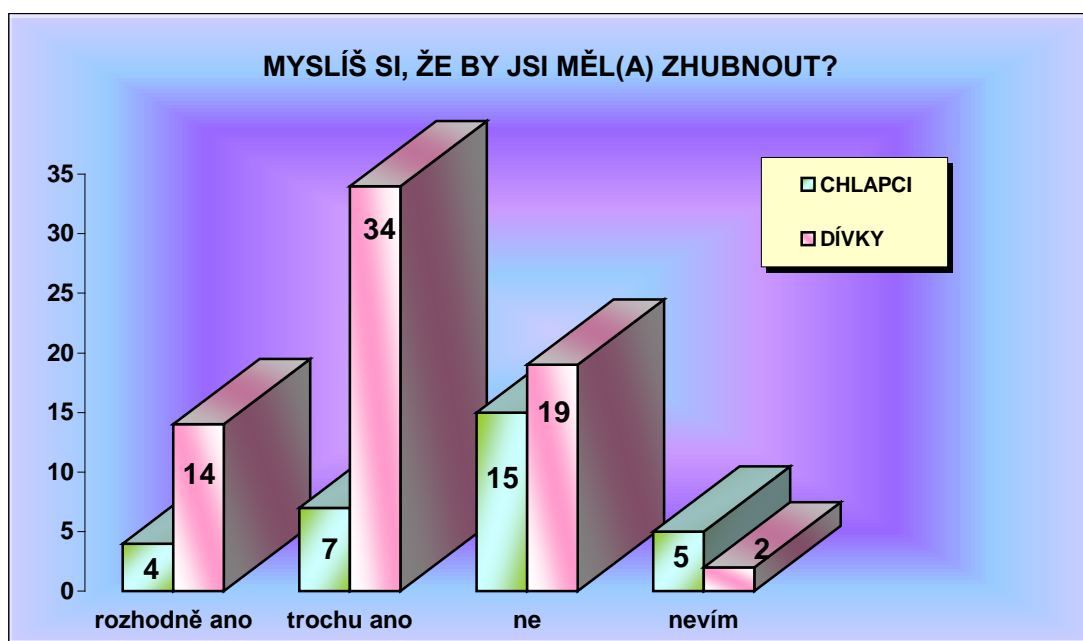
Otázka č. 8 přímo zjišťuje, jestli je pro studenty důležité, jak vypadají. A zní následovně: „*Je pro Tebe velmi důležité, jak vypadáš?*“

- a) rozhodně ano : odpovědělo 15 dívek (22 %) a 6 chlapců (19 %)
- b) spíše ano : odpovědělo 48 dívek (69 %) 14 chlapců (46 %)
- c) spíše ne : odpovědělo 6 dívek (9 %) a 6 chlapců (19 %)
- d) je mi to jedno : odpovědělo 0 dívek (0 %) a 5 chlapců (16 %)

Tady se opět potvrzuje již známý fakt, že dívkám mnohem více záleží na svém vzhledu než chlapcům. Proto je taktéž u nich větší nebezpečí rozvoje poruch příjmu potravy. Ani jedné dívence není jedno jak vypadá, zatímco u chlapců můžeme vidět, že jim v 16 % na vzhledu vůbec nezáleží.

Na **otázku č. 9** ve znění: „ *Myslíš si, že by jsi měl(a) zhubnout?*“ byl autorkou práce vytvořen graf, který znázorňuje, kolik se v počtu dotazovaných dívek a chlapců domnívá, že by měli zhubnout.

Obrázek 4: Znázornění počtu odpovědí respondentů na otázku hubnutí



Zde se opět můžeme přesvědčit, že z dotazovaných 69 děvčat, si přesně polovina myslí, že by měla alespoň trochu zhubnout. Dokonce 14 dívek uvádí, že zhubnout by měly rozhodně. Pokud k tomu přičteme, že 2 dívenky neví, tak nám v procentech vychází, že jen 28% dívek si myslí, že hubnout nemusí. U chlapců nemusí hubnout, dle vyhodnocení, 58 % dotazovaných.

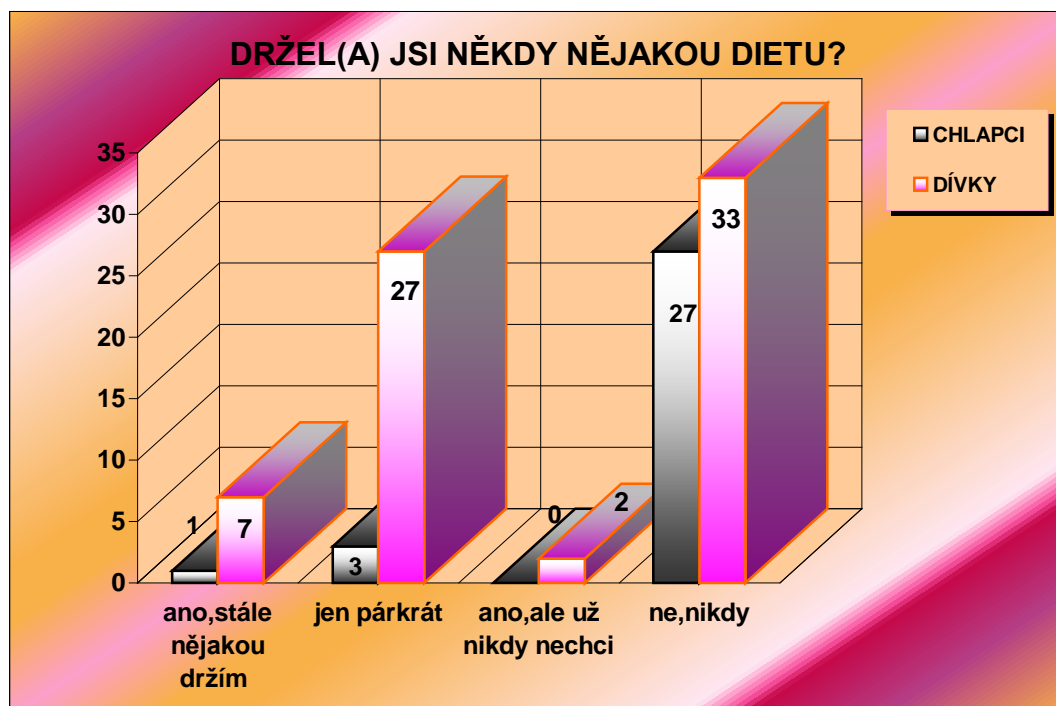
Další otázka byla zaměřena na zjištění, jestli studenti dokáží subjektivně posoudit, zda-li jsou ve třídě oblíbeni.

K překvapení autorky bylo výzkumem zjištěno, že dívky se suverénněji domnívají, že jsou rozhodně oblíbeny v 36 % a chlapci jen ve 23 %. Zdá se, že dnešní děvčata mají zdravější sebevědomí než-li chlapci. K naprosté shodě dívek i chlapců ve 41 % došlo u odpovědi, že nevědí, zda-li jsou ve třídě oblíbeni.

Otázka 10: zní: „ *Držel(a) jsi někdy nějakou dietu?*“

Opět vychází z průzkumu, že dívky, které buď neustále nějakou dietu drží, nebo ji párkrát zkusily, ale nevydržely dlouho, je v průměru 49 %. Kdežto chlapci v 87 % žádnou dietu nikdy nedrželi. Postavy dívek se převážně v období adolescence velmi rychle vzdalují od mediálně prezentovaného ideálu štíhlosti, což není pro většinu z nich žádoucí. I přesto, že je pro ně tento vzor krásy nedostupný, usilují o něj nejrůznějšími způsoby a držení diet zde hraje jednu z hlavních rolí. U chlapců v daném věku dochází ke změnám, které jsou jejich sociálním okolím hodnoceny spíše pozitivně. Proto zpravidla nemají potřebu snižovat svoji tělesnou hmotnost a experimentovat s dietami.

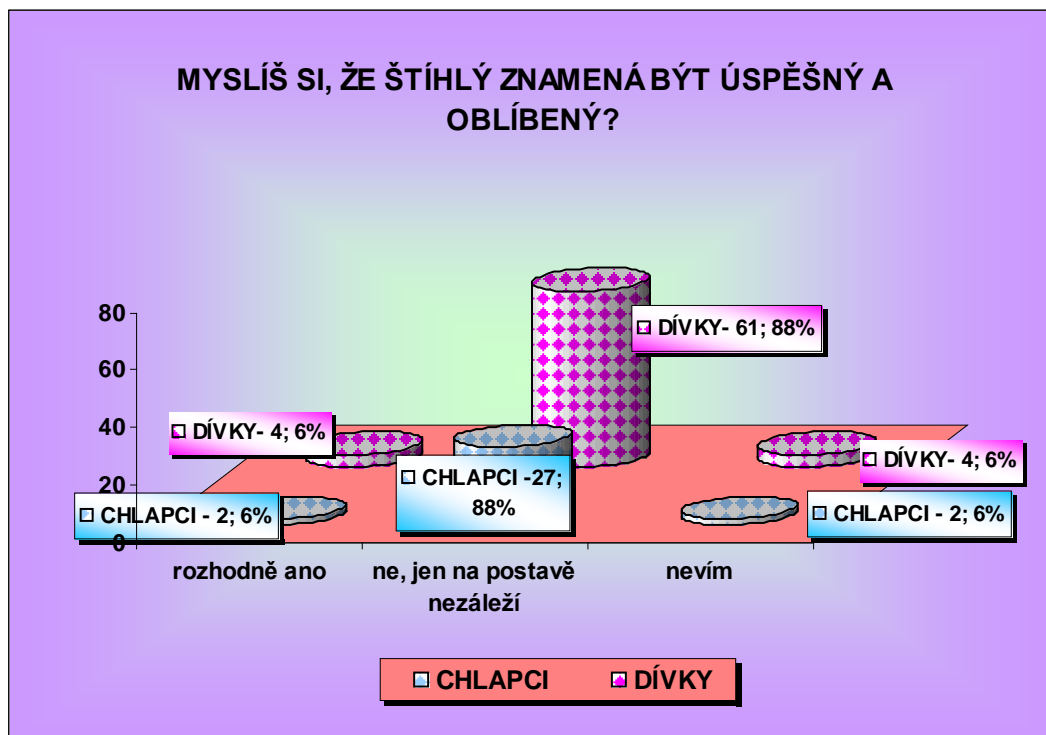
Obrázek 5: Znázorňuje, kolik studentů nedrželo, drželo nebo stále drží diety



Otázka č. 11 byla formulována následovně: „*Myslíš si, že být štíhlý(á), znamená být úspěšný(á) a oblíbenější?*“ V níže uvedeném grafu můžeme vidět počet odpovědí od obou pohlaví a vyčíslené procenta.

S odpověďmi na tuto otázku byla autorka práce velmi spokojena. Protože jak chlapci, tak i dívky v plných 88 % štíhlost s úspěchem a oblíbeností nespojují. Dále je zajímavé zjištění, že došlo v naprosté shodě u obou pohlaví ve všech následujících odpovědích, jak je patrné z grafu.

Obrázek 6: Vyčísluje názor respondentů, zdali štíhlost znamená úspěch



Otázka č. 12 byla zaměřena na *vliv reklam v médiích* a časopisech, které zaručují ony závažné přípravky, výrobky, diety a postupy k získání dokonalého a štíhlého těla. V tomto směru bylo přáním autorky zjistit, jestli studenty vysílané reklamy zajímají a řídí se podle nich, nebo se na ně podívají jen někdy a občas se podle nich řídí, nebo je nezajímají vůbec a nevěří jim.

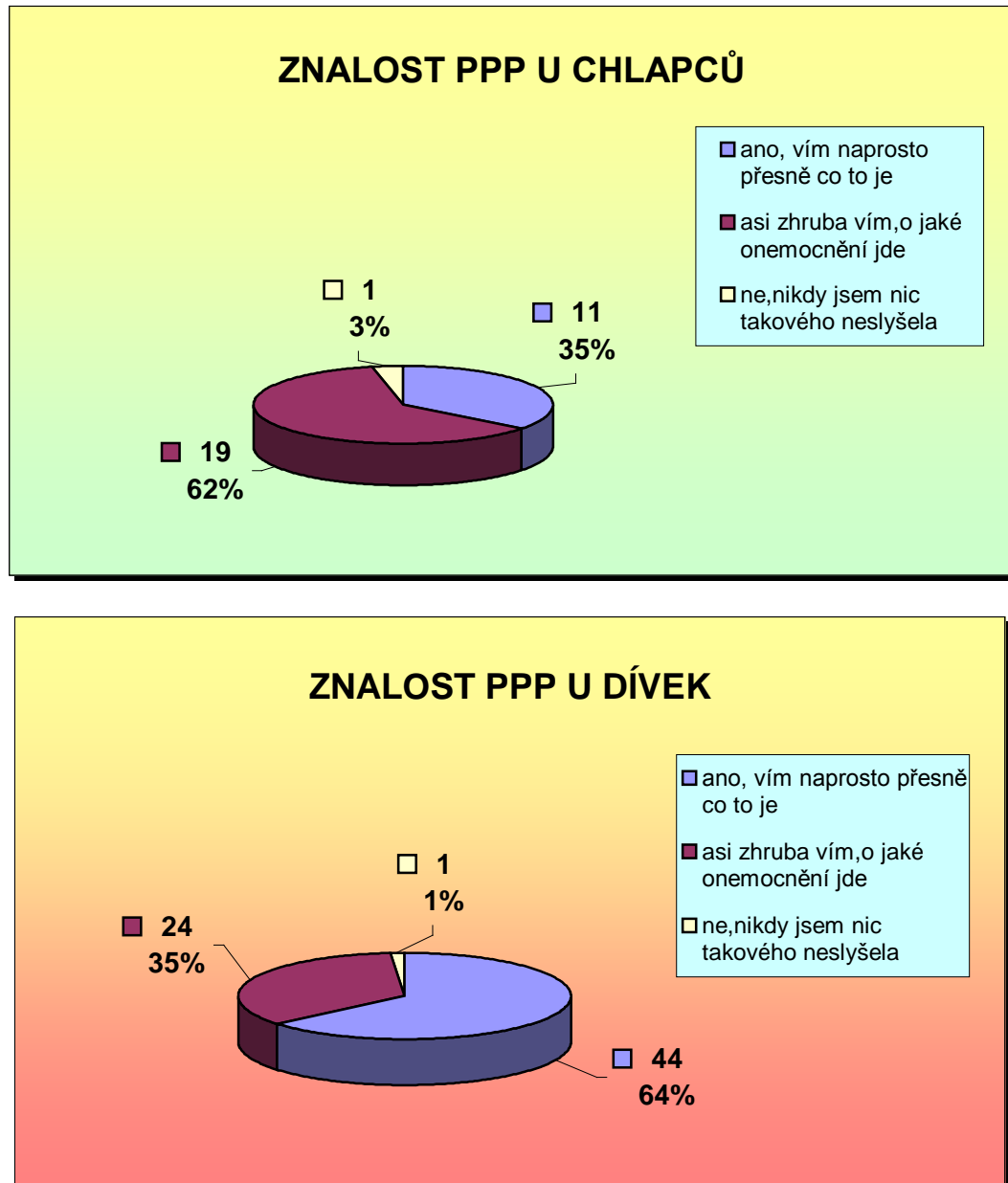
Studenti v této otázce velmi mile překvapili. Ani jeden z respondentů neuvedl, že ho reklamy zajímají, a že se podle nich řídí. Jen 23% dotazovaných uvedlo, že se na některé reklamy občas podívají a jen občas se dle nich řídí. Celých 77 % dívek i chlapců reklamám nevěří a nezajímají je. To je velmi pozitivní zjištění. Je velmi dobře, že si adolescenti uvědomují nesmyslnost a neúčelnost reklamního nátlaku.

7.5.1 Otázky přímo zaměřené na mentální anorexii a bulimii

Následující řada otázek se týkala již samotného zjištění znalostí studentů k problematice mentální anorexie a bulimie. Zda-li dokáží respondenti popsat rozdíl mezi těmito nemocemi, jestli jsou jim známy příčiny těchto onemocnění a následné zdravotní potíže, jestli vědí, kam se mohou obrátit o pomoc a v neposlední řadě, zda-li je tato problematika zajímavá a chtěli by získat o těchto nemocích více informací.

Otázka č. 13 ve znění: „*Slyšel(a) jsi někdy o poruchách příjmu potravy – o anorexii a o bulimii?*“

Obrázek 7: Znázorňuje znalost anorexie a bulimie u chlapců a dívek



Jak můžeme vidět z výše uvedených grafů, 35 % chlapců a 44 % dívek tvrdí, že ví naprosto přesně o jaké onemocnění se jedná a pojem poruchy příjmu potravy pro ně nejsou novým pojmem.. Dalších 62 % chlapců a 35 % děvčat ví asi zhruba o těchto nemocech a 3% chlapců a 1% děvčat nikdy nic takového neslyšelo.

Jestli studenti opravdu vědí o těchto onemocněních, bylo v zápětí dokázáno následující otázkou **15**, kde byla položena otázka *rozdílu mezi mentální anorexií a bulimií*. Je zapotřebí konstatovat, že všechny dívky, které odpověděly v předchozí otázce, že naprosto přesně vědí o jaké onemocnění se jedná, taktéž ve stručnosti rozdíl mezi těmito onemocněními věděly. U chlapců zřejmě převažovalo přesvědčení, že přesně znají o čem se jedná, ale bohužel ne všichni to dokázali potvrdit správným popsáním rozdílů. Z odpovědí studentů a studentek, kteří si nebyli zcela jisti a uvedli, že zhruba vědí o těchto nemocech, dokázaly správně rozlišit rozdíl jen studentky osmých a devátých tříd. Žákyně nižších tříd, si nebyly jisty právem, protože nedokázaly popsat rozdíly vůbec nebo chybně. U chlapců, kteří uvedli, že zhruba vědí o jaké onemocnění jde, v popisech rozdílů nedokázali napsat nic nebo to bylo zcela zmatečné. Jeden dvanáctiletý chlapec doslova uvedl : „ toš, anorexie že všechno co sníte nevyjde druhým koncem, ale zase to spěchá zpátky a bulimie je něco podobného“.

Z tohoto šetření tedy vyplývá, že pokud studenti někdy něco zaslechli o těchto nemocech, většina z nich nedokáže přesně definovat rozdíly anorexie a bulimie nebo zná jen jednu z nemocí, a to anorexii nebo si zmíněné nemoci pletou. Z celkového sečteného průměru tedy vychází, že dívky v 80 % vědí a dokáží popsat rozdíly, zbylých 20 % jsou žákyně šestých tříd, kdežto u chlapců dokáže nemoci správně rozlišit jen 19 %. Z toho lze usuzovat, že se dívky o tyto nemoci více zajímají než chlapci.

Otázka č. 14 byla zaměřena na průzkum *od koho studenti případně tyto nemoci slyšeli*. Zda-li od učitelů, rodičů, kamarádů či sdělovacích prostředků. Přestože byli studenti upozorněni na výběr vždy jen jedné odpovědi, volili někteří více možností nebo dokonce všechny varianty. Dá se z toho vyvozovat, že důvodem nebylo nesprávné pochopení otázky, ale jednoduše fakt, že o těchto nemocech slyšeli z více zdrojů. Nejvíce však uváděli respondenti sdělovací prostředky, rodiče a učitelé byli na stejné úrovni a nejméně odpovědí bylo od kamarádů.

Otázka 16 ve znění: „*Víš, co je příčinami těchto onemocnění ?*“ byla pro studenty zřejmě nejtěžší. Odpovědi respondentů byly následující:

- 26 uvádí, že příčinou je touha po štíhlém těle, nespokojenost s váhou, touha být hezčí
- 23 uvádí špatný psychický stav, nátlak okolí, ponižování v kolektivu
- 9 pokládá za příčinu vzor hubených modelek
- 6 uvádí nepravidelný příjem potravy a diety
- 1 dvanáctiletý chlapec si myslí, že je to vůlí člověka
- 1 dívka šesté třídy se domnívá, že to mají lidé od narození
- 1 třináctiletý chlapec uvedl jako příčinu, že je někdo příliš hubený
- 2 třináctiletí hoši uvádí, tupost dívek v pubertě
- 1 odpověď od dvanáctiletého chlapce stojí za citaci: „ Člověku musí v hlavě rupnout (odborně šplouchnout na maják), protože normální člověk hned po pozření nevyvrátí všecko jídlo.“

Na tuto otázku nedokázalo vůbec odpovědět 13 dívek šestých tříd, 5 dívek z vyšších ročníků a 12 chlapců.

V otázce č. 17 měli žáci odpovědět na následující otázku: „ *Máš pocit, že by někdo ve Tvém okolí mohl trpět anorexií nebo bulimií*“?

Obrázek 8: Uvádí, kolik studentů se domnívá, že někdo v jejich okolí trpí onemocněním



Toto zjištění není nikterak příznivé. Pokud se podíváme na graf, zjistíme, že studentů, kteří ví naprosto jistě a nebo tuší, že někdo v jejich okolí je postižen ať už mentální anorexií nebo bulimií je celých 33 %. Můžeme jen doufat, že jejich tušení není správné. Je-li však jejich domněnka správná, tak uvedené vysoké procento je velmi smutným zjištěním.

U otázky č. 18: „ *Víš, co mohou uvedené nemoci způsobit za zdravotní potíže?*“ uváděli respondenti následující:

Dívky 8 a 9 tříd uváděly :

- v 10 odpovědích: porucha funkcí životních orgánů, ztráta menstruace
- v 9 odpovědích: srdeční zástava a v nejhorším případě i smrt
- v 6 odpovědích: vypadávání vlasů, zhoršení kůže, zežloutlé zuby
- v 5 odpovědích : podrážděný žaludek, špatné trávení, únava
- ve 4 odpovědích: úbyte svalové hmoty, kolaps na veřejnosti
- ve 2 odpovědích: psychické poruchy, deprese

6 dívek nevědělo nic o zdravotních potížích.

Dívky 6 tříd uváděly :

- v 5 odpovědích: nedostatek vitamínů, smrt
- ve 4 odpovědích: poruchy trávení, podrážděný žaludek, únava
- 1 odpověď: psychické problémy, zhroucení
- 1 odpověď: poruchy růstu, nemoci srdce, jater
- 1 odpověď: celoživotní vzpomínky na toto onemocnění
- 1 odpověď: ženy nemůžou mít děti
- 1 odpověď: cituji: „ Tak buď jdou do blázince, do nemocnice nebo umřou“

Nezarážející odpověď jedné dívky zněla takto: „ rakovina, ptačí chřipka“

12 dívek nevědělo nic o zdravotních potížích.

Chlapci uváděli tyto odpovědi:

- ve 2 odpovědích: špatná obranyschopnost organismu, omdlávání
- ve 2 odpovědích: měkké kosti, smrt
- 1 odpověď: psychické a fyzické potíže
- 1 odpověď: ženy nemůžou mít děti
- 1 odpověď: sníží se věk o 10 až 20 let
- 1 odpověď od dvanáctiletého chlapce: cituji: „ V obou případech natáhnou brka“

23 chlapců z celkového počtu 31, nenapsalo o zdravotních problémech vůbec nic.

Podíváme-li se na všechny odpovědi respondentů, dospějeme k tvrzení, že si zdravotní důsledky těchto chorob uvědomují a znají především studentky osmých a devátých tříd, tedy ve věku mezi čtrnáctým a patnáctým rokem, a to v celých 86 %. U mladších děvčata ví některé zdravotní důsledky přibližně polovina dotázaných. Očekávaný výsledek byl u chlapců, kteří tvrdí, že jsou jim tyto nemoci známé, ale o zdravotních důsledcích vědí pramálo, a to v celých 81 %.

Otázka č. 19 : byla zaměřena na zjištění, zda-li by studenti věděli, *kam se mohou obrátit o pomoc, při zjištění, že někdo v jejich okolí trpí zmíněným onemocněním.*

Ze 100 dotazovaných by se 22 obrátilo na lékaře, 12 na psychologa či psychiatra, 13 na rodiče nebo učitele, 5 na poradny a linky důvěry. To je zhruba polovina dotazovaných, kteří vědí, kde mohou případně vyhledat pomoc. 2 dívky šesté třídy uvedly, že by se do toho „nemontovaly“, že je to každého věc. Ostatní respondenti vůbec nevěděli, kam se obrátit o pomoc. To je alarmující zjištění, protože je to celá polovina dotazovaných.

Poslední **otázka č. 20** prověřuje, zda-li mají respondenti *zájem získat více informací o těchto nemocech.* Výsledky jsou následující:

- a) ano, velmi mě to zajímá: 38 % dívek a 13 % chlapců
- b) ani ne: 58 % dívek a 71 % chlapců
- c) ne nechci, absolutně mě to nezajímá: 4 % dívek a 16 % chlapců

Respondenti celkově jeví vlažný zájem o hlubší rozbor problematiky poruch příjmu potravy a získávání nových informací. V převážné míře je odpověď „ani ne“ a opět chlapce tematika PPP zajímá ještě v menší míře než-li děvčata. Zájem o nové, podnětné informace projevil 38% dívek a pouze 13% chlapců.

8 SHRNU TÍ VÝZKUMU

Výzkumem na druhém stupni základní školy se potvrdila domněnka autorky práce, že prevence poruch příjmu potravy a informovanost u nejrizikovější skupiny adolescentů, není zdaleka dostačující. Zdravotní důsledky těchto chorob si uvědomují především studentky osmých a devátých tříd, ale mladších děvčata z 50 % nemají o následcích ani zdání. U chlapců je doslova alarmující neznalost důsledků, a to v celých 81 %. Přitom celých 33 % dotázaných tuší, že někdo v jejich okolí trpí poruchou příjmu potravy. Zarážející je také zjištění, že doslova polovina studentů vůbec netuší, kam by se v případě projevů uvedených nemocí obrátila o pomoc.

Dalším znepokojením je zjištění, že 72 % dívek je přesvědčena že by měla zhubnout a dokonce si totéž o sobě myslí 42 % chlapců. Ovšem dle uvedených váhových a výškových údajů dotazovaných studentů, nevykazoval nikdo, dle autorčina názoru, ani mírnou nadváhu, tudíž zhubnout nepotřebují.

Konečným zjištěním je fakt, že studenti nejeví velký zájem se v oblasti poruch příjmu potravy nadále vzdělávat a informovat. Zájem o nové, podnětné informace projevilo pouze 38% dívek a 13% chlapců.

9 NÁVRHY NA ŘEŠENÍ ZJŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Při zpracování bakalářské práce a při vyhodnocení informací získaných pomocí dotazníku bylo autorkou shledáno několik nedostatků. Pro větší přehlednost je zde uveden seznam těchto nedostatků a případné návrhy řešení:

- malá sebedůvěra v samu sebe u dospívajících dívek a chlapců a následná zvýšená snaha o dosažení propagovaného ideálu štíhlosti
- tlak ze strany rodičů, trenéra či partnera a mediální tlak

Nápravy a návrhy řešení:

- posílit sebedůvěru a podporu ze strany rodiny, trenérů a učitelů. Doporučení rodičům, aby dětem od narození vštěpovali, že být dokonalý neznamena být štíhlý. Měli by se chovat tak, aby udržovali ve svých dětech zdravé sebevědomí, protože u dětí s nižším sebevědomím a se špatným vzorem v rodině je riziko vzniku PPP větší
- dále je nesmírně důležité vštěpovat pravidelné stravovací návyky, poskytovat oporu a zdravé sebevědomí
- i přes autorčinu spokojenost s odpověďmi na otázku mediálního tlaku, kdy celých 77% respondentů odpovědělo, že reklamy nesleduje a neřídí se jimi, je nutno podotknout, že časopisy a reklamy rozhodně neukazují standardní proporce, ale mnohdy počítačově upravené modelky. Je potřeba mít tedy realističtější, rozumnější a přirozenější přístup ke svému tělu. Vyjádřit se můžeme prostřednictvím dopisu, knih a našich individuálních postojů a přesvědčení, pokud se nám takový předsudek nelíbí
- zvyšovat informovanost zejména u nejvíce ohrožených skupin jako je dospívající mládež, sportovci a ti, kteří v dětství trpěli nadváhou
- jednou z nejdůležitějších oblastí prevence PPP je právě osvěta v oblasti zdravé výživy a nepřiměřené redukce nadváhy. Je nezbytné, aby učitelé a výchovní poradci nadále vedli diskuse se svými žáky zaměřené na prevenci PPP, pravidelné stravovací návyky, poskytovali oporu a pěstovali zdravé sebevědomí
- ze strany lékařů je vhodné o těchto onemocněních mluvit a podávat informace v rámci preventivních prohlídek. Zde by se uplatnily nejrůznější letáky v čekárnách u lékaře se základními informacemi a odkazy na linku důvěry, občanské sdružení apod., kde by byla možnost získat dostatek informací, kde mohou vyhledat pomoc

ZÁVĚR

Závěrem je třeba zmínit, že problematika poruch příjmu potravin je velmi složitá a veřejností často bohužel i nepochopitelná. Pravdou sice je, že se stává stále diskutovanějším tématem, což je pokládáno za pozitivní stránku, ovšem informovanost rizikových a nejvíce ohrožených skupin mládeže, je nedostatečná. Je třeba mít na paměti, že zmiňované onemocnění je psychosomatického rázu a významně tedy zasahuje do oblasti psychické i tělesné. Uvedené choroby mohou velmi negativně ovlivnit vývoj celé osobnosti až do dospělosti. Správné a především včasné rozpoznání poruchy a její léčba mohou pozitivně ovlivnit celoživotní zdravotní stav postiženého. Proto je třeba tak intenzivně apelovat na zvýšení informovanosti studentek i studentů. Dospívající mládež se musí naučit zvládat nebezpečí ve světě dospělých. Kráse a úspěchu, jež jsou pro ně v daném věku prvořadé, se snaží dosáhnout mnohdy po svém. Proto je velmi důležité, aby byli co nejdříve seznámeni s danou problematikou, učili se vytvářet správné stravovací návyky a uměli čelit všudypřítomným nástrahám, které s poruchami příjmu potravy souvisejí. Prevence by dle autorčina názoru měla začínat již v ranném dětství, nikoliv až v období dospívání.

Empirická část poukazuje na nízkou informovanost studentů jazykové základní školy ve Zlíně. Bakalářská práce je přínosem pro práci pedagogů, kteří by měli na základě výzkumu zvyšovat informovanost studentů o zdravém životním stylu, více zahrnovat do učiva téma poruch příjmu potravy a jejich prevence. Dále by měli varovat před důsledky nezdravé redukce váhy, před nesmyslností a neúčinností držení diet a před nadměrným podléháním módních trendů.

Se smutným konstatováním je třeba na úplný závěr uvést, že nemocní trpící zmíněnou mentální anorexií či mentální bulimií jsou jednoznačně „produktem dnešní moderní doby.“ Odpovědnost nese celá naše společnost, nikoli jen sami postižení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BENEŠOVÁ, D., MÍČOVÁ, L., *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií*. Praha: Sdružení MAC, 2003. ISBN 80-86015-91-2
2. HORT, VI., HRDLČKA M., KOCOURKOVÁ J., MALÁ E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9
3. KRCH, F.D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-627-7
4. KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-598-9
5. KRCH, F.D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-0840-X (brož.)
6. KRCH, F.D., *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. 3. doplněné přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2130-9
7. KRCH, F.D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-521-0
8. KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví. Poruchy příjmu potravy- příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠT ČR, 2003.
9. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, ISBN 80-205-0499-0
10. MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha : Nakladatelství Lidové Noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0
11. MOŽNÝ, P., PRAŠKO J. *Kognitivně-behaviorální terapie-úvod do terapie a praxe*. Praha: Nakladatelství Triton, 1999, ISBN 80-7254-038-6
12. PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha : Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6
13. THE BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. *Rodinná encyklopedie zdraví, české vydání* Praha: Euromedia Group, 1998, ISBN 80-7176-872-3
14. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese, rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-802-3

15. ZVOLSKÝ P. a kolektiv, *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998, ISBN 80-7184-666-X
16. ZVOLSKÝ P. a kolektiv, *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2003, ISBN 80-7184-203-6

Internetové zdroje

1. Prozeny.cz – magazín pro ženy [cit.22.01.2011]. In. Anorexie není jen dívčí nemoc [online]. URL:< <http://www.prozeny.cz/magazin/zdravi-a-zivotni-styl/psychicke-zdravi/5123-muz-s-a-norexi-stale-castejsi-problem>>
2. Idealni.cz - portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí [cit.12.02.2011]. In. Druhy pomoci,psychoterapie, psychoterapeutický přístup a další metody[online].URL:< http://www.idealni.cz/druhy-pomoci--psychoterapie--psychoterapeutickykh-pristupu-a-dalsich-metod+terapie_show.asp?id=1657>
3. Stahuj.cz – svět software [cit. 26.02.2011]. In.Růstové křivky [online]. URL: <http://www.stahuj.centrum.cz/podnikani_a_domacnost/ostatni/rustove-krivky>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 9: Znázorňuje počet a procento spokojenosti dívek se svým vzhledem

Obrázek 10: Znázorňuje počet a procento spokojenosti chlapců se svým vzhledem

Obrázek 11: Znázorňuje spokojenost respondentů se svou váhou

Obrázek 12: Znázornění počtu odpovědí respondentů na otázku hubnutí

Obrázek 13: Znázorňuje, kolik studentů nedrželo, drželo nebo stále drží diety

Obrázek 14: Vyčísluje názor respondentů, zdali štíhlost znamená úspěch

Obrázek 15: Znázorňuje znalost anorexie a bulimie u chlapců a dívek

Obrázek 16: Uvádí, kolik studentů se domnívá, že někdo v jejich okolí trpí onemocněním

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Porovnání stravovacích návyků u chlapců a dívek

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník pro žáky 2. stupně ZŠ ve Zlíně

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO ŽÁKY 2.STUPNĚ ZŠ VE ZLÍNĚ

Vážení studenti, vážené studentky,

dostal se Vám do rukou dotazník, který slouží k realizaci výzkumu v rámci bakalářské práce. Cílem je zjistit vaše stravovací návyky a informovanost žáků o poruchách příjmu potravy. Dotazník je anonymní, proto neuvádějte své jméno. Dovoluji si Vás touto cestou požádat o spolupráci při pravdivém a upřímném vyplňování dotazníku.

Za Vaši trpělivost, čas a spolupráci Vám velmi děkuji.

Monika Habrovanská

VĚK

TŘÍDA

POHLAVÍ

1. Jsi spokojen(a) se svým vzhledem?

- a) ano, jsem
- b) něco bych ráda změnila (uveď co by to bylo)
- c) nejsem, ale mám se rád(a) takový(á), jaký(á) jsem
- d) svým vzhledem se vůbec nezaobírám

2. Jsi spokojen(a) se svou váhou?

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

3. Kolik přibližně vážíš?

- a) méně než 45 kg
- b) mezi 45 - 50 kg
- c) mezi 50 - 60 kg
- d) více než 60 kg

4. Kolik přibližně měříš?

- a) méně než 150 cm
- b) mezi 150 - 160 cm
- c) mezi 160 - 170 cm
- d) více než 170 cm

5. Kolikrát denně obvykle jíš?

- a) třikrát nebo i méně
- b) čtyřikrát
- c) pětkrát nebo i vícekrát

6. Myslíš si, že jsou Tvé stravovací návyky správné?

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

7. Schází se celá Tvoje rodina alespoň jednou denně ke společnému jídlu?

- a) ano, každý den
- b) občas
- c) jen výjimečně
- d) ne, vůbec

8. Je pro Tebe velmi důležité, jak vypadáš?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) je mi to jedno

9. Myslíš si, že by jsi měl(a) zhubnout?

- a) rozhodně ano
- b) trochu ano
- c) ne
- d) nevím

9. Jsi ve třídě oblíbený(á)?

- a) rozhodně ano
- b) myslím si, že moc ne
- c) nevím
- d) ne, nejsem

10. Držel(a) jsi někdy nějakou dietu?

- a) ano, stále nějakou držím
- b) jen párkrát, ale nevydržel(a) jsem dlouho
- c) ano, ale nebylo mi dobře a už nikdy nechci
- d) ne, nikdy

11. Myslíš si, že být štíhlý(á), znamená být úspěšný(á) a oblíbenější ?

- a) rozhodně ano
- b) ne, jen na postavě nezáleží
- c) nevím

12. V televizi, v časopisech nebo na Internetu se často objevují reklamy, které radí, jak dosáhnout štíhlého a dokonalého těla. Řídíš se podle nich?

- a) ano řídím a všechny mě zajímají
- b) na některé se podívám a občas se podle nich řídím
- c) ne, nevěřím jim a nezajímá mě to

13. Slyšel(a) jsi někdy o poruchách příjmu potravy - o anorexii a o bulimii?

- a) ano, vím naprosto přesně co to je
- b) asi zhruba vím, o jaké onemocnění jde
- c) ne, nikdy jsem nic takového neslyšel(a)

14. Pokud jsi o nich slyšel(a), tak od koho to bylo?

- a) od učitelů
- b) od rodičů
- c) od kamarádů
- d) ze sdělovacích prostředků

15. Víš, jaký je rozdíl mezi anorexií a bulimií?

a) ano (pokus se rozdíl stručně popsat)

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

b) nevím

16. Víš, co je příčinami těchto onemocnění?

a) ano (zkus je popsat)

.....
.....

b) vůbec nevím

17. Máš pocit, že by někdo ve Tvém okolí mohl trpět anorexií nebo bulimií?

a) ano, vím to o někom jistě

b) u někoho to tuším

c) ne, nikdo v mém okolí žádnou z těchto nemocí netrpí

18. Víš, co mohou uvedené nemoci způsobit za zdravotní potíže?

a) ano (uveď je prosím)

.....
.....

b) nevím

19. Kdyby jsi zjistil(a), že někdo ve Tvém okolí některou z uvedených nemocí trpí, víš kam se obrátit pro pomoc?

a) ano (uveď prosím)

.....

b) ne, vůbec nevím

20. Chtěl(a) by jsi znát více informací o těchto nemocech?

a) ano, velmi mě to zajímá

b) ani ne

c) ne nechci, absolutně mě to nezajímá

Děkuji za vyplnění dotazníku a přeji úspěšné studium a všechno nejlepší ve Vašem životě.