

Poruchy příjmu potravy

Šárka Černá

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Šárka ČERNÁ
Osobní číslo: H108030
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Poruchy příjmu potravy

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkumu v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce. S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena: - na charakteristiky rodin osob s poruchami příjmu potravy, - na prevenci z pohledu osob s poruchami příjmu potravy, - na možnosti sociální pedagogiky při prevenci poruch příjmu potravy. Součástí práce bude empirické šetření zaměřené na osoby léčené pro poruchy příjmu potravy, na charakteristiku jejich sociálního prostředí (např. rodinného, školního) a možnou prevenci těchto poruch. Šetření bude prováděno metodou polostrukturovaného rozhovoru a analýzou dokumentace jednotlivých případů. Cílem práce je zjistit možné souvislosti výskytu poruch příjmu potravy a sociálního prostředí osob s poruchami příjmu potravy a formulovat doporučení pro sociálně pedagogické působení v této oblasti.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Claude-Pierre,P. Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy. Praha: Pragma, 2001.
Cooper,P.J. Mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Olomouc: Votobia, 1995. Krch,F.D.
a kolektiv. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada, 2005. Leibold,G. Mentální anorexie.
Praha: Svoboda, 1995. Málková,I., Krch,F.D. SOS nadváha. Praha: Portál, 2001.
Papežová,H. Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Grada, 2010. Radvan,E.,Vavřík,M.
Metodika psaní odborného textu a výzkumu v sociálních vědách. Brno: IMS 2009. Další
literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během
práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Olga Doňková**
Katedra psychologie
Datum zadání bakalářské práce: **16. března 2012**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2013**

V Brně dne 16. března 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. František Vizdal, CSc.
vedoucí katedry

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 prezenčnímu 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.

JARKA ČERNA

Jméno, příjmení studenta

Jar' Čer'

Podpis

V Brně 7.3.2013

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, 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, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo 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 výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem mé práce jsou poruchy příjmu potravy a možnosti jejich prevence. Jsou sociálně patologickým jevem a úzce souvisí s oborem sociální pedagogiky. Teoretická část je zaměřena na výživu a její význam pro organismus, na historii a definici poruch příjmu potravy. Zaměřuji se na hlavní zástupce mentální anorexii a mentální bulimii, na jejich příčiny, negativní důsledky, možnosti léčby a prevence. Empirická část obsahuje poznatky získané za použití kvalitativní výzkumné strategie. Práce přináší informace o získaných poznatcích a doporučení pro sociálně pedagogické působení v této oblasti.

Klíčová slova:

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, terapie, prevence.

ABSTRACT

The theme of my work are the eating disorders and prevention. They are socially pathological phenomenon and are closely related to the field of social education science. The theoretical part is focused on nutrition and its importance for the organism, the history and definition of eating disorders. I focus on the main representative of anorexia nervosa and bulimia nervosa, their causes, the negative effects, treatment options and prevention. The empirical part contains information obtained by using qualitative research strategy. The work provides information about findings and recommendations for social educational practice in this area.

Keywords:

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, therapy, prevention.

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Olze Doňkové za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji náměstkyni pro nelékařské zdravotnické pracovníky FN Brno, vrchní sestře a režimové sestře Psychiatrické kliniky FN Brno za jejich podporu, ochotu a vstřícnost.

Také bych chtěla poděkovat svým rodičům za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování mé bakalářské práce a které si nesmírně vážím.

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

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 VÝŽIVA A VYMEZENÍ PORUCH VÝŽIVY A PŘÍJMU POTRAVY	11
1.1 HISTORICKÝ KONTEXT A SOUČASNÉ POJETÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	16
1.2 MENTÁLNÍ ANOREXIE	19
1.3 MENTÁLNÍ BULIMIE	20
1.4 MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE - SROVNÁNÍ.....	21
1.5 ATYPICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	23
2 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	25
2.1 FAKTORY BIOLOGICKÉ	26
2.2 FAKTORY PSYCHOSOCIÁLNÍ	27
2.3 KULTURNÍ VLIVY	35
3 NEGATIVNÍ DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	37
3.1 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	37
3.2 PSYCHICKÉ A SOCIOKULTURNÍ DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	39
4 LÉČBA A PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	41
4.1 MOŽNOSTI LÉČBY	41
4.2 MOŽNOSTI PREVENCE	46
II EMPIRICKÁ ČÁST	49
5 CÍL VÝZKUMU	50
6 CHARAKTERISTIKA A POPIS VÝBĚROVÉHO SOUBORU	51
7 METODY	52
8 VÝSLEDKY	53
9 DISKUSE	66
ZÁVĚR	70
RESUMÉ	73
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
SEZNAM PŘÍLOH	77

ÚVOD

Téma své práce jsem si vybrala proto, že pracuji ve zdravotnictví, kde se často setkávám s utrpením lidí a také z důvodu v současné době narůstající aktuálnosti problému poruch příjmu potravy. Když je člověk zdravý, je pro něho tento stav samozřejmostí. Neuvědomuje si, že zdraví je nejcennější devízou. Dokud se nedostaví nemoc. Ta dokáže celý život změnit, i ho ukončit. V dnešní době přibývá nejen civilizačních chorob, mezi které patří například zhoubné nádory a kardiovaskulární onemocnění, ale stále častěji se vyskytují také poruchy příjmu potravy. Spadají do rámce sociálně patologických jevů. Řadíme je k novým formám závislostního chování jako je závislost na televizi, netománie, závislost na práci, patologické nakupování apod. Poruchy příjmu potravy patří do kategorie psychických onemocnění. Mohou končit i smrtí postiženého jedince.

Jednoznačná příčina jejich vzniku prokázána nebyla, podílí se na nich více faktorů. Patří sem faktory osobnostní, vývojové, rodinné, sociální, kulturní. Osobnost jedince trpícího poruchou příjmu potravy je postižena komplexně. Onemocnění působí negativně na složku biologickou, psychickou i sociální. Kromě vlivu na samotného jedince, je postiženo rovněž jeho okolí, rodina, přátelé, učitelé, spolužáci, kolegové. Výsledkem jsou problémy ve vztazích s osobami blízkými, ve škole, v zaměstnání. Neopomenutelný je rovněž negativní vliv na společnost ve smyslu vynakládání zdravotní péče při léčení osob s poruchami příjmu potravy. Přesto, že se jedná o velmi závažná onemocnění, jsou počátky jejich vzniku podceňovány. Je nutné zvýšit povědomí společnosti o této problematice.

Problematika je úzce spjata s oborem sociální pedagogiky. Za zakladatele sociální pedagogiky je považován německý filosof a pedagog P. Natorp a její vznik se váže k přelomu 19. a 20. století. Pojetí sociální pedagogiky dodnes není jednoznačné. V různých zemích je odlišné a odlišné je i z hlediska autorů jako jednotlivců. Přístupy se různí jednak v tom, kdo je objektem výchovy, jakou formou výchova probíhá, jaké jsou podmínky výchovy, co je cílem, jakými metodami je výchova uskutečňována. Jedním z hledisek je výchova ve smyslu sociální pomoci. Někteří autoři upřednostňují hlavně tento pohled. Většina se ale přiklání k širšímu pojetí sociální pedagogiky (Kraus, 2008, s. 11, 41). Kraus uvádí: *“Sociální pedagogika pojednává o tom, jak optimalizovat a usměrňovat životní situace a procesy a to s akcentem na vnitřní potenciál jedince a jeho individualitu. Centrálním tématem, které prolíná celým obsahem oboru, je rozvoj sociální kreativity, aktivizace sil každého vychovávaného. Současně k základnímu obsahu patří rozvíjení životního způsobu, tj. jeho kultivace a optimalizace s ohledem na individuální předpoklady*

jedince a minimalizaci rozporů mezi ním a společenskými podmínkami.“ (Kraus, 2008, s. 45)

Sociální pedagogika působí ve dvou oblastech. První oblastí je prevence, která se na základě analýzy prostředí působícího na jedince zaměřuje na zdravý životní způsob populace obecně, ale také na vyhledávání jedinců s potenciálně sociálně patologickým chováním. Druhou oblastí je oblast terapeutická, která zahrnuje výchovné nebo převýchovné působení na lidi společensky problémové a znevýhodněné s cílem kompenzovat nedostatky, způsobené negativními vlivy prostředí. Podle Klímy je sociální pedagog specializovaným odborníkem, vybaveným teoreticky, prakticky a koncepčně tak, aby mohl záměrně působit na ty jednotlivce a sociální skupiny, jejichž životní styl je destruktivní a nekreativní (Kraus, 2008, s. 198).

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část se skládá ze čtyř základních kapitol. První kapitola je zaměřena na výživu, na význam výživy pro organismus, na historii a vymezení poruch výživy a příjmu potravy. Zvláštní pozornost je věnována charakteristice hlavních zástupců, mentální anorexii a mentální bulimii, popisu příznaků, průběhu a srovnání těchto onemocnění. Další kapitoly jsou zaměřeny na příčiny poruch příjmu potravy a negativní důsledky těchto poruch v oblasti zdravotní i společenské. Poslední oddíl teoretické části je zaměřen na možnosti jejich léčby a prevence.

V empirické části jsou uvedeny poznatky získané za použití kvalitativní výzkumné strategie. Ta vychází ze studia jednotlivých případů osob, postižených poruchou příjmu potravy a hospitalizovaných v nemocničním zařízení. Dále vychází z hledání souvislostí onemocnění ve vztahu k sociálnímu prostředí postižených jedinců a hledání společných znaků a údajů, vedoucích k objasnění možných příčin onemocnění, ze kterých by bylo možné vyvodit závěry pro prevenci.

Cílem práce je jednak informovat, neboť již samotná informovanost o problému vede k zamyšlení a může být zároveň prevencí. Cílem je také zjistit souvislosti výskytu onemocnění se sociálním prostředím postižených osob, především rodinným a získat poznatky o možné prevenci poruch příjmu potravy. Ze získaných poznatků pak formulovat doporučení pro sociálně pedagogické působení v této oblasti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝŽIVA A VYMEZENÍ PORUCH VÝŽIVY A PŘÍJMU POTRAVY

Výživa neslouží pouze k uspokojení obživného pudu. Velmi záleží na skladbě potravin, které člověk pozře. V posledních letech je oblast výživy zaměřena mimo jiné i na vliv výživy na psychiku člověka. Touto problematikou se zabývá obor Psychologie výživy, jemuž dal u nás základ profesor Josef Stavěl v roce 1937. Výživa má vliv na biologický i psychický vývoj jedince, na jeho chování a jednání. Důležitým aspektem je nejen skladba potravin a jejich výživová hodnota, ale i postoj k jídlu, způsob stravování, sociální a kulturní stránka. Stejně jako na každý jiný problém je i na jídlo možné nahlížet z hlediska ontologického, fylogenetického, fyziologického, psychologického, sociologického, kulturního (Fraňková, 2003, s. 7, 8).

Úvahy o vlivu stravy na psychiku a postojích k jídlu lze najít již od starověku. Například požívání převážně masité stravy bylo spojováno a agresivitou. Postupem času se myšlenka, že pomocí složení stravy lze ovlivňovat procesy v mozku, myšlení a chování stala předmětem zájmu oboru Mentální dietetika. S tím úzce souvisí úvahy o možnosti léčebného významu složení potravy pro některá onemocnění. Tomuto tématu se věnoval americký psycholog českého původu J. Brožek. Používal termín psychodietetika. Tato problematika je dodnes středem zájmu (Fraňková, 2003, s. 9).

Například bílkoviny zajišťují životní funkce organismu, jsou nezbytné pro vývoj jedince, pro obnovu buněk a tkání, činnost imunitního systému, jsou i zdrojem energie. V potravě se vyskytují ve formě aminokyselin. Na základě experimentálních studií bylo zjištěno, že některé aminokyseliny mají vliv na činnost mozku a chování. Patří mezi ně tryptofan, který hraje důležitou roli při kontrole motivovaného chování a při regulaci příjmu potravy. V organismu je metabolizován na serotonin, který pozitivně ovlivňuje náladu. Fenylalanin je aminokyselinou, která povzbuzuje mozek k tvorbě endorfinů a tím přispívá k tlumení bolesti. Má také antidepresivní účinek. Zajímavou a zkoumanou oblastí je účinek kyseliny glutamové na centrální nervový systém. Byl objeven její excitační vliv na neurony v mozku. V souvislosti s tím je výzkum zaměřen na degenerativní změny v mozku. Glycin je další důležitou aminokyselinou, která se podílí na přenosu nervových vzruchů v mozku. V léčbě je využívána při depresích, hyperaktivitě a epileptických záchvatech. Dalšími významnými aminokyselinami jsou arginin, o němž bylo zjištěno, že stimuluje fyzickou i psychickou aktivitu a taurin, který pomáhá proti úzkosti a je používán při léčbě epilepsie (Fraňková, 2003, s. 10).

Sacharidy jsou také důležitou součástí stravy. Jejich hlavním posláním je poskytovat organismu energii (Fraňková, 2003, s. 12). V souvislosti s nimi bylo prokázáno, že snídaně složená především ze sacharidů má kladný vliv na náladu člověka. Studie prokázaly, že depresivní pacienti požívají často sladkosti, ty tlumí jejich psychické napětí.

Tuky jsou rovněž složkou potravy. Tvoří v organismu energetickou rezervu, jsou součástí hormonů, nezbytných pro zajištění funkce orgánů, nervových vláken. Jejich nadměrná konzumace má negativní zdravotní důsledky v podobě nadměrné hmotnosti, od níž se odvíjí další zdravotní komplikace (kardiovaskulární, pohybové, dýchací apod.) (Fraňková, 2003, s. 27).

Nezbytné z hlediska funkce organismu jsou vitamíny a minerály. Podílí se na ochraně organismu před nepříznivými vlivy, jsou součástí metabolických procesů a aktivity enzymů, podílí se na přenosu nervových vzruchů, obnově buněk a tkání. Jejich nedostatek, ale i nadbytek, se projevuje dříve v chování než fyzickým onemocněním. Vitamínů existuje celá řada a dysbalance v organismu může vést k onemocnění, také až k úmrtí. Vitamíny skupiny B se podílí na činnosti nervového systému a mimo jiné výrazně ovlivňují chování. S nedostatkem thiaminu, vitamínu B1, je spojována Korsakova psychóza, při níž dochází k poruše paměti, k apatii, emoční prázdnotě. Studie prokázaly jeho kladný vliv na náladu. Testované děti s denní dávkou thiaminu 1 mg, po roce užívání dávky záměrně zvýšené na 2mg denně, měly lepší výsledky v testech paměti a inteligence. U vitamínu B2, riboflavinu, byla při jeho trvajícím nedostatku zaznamenána horší schopnost učení. Mezi psychické příznaky nedostatku vitamínu B3, niacinu, patří podrážděnost, nespavost, poruchy paměti, může vést až k demenci. U vitamínu C bylo zjištěno, že má vliv na pracovní výkon, psychomotorické funkce, bdělost. Vitamin A patří mezi vitamíny rozpustné v tucích. Jeho nedostatek v potravě má za následek nervovou degeneraci, nadbytek vede k psychické předrážděnosti. Hypervitaminóza vitamínu A v těhotenství může vážně poškodit vývoj plodu. Výzkumy vlivu vitamínů v organismu v současnosti pokračují, je zkoumán účinek směsi různých vitamínů s minerálními látkami (Fraňková, 2003, s. 34, 36. 41).

Minerální látky (vápník, fosfor, síra, draslík, sodík, chlór, hořčík, železo) a stopové prvky (např. zinek, fluor, selen, jod, měď) se rovněž podílí na funkcích a vývoji organismu a jejich příjem potravou je nezbytný. Sodík, draslík, vápník a hořčík má podíl na elektrofyziologických funkcích. Nedostatek, ale i nadbytek, může způsobit

poruchy nervové soustavy a chování. Pokles vápníku například zvyšuje nervovou dráždivost v mozku, může vést k prudkým emocím a k úzkosti. Mezi příznaky deficitu hořčíku patří nadměrná dráždivost a zvýšená křečová pohotovost. U osob s nedostatkem selenu studie prokázaly sklon k úzkosti, depresím, špatné náladě (Fraňková, 2003, s. 48).

V praxi jsou k dispozici doplňky výživy. Pro zabezpečení fyziologických potřeb byly na základě výsledků šetření vypracovány doporučené denní dávky vitamínu a minerálních látek. Jejich potřeba je pro každého člověka individuální. Odvíjí se od přírodních podmínek, ve kterých žije, od věku, pracovní zátěže, genetických a vrozených rozdílů, stravovacích zvyklostí. U některých chorob a v rekonvalescenci může být jejich potřeba vyšší.

Výživa úzce souvisí s přírodními podmínkami. V současné době stojí v popředí zájmu vliv volných radikálů, jejichž zdroji jsou znečištěný vzduch, kouření, alkohol, uzené maso i stresové situace. Mají škodlivý vliv na rozmnožovací funkce buněk a oslabují imunitní systém. Proto je nutné konzumovat látky s antioxidačními účinky, mezi které patří právě některé vitaminy, minerály a stopové prvky.

Nutriční a energetická hodnota jídla je nezbytná pro správnou funkci organismu. Z hlediska příjmu potravy je důležitým pojmem hlad a chuť na jídlo. Hlad je pojmem fyziologickým i psychologickým. Vede k pojídání jídla a jeho uspokojení je nutné pro funkci organismu. Chuť na jídlo je pud jíst určité jídlo, je motivační záležitostí a je základem potravního naladění. Může mít genetický základ. Souvisí s pocitem požitku z jídla, vyladěním na konkrétní jídlo. Vyladění může ovlivnit vzhled a vůně jídla, minulá zkušenost, kdo jídlo nabízí a jakým způsobem, může být ovlivněno reklamou, v níž konkrétní jídlo konzumovala známá osobnost. Souvisí také s představou jídla, buď spontánní, nebo např. při čtení kuchařské knihy. Vyladění může spustit návyk dodržovat stravovací denní režim apod. (Fraňková, 2003, s. 52).

Důležitým faktorem je pocit klidu. Pozitivní emoce podporují chuť k jídlu. U depresí se může vyskytnout nechut k jídlu. Někteří postižení k jejímu potlačení přisunují jídlo zvyšují. Důležité je klima během jídla. Vliv má i očekávání příjemného posezení u jídla s přáteli. Je všeobecně známo, že v dobré společnosti jídlo lépe chutná. Negativně může působit hluk, spěch, přítomnost velkého množství lidí, ale i čekání na jídlo při společenských akcích, kdy jsou prioritní slavnostní společenské projevy. Může dojít k útlumu vyladění. Příčinou útlumu mohou být rovněž zdravotní důvody,

u mentální anorexie může dojít až k vymizení pocitu hladu. Záměrné utlumení vyladění může vést k psychickým poruchám.

Vyladění, neboli apetit, může ovlivnit i množství prostředků, nutných na nákup potravin, prostředí nakupování, samotné nakupování, orientace v nabídce na trhu. Souvisí rovněž s učením, znalostmi, dovednostmi a zkušeností, ať už při pěstování vlastních produktů, přípravě jídla, spoluprací při přípravě jídla, s přebíráním tradic v rodině. Patří sem zvyky porcování, kombinace, tepelné úpravy, dochucování, zdobení určitých druhů jídel, tradice a rituály spojené s jídlem a podáváním jídel. S kulturními tradicemi rovněž souvisí samotná konzumace jídla. Příjem potravy tedy není jen základní biologickou potřebou. Souvisí s prostředím, životem jedince v určitých ekologických, ekonomických, politických a kulturních podmínkách. Patří do sociální oblasti a je součástí životního stylu (Fraňková, 2003, s. 72, 73).

Příjem potravy je regulován fyziologickými faktory vyvolanými nedostatkem živin, z hlediska metabolických potřeb se na něm podílí i časové faktory. Příjem potravy probíhá cyklicky, v krátkodobých cyklech. Regulaci ovlivňují i faktory psychosociální povahy, které úzce souvisí se subjektivním fyzickým a psychickým stavem jedince jako osobnosti (Fraňková, 2003, s. 105).

Individuální rozdíly se projevují v regulaci příjmu potravy a v potravním chování. Regulace se odvíjí např. od toho, zda jedinec netrpí onemocněním, kvůli němuž musí příjem potravy regulovat (např. cukrovkou), porucha zraku může ovlivnit výběr potravin, vliv má rovněž emoční stav jedince. Odlišnosti jsou v množství přijímaného jídla, ve velikosti porcí, energetickém příjmu, škále, skladbě a nutriční hodnotě jídel, chuťových nárocích, v preferenci nebo naopak averzi vůči některým potravinám, ve frekvenci příjmu, způsobu konzumace, ve vztahu k jídlu, v kultuře stolování. Jako součást svého životního stylu může jedinec volit např. vegetariánství. Vegetariánský způsob stravování byl zaznamenán u mnoha adolescentních mentálních anorektiček. Na některých jídlech, nápojích nebo složkách si člověk může vytvořit závislost. Jsou známy případy závislosti na čokoládě, kofeinu, alkoholu a dalších.

Jídlo souvisí s hodnotovým systémem člověka. Mezi překážky, které mohou bránit pozitivním změnám nutričních zvyklostí, patří konzervatismus, ekonomická nedostupnost některých potravin, osobnostní překážky (nedostatek vůle, návyky, pohodlnost, chuť na určité jídlo) a další. Mezi faktory, které jsou dobrým předpokladem pro provedení

kladné změny nutričních návyků, patří vzdělání. Potravní chování jednotlivců rovněž souvisí s tím, do jaké míry jsou ovlivnitelní při výběru jídel reklamou, tradicí, jak jsou schopni respektovat své ekonomické možnosti, se společenským statutem a sociabilitou.

Individuální je také postoj k jídlu. Normální postoj k jídlu je ten, který vede k uspokojení fyziologických potřeb a zároveň plní i psychologickou a sociální funkci jídla. Nutriční osobnost se utváří již v prenatálním období. Po narození se vytváří postoj k jídlu prvotně v rodině v závislosti na tradicích i osobnosti rodičů a dítěte, později mimo rámec rodiny. Ovlivňuje ji kulturně historické období, ve kterém jedinec žije, působí na něho tradice a rituály, sdělovací prostředky. Jídlo má také sociálně komunikativní funkci. Některá jídla jsou prestižní záležitostmi a jsou výrazem sociokulturní identifikace s určitou sociální skupinou (Fraňková, 2003, s. 166).

Výživa je důležitá pro vývoj organismu od početí až po smrt. Požadavky na množství a kvalitu potravy se v průběhu vývoje mění. Příčiny poruch výživy a příjmu potravy jsou multifaktoriální. Může k nim docházet nedostatečnou výživou, nesprávným složením potravy, nadměrnou konzumací, v důsledku nedostatku potravních zdrojů, tělesných chorob majících vliv na psychiku, psychických poruch, které jsou samy o sobě příčinou změny potravního chování nebo dojde ke změně potravního chování jako součástí patologického psychického stavu (Fraňková, 2003, s. 154).

Reakce organismu v důsledku uvedených poruch je individuální. Souvisí s tím, ve kterém stupni vývoje se organismus nachází a zda byl při výchozím stavu tělesně a duševně zdravý nebo ne. Už v dětství se mohou negativně formovat vlastnosti, od kterých se později odvinou psychogenní poruchy výživy. Drastické omezení příjmu potravy během dospívání může vést až k mentální anorexii. Někdy lidé podstupují z různých důvodů hladovku záměrně za určitým cílem. Průběh je fyziologický, protože si je člověk vědom změn a má je pod kontrolou. K poruchám u jedince může dojít také v důsledku změny postoje k jídlu, změny životního stylu a změny motivačního cyklu potravního chování. Mentální anorexie např. souvisí s poruchou iniciální fáze motivačního cyklu a projevuje se záměrným potlačením hladu. Bulimie souvisí s nezřízenou chutí na jídlo. Poruchy retenční fáze se projevují při vyhledávání potravy, kdy postižený např. nakupuje velké množství jídla, které nemůže spotřebovat. Porucha konzumatorní fáze se projevuje např. u jedince, který nemá jinou motivaci, je frustrován a nahrazuje absenci jiné motivace jídlem (Fraňková, 2003, s. 188).

Déletrvající hladovění má na psychiku negativní vliv. Experimentem bylo dokázáno, že u jedinců, kterým byl snížen příjem potravy na polovinu jejich dávky na dobu půl roku, se projeví poruchy koncentrace, negativní emoční vyladění, byli depresivní, snížila se u nich sociální aktivita, jídlo se stalo jejich ústředním tématem. Byly zaznamenány i tělesné změny jako snížení tělesné teploty, zpomalená srdeční činnost, zpomalený metabolismus, zažívací problémy, problémy se zrakem, sluchem, trpěli bolestmi hlavy a závratěmi. Po pěti měsících navrácení se do původního režimu se většina pokusných osob normalizovala, některé trpěly bulimií (Fraňková, 2003, s. 194).

1.1 Historický kontext a současné pojetí poruch příjmu potravy

Příklady kulturních postojů ke kráse nacházíme v celé historii lidstva. Odvíjely se v souvislosti s událostmi, kterými daná společnost procházela. Postoje společnosti v obdobích zaměřených na štíhlost přispěly ke vzniku poruch příjmu potravy (Novák, 2010, s. 33).

Již ve starém Řecku v období 800 – 300 let př. n. l. toužili lidé po kráse těla. Byl kladen důraz na harmonii těla a duše. Tomu odporovaly extrémní formy obezity, ale i nadměrné štíhlosti. Řím 100 let př. n. l. je prvopočátkem bulimie. V důsledku pohodlného životního stylu vzrůstal počet obézních. Při slavnostech byla podávána dávidla pro vyprázdnění přeplněného žaludku. V období křesťanství byl v boji proti ďáblu propagován půst. V raném křesťanství byl půst součástí očišťování před křtem. Křesťanství provází krátkodobé půsty po celou dobu jeho existence. Jsou spojeny s askézí a obětováním, které slouží jako tělesná příprava na dialog s Bohem (Málková, 2001, s. 99 - 104, 196). Renesance v 15. století viděla ideál krásy v plných tvarech lidského těla. V dalším období začala být opět zdůrazňována štíhlost. Štíhlosti přispělo nošení korzetů vynalezených v 16. století. Jejich funkcí byla mechanickým způsobem zdůrazněná štíhlost, ale na úkor zdraví, neboť byla tímto způsobem deformována páteř a utlačovány vnitřní orgány osob (Novák, 2010, s. 33). V roce 1689 britský lékař Richard Morton popisuje mentální anorexii. Lékaři začali pochybovat o prospěšnosti déletrvajících hladovění pro organismus. V 19. století bylo moderní držení různých diet. Došlo to až tak daleko, že koncem 19. století bylo dokonce idealizováno onemocnění tuberkulózou, která se v té době vyskytovala a způsobovala hubnutí a zesinalý vzhled.

V historii lidstva se opakovaly epizody hladomoru způsobené suchem, záplavami, neúrodou, válkami (Fraňková, 2003, s. 195). Tehdy stály otázky štihlosti a obezity stranou, neboť šlo o přežití. Období po druhé světové válce přineslo do této oblasti poznatky o psychických změnách u lidí, kteří přežili koncentrační tábor. Po válce byl propagován kult štihlosti. Termín mentální anorexie zavedl do odborné literatury v devadesátých letech 19. století britský lékař W. Gull. V roce 1967 se na stránkách módních časopisů objevila známá modelka Twiggy. Lékaři začali poukazovat na alarmující nárůst poruch příjmu potravy. V roce 1979 britský psychiatr G. Russell zavedl termín bulimia nervosa. Koncem 70. let dvacátého století byly poruchy příjmu potravy zařazeny do seznamu nemocí (Krch, 2005, s. 35). V roce 1987 pak vyhláší Světová zdravotnická organizace onemocnění mentální bulimií za jeden z prioritních problémů lidstva. Ve 20. století byla mentální anorexie z oblasti vnitřního lékařství přesunuta do oboru psychiatrie (Hadaš, 2007, s. 7). Koncem 20. Století je z výsledků provedených studií zřejmé, že nespokojeností se svým tělem se zabývají dívky už ve věku osmi let.

Mnoho lidí, hlavně ženská populace, je nespokojeno se svým tělem, neumí se racionálně stravovat v běžném stravovacím režimu a dietu za něho zaměňuje. Štíhlý vzhled je propagován v médiích a norma štihlosti nebyla nikdy tak nerealistická, jako jsou nastavena měřítka v dnešní době (Maloney, 1997, s. 41). Varování před obezitou, změna životního stylu, emancipace žen, jejich větší příležitost se realizovat a další faktory vedly k vytvoření sociálního a kulturního ideálu, který se stal přijímanou společenskou normou. Spočívá ve spojení štihlosti se zdravím, krásou a úspěchem. S ideálem štihlosti souvisí i společenské mýty. Ty má každá doba a kultura. V současné době je všeobecně známým mýtem spojení štihlosti s tělesným zdravím a pevnou vůlí. Obezita je spojována s neúspěchem a považována za rizikový faktor vážných onemocnění (Málková, 2001, s. 18).

Výzkumy prokázaly, že dochází k nárůstu poruch příjmu potravy. Rovněž bylo prokázáno, že pokud se přestěhují lidé žijící v méně vyspělých podmínkách do vyspělejší společnosti, snadno se s ní v tomto směru ztotožní. Ovlivnění jsou hlavně adolescenti, jsou ovlivnitelní snadno, protože svou identitu teprve hledají. Také jsou více ovlivněny ženy než muži. Pravděpodobnou příčinou je, že na ženskou krásu a hmotnost je zaměřena pozornost více, než je tomu u mužské populace (Novák, 2010,

s. 33). Poruchy příjmu potravy se vyskytují hlavně v kulturách s nadbytkem jídla a tam, kde je ideál štíhlosti propagován (Málková, 2001, s. 100-104).

Jídlo slouží člověku k obživě, k zachování jeho existence. Je i zdrojem potěšení. Člověk na jídle oceňuje chuť, výživnou hodnotu, estetickou úpravu a v neposlední řadě je společenskou událostí a příležitostí k setkávání lidí a komunikaci. Pokud je však spojováno s pocitem viny a výčitkami, pokud je zdrojem útěchy a způsobem odreagování a uklidnění, je pro člověka ústředním tématem a pokud vede ke společenské izolaci a od toho se odvíjející důsledky vedou ke zdravotním komplikacím, jedná se o patologický stav. O poruše příjmu potravy tedy můžeme hovořit, pokud člověk řeší své emocionální problémy jídlem, buď dietou, nebo jí mnoho. Tyto poruchy jsou způsobem zvládnání úzkosti, emocí. Jedná se o závislost na jídle, která je posuzována stejně jako jakákoliv závislost jiného charakteru (Maloney, 1997, s. 41).

Je těžké najít hranici, kdy je jídelní chování normální a kdy už se jedná o poruchu. V naší kultuře má mnoho lidí nějaký problém ve vztahu k jídlu a tělesné hmotnosti. Studiemi bylo zjištěno, že narušený vztah k jídlu mohou mít všichni lidé, nejen obézní, ale i ti s normální a nízkou hmotností. Bylo zjištěno, že převládají ženy, mužů je postiženo pouze asi 5%. Muži trpí spíše záchvatovitým přejídáním, ženy mentální anorexií a mentální bulimií. Tuto skutečnost lze vysvětlit tím, že se dívky učí, že mají mít milé a příjemné vystupování, očekává se, že budou zvládat své emoce, budou úspěšné, mají myslet nejen na sebe, ale i na druhé. Je těžké požadavky zvládnout. Musí krotit své pocity, zbavit se jich ale nelze. Proto se některé dívky snaží ovládat své jídlo, mají pocit, že konečně dělají něco, co samy chtějí. Na chlapce jsou kladeny jiné požadavky a problémy řeší jiným způsobem než držením diet (Maloney, 1997, s. 7, 91, 108). Z obecného hlediska lze hranici mezi normou a patologií vymezit tak, že pokud naruší potravní chování to ostatní v životě člověka, jedná se o patologii. Řešením pak není zvládnout jídlo, ale uvědomit si problém a chtít ho řešit.

Hlavními zástupci poruch příjmu potravy jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Dále sem řadíme záchvatovité přejídání a ortodoxii, bigorexii, drunkorexii, spočívající v anorexii v nových souvislostech (Krch, 2010, s. 13). Do oblasti poruch příjmu potravy spadá i obezita.

1.2 Mentální anorexie

Kritéria pro diagnostiku poruch příjmu potravy jsou dána diagnostickými manuály. Je to Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 a Diagnostický a statistický manuál DSM IV (Krch, 2005, s. 18). Při stanovení diagnózy je nutné vyloučit jiné onemocnění, se kterým může být spojena porucha příjmu stravy a hubnutí.

V desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí je mentální anorexie zařazena pod kódem F50.0 Jsou zde uvedena diagnostická kritéria na základě kterých je stanovována tato diagnóza. Další kritéria poskytuje Diagnostický a statistický manuál DSM IV. Podle MKN-10 musí být pro potvrzení diagnózy mentální anorexie splněny podmínky, že tělesná hmotnost je 15% pod danou úrovní hmotnosti pro určitou výšku nebo BMI 17,5 a nižší (Novák, 2010, s. 9).¹

Jedná se o poruchu charakterizovanou úmyslným hubnutím nebo udržováním podváhy. Je spojena s psychopatií, kdy je osoba chorobně zaměřena na své tělo a usiluje o nižší tělesnou váhu. Dochází k podvýživě a sekundárně k poruchám a změnám tělesných funkcí. Mezi příznaky patří omezená skladba jídla, nadměrná fyzická aktivita, užívání laxativ a diuretik. Typické je skrývání a popírání problému a odmítání pomoci (Höschl, 2004, s. 613).

V rámci stanovení diagnózy musí být zřejmé, že nemocný o snížení hmotnosti usiluje sám za pomoci vyhýbání se kalorickým jídlům a používá některý ze způsobů vedoucích ke snížení hmotnosti. Mezi ně patří nadměrné cvičení, vyvolané zvracení, užívání laxativ, diuretik. Nemocný má zkreslenou představu o fyzickém vzhledu, má narušené vnímání svého těla, obavu z tloušťky a tloustnutí, která ho vede k vlastnímu stanovení si optimální váhy. Přítomna je endokrinní porucha projevující se u žen amenoreou, u mužů ztrátou sexuálního zájmu a potence. Přidruzeny mohou být i další endokrinní poruchy např. porucha štítné žlázy. Pokud propukne onemocnění v adolescentním věku, jsou opožděny nebo zastaveny projevy puberty. DSM-IV doplňuje MKN-10. Jsou zde uvedeny tytéž příznaky odlišující se pouze formou vyjádření. V zásadě lze z diagnostických kritérií pro mentální anorexii vyvodit tři základní znaky: cílené

¹ BMI je Queteletův index, který bývá vyjádřen termínem Body Mass Index a znamená podíl tělesné hmotnosti v kilogramech k výšce organismu v metrech na druhou (Krch, 2005, s. 16).

aktivní udržování nízké tělesné hmotnosti, i při nízké hmotnosti obava z tloušťky a u žen ztráta nebo nedostavení se menstruace (Krch, 2005, s. 17).

V rámci diagnózy mentální anorexie existují dva typy, které odlišuje DSM-IV podle specifických příznaků. U nebulimického tzv. restriktivního typu mentální anorexie nejsou přítomny záchvaty přejídání, u typu bulimického tzv. purgativního jsou přítomny a to opakovaně. Průvodním jevem onemocnění jsou poruchy nálad a emoční labilita. Bývají přidruženy závislosti různého typu, na alkoholu, na drogách, je zde i riziko sebepoškození a sebevraždy (Krch, 2010, s. 17). Rozdělení onemocnění do typů je důležité pro nastavení adekvátní terapie.

Základ mentální anorexie je v úplném odmítání jídla a v neustálém boji s hladem. Postižený se snaží ovládnout své tělo a vnímá ho neobjektivním způsobem. K jídlu si vytváří specifický postoj a ten tvrdě udržuje (Cassuto, 2008, s. 62). Snížení váhy si způsobuje sám vyhýbáním se jídlům, zvláště jídlům vedoucím k přibírání hmotnosti, užívá přípravky na vyprázdnění a odvodnění, v případě purgativního typu si provokuje zvracení. V jeho psychice je zaznamenán strach z tloušťky a povinnost vůči sobě zachovat si nízkou hmotnost. Průvodními jevy bývá ztráta 15 a více procent z normální tělesné hmotnosti, odmítání udržet si minimální tělesnou hmotnost, utkvělá představa, že je i při nízké hmotnosti osoba tlustá, pocit, že dieta ovládla celý život postiženého, soustavné cvičení i v nočních hodinách, přecházení při jídle a další (Maloney, 1997, s. 59). Pokud dojde k nástupu onemocnění před pubertou, může se opozdit nebo i zastavit. Uzdravení, pokud nemoc netrvá dlouho, vede k nápravě stavu.

1.3 Mentální bulimie

Termín bulimia nervosa byl zaveden v roce 1979 anglickým psychiatrem Gerardem Russellem, o němž jsem se zmínila v oddíle historie. Před tím byly používány termíny bulimarexie nebo hyperorexie (Krch, 2005, s. 18). Název bulimie je složen ze dvou řeckých slov. Bous znamená kráva, vůl a limos je hlad, velký, vlčí hlad. Podstatu nemoci lze nejlépe vyjádřit vulgárně, že lidé jedí jako kráva, to znamená, že zahánějí velký hlad.

Stejně jako u mentální anorexie, i u mentální bulimie jsou kritéria pro diagnostiku onemocnění dána Desátou revizí Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 a Diagnostickým a statistickým manuálem DSM IV. Mentální bulimie je zde vedena pod kódem F50.2. Základní charakteristikou onemocnění jsou opakující se záchvaty

přejídání s následným zvracením nebo používáním projímadel. Je charakterizována opakovanými záchvaty přejídání velkým množstvím kalorických potravin a nadměrnou kontrolou hmotnosti. Je spojena s rizikem poškození tělesných funkcí. Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky a snaze udržet si nižší váhu než je obecně uznávána jako zdravě optimální. Mezi příznaky patří neustálé se zabývání jídlom, touha po jídle a přejídání se, snaha potlačit účinky jídla pomocí laxativ, diuretik, thyreoidních preparátů (Novák, 2010, s. 11).

Pacient si sám stanoví maximální váhu nižší, než je norma. K záchvatu přejídání dochází opakovaně, projevuje se stále stejným způsobem. Začíná spolykáním velkého množství jídla za krátký časový úsek. To dotýká osoba provozuje zpravidla mezi pravidelnými jídly a své chování tají. Ke krizi nedojde z nezvládnutelného hladu jako u mentální anorexie, ale nutkáním, které vzniká z pocitu nepohody. Jde pouze o naplnění žaludku, nezáleží na chuti jídla. Záchvat končí převážně snahou o následné vyprázdnění za použití projímadel nebo vyvolání zvracení, vše za výčitek svědomí a hrozného pocitu ze sebe sama. Osoba se za své chování stydí. Přesto tato epizoda nezůstane jednorázová, chování se později znovu opakuje (Cassuto, 2008, s. 62).

Jde o způsob destruktivního jednání, kdy postižená osoba není schopna se ve vztahu k jídlu ovládnout. Průvodním znakem je strach z tloušťky, strach, že osoba nedokáže přestat jíst, deprese, nepravidelná menstruace, oteklé slinné žlázy, zvýšená kazivost zubů. Většina bulimiček má tělesnou váhu v normě. To je důvodem, proč je nemoc obtížně poznatelná (Maloney, 1997, s. 85).

1.4 Mentální anorexie a mentální bulimie - srovnání

Mentální anorexie i mentální bulimie jsou onemocnění s odlišnými projevy, ale mohou se vyskytnout i současně. To se děje v případě, kdy osoba postižená anorexií nedokáže ovládat svůj neustálý hlad a ten přejde do bulimického záchvatu. Opačný případ nastane, když osoba nazná, že jedla mnoho a nařídí si z tohoto důvodu odmítání jídla. V obou případech se jedná o psychickou trýzeň. Obě onemocnění jsou vleklou záležitostí v řádu několika měsíců i let (Cassuto, 2008, s. 62). Jde o patologické závislostní chování, vyznačující se poruchou pudu obživy (Mülpacher, 2010, s. 73, 74).

Obě uvedené poruchy mají společnou psychopatologii, která spočívá v chorobném strachu z tloušťky a udržení si nižší váhy než je optimální. Společné je nízké sebevědomí,

zdravotní potíže odvíjející se od způsobu kontroly tělesné hmotnosti a obě jsou spojeny se sociálními problémy. Bulimie se vyskytuje v populaci častěji (Maloney, 1997, s. 86).

Obě se rozvíjejí pomalu a skrytě ve formě diet a nevhodných stravovacích návyků. Podle zhodnocení sta výzkumných studií, obecně zaměřených na obě tyto poruchy, M. Fisher uvádí, že se v průběhu 5 – 10 let 50% nemocných uzdraví, u 30% dojde ke zlepšení a u 20% příznaky přetrvávají nebo se zhoršují. Mentální anorexie je poruchou, kdy ve srovnání s jinými psychickými poruchami dochází k nejvíce úmrtím. Úmrtnost se pohybuje mezi 2 – 8%, to znamená třikrát častěji než u ostatních psychických poruch. Tragické a alarmující je, že postihuje především mladé lidi. Příčinou úmrtí je vyhublost a s ní spojené somatické potíže, deprese vzniklá v důsledku změny kvality života, a ta může končit sebevraždou. Dalším nebezpečím je přidružená závislost např. na alkoholu nebo drogách popisovaná hlavně u bulimických pacientů. (Krch, 2005, s. 23, 24).

Rozdíly mezi oběma chorobami se odvíjí od více faktorů. Jedním z nich je pokles hmotnosti. Ten je u mentální anorexie výrazný, u dětí může dojít k zastavení přirozeného váhového přírůstku. U bulimie zaznamenáváme pouze mírný pokles, standardní váhu, případně nárůst hmotnosti. Dalším faktorem je amenorea, ta je u anorexie velmi častá, výskyt se odvíjí od poklesu hmotnosti a hormonální nedostatečnosti. U bulimie se vyskytne v asi 10 - 30%. Epizody navozeného zvracení bývají častější u bulimie. Sebekontrola je u anorexie vystupňovaná, u bulimie naopak oslabená. Co se týče jídelního tempa, to je u mentální anorexie pomalé, pozřena jsou malá sousta, je pro ni typická vybíravost v jídle a nízký příjem tekutin. U bulimie je jídelní tempo rychlé, požívána jsou velká sousta s velkým příjmem tekutin. Z hlediska osobnosti jsou anorektičky popisovány jako úzkostné, perfekcionistické a vyhýbavé, bulimičky jako emočně labilní a impulzivní. U bulimiček je nižší sociální izolovanost.

Počátek onemocnění je u anorexie spojován s 13.–30. rokem věku, později vyjimečně. V dnešní době byly zaznamenány případy postižených již osmiletých dětí. Bulimie nastupuje ve 14-30 letech, dříve pouze ojediněle. V některých případech začíná ve 30 i 50 letech (Krch, 2005, s. 15, 16). Uvědomění si nemoci je u anorexie minimální, nastupuje až se vzrůstajícími obtížemi. U bulimie vzrůstá v případě přejídání, poklesne v období diet. Společné je, že obě onemocnění postihují především ženy a v případě obou se vyskytuje deprese. (Krch, 2008, s. 23).

Mentální bulimie má lepší prognózu, u většiny pacientů dojde k uzdravení. Souvisí to s motivací k léčbě, postižený se chce sám zbavit přejídání. Anorektičky se začnou léčit až jsou-li donuceny buď svými zdravotními potížemi nebo okolím. Keller a Herzog uvádějí u bulimických pacientů po třech letech sledování úplné uzdravení u 69% z nich. Jako faktory špatné prognózy jsou v případě obou typů onemocnění uváděny dlouhodobé trvání nemoci, nízká tělesná hmotnost, chorobou vyčerpaný organismus, narušené sociální vztahy, hlavně rodinné, opakovaná léčba, nedostatek pozitivních faktorů pro další život a nízký intelekt (Krch, 2005, s. 25).

Stejně jako u jiných onemocnění jsou i v případě poruch příjmu potravy prováděny studie zaměřené na výskyt onemocnění. Již v 60. letech 20. století byl zaznamenán nárůst počtu těchto onemocnění obecně. Krch uvádí, že od roku 1989 do roku 1999 vzrostl v České republice počet hospitalizovaných případů mentální anorexie ze 135 na 534, u mentální bulimie byl zaznamenán ve stejném časovém období nárůst z 18 na 205. U bulimie byl tedy zaznamenán vyšší procentní nárůst. V důsledku sociokulturních vlivů lze v dnešní době i do budoucna očekávat stále vyšší počty případů.

1.5 Atypické poruchy příjmu potravy

Mezi atypické poruchy příjmu potravy je řazeno záchvatovité přejídání. Je charakterizováno déletrvajícím nekontrolovatelným přejídáním, kdy postižený ztrácí kontrolu nad jídlem. Tyto epizody se pravidelně opakují s frekvencí nejméně dvakrát týdně. Postižení jedí velmi rychle a s jídlem neumějí přestat, i když jsou přesyceni (Málková, 2001, s. 76). Konzumují velké množství jídla a konzumace je častá. Pořádají jídla, po nichž dojde k rychlému zvýšení hladiny cukru v krvi např. sladkosti. Tělo pak dříve signalizuje doplnění potřebných živin. Z jídla nemají potěšení. Cítí se provinile proto, že jim hrozí ztloustnutí a zahanbeně proto, že nedokáží najít uspokojení v jiné oblasti. Uvědomují si svou nedostatečnou sebekontrolu. Trpí pocity méněcennosti, cítí, že nezvládají svůj život. Opakované epizody mohou vyvolat depresi. Podnětem k jídlu není hlad, ale jídlo samotné. Přejídání může být způsobeno také vnitřním impulzem, kterým je pocit napětí, stres. Může souviset také se snahou o zhubnutí dodržováním přísné diety. S dietou se dostaví pocit hladu a s ním se zvyšuje riziko přejezení. Jídlo je pro postižené ústředním tématem a zároveň zdrojem obav a úzkosti (Maloney, 1997, s. 40).

Od mentální anorexie a mentální bulimie se záchvatovité přejídání liší tím, že osoby neužívají prostředky ke snížení váhy, ani váhu nekontrolují. Jejich cílem není

hubnutí. Záchvatovité přejídání může vést k obezitě a s ní spojenými zdravotními důsledky např. kardiovaskulárními, endokrinními, na pohybový aparát. Může také přejít v mentální anorexii nebo mentální bulimii (Maloney, 1997, s. 43).

Novými typy poruch příjmu potravy jsou ortodoxie, bigorexie a drunkorexie. Hovoří se o nich jako o nových typech, ale jsou vlastně anorexií v nových souvislostech. Jsou stejně nebezpečné jako mentální anorexie, mentální bulimie.

Ortodoxie se vyznačuje patologickou fixací na zdravou výživu. Postižený jedinec se nadměrně zabývá stravou, vyhledává zdravé potraviny, nezdravé ze svého jídelníčku vypouští. Jídelníček je jednotvárný, nepestrý. Postižená osoba hubne a nedostatkem některých látek ve výživě u ní dochází ke zdravotním problémům. Chorobným zabýváním se jídlem a nedostatkem potřebných živin je narušena psychika, dostavuje se úzkost a deprese. Důsledkem může být i sociální izolace postiženého.

Bigorexie je onemocněním, jehož podstatou je porucha vnímání vlastního těla a to ve smyslu posedlosti vlastním tělem. Projevem je chorobná závislost na cvičení. Bigorektik se nesnaží zhubnout, ale chce být vzhledně svalově vyvinut. Většinu času tráví cvičením v posilovnách. V důsledku toho je jeho organismus přetěžován a může dojít ke zdravotnímu poškození pohybového aparátu. Pro tvorbu svalové hmoty nadměrně konzumuje bílkoviny a tím je přetěžován trávicí systém. Jednostranná zaměřenost na cvičení a s tím spojené časté návštěvy fitcenter mohou vést k sociální izolaci jedince a mohou ho také přivést k finančním problémům. Fitcentra a potravinové doplňky nejsou levnou záležitostí.

Drunkorexie je porucha související s přijímáním alkoholu. Postižená osoba záměrně redukuje příjem potravy, aby si mohla dopřát alkohol, který je kalorický. Epizody se opakují. Postižený je nespokojen se svou postavou a má strach z přibírání na váze. Omezení stravy a přijímání alkoholu se projevuje podrážděností, ta vede k narušení jeho sociálních vztahů (http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251/).

2 PŘÍČINY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Příčiny vzniku poruch příjmu potravy jsou multifaktoriální. Najít hranice mezi faktory biologickými, psychologickými a sociálními je velmi obtížné. Všechno se vším souvisí a navzájem se prolíná a společně působí.

Každý člověk je osobnost, individualita, jedinečná a neopakovatelná. Rodí se do společnosti určité úrovně, režimu, určitých společenských a kulturních podmínek, které si sám nevybírám. Nevybírám si ani rodinu, do které se rodím. Narodím se jako biologická jednotka, osobnost se z něho vytváří až v průběhu života. Nese si sebou od svých předků určitý genetický základ, který je předpokladem pro vytvoření určitých psychických vlastností a odvíjí se od něho zraní jedince., *Osobnost lze definovat jako relativně stabilní systém, komplex vzájemně propojených somatických a psychických funkcí, který determinuje prožívání, uvažování a chování jedince a z toho vyplývající jeho vztah s prostředím.*“ (Vágnerová, 2005, s. 215).

Rieger přirovnává rodinu k ostrovu. Ostrov je přírodní, stejně tak rodina je přírodní, protože se vyvinula z biologické povahy člověka. Muž a žena vytváří ostrov, tím je domov. Je ostrovem v oceánu, tím je společnost (Rieger, 1996, s. 12). Rodina je živým organismem, primárním prostředím, primární společenskou jednotkou. Probíhají v ní rodinné interakce projevující se komunikací, chováním, prožíváním, vyjadřováním emocí jednotlivců v ní, osobní autonomií, to znamená, jak je každý člen v rodině uznávaný a respektovaný jako osobnost. Rodina má své specifické emoční ladění, které vychází z genetického základu, je přednastaveno teritoriálně, například významem míst, kde se členové společně setkávají a situačně. Pohybuje se v relativně stejném situačním rámci. Má svou specifickou strukturu, vztahy na bázi intimity, jsou vymezeny role, funkce, hranice, má svou ideologii, postoje, hodnotovou orientaci a specifický způsob jejího předávání dětem. Jako celek prochází různými vývojovými stádii. Členové se s ní vnitřně identifikují. Vyznačuje se určitou mírou soudržnosti, sounáležitosti, tolerance, vzájemnosti, ochoty naslouchat druhému (Rieger, 1996, s. 12, 16, 64, 72, 82, 134).

V rodině probíhá primární socializace. Jedinci poskytuje nevratný základ, z něhož ve svém životě vychází. Rodina je prvotním a nejdůležitějším činitelem pro začlenění dítěte do společnosti a nejvýznamnějším socializačním prostředím. Reprezentuje dítěti společnost a její sociokulturní tradice. Nejen každá rodina má svá specifika, ale i každé dítě je v rámci jedné rodiny individualitou a jeho socializace v ní rovněž specifická

(Vágnerová, 2005, s. 278). Pro další socializaci dítěte je důležité, jaká rodina je, jak dítě přijala a jaká je jeho pozice v ní. Dítěti poskytuje určité vzorce chování, které dítě pozoruje nebo je s nimi v přímé interakci. Učí dítě komunikovat, předává mu motivační zaměření, hodnotový systém, životní styl.

Z toho vyplývá, jak velmi důležité pro další osud dítěte je, jaký základ mu rodina dá. Měla by mu poskytovat oporu, jistotu a bezpečí, vychovat z něho autonomní osobnost, aby bylo schopné obstát v dalších sociálních interakcích, do kterých postupně vstupuje tj. ve vztazích se svými vrstevníky ve škole i mimoškolní činnosti, ve vztazích k dospělým lidem a umělo se dobře orientovat v sociální realitě. Rodiče by měli v dítěti pěstovat sebedůvěru a zdravé sebevědomí, podporovat jeho zdárný vývoj ve všech směrech, vést ho ke svobodné volbě v rozhodování a zároveň k odpovědnosti za svá rozhodnutí (Rieger, 1996, s. 66). S dobrým základem, dobrým nasměrováním a podporou je schopno ve společnosti obstát, prosadit se a vést smysluplný a uspokojivý život. Chyby mohou vést k nevratným patologiím a mohou mít i tragické následky, ke kterým v některých případech dochází u poruch příjmu potravy.

2.1 Faktory biologické

Základním biologickým faktorem je dědičnost. Dědičnost žádná technická opatření neobejdou. Bylo prokázáno, že dědičné faktory ovlivňují energetický výdej v klidovém i aktivním režimu, schopnost organismu spalovat tuky a sacharidy, citlivost k hormonu inzulinu podílejícím se na metabolismu. Dědičnost má vliv na strukturu kosterních svalů souvisejících se spalováním a výdejem energie. Souvisí se složením tělesné hmoty spočívající v poměru tuku a svalové hmoty, s preferencí tuků a sladkých jídel. Z 25 – 40% je samotná tělesná hmotnost ovlivňována genetickými faktory a dědičná je i náchylnost k rozvoji obezity (Krch, 2005, s. 86).

Jedním z významných rizikových biologických faktorů je ženské pohlaví. Na ženské tělo, tělesné proporce je pohlíženo jinak, než je tomu u mužů. Mužský organismus obsahuje více svalové hmoty, ženský více tukové hmoty, která je i jinak proporcionálně rozložena. Fyziologický podíl tuku v organismu je kromě pohlaví předurčen věkem a etnickým původem. S věkem v souvislosti s hormonálními změnami podíl tuku roste, u žen se ukládá v tzv. problematických partiích. V důsledku toho vzniká u mnoha žen nespokojenost s vlastním tělem. Poruchy příjmu potravy jsou laicky řečeno

strachem z tloušťky. Rizikovými obdobími jejich nástupu u žen je období puberty a těhotenství, kdy dochází k výrazným tělesným změnám (Krch, 2005, s. 62).

Organismus člověka prochází různými vývojovými obdobími jako celek, to znamená po stránce fyzické i psychické. Kritickým obdobím je puberta, která je typickým obdobím pro vznik poruch příjmu potravy (Krch, 2005, s. 63). Po biologické stránce dochází k zásadním změnám ve vztahu k poruchám příjmu potravy a to hlavně u dívek. Vlivem změny hormonálních funkcí spojených se ženskou životní rolí dochází k výrazným tělesným proměnám. Organismus rychle roste, zaznamenává nárůst tělesné hmotnosti, přibývá tukových zásob, postava se zaobluje do ženských tvarů (Krch, 2005, s. 61). V následujícím roce po tom, co dívka dostane menstruaci, se tělesný vývoj urychlí, dívka dozraje a její metabolismus začne pracovat jako u dospělé ženy. Poté se vývoj zpomalí (Cassuto, 2008, s. 17).

Chlapci po stránce tělesné vnímají pubertu jako přiblížení se ideálu krásy, kterým je u mužů dobře vyvinuté a svalnaté tělo, s přijetím tělesných změn zpravidla nemají problém. U dívek je tělesnými změnami ovlivněna negativně jejich psychika. Na rozdíl od chlapců jsou emocionálnější, vnitřně nejistější, mají nižší sebevědomí, sebehodnocení. Bývají nespokojené se svým tělem, mají strach ze zvyšování hmotnosti. (Krch, 2005, s. 63).

Ženy se vždy více zajímaly o tělesný tuk a krásu, muži o svaly a sílu. Bez rozdílu věku a rasy mají ženy větší tendenci přibírat na váze. Svůj vzhled považují za významnější hodnotu než je tomu u mužů. I když jsou se svou postavou spokojené, chtějí být štíhlejší (Krch, 2008, s. 44, 45).

Puberta, dospívání, sexuální zrání je spojené s hledáním a uvědomováním si sebe sama, s nejistotou a stresem. Znamená kumulaci rizikových faktorů pro možnost vzniku poruch příjmu potravy. Nástup poruch je nejvíce spojován právě s tímto vývojovým obdobím. (Krch, 2005, s. 64).

2.2 Faktory psychosociální

Člověk ve svém životě prochází zákonitými vývojovými etapami (Fraňková, 2003, s. 166). Rodina je základ, nejvýznamnější socializační jednotka. Je nenahraditelnou institucí pro vývoj každého jedince, nejvýznamnějším socializačním činitelem. Rodina

jako instituce prošla historickým vývojem. Tradiční pojetí rodiny v dnešní době začíná pozbývat na platnosti a funkce rodiny jsou plněny nedostatečně (Kraus, 2008, s. 79).

Z hlediska pedagogicko psychologického je potřeba vnímat všechny aspekty, které mají vliv na vývoj osobnosti dítěte. Mezi demograficko psychologické podmínky patří struktura rodiny, věk rodičů a věk dětí, působení prarodičů, míra stability vztahů v rodině zahrnující vztahy mezi rodiči, rodiči a dětmi a dětmi mezi sebou. Mezi materiálně ekonomické aspekty řadíme profesi rodičů, jejich zaměstnanost, charakter a kvalitu bydlení a vybavení společné domácnosti, finanční situaci, spotřebu rodiny jako celku a spotřebu jednotlivých členů v souvislosti s životním stylem, míru využívání technických prostředků v domácnosti. Do kulturně výchovné oblasti spadá vzdělání rodičů, životní styl v souvislosti se způsobem využívání volného času, výchovný styl rodičů, jejich hodnotová orientace, postoje např. k lidem, vzdělání, práci, zdraví a kultuře (Kraus, 2008, s. 86).

Biologicko reprodukční funkce rodiny je důležitá pro jednotlivce i společnost. Její podstatou je vytvoření reprodukční základny. Je poznamenána současným trendem, kdy je dítě z hlediska rodičů, kteří mají nižší příjmy, vnímáno jako přepych nebo u rodičů movitějších jako překážka seberealizace a profesního růstu. Rodí se méně dětí a ženy odkládají své mateřství do pozdějšího věku.

Sociálně ekonomická funkce rodiny má v dnešní době také jiný rozměr. V důsledku nezaměstnanosti a zvyšujících se nákladů na živobytí se rodiny dostávají do hmotné nouze. Dochází tím k sociální diferencovanosti rodin.

Ochranná funkce spočívá v zabezpečení biologických, hygienických a zdravotních potřeb. I zde došlo ke změnám. Dříve tuto funkci plnil částečně stát, nyní ji z větší části plní rodina.

Socializačně výchovná funkce doznala změn v tom smyslu, že rodiče jsou více zaneprázdnění a méně se dětem věnují. Spoléhají při výchově na profesionály, hlavně ve školách.

Nedostatkem času, ale i zájmu rodičů jsou narušeny rovněž funkce rekreační a relaxační. Mezi lidmi se obecně méně komunikuje, v rodině ubývá společně trávených chvil, jednotliví členové se stále více zaměřují na svoje individuální zájmy.

Degradaci z důvodu zaneprázdněnosti a nezájmu rodičů, narušení jejich vztahů vedoucích k rozvodovosti, zaznamenáváme i ve funkci emocionální. Mezi příčiny lze řadit změny postavení ženy v rodině, pokles autority otců a dvoukariérovost rodičů.

Rodina v dnešní podobě je uzavřenou jednotkou, vytrácí se vícegenerační soužití. Klesá význam sousedských vztahů. Existuje velké množství soužití, kdy partneři nežijí v legitimním manželském svazku. Tato tendence má vzrůstající trend (Kraus, 2008, s. 79).

Autoři Trapková a Chvála nazývají rodinu sociální dělohou. Je relativně uzavřeným prostorem pro zrání a výchovu dětí. Každá rodina je samostatná jednotka s určitým ohraničeným prostorem a různou mírou uzavřenosti vůči okolí. Během společného života v ní vzniká specifický výchovný styl. Rodiče by měli své děti vychovávat s laskavou pevností (Trapková, 2004, s. 12, 57, 63).

Dítě prochází vývojem, získává zkušenosti, od nichž odvíjí svá očekávání. Rodinné faktory se velkou měrou podílejí na vzniku poruch příjmu potravy, přičemž první impulz může vzniknout ze zdánlivé maličkosti a může mít až tragické následky. Například dcera s problémem poruchy příjmu potravy si za dveřmi bytu, odkud se line vůně jídla, pomyslí, že je určitě doma tatínek a bude ji nutit do jídla. K tragédii v tomto směru lze přirovnat i neúmyslné ublížení slovem v nevhodný čas, např. když dítě prochází pubertou. Stačí, když otec směrem k dospívající dceři utrousí nevhodnou poznámku ohledně její zaoblující se postavy a ženských tvarů. Příčinou vzniku problémů může být i přecitlivělá matka, která v důsledku svých zkušeností z dětství, kdy ji otec předčasně přetěžoval a matka nechránila, chce svoje dítě chránit nadměrně a nedá mu prostor k jeho vlastní realizaci. Také matčin emoční problém s neuspokojivým partnerským vztahem, který úzce souvisí se sexuální oblastí, se může na dítěti negativně projevit. Partneři by měli být schopni sdílet rodičovství i intimitu v páru. Pokud se vztahové nesrovnalosti partnerů vyhrotí do extrému a rodiče drží pohromadě pouze strach a úzkost z rozpadu rodinného vztahu, v němž děti ještě nejsou zralé, aby mohly žít samostatně, má to na všechny členy rodiny negativní vliv (Trapková, 2004, s. 110).

Pro zdárný vývoj dítěte jsou nepostradatelní oba rodiče. Každý z nich zastává v určitém vývojovém období dítěte důležitější roli. Bylo zjištěno, že vývoj dítěte je ohrožen, pokud s ním není otec v období jeho šestého roku věku, i když je matka k dispozici. Matka je nepostradatelná z hlediska zdárného vývoje dítěte větší měrou v jeho 12 letech. Pokud si jsou oba rodiče vědomi významu a důležitosti výchovy, dítě se zdárně

vyvíjí. Pokud ne, nastávají komplikace, emoční konflikty a pomoc zvenčí je někdy nutná (Trapková, 2004, s. 110).

Obtížně zvládnutelným obdobím je adolescence dítěte. Složitý je vztah matka-dcera. Dcera usiluje o samostatnost a matka ji stále považuje za malou holčičku i přes to, že vnímá její změněné sekundární znaky. Ty mohou na matku působit negativně, protože si uvědomí svoje stárnutí. Ani vztah a postoj otce není jednoduchý. Otec dceři otvírá vztah pro její partnerství a zároveň se musí smířit s tím, že mu jeho holčička jednou odejde s jiným mužem. Stává se, že ze strachu o dceru zavede přísný režim a tím způsobí dceřinu odtažitost. Nastávají i situace, kdy vztah rodičů není optimální a dcera se stává prostředníkem mezi rodiči ve snaze řešit jejich konflikt. Matka, pokud se bojí zůstat sama, nepřímo nutí dceru zůstat s ní (Trapková, 2004, s. 121).

V manželství může dojít k rozvodu, rodičovství však rozvést nelze. Děti z rodin, kde mezi rodiči není láska, kde se matka a otec navzájem nedoplňují a kde děti nejsou chráněny před násilím, mají později problémy se založením své vlastní rodiny. Rodiče by měli adekvátně reagovat na vývojové změny a přihlížet k potřebám dospívajících dětí. Muž, otec, by neměl ztratit zájem o duševní život své ženy. Žena pak nebude reagovat útlumem smyslnosti vůči němu. To je jedním z předpokladů udržení harmonického vztahu, který je pro dítě dobrým zázemím. Pokud toto nefunguje, jsou rodiče vyčerpaní disharmonií svého vztahu a nejsou schopni poskytnout dítěti svou blízkost, kterou potřebuje v každém věku (Trapková, 2004, s. 150).

Důležitá je komunikace v rodině. Každý z rodičů má svůj tzv. jazykový modul. Matka ženský, otec mužský. Kvalita rodinného soužití je i otázkou trpělivosti, vytrvalosti a ochoty naslouchat druhým. Pro dobrou výchovu by měli oba rodiče spolupracovat. Stejní rodiče jsou pro každé své dítě jiným rodičem, protože každé dítě je osobnost. Na charakter vztahů má vliv i pořadí dítěte v rodině, počet dětí. Rodiče by měli respektovat osobnostní zvláštnosti každého svého dítěte. Pokud rodiče jedno dítě preferují, může být to druhé zahnané do extrémní polohy a chovat se nestandardním způsobem (Trapková, 2004, s. 154, 166, 199).

Některé problémy mohou přetrvávat rodově vlivem stylu výchovy nebo tradic. V dnešní době se život urychluje a tradice rodu i rodiny mají klesající trend. Každý jedinec je vždy svázán se svou původní rodinou, s celým rodem. Dítě se seznamuje s rodinným

přístupem k různým záležitostem, také ke vztahu k jídlu. Teprve, až je samo sebou, hodnotí (Fraňková, 2003, s. 166).

To, jakým stravovacím způsobem rodina žije, se odvíjí od existenčních podmínek, dosažitelnosti obstarání potravy a výběru určitých potravin souvisejících s mírou zájmu o výživu jako hodnotu. Stravovací způsob rodiny dále závisí na zájmu o tělesné a duševní zdraví, na znalosti o potravě a jejím složení a znalosti přípravy jídel, na šetrnosti v zacházení s potravinami včetně ekologického způsobu likvidace odpadu, na organizaci života rodiny, související s pravidelností v jídle, na spolupráci v rodině, způsobu stolování, na tradicích a rituálech, na ovlivnění skladby jídel sezónností a na frekvenci cestování a tím poznávání stravovacích návyků jiných kultur. Důležité je, aby bylo dítě zapojováno do přípravy jídel. Získá tím zkušenosti, které přispívají nejen rozvoji ve smyslu fantazie, zručnosti, radosti z práce pro jiné, ale také soudržnosti rodiny. Na soudržnost má vliv i společné stolování (Fraňková, 2003, s. 169).

Z hlediska osobnosti rodičů má na dítě po stránce obživné větší vliv žena, matka. Ona volí skladbu potravin, řídí obstarávání, přípravu jídel a jídlo servíruje a hlavně ona předává jídelní tradice a vzorce chování spojené s jídlom a jeho přípravou. Vliv mají etnické zvyklosti, náboženské přesvědčení rodičů i úroveň vzdělání, které dosáhli. Od toho se odvíjí postoj rodiče k jídlu např. odmítání některé potraviny, mlsání, podceňování nebo přeceňování významu jídla, držení diet, chování rodičů při jídle a kultura jejich stolování. Vlivy mezi sourozenci jsou zanedbatelné. Zkušenosti ukázaly, že se sourozenci žijící v téže rodině liší v oblíbě některých potravin. Postupem času se dítě učí stolovat také na jiných místech a s jinými lidmi, než doma např. v mateřské škole, ve škole a také s rodiči např. v restauraci (Fraňková, 2003, s. 173).

Rodiče by měli při stravování respektovat věkové a vývojové zvláštnosti dětí. Pro vývoj dítěte je, mimo již uvedené, důležitý postoj rodičů k tělesným proporcím dítěte. Měli by učit dítě poznávat vlastní tělo, mít k hmotnosti dítěte objektivní postoj, upozornit ho na změny, které mu přinese tělesný vývoj hlavně v období puberty. Tím učí dítě zdravému vnímání svého těla a své hmotnosti a předejdou pozdějším problémům (Fraňková, 2003, s. 173).

Výživa je důležitá pro vývoj organismu od početí až po smrt. Požadavky na množství a kvalitu potravy se v jeho průběhu mění. Výživa matky v době těhotenství je základem. Ovlivňuje vývoj i vlastnosti dítěte. Matka ho ovlivňuje také svými

psychickými vlastnostmi, emočním laděním. Po narození je nejdůležitější výživa v průběhu prvního roku života. Psychický vývoj probíhá v souvislosti s vývojem mozku. Záleží také na chování a postoji matky k dítěti, protože všechno se vším souvisí. Kojenec je na ni odkázaný zcela a vše citlivě vnímá (Fraňková, 2003, s. 173). Prvotními prožitky kojence je orální uspokojování, což pro něj představuje prs matky (Cassuto, 2008, s. 17). Už v této době mohou vzniknout základy pozdějších problémů se stravováním. Zároveň s uspokojením základní potřeby obživy dochází i ke kontaktu matky s dítětem, k objetí. K matce si dítě vytváří nejsilnější emocionální pouto a dítě si tak potravu může spojovat s láskou. Hlavně matka je tím, kdo se stará rodině o jídlo a učí stravovacím návykům. Spojení matky, ženy, s jídlem, může mít vliv hlavně na dívky. Žena je ve všech souvislostech symbolem zaobírání se jídlem (Novák, 2010, s. 15).

Pokud je matka emočně labilní nebo je dokonce negativní vůči dítěti, může dítě nést důsledky. Ve výživě je dítě nejen v kojeneckém věku, ale i později, zcela odkázáno na to, co a jakým způsobem mu matka předloží. Učí se jíst tuhou stravu, nové, pro něho neznámé potraviny, poznávat nové chuťové kombinace, potravu se učí přijímat novým způsobem. Bylo zaznamenáno, že děti, které dostaly poprvé pevnou stravu ve věku sedmi měsíců nebo později, byly méně přístupné k novým jídlům. Mnohdy je dítě jídlem, hlavně sladkostmi odměňováno (Fraňková, 2003, s. 154). Bylo prokázáno, že pokud dítě před dovršením šestého roku života rychle a značně přibývá na váze, mívá sklon k nadváze (Cassuto, 2008, s. 11, 17).

Velké nebezpečí pro vznik poruch příjmu potravy představuje, jak již bylo zmíněno, především období adolescence. Je to bouřlivá vývojová fáze, kdy jedinec hledá dvou identitu, není si ničím jistý a směřuje mnohdy s obavami do dosud nepoznaného. Sebeobraz je nejasný, sebevědomí nízké, osobní nejistota vysoká. Je to období porovnávání se svými vrstevníky, zaměřené převážně na vzhled. Nelze však srovnávat nesrovnatelné, protože každý jedinec prochází ve stejném věku určitou vývojovou fází a ty nejsou u všech zcela totožné. V tomto období o svém těle člověk nemá reálnou představu. Vnímá ho určitým způsobem a ve své psychice k němu vytváří postoj (Cassuto, 2008, s. 11, 17). Dochází k růstu organismu. U dívek dochází k zaoblování postavy, váhovému přírůstku a následně ke strachu, že dívka nebude moci svou váhu kontrolovat. Může mít také strach z dospělosti (Novák, 2010, s. 16).

Stává se, že adolescentka přeměňuje svou rozmrzelost z touhy po sexu, kdy ještě vlastně neví, po čem hladoví, uspokojením jídlem. V tomto období je charakteristické časté

mlsání, aby byla zaplněna prázdnota, kterou dospívající mnohdy cítí. Vlastně i dospělí při psychickém rozladění vyhledávají orální uspokojení, např. prostřednictvím cigarety nebo čokolády (Cassuto, 2008, s. 17).

Pokud zůstane dívka v pochybnostech o svém vzhledu sama, může její chování mít negativní vliv na její sebehodnocení a zdraví. Musí se vyrovnávat s fyzickými změnami na svém těle, se změnou tvaru postavy a související sexualitou. Zde je zodpovědnost na rodině. Rodiče mají velký vliv na to, jak na sebe dítě nahlíží. Je potřeba přijmout změny u svého potomka a pomoci mu v orientaci. Důležitá je vzájemná komunikace a umění naslouchat, projevit lásku a ukázat cestu, jak se najít a mít se rád. Ve vztahu k hmotnosti je třeba dívce vysvětlit, že vzhledem ke genetické výbavě je každý člověk jiný, objasnit její možnosti, seznámit ji v jakých číslech by se podle BMI měla její hmotnost vzhledem k výšce a věku pohybovat a pokud má vyšší váhu, vyhledat odborníka, aby nedošlo k patologickému stavu. Ten v oblasti výživy poradí (Cassuto, 2008, s. 18, 19, 30, 36).

Obrovským zásahem do psychiky adolescentky, který může spustit poruchu příjmu potravy, jsou negativní výroky zaměřené na její vzhled. Prvotní je postoj matky. Stav stravování rodiny souvisí s postojem k její vlastní váze a stravování. Dcera vidí matku jako svůj vzor. Pokud se matka nadměrně zaobírá svou postavou, nevytváří v rodině z hlediska skladby potravin a společného stolování dobré stravovací návyky, může ji dcera začít napodobovat. Soudná matka si tyto skutečnosti uvědomí a snaží se, aby dcera se svou identitou neměla potíže. Některé matky i otcové si přejí mít dceru, jako své pokračování, dokonalou a kritizují mimo jiné i její postavu. To může rychle nastartovat patologický proces. Stejně zlo může napáchat nevinným výrokiem sourozenec, vrstevník, učitel tělocviku, sportovní trenér. Vyvarovat těmto chyb by se měli hlavně rodiče (Cassuto, 2008, s. 43, 67). Ve vztahu k lidem mimo rodinu mohou dceru ochránit tím, že jí vysvětlí, že měřítkem přátelství a vztahů mezi lidmi není tělesná hmotnost. Podmínkou je, aby si rodič udělal čas a dítěti se věnoval a vysvětloval, což je v současnosti stupňující se problém (Trapková, 2004, s. 43).

V dnešní době dospívají mladí lidé dříve a záleží na postoji rodičů, jak se postarají o přechod dítěte k dospělosti, do jaké míry mu poskytnou volnost, důvěru, zodpovědnost a jakou mu poskytnou oporu. Mezi volností a řízenou kontrolou rodiči je křehká hranice, kterou je třeba nastavit pro zdárný vývoj dítěte co nejoptimálněji. Obě situace vyhocené do extrému mohou mít na dítě negativní vliv. Přílišná volnost vyvolá strach z osamocení, pokud ho vedou přísně a nedají mu volnost, poslouchá, aby jim nezpůsobilo bolest. Velká

očekávání a vysoké nároky působí úzkost, že je nezvládně plnit. Dítě pak může začít revoltovat alespoň prostřednictvím vzhledu. Obzvláště u dívek se stává při nedostatku poskytnuté volnosti, pro vypořádání se s hněvem, obavami, s pocity osamělosti, tužbami, že prostřednictvím odmítání stravy a hubnutím si své pocity kompenzují a pěstují si „tajnou nezávislost“, kdy ovládají alespoň své tělo, když víc jim není dovoleno (Maloney, 1997, s. 12, 14).

Rodiče mají rozhodující vliv na rozvoj osobnosti dítěte. Vznik poruch příjmu potravy s osobnostními rysy přímo souvisí. Typická anorektička je popisována jako osobnost zaměřená na výkon, dosažení úspěchu. Je pedantická, ctižádostivá, důsledná, soutěživá, kritická a zároveň úzkostná. Dodržuje normy a hodnoty nastavené společností a rodinou. Sama sebe hodnotí negativně, projevuje se vysokou sebekontrolou, zaměřením na vzhled, nízkou vůlí, adolescentka navíc obavami z dospělosti, nemá jasné cíle a ujasněné vztahy. Bývá úzkostná a depresivní, ale snaží se své emoční ladění a své chování kontrolovat (Krch, 2005, s. 69). Přílišný důraz klade konformitě s ostatními lidmi (Krch, 2008, s. 33). Pokud se nemocné ženě podaří otěhotnět a porodit dítě, vyskytuje se často problém postarat se o dítě standardním způsobem. Od toho se pak odvíjí špatné interpersonální vztahy a je tím ovlivněn a narušen vztah rodič – dítě.

U mužů dochází k nižšímu výskytu poruch příjmu potravy. Podle některých studií je odhadováno 7,5% mužů ze všech pacientů trpících mentální anorexií a 0,1 až 0,4% u mentální bulimie. Mimo jiné byl zkoumán sexuální život mužů a byl zjištěn výskyt homosexuality v 7 až 33% ze všech zkoumaných případů mentální anorexie a mentální bulimie. Bylo zjištěno, že homosexuálně orientovaní muži přikládají svému vzhledu větší význam, jsou méně spokojeni se svým tělem a častěji se snaží o hubnutí (Krch, 2005, s. 43, 69, 109).

Nebezpečím a spouštěčem vzniku poruch příjmu potravy mohou být u disponovaných jedinců životní události. K nim patří již zmíněné narážky vůči vzhledu a další negativní události jako úmrtí nebo nemoc v rodině, rozvod rodičů, vlastní rozvod, ale i běžné tělesné onemocnění. Často je u postižených popisováno, že byli nuceni snášet pohlavní zneužívání. Dalším rizikovým faktorem jsou profese nebo zájmy, které vyžadují dodržení určitého váhového standardu. Týká se to modelek, profesionálních tanečnic, u sportovců například žokejů, atletů, plavců, gymnastů a podobně. U sportovců souvisí také s osobnostními faktory, jako je zaměřenost na výkon. Jistá souvislost je popisována i se sociálním statutem. Postiženy bývají nejčastěji dívky ze středních a vyšších sociálních

vrstev, ale v dnešní době přibývá nemocných dívek i s nižším socioekonomickým statutem (Krch, 2005, s. 47).

Určité stravovací zvláštnosti souvisejí také se stářím, kdy dochází k nuceným změnám hlavně v souvislosti se zdravotním stavem a ekonomickými možnostmi (Fraňková, 2003, s. 154).

2.3 Kulturní vlivy

Poruchy příjmu potravy patří dnes k často se vyskytujícím sociálně patologickým jevům a mají vzrůstající tendenci. Jsou to nezdravé, obecně nežádoucí společenské jevy. Jedná se o onemocnění sociálně a kulturně podmíněné. Existují rozdíly výskytu v různých vyspělých zemích i rozdíly v rámci jedné země (Hadaš, 2007, s. 14). Každá doba, každá společnost, nese svoje typické problémy. Mezi problémy současné doby lze řadit nové formy závislostního chování, mezi které patří poruchy příjmu potravy. Jsou řazeny k psychickým onemocněním (Novák, 2010, s. 15-28).

Tyto poruchy se odvíjí od konzumního životního stylu společnosti, společenská norma není jasně dána. V centru pozornosti je obezita, je zdůrazňován její dopad na zdraví člověka. Společnost je zahlcena přehrší různých diet a doporučení. Jídlo je prostředek k uspokojení základní potřeby, potřeby obživy, za účelem zachování životních funkcí organismu. Mělo by být pojímáno tak, že, jím proto, abych žil a nežiji proto, abych jedl (Novák, 2010, s. 15-28). O poruchu se jedná v případě, když člověk řeší své emocionální problémy jídlem nebo dietou.

V globálním měřítku došlo postupem vývoje ke společenským změnám. Z hlediska poruch příjmu potravy je nutné zmínit velký rozmach informačních technologií, které každodenně a značnou měrou zasahují do života, jsou všudypřítomná, informují, ale i ovlivňují masy lidí ve všech oblastech. A právě vizuální média jsou jedním z nejvýznamnějších propagátorů dnešního ideálu krásy (Krch, 2010, s. 64).

Ve světě, kde je hladovění v důsledku nedostatku nepříjemnou zkušeností, není svobodnou volbou a nadváha není estetickou vadou ani mravním selháním, nemají poruchy příjmu potravy opodstatnění. Ve vyspělých společnostech má trend ideálu štíhlosti vliv na postoje především žen, ty jsou více zaměřeny na vzhled. Jsou přesvědčovány sdělovacími prostředky, že nejen krása, ale i štěstí a vlastní hodnota člověka se odvíjí od jeho štíhlosti. Od žen se očekává, že budou dobře vařit, budou společenské, budou se

účastnit společenských akcí spojených s jídlem (Maloney, 1997, s. 5). Proti tomu stojí paradoxně ideál štíhlosti, neboť pouze ženy jsou socializovány tak, aby si uvědomovaly, jak druzí vnímají jejich těla, proto se hlavně u nich, na rozdíl od mužů, objevuje nespokojenost se svým vzhledem a příznaky poruch příjmu potravy (Novák, 2010, s. 61).

Tělesnému vzhledu je věnována nadměrná pozornost. Až nekriticky je zdůrazňována dokonalost a úspěšnost. Štíhlost je spojována se zdravým životním stylem, zdravím a vybranými potravinami, na které jsme upozorňováni reklamou a nabídkou různých diet. Paradoxně jsou v televizním vysílání prezentovány pořady spojené s vařením a konzumací jídel, ve kterých vystupují převážně štíhlí lidé. Jsme diváky chirurgických operací za účelem odstranění tělesného tuku. Tak je médiu i komerční reklamou v lidech posilovaná představa, že člověk může mít co chce a že je možné se bez problémů vyhnout některým negativním důsledkům (Krch, 2008, s. 33). Denně jsou nám předkládáni úspěšní lidé a kladní hrdinové, modelky, slavné známé osobnosti, kteří jsou štíhlým vzorem. Mnoho žen se inspiruje štíhlostí slavných žen, která je na pozadí drastických diet, dřiny v posilovně, ale i nebezpečné poruchy příjmu potravy.

Před obezitou jsme varováni a jsme upozorňováni na její důsledky. Varování ve směru nadměrné štíhlosti, související s poruchami příjmu potravy, jsou obecně sporadická. Naopak působí negativně tím, že jsou pro některé ženy inspirací. Existují pro-anorektické weby, kde komunikují postižené dívky a ženy, které nemají v úmyslu se léčit a vyléčit a nemoci se přizpůsobují a berou ji jako svou životní filozofii. Namísto toho, aby odrazovaly, poskytují rady, jak zhubnout, protichůdné radám na zotavovacích serverech (Novák, 2010, s. 69).

Vzrůstající trend poruch příjmu potravy nutí nejen odborníky k zamyšlení jak tomu zamezit. Tento problém je celospolečenský. V Izraeli byl například přijat zákon zakazující používat k reklamním účelům fotografie vyhublých dívek a žen, v němž jsou stanovena přesná kritéria BMI (<http://www.novinky.cz/zena/styl/262507-izrael-schvalil-zakon-zakazujici-propagaci-/>). Je třeba poukazovat na problém a nejen propagovat ideál štíhlosti, ale také informovat veřejnost o hrozivých dopadech poruch příjmu potravy.

3 NEGATIVNÍ DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Stejně jako jsou příčiny vzniku poruch příjmu potravy multifaktoriální, také dopady zasahují různé oblasti. V první řadě je to jedinec, jehož osobnost je postižena po stránce biologické i psychické. Vlivem toho jsou narušeny jeho sociální vztahy. To už se nejedná pouze o jeho osobu, ale trpí rovněž jeho nejbližší okolí, rodina, partner, přátelé a jeho vztahy ve školním nebo pracovním prostředí. Nelze opomenout zainteresovanost profesionálů, lékařů, psychologů, psychiatrů, nutričních terapeutů, zdravotních sester i pomocného personálu. Ti mu poskytují pomoc, péči a podporu k uzdravě, která přes všechnu snahu končí v některých případech smrtí a co hůř, smrtí mladého člověka. Z hlediska společnosti je nezanedbatelná také ekonomická stránka léčby. Vzhledem ke komplexnosti negativních dopadů poruch příjmu potravy by měla společnost posílit prevenci v oblasti jejich vzniku.

3.1 Zdravotní důsledky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy způsobují zdravotní komplikace, které se odvíjejí od stavu organismu a délky postižení. Špatná prognóza souvisí s nízkou minimální tělesnou hmotností, velkými výkyvy váhy, vysokou frekvencí zvracení, neúspěšnou předchozí léčbou, narušenými rodinnými vztahy (Höschl, 2004, s. 615). Při výskytu zdravotních komplikací je třeba především vyloučit somatická onemocnění.

Mezi zdravotní komplikace patří kardiovaskulární. Vyskytují se u 90% nemocných. Patří mezi ně srdeční arytmie, snížený krevní tlak, snížená tepová frekvence, zhoršená výkonnost srdečního svalu. Důvodem je hladovění, cvičení při hladovění, nedostatek tekutin, používání diuretik a laxativ (Höschl, 2004, s. 616).

V důsledku poruchy příjmu potravy a následné elektrolytové nerovnováhy se mohou vyskytnout komplikace v ledvinné oblasti. Spočívají v poruše elektrolytové rovnováhy projevující se hypokalemií, hyponatremií, hypochlorní metabolickou alkalózou. Dalším problémem je dehydratace, jejím následkem pak nízký výdej moči a riziko vzniku močových kamenů. Vzniká po častém zvracení a nízkém příjmu tekutin. Při předávkování projímadly a jejich častým užíváním dochází k otokům. V krajním případě může dojít až k chronickému selhání renální funkce (Krch, 2005, s. 95).

Problémy gastrointestinálního traktu jsou důsledkem hladovění a zvracení. U bulimie je popisována zvýšená sekrece slinných žláz, jejich zduření a narušení zubní

skloviny vlivem kyselého obsahu zvratků, které se objevuje až u čtvrtiny postižených. Časté vyvolávané zvracení může způsobit záněty jícnu a vést ke vzniku jícnových vředů souvisejících s působením žaludečních šťáv. Může dojít k zánětu slinivky břišní, žaludečním vředům, v ojedinělých případech dochází při zvracení velkého množství jídla k ruptuře jícnu nebo perforaci žaludku. Oba následky jsou závažné a vyžadují okamžitý chirurgický zásah. Dochází ke zpomalení funkce vyprazdňování žaludku a zpomalení funkce střev s příznaky plnosti, objevuje se zácpa, nadýmání a s tím spojené bolesti břicha. Postiženy mohou být i játra. Z výše uvedeného je zřejmé, že následky, jak mentální anorexie, tak i bulimie, trpí celý gastrointestinální trakt (Krch, 2005, s. 96).

V důsledku špatné výživy, nedostatku důležitých látek ve výživě a nízkého příjmu energie může dojít ke kosterním komplikacím. Změny v této oblasti souvisí také s činností pohlavního ústrojí. Nedostatek estrogenu vede k endokrinním komplikacím a osteoporóze. Je obecně známo, že cvičení napomáhá dobrému stavu kostí. Anorektičky většinou cvičí nadměrně a v kombinaci s osteoporózou dochází často ke vzniku netraumatických zlomenin. Nedostatek pohlavních hormonů v mnoha případech způsobí nepravidelnost až ztrátu menstruace a od toho se odvíjejí poruchy sexuální funkce a neplodnost s často nevratnými následky. Těhotenství, pokud je postižená vůbec schopna otěhotnět, bývá komplikované (Krch, 2005, s. 64, 96).

S hladověním a špatnou výživou jsou spojeny v důsledku elektrolytové nerovnováhy hematologické problémy. Projevují se snížením počtu červených a bílých krvinek a trombocytů. Leukopenie bývá přítomna u 40 – 60% případů mentální anorexie. Dochází ke snížení imunity a tím větší náchylnosti k infekcím. Při úspěšné léčbě a standardní výživě dojde rychle k navrácení stavu k normě (Krch, 2005, s. 99).

V důsledku nedostatečné výživy, ztráty podkožního tuku a dehydratace je často zasažena oblast kůže a sliznic, projevující se suchostí, šupinatostí kůže, dochází k lomivosti vlasů a nehtů. Úmyslným zvracením si postižený jedinec způsobuje modřiny a mozoly na hřbetu rukou. Užívání projímadel a diuretik může způsobit vyrážku. Z narušeného metabolismu se vyskytuje, pro udržení tepla organismu, jemné ochlupení na tvářích, trupu a končetinách (Höschl, 2004, s. 616).

Organismus je vlivem zvracení, nadužívání projímadel a diuretik postižen elektrolytovou nerovnováhou, která způsobuje kromě již zmíněných renálních a hematologických problémů, neurologické obtíže. Z nich plyne svalová slabost, bolesti

hlavy, závratě, poruchy hybnosti a poruchy psychického charakteru. Patří mezi ně porucha koncentrace a nespavost (Krch, 2005, s. 99).

Z uvedených zdravotních obtíží je zřejmé, jak závažným onemocněním poruchy příjmu potravy jsou, jak významně narušují kvalitu života postiženého, převážně mladého, organismu. Negativa je s ním nuceno sdílet rovněž jeho okolí. Jsou známy případy s fatálním koncem. Proto je potřeba se této problematice věnovat, upozorňovat na to, jak nebezpečné jsou a preventivně v této oblasti působit.

3.2 Psychické a sociokulturní důsledky poruch příjmu potravy

Onemocnění mentální anorexií je spojeno s podvýživou a psychickými problémy, které narušují psychickou rovnováhu postižených. Život se točí pouze kolem jídla, jídlo je v centru pozornosti. Anorexie je spojena s emočními problémy, projevujícími se smutkem, úzkostí, depresí, zlostným naladěním, nejistotou. Sebevědomí je snižené. K posílení sebevědomí a pocitu uspokojení dochází při dodržení zvýšené sebekontroly. Mírný nárůst váhy nebo momentální selhání sebekontroly vede k prohloubení depresivního stavu a vzniká začarovaný kruh, ze kterého se mnohým nedaří uniknout. Ani zdravotní problémy, ke kterým anorexie zákonitě vede, na náladě a psychické pohodě nepřidají. Vyhublost a podvýživa má vliv na intelekt a tvořivost, vede ke snížené výkonnosti včetně pracovní, snížené koncentraci, únavě a nespavosti. Mentální bulimie se rovněž vyznačuje úzkostným zájmem o své vlastní tělo a psychické důsledky jsou podobné (Krch, 2010, s. 189).

Jakákoliv životní změna spojená se změnou tělesné hmotnosti, jídelního a pohybového režimu je problém. Může to být těhotenství, dlouhodobější nemoc, ukončení sportovní činnosti, změna školy nebo zaměstnání, změna bydliště, vycestování do jiné země nebo banální změna v podobě pozvání na společenskou akci spojenou s konzumací jídla. Tyto změny znamenají pro nemocného stres (Krch, 2010, s. 248).

Typická je pro mentální anorexiu zaměřenost na sebe. Základní lidská potřeba, kterou je jídlo, a otázky tělesné hmotnosti jsou jediným zájmem. To vede k sociální izolaci. Je způsobena zklamáním nadějí blízkých a přátel, kteří se snaží radit a pomáhat. Jejich rady postižená osoba odmítá a ani při nejlepší vůli nedokáže poslechnout. Cítí se nepochopená a pod nátlakem. Tím se stávají sociální kontakty čím dál napjatější, až nakonec všichni zúčastnění nevidí smysl v nich dál pokračovat. Nemocní se ještě více

uzavřou do své izolace. To vede k dalšímu zhoršení kvality jejich života, zhoršení sociálních vztahů včetně ochuzení sexuálního života. Horší situace je u postižených mentální anorexií, bulimici jsou více otevřeni svému okolí (Krch, 2010, s. 191).

Vlivem médií a sdělovacích prostředků je veřejnost každodenně udržována v tom, že mít nadváhu je spojeno s neúspěchem. Svou postavou se zaobírají hlavně ženy, jejichž vzhledu je tradičně věnována větší pozornost. Společnost pokrytecky vyzvedává a idealizuje „anorektické“ dívky a ženy pro jejich vůli dosáhnout štíhlosti, která je pro většinu žen nedostupná. Mnoho žen je tzv. skrytými anorektičkami a podrobné informace o praktikách anorektických pacientek, které mají odrazovat a varovat před nebezpečím, je paradoxně, vlivem propagace ideálu štíhlosti, inspirují. Hrozivým kulturním důsledkem dnešní doby jsou pro-anorektické weby. Prvotním úmyslem jejich vzniku bylo poskytnout alternativu svému předchůdci zotavovacím webům, které poskytují rady, jak bojovat s poruchami příjmu potravy, poukazují na negativní dopady a poskytují doporučení a rady směřované k léčbě. Většina odborné veřejnosti pokládá pro-anorektické weby za nebezpečný rizikový faktor k rozvoji onemocnění (Novák, 2010, s. 69).

4 LÉČBA A PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněními s různorodým průběhem a důsledky. Různou měrou je změněna kvalita života postižených jak v rovině osobní životní situace, odvíjející se od zdravotního stavu, vztahů s rodinou a ostatních sociálních vztahů, tak v rovině vzdělávání a práce, ekonomické situace, využívání volného času apod. (Mühlpachr, 2005, s. 61). Někteří jedinci se uzdraví, někteří dlouhodobě srovnají. Mají přátele, práci, rodinu, plány, touhy. Pro některé se jídlo stane prvotním a jediným a pohybují se v začarovaném kruhu. Někteří nemoci podlehnou (Maloney, 1997, s. 6). Duše člověka pomalu zhoubně ničí jeho tělo, stejně jako nebezpečná rakovina. Rakovinné bujení lze dnes již zdolat chirurgicky a následnou léčbou. Problémem anorexie je, že nemocná duše totálně tělo zuboží, pokud ho přímo nezapomene (Doležal, 2012, s. 28). Onemocnění přináší, obzvláště při chronicitě, utrpení nemocným i jejich příbuzným. Dochází k postupnému vzestupu zdravotních komplikací a s tím souvisejícímu nárůstu vynakládání zdravotní péče včetně ekonomických nákladů na léčbu (Papežová, 2010, s. 299). Důsledky pak nese celá společnost. Proto je tak důležité hledání příčin a preventivní působení.

4.1 Možnosti léčby

Poruchy příjmu potravy neznamenají pouze problém technického lidského fungování, ale jde o fyzicko-psychický a sociální jev. Pojmem psychosomatická nemoc se rozumí onemocnění, které se jeví jako tělesné, ale je ovlivňováno psychikou. Tělesné onemocnění zase působí na psychiku nemocného i jeho okolí. Samotné emoce jsou vždy provázeny fyziologickými příznaky např. úzkostí, bušením srdce (Trapková, 2004, s. 179).

Ne vždy se o nemocech uvažovalo komplexně. Bylo zaznamenáno, že pojmu psychosomatická nemoc poprvé použil v roce 1818 lékař Heinroth a pojem psychoterapie Hippolit Bernheim v roce 1891. Důležitým mezníkem byl konec 19. století, kdy vznikla Psychofyziologická společnost v Paříži a výzkum se začal ubírat tímto směrem. Myšlení medicínského přístupu první poloviny 20. století ovlivnilo také učení Sigmunda Freuda. První Psychoanalytická klinika vznikla ve Vídni v roce 1922 (Trapková, 2004, s. 9, 27).

Rozvojem medicínských technologií došlo koncem 20. století k celosvětovému úpadku propojeného kontextu vnímání onemocnění. V roce 1977 na základě rozhodnutí Světové zdravotnické organizace byl pojem psychosomatické onemocnění vyjmut

z mezinárodní klasifikace nemocí s odůvodněním, že na každém onemocnění mají podíl somatické i psychické faktory. Proto bylo doporučeno zůstat u funkčních poruch a klasifikovat je v rámci jednotlivých medicínských oborů podle příznaků. V témže roce přišel Engel s ještě komplexnějším návrhem, uvažovat o příčinách nemocí jako biopsychosociálních. Bio znamená somatickou stránku, psycho osobnost a sociální znamená sociální souvislosti. Zdůraznil, že je třeba nezaměřovat se pouze na „bio“ stránku onemocnění, ale hledat souvislosti psychické a sociální, i když nejsou snadno diagnostikovatelné. Rovněž léčba, aby byla účinná, by měla být zaměřena komplexně (Trapková, 2004, s. 32, 41).

S chorobou souvisí životní příběh nemocného a lékař by měl každou nemoc takto vnímat. Somatický lékař by měl věnovat pozornost nejen nemocnému a jeho onemocnění, ale také situacím a vztahům, ve kterých nemoc probíhá. Znalost hlavně rodinného prostředí je důležitá pro stanovení správné diagnózy a volbu optimálního léčebného postupu (Kraus, 2008, s. 88).

Psychiatrie patří mezi základní lékařské obory. Původně byla propojena s neurologií, ale rychlý rozvoj obou oborů si vynutil na počátku 20. století jejich specializaci. Je oborem, který má souvislost prakticky se všemi medicínskými obory, protože se zabývá tělesnými příznaky a reakcemi. Odlišný je v tom, že pozornost soustředí na patologii v psychice člověka (Praško, 2011, s. 27). Své prvotní a nezastupitelné opodstatnění má při léčbě poruch příjmu potravy.

Mentální anorexie a bulimie jsou onemocnění, která je nutné bezpodmínečně léčit. Podstatou léčby je všestranný přístup zaměřený na biologické, psychické i sociální potřeby postiženého. Spočívá v zajištění přiměřeného hmotnostního přírůstku, změně vztahu k jídlu a následně ke svému okolí, vyřešení emocionálních problémů, které jsou pozadím poruchy a nápravě souvisejících somatických problémů. Měla by být výsledkem mezioborové týmové spolupráce, celkový přístup je multioborový (Krch, 2005, s. 117).

Ve většině případů se k léčbě neodhodlá sám postižený. Buď je jeho stav natolik vážný, že prvotně vyžaduje hospitalizaci a zdravotní somatickou péči, nebo ho k ní nasměruje jeho okolí. Bezprostředním cílem je nutriční zajištění a navození normálního stravovacího režimu. Lékař stanoví cílovou váhu a její týdenní nárůst. U výrazně podvyživených a nespolupracujících jedinců sahá k parenterální výživě (Höschl, 2004, s. 617).

Psychoterapie řeší psychologické problémy a slouží k prevenci relapsu. Ten je popisován až u 50 % případů. Podmínkou psychoterapie je navázání kvalitního psychotherapeutického vztahu vedoucího k motivaci pacienta. Úspěšnost závisí především na zdravotním a psychickém stavu pacienta, na stupni jeho zralosti, motivaci k léčbě, na jeho sociálních podmínkách. Psychoterapie probíhá na úrovni individuální, rodinné a skupinové (Höschl, 2004, s. 617). Zdeněk Rieger se ve své knize *Ostrov rodiny*, která je určena pro rodinné terapeuty a sociální pracovníky, zaměřuje na integrující pojetí rodinného systému a v knize zdůrazňuje důležitost práce s rodinami postižených nebo alespoň s některými členy rodiny (Rieger, 1996, s. 9). Trapková a Chvála uvádějí zkušenost, že pokud se při léčbě dcery podařilo zapojit i otce, dívky se uzdravovaly rychleji (Trapková, 2004, s. 208).

Další a často nutnou součástí léčby je psychofarmakoterapie. Antidepresiva jsou indikována hlavně u mentální anorexie, kdy deprese přetrvává i po navýšení hmotnosti. Za nejúčinnější je považována kombinace psychofarmak s psychotherapeutickými programy. U pacientů s bulimií se může přidružit jiná forma závislostního chování. Jsou popisovány případy závislosti na alkoholu, drogách. V praxi existují specializované programy pro různé druhy závislostí a rovněž pro tyto duální problémy (Höschl, 2004, s. 617).

Doplňkovými formami ke zlepšení psychiky nemocného při léčbě poruch příjmu potravy jsou pohybová terapie, pracovní terapie a arteterapie. Arteterapie spočívá v promítnutí zážitku do výtvarného projevu. Vychází se z toho, že člověk ve výtvarném projevu zaznamenává nejen vědomé záležitosti, ale i nevědomé skutečnosti a potřeby a svoje emoce (Praško, 2011, s. 298).

Krch uvádí požadavky pro terapii, k nimž patří respektování biopsychosociální podmíněnosti poruch příjmu potravy, znalost problematiky ve všech souvislostech včetně rodinných, schopnost flexibility terapeuta v rámci individuálního případu, jeho trpělivost, důraz na spolupráci, schopnost motivovat nemocného k pozitivní změně, předkládat mu reálné cíle a neobviňovat ho (Krch, 2005, s. 210). Nemocný od terapeuta očekává vysvětlení a orientaci v problému, plán léčby s reálnými cíli a vysvětlení postupu, pomoc a podporu.

Formy pomoci postiženým existují různé. Prvotní krok k nápravě může znamenat svěření se příteli nebo přítelkyni. Důležité je, že si postižený vůbec přizná problém a tím,

že se svěří, hledá pomoc (Maloney, 1997, s. 129). Jakkoliv postiženým lidem je třeba pomáhat. Podle Bakošové je v procesu pomoci důležité, aby lidé nechápali pomoc jako ponižující akt, jako signál slabosti nebo selhání člověka. Naopak by měla být považována za výraz síly člověka, že se odhodlal řešit svůj problém. A je potřeba mu pomoci, aby sám mohl řešit a vyřešit svůj problém (Bakošová, 2008, s. 59).

V praxi fungují organizace, které se věnují poruchám příjmu potravy a problémům spojených s výživou. Jejich zaměřenost je různá, některé pouze poskytují informace, jiné provádí poradenství. V terénu pracují svépomocné skupiny a organizace pacientů a jejich rodin. Poskytují podporu pacientům a jejich rodinám, umožňují jim uvědomit si, že na problémy nejsou sami a že je třeba je řešit. Podílejí se na primární a sekundární prevenci (Maloney, 1997, s. 129).

Občanské sdružení Anabell, vzniklé v roce 2002 nabízí pomoc a podporu osobám ohroženým a postiženým poruchou příjmu potravy. Poskytuje sociální a zdravotnické služby ve svých kontaktních centrech v Praze, Brně, Ostravě, Olomouci a Zlíně. Pracuje také prostřednictvím svých webových stránek www.anabell.cz, kde poskytuje potřebné informace. Poskytuje sociální služby, telefonickou krizovou pomoc, návazné služby ve formě víkendových kurzů pro volný čas a vzdělávání, vydává Zpravodaj Anabell a informační materiály, realizuje edukační činnost prostřednictvím přednášek, besed, seminářů a projektů zaměřených na poruchy příjmu potravy (<http://www.anabell.cz/index.php/dokumenty-o-anabell/strategie-rozvoje/>).

Dalším místem, kde je možné hledat pomoc, jsou poradny. Existují různé typy poraden, pedagogicko-psychologické pro jednotlivce, pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, protialkoholní a protidrogové. Do poradny posílá osoby s poruchou příjmu potravy, případně osoby blízké, školní výchovný poradce, psycholog nebo psychiatr. Věnuje se jim terapeut a je důležité, aby měl zkušenosti s touto problematikou. Poradenství probíhá formou individuální, rodinnou nebo skupinovou (Maloney, 1997, s. 121).

Nedílnou součástí pomoci postiženým s poruchou příjmu potravy je nutriční poradenství, které provádí nutriční terapeut. Je specialistou na výživu. Poskytuje rady v oblasti výživy, pomáhá sestavit výživově hodnotný jídelní plán podle individuálních potřeb jedince se zaměřením na úpravu hmotnosti jedince (Maloney, 1997, s. 121).

Pro akutní pomoc pracují Linky důvěry, kde je možné hledat pomoc a radu prostřednictvím telefonického kontaktu. Působí buď jako samostatná pracoviště nebo jsou

součástí krizového centra, psychoterapeutického centra nebo poradny. Pomoc je poskytována anonymně. Krizová centra jsou zaměřena na okamžitou pomoc v krizových situacích. Svou činnost provozují nepřetržitě a není třeba se předem objednat (Maloney, 1997, s. 124).

Psychoterapeutická centra poskytují psychoterapeutickou pomoc. Důvodem k návštěvě může být jakýkoliv problém, se kterým si jedinec neví rady. Přichází sem buď sám nebo na doporučení pracovníka linky důvěry nebo krizového centra. Po zmapování situace psychologem nebo psychiatrem je mu poskytnuta adekvátní psychoterapie. Centra poskytují rovněž následnou péči navazující na hospitalizaci (Maloney, 1997, s. 126).

Pro problematiku poruch příjmu potravy fungují specializované ambulance. V rámci nich je nutná týmová spolupráce zaměřená somaticky a psychoterapeuticky. Pracuje zde psycholog, který provádí psychologické vyšetření, edukaci a navrhuje postup léčby. Tento typ ambulantní péče je celosvětově preferován pro návaznost na týmovou spolupráci psychologů, psychiatrů, nutricionistů a zabezpečení monitorace somatického stavu pacientů za využití výsledků laboratorních vyšetření. Zřízení ambulancí tohoto typu je předmětem zájmu odborných organizací, protože jejich dostupnost je v dnešní době stále nedostatečná (Papežová, 2010, s. 298).

Hospitalizace je posledním východiskem. Vede k ní selhání organismu v důsledku zdravotních komplikací, marná ambulantní léčba, nebezpečí sebevraždy, současná závislost na alkoholu nebo drogách. Existují speciální programy zaměřené na poruchy příjmu potravy, které pacientka absolvuje za hospitalizace. Osoby starší 18 let k ní poskytují souhlas. Léčba je zaměřena na zvládnutí somatických problémů, úpravu nutričního stavu, vzestup hmotnosti, motivaci a správné jídelní návyky. Pokud je nutné nasadit antidepresiva, volí se taková, která zároveň podporují chuť k jídlu. Důležitá je psychoterapie a následná péče po propuštění (Cassuto, 2008, s. 57).

Pro akutní péči, kde není bezprostředně nutná hospitalizace, a pro následnou péči jsou zřízeny denní stacionáře. První stacionář Centra pro pacienty s poruchou příjmu potravy vznikl v České republice v Praze v roce 2002 jako první zařízení, které je mezistupněm mezi hospitalizační a ambulantní péčí (Papežová, 2010, s. 299).

Univerzální terapeutický program nebo metoda neexistuje. Terapie by měla zahrnovat všestranný přístup, být volena podle konkrétní psychopatologie v souladu s individuálními potřebami pacienta. U poruch příjmu potravy je metodou volby

systematická, to znamená pravidelná a cílená terapie, s hlubším porozuměním problému, za spolupráce odborníků z různých oblastí, psychologů, psychiatrů, nutričních terapeutů, internistů, endokrinologů, gynekologů, stomatologů (Trapková, 2004, s. 205, 208).

4.2 Možnosti prevence

Alarmující je vzrůstající tendence poruch příjmu potravy. Odhady hovoří o tom, že v České republice je asi 800 lidí s anorexií, kteří vyžadují hospitalizaci. Velké množství je léčeno mimo hospitalizaci. Mnoho případů vede svůj boj anonymně. Pět procent lidí s těžkou mentální anorexií umírá. U 50% uzdravených přetrvávají celoživotně psychické problémy.

Přesné příčiny této patologické závislosti na jídle nejsou známy. Mezi faktory, které mohou vést ke vzniku onemocnění mentální anorexií a mentální bulimií patří vztahy v rodině, nedostatek lásky, komunikace, nízké nároky na dítě vedoucí k pocitu osamocení, příliš vysoká kontrola s omezováním samostatnosti, nesoulad mezi rodiči při výchově, upřednostňování sourozence, ekonomické problémy, špatné stravovací návyky v rodině, patologické vztahy mezi rodiči, životní styl, sama osobnost jedince a jeho negativní životní zkušenosti. Rovněž prostředí ve škole a vztahy s vrstevníky mohou onemocnění nastartovat, obzvláště v pubertě, kdy je pozornost zaměřena na fyzický vzhled. Stačí poznámky a výsměch ze strany vrstevníků. U dospělých může být příčinou i snaha udržet si mládí. Vliv má společnost, která poukazuje na nezdravost a nevhlednost obezity. Média prezentují ideál štíhlosti a štíhlost jako cestu ke šťastnému a spokojenému životu (Novák, 2010, s. 15, 28).

Vnější vlivy působí a střetávají se s osobností jedince určitým způsobem emočně nastaveným, s určitou mírou schopnosti zvládat konflikty, nejistotu a úzkost a řešit složité situace, s určitým vztahem k vlastní osobnosti, k vnímání sebe sama, sebevědomím, sebehodnocením, sebeúctou, sebekontrolou. U poruch příjmu potravy dochází ke ztrátě sebekontroly a tím následně sebeúcty. Tyto osoby řeší otázku své identity a smyslu života za pomoci kontroly těla.

Dnes se poruchy objevují už i u dívek kolem věku 9 až 10 let. Nejvyšší výskyt, to znamená rizikovou skupinou, jsou dívky ve věku 15 až 19 let. Chlapce onemocnění postihuje v menší míře. Mužská populace při fyzickém vzhledu klade důraz na svalovou

hmotu, je také zpravidla emocionálně stabilnější a na vzhled mužů neklade společnost tak vysoké nároky jako na vzhled žen (Novák, 2010, s. 15, 28).

Prevence by měla začít již v rodině. Spočívá ve správné výchově, správných stravovacích návycích, v pravidelnosti, častosti, menších porcích jídla a vhodné skladbě potravin. Důležitá je psychická pohoda při jídle. Základ je s dětmi komunikovat, vysvětlit jim správný způsob stravování, to, že jíst neznamena tloustnout. Naučit je mít z jídla potěšení, v rámci stravování umět naslouchat co tělo žádá. Nezaměřovat se jednostranně pouze na zdravé potraviny, propagovat pestrost, korigovat u dětí požívání pokrmů tzv. rychlého občerstvení ve formě např. hamburgerů. Strategii nákupu potravin upravit do určitého časového intervalu, pro mlsání stanovit limity. Zavést doma určitý stravovací režim, dbát v rámci možností na společné stolování, což je v dnešní uspěchané době z důvodu časového zaneprázdnění stále obtížnější. Ubývá momentů, kdy se rodina schází u jídla pohromadě. Společné stolování je důležitým aspektem, kdy dochází k předávání rituálů a hodnot rodiny další generaci. Je třeba odbourat nešvary v podobě sledování televize u jídla, řešení problémů u společného stolu. Naučit dítě mít radost ze společného setkání i z jídla samotného. Dodržování společných sezení u jídla dává rodině řád. Rodiče sami by měli být dětem příkladem. Důležité je vést děti k aktivitě, k pohybu a sami jim nepředkládat usedlý způsob života. Měli by rozpoznat nadání dítěte a nasměrovat ho k činnosti, ve které vyniká a tím mu dopomoci k plodnému trávení volného času. Svým vstřícným a laskavým přístupem by měli podporovat zdravé sebevědomí dítěte. Pokud dítě trpí nadváhou, měli by mu poskytnout podporu a pomoc (Cassuto, 2008, s. 64).

Prevence poruch příjmu potravy by měla více probíhat ve školách a začít působit už v základních školách, kde se vyskytují rizikové skupiny. Dospívajícím by mělo být vysvětleno, že změny, které se s jejich tělem odehrávají, jsou přirozenou součástí období dospívání (Kraus, 2011, s. 7). Školy se v preventivním působení zaměřují především na aktuální problematiku šikany, prevenci alkoholu, drog. Poruchám příjmu potravy by měla být věnována pozornost stejnou měrou.

Společenské povědomí o výskytu poruch příjmu potravy a hlavně o jejich zhoubných následcích by mělo být zvýšeno (pořad Áčko vysílaný 2. 9. 2012 ve tři hodiny na televizní stanici Nova). Veřejnosti by měly být podávány přesnější informace o zdraví, váze a dietách. Měl by být zdůrazňován význam duševního a fyzického zdraví, které nespočívá v honbě za štíhlostí. Dalším krokem by mělo být ovlivňování reklamy a ochrana konzumentů před škodlivými dietními programy a produkty. Tento úkol je obtížný, protože

naráží na právo svobody vyjadřování. Navíc je obtížné odlišit, které mediální obsahy jsou zdraví škodlivé a které ne. V naší zemi nejsme zvyklí, aby se veřejnost zapojovala do antireklamních kampaní. Jednotlivci si musí sami vytvářet svá stanoviska a nepodléhat reklamě a sociokulturním tlakům. Pozitivní je, že některé společnosti začaly v reklamě zobrazovat ženy normálních tělesných proporcí. I to je krokem k prevenci honby za ideálem štíhlosti (Novák, 2010, s. 78, 79, 80).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5 CÍL VÝZKUMU

Empirická část práce je zaměřena na příčiny vzniku onemocnění u osob trpících poruchami příjmu potravy a na sociální vztahy těchto osob. Cílem je zjistit možné souvislosti výskytu onemocnění se sociálním prostředím postižených osob, zmapovat jejich rodinné prostředí, získat poznatky o prevenci a z nich formulovat doporučení pro sociálně pedagogické působení v této oblasti.

Parciální cíle jsou zaměřeny na osoby s poruchami příjmu potravy, na charakteristiky jejich rodin, na nalezení společných znaků, které by mohly být jednou z potenciálních příčin výskytu těchto poruch a na možnosti prevence onemocnění. Dalším aspektem je zjistit názory na prevenci z pohledu osob trpících poruchami příjmu potravy. Součástí práce je empirické šetření zaměřené na tyto osoby, na charakteristiku jejich sociálního prostředí, především rodinného a získání dalších poznatků prostřednictvím rozhovorů s nelékařskými zdravotnickými pracovníky se snahou o zjištění jejich zkušeností a názorů k problematice osob s uvedeným onemocněním, které mají v péči.

6 CHARAKTERISTIKA A POPIS VÝBĚROVÉHO SOUBORU

Předmětem výzkumu empirické části byly osoby v době výzkumu hospitalizované s poruchou příjmu potravy a nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří s nimi pracují. Počet osob, u kterých bylo prováděno empirické šetření, je z řad nemocných 7 osob, z řad nelékařského zdravotnického personálu 2 osoby.

7 METODY

Empirické šetření bylo provedeno analýzou dokumentace osob s poruchami příjmu potravy hospitalizovaných v době šetření na Psychiatrické klinice FN Brno a metodou polostrukturovaného rozhovoru s ošetřujícím personálem z řad nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří je v tomto období ošetřovali. Prostřednictvím rozhovoru s vrchní sestrou kliniky a režimovou sestrou jsem zjišťovala informace o organizaci kliniky a práce vzhledem k osobám s poruchami příjmu potravy a snažila se získat jejich poznatky z praxe, zkušenosti a názory. Rozhovory probíhaly individuálně, s vrchní sestrou v její pracovně, s režimovou sestrou v pracovně sester na oddělení 24. Po úvodním vzájemném představení a seznámení sester s cílem mé práce jsem pokládala otázky. Měla jsem připraveno 14 otevřených otázek, jejichž znění uvádím v příloze. Část z nich mi zodpověděla vrchní sestra a s konkrétnějšími otázkami mě odkázala na sestru režimovou. Obě mi v rozhovoru sdělily i další důležité poznatky. Odpovědi jsem zaznamenávala do připraveného archu a následně zpracovala.

Při výzkumu byla použita kvalitativní výzkumná strategie. Podle Maňáka (2004 In Skutil, 2011, s. 69) je kvalitativní výzkum označením pro různé techniky použité ke zkoumání jevů, kde není pro výsledek prvotní kvantifikace dat, ale jejich podrobná analýza. „Kvalitativní výzkum pracuje s malým souborem respondentů bez nároků na statistickou reprezentativnost.“ (Kutnohorská, 2008, s. 65). Protože se jednalo o kvalitativní výzkum, nebyly stanoveny hypotézy, ale výzkumné otázky. Měly pomoci při orientaci v problematice na počátku mapujícího výzkumu. Cílem bylo zjistit, zda jsou platné a hlavně získat další poznatky, které by mohly pomoci při preventivním působení v oblasti poruch příjmu potravy.

Výzkumné otázky:

1. Dochází ke vzniku poruch příjmu potravy pouze u dívek v období adolescence?
2. Je znám spouštěč vzniku poruchy příjmu potravy u konkrétní osoby hospitalizované pro poruchu příjmu potravy?
3. Jaký je charakter rodinného prostředí osob trpících poruchou příjmu potravy?
4. Provozují osoby trpící poruchami příjmu potravy volnočasové sportovní aktivity vyžadující určitý váhový standard a s tím související hlídání si tělesné hmotnosti?

8 VÝSLEDKY

Výzkum jsem prováděla v souladu se stanoveným časovým harmonogramem na Psychiatrické klinice FN Brno. Rozhovory bylo možné provádět pouze s ošetřujícím personálem. Informace o organizaci a provozu kliniky v souvislosti s poruchami příjmu potravy mně poskytla vrchní sestra kliniky, podrobnější informace pak režimová sestra oddělení pro dospělé.

Informace o hospitalizovaných pacientkách jsem čerpala z dokumentace jednotlivých případů. Ze získaných informací jsem odvodila závěry k jednotlivým výzkumným otázkám. Vzhledem k ochraně osobních údajů jsou pravá jména jednotlivých případů nahrazena smyšlenými. Zabývala jsem se sedmi případy žen, pacientek hospitalizovaných pro poruchu příjmu potravy. Všechny byly hospitalizovány v době mého výzkumu na Psychiatrické klinice FN Brno. Čtyři z nich, ve věku 14-17 let, byly hospitalizovány na oddělení pro děti a dorost, tři ve věku 22-39 let na oddělení 24 pro dospělé.

Informace získané od vrchní sestry:

Psychiatrická klinika je členěna na specificky zaměřené ambulance a oddělení. Z hlediska poruch příjmu potravy je zde k dispozici ambulance pro léčbu těchto poruch, která má provoz ve všední dny. Do ambulance je třeba se objednat. Pro poruchy příjmu potravy zde pracuje rovněž oddělení 21 pro děti a dorost a oddělení 24 pro dospělé. Jeho součástí je krizové centrum. Obě oddělení jsou koedukovaná, to znamená, že jsou přijímáni pacienti mužského i ženského pohlaví s různými diagnózami spadajícími do oblasti psychiatrie, včetně poruch příjmu potravy. Součástí kliniky je Jednotka intenzivní péče a interní ambulance pro poruchy metabolismu a výživy. V rámci nemocnice je zajištěna dostupnost laboratorních vyšetření, kostní denzitometrie, konziliárních služeb.

Dětské oddělení je zaměřeno na problematiku dětské a dorostové psychiatrie. Pracuje při něm základní škola. Na oddělení jsou přijímáni k hospitalizaci pacienti ve věku od 3 do 18 let. K dispozici je herna, jídelna a zahrada, dětské hřiště. V některých odůvodněných případech je možná hospitalizace dítěte s matkou. Oddělení se zaměřuje na diagnostiku a terapii psychických poruch. Psychoterapeutická péče probíhá individuálně, skupinově nebo formou práce s rodinnou. Součástí je i ergoterapie. Program

je upraven podle věku dítěte, charakteru potíží a úrovně spolupráce s rodinou. Mezi inovace patří u poruch příjmu potravy zjišťování údajů o výšce a hmotnosti rodičů.

Na dětském oddělení byly v době mého šetření hospitalizovány dívky s diagnózou mentální anorexie. V té době nebyl hospitalizován pro poruchu příjmu potravy žádný chlapec. Vrchní sestra mi z dlouholeté zkušenosti potvrdila, že zde obecně s těmito problémy ošetřují i muže, ale méně často. Všichni pacienti jsou přijímáni do tzv. šestitýdenního běhu, ale délka léčby se odvíjí od individuální potřeby a stavu nemocného, lze ji prodloužit. Nemocný je hospitalizován na základě objednání svým praktickým lékařem, lékařem z psychiatrické ambulance nebo je přijat následně po hospitalizaci na Jednotce intenzivní péče a doléčení na příslušném oddělení, kde byl hospitalizován pro zdravotní komplikace způsobené poruchou příjmu potravy. Pacientům se věnují lékaři, kliničtí psychologové, psychoterapeuti, nutriční terapeuti, sestry, sanitáři, ergoterapeuti, arteterapeuti. Režim na dětském oddělení a v oddělení pro dospělé je podobný. Děti je nutné vést způsobem adekvátním jejich věku a musí být nad nimi zajištěn zvýšený dohled.

Informace získané od režimové sestry z oddělení 24:

Na oddělení 24 jsou hospitalizováni pacienti s diagnózami z oblasti psychiatrie včetně mentální anorexie a mentální bulimie. Na tyto diagnózy byl zaměřen náš rozhovor. Vzhledem k tomu, že zde v době mého výzkumu byly hospitalizovány s uvedenými onemocněními pouze ženy, zaměřuji další popis na ně. Oddělení je režimové, otevřené, koedukované, psychoterapeutické, s vyhrazenými lůžky pro pacienty s poruchou příjmu potravy. Program pro poruchy příjmu potravy zde vznikl v roce 1997. Interval takzvaných „běhů“ pro poruchy příjmu potravy je dán poptávkou a možnostmi oddělení a je většinou realizován 5 – 6 krát ročně. Délka pobytu se pohybuje mezi 6 až 8 týdny. Přijetí je plánované, doporučuje ho ambulantní psychiatr. Mezi hlavní podmínky přijetí patří motivace pacienta, věk nad 18 let, soběstačnost, BMI 13 a více. Obecně program spočívá v zapojení nemocného do pravidelného režimu oddělení 24, v psychoterapii individuální a skupinové, v ergoterapii, pohybové terapii a pravidelných kontrolách stavu pacienta. Pracuje zde speciální skupina zaměřená na poruchy příjmu potravy. Pacienti mají možnost odpoledních a víkendových propustek. Individuálně je sledován a zaznamenáván příjem porcí potravy, vývoj tělesné hmotnosti, lékařskými a laboratorními vyšetřeními je monitorováno vnitřní prostředí a pozorováno chování nemocného. Mezi ústřední cíle programu patří vytvoření náhledu pacienta na svou nemoc, jeho motivace a podpora,

navození normálního jídelního režimu, zamezení přejídání, farmakoterapie přidružených psychických obtíží a doporučení další péče.

Při nástupu k hospitalizaci sestra založí osobní dokumentaci. Pacientka (v rámci programu jsou hospitalizovány převážně ženy) je seznámena s režimem a pravidly platnými na oddělení a poučena o nutnosti zodpovědného přístupu k léčbě. Je požádána, aby napsala svůj životopis. Dostává běžnou stravu, má možnost konzultace skladby jídelníčku s nutričním terapeutem. S jídelníčkem je seznámena týden předem. Nevyhovující potravina lze vyměnit za jinou, o tom na požádání rozhodne lékař. Stravu je nutno přijímat pětkrát denně ve stanoveném časovém harmonogramu. Je podávána ve společné jídelně a pacientkám je doporučeno, aby si při jídle nesedaly spolu s osobami se stejným postižením a nesledovaly při jídle ostatní pacientky. Je zakázáno odnášet zbytky stravy na pokoj. Po hlavních jídlech je stanovena hodina klidového režimu na pokoji, kdy pacientky nemají provádět žádnou fyzicky aktivní činnost, ani opouštět pokoj. Pravidelně je u nich prováděna kontrola hmotnosti, vždy jednou týdně, ve stanovený den a v určenou hodinu. Vážení se odehrává z důvodu zajištění stejných podmínek ve spodním prádle. Stav pacientek pravidelně kontroluje lékař a psycholog. U každé je stanoven individuální diagnosticko-terapeutický plán. Obecně do něho bývá zahrnuto vyšetření osobnosti, sebepojetí, sociální vztahy, konzultace s nutričním terapeutem, dodržování režimu včetně stravovacího a dostatečný příjem tekutin, sledování jídelníčku, vycházky, psychoterapie individuální, skupinová, rodinná a ergoterapie. U dětí také školní docházka v rámci oddělení. Některé pacientky jsou zařazeny do pohybové terapie. Léčba je korigována v souladu s individuálními potřebami. Při poruchách příjmu potravy jsou podávány léky na úpravu gastrointestinálního traktu, vitamíny. U některých pacientek je nutné léčit zdravotní komplikace způsobené poruchou příjmu potravy a u některých nasadit léčbu antidepresivy.

Ze své dlouholeté praxe mně režimová setra sdělila také některé základní obecné informace ohledně osob postižených mentální anorexií a mentální bulimií. Většinu poznatků prezentovala také na odborné konferenci, kterou pořádala Psychiatrická klinika pro nelékařské zdravotnické pracovníky a já jsem se jí zúčastnila (Vladíková, odborná konference NLZP 2012).

Obecně onemocní poruchou příjmu potravy častěji ženy než muži. Nejčastější věk hospitalizovaných v důsledku těchto poruch se pohybuje mezi 20–23 lety. Poptávka po hospitalizaci je spíše ze strany příbuzných než samotných pacientů. U většiny případů

má rodina narušené funkce. Jedním z dílčích cílů pracovníků kliniky je zjistit, jestli příčina onemocnění je v rodině nebo narušení funkcí rodiny vzniklo z důvodu onemocnění pacienta. Intelekt postižených je obvykle v normě. Počátek svého onemocnění srovnávají s nástupem například chřipky. Vyjadřují ho ve smyslu: „když to na mě přišlo, když jsem tu nemoc dostala.“ Alarmující je, že jen asi jedné třetině pacientů se podaří vyléčit.

Společné pro obě poruchy je zkreslené vnímání tělesného schématu a porucha myšlení a jednání ve vztahu k jídlu. U postižených s diagnózou mentální anorexie mívají rodiče vyšší vzdělání. Bývá často zaznamenána rivalita matky a dcery o přízeň otce. Častý je i výskyt dominance jednoho z rodičů. Obecně anorektičky nemají zájem o okolí, jsou soustředěné na sebe. Nemají kamarády. Je s nimi obtížnější komunikace. Projevují zvýšenou fyzickou aktivitu, snaží se o ni i během hospitalizace. Alkohol nepijí, bojí se zvýšení váhy. Často u nich dochází k sebepoškozování. Bývají konfliktní, ostatní pacienti k nim většinou nezaujímají kladný vztah. Opakovaným scénářem bývá, že dívka onemocní v období dospívání mentální anorexií a v dospělosti přejde její stav v bulimii. Rodiče bulimiček mívají nižší úroveň vzdělání. Bulimičky na rozdíl od anorektiček mají zájem o okolí a nejsou konfliktní. Víkendových propustek některé nevyužívají, snaží se hospitalizací utíkat od svého běžného života. Mezi osobami s mentální anorexií a mentální bulimií existuje rivalita, žárlí na sebe, srovnávají se.

Případové studie:

Případová studie č. 1:

Jméno: Hana

Věk: 14 let

Výška: 159 cm

Váha při přijetí k hospitalizaci: 42 kg

Diagnóza: F 50.0 Mentální anorexie

Pořadí hospitalizace z důvodu uvedené diagnózy: první

Osobní anamnéza:

Přijetí doporučil její ošetřující lékař. Váha při narození 1900 g, menses od 12 let. Navštěvovala mateřskou školu, adaptaci i docházku zvládla bez potíží. Nyní navštěvuje základní školu, má velmi dobrý prospěch. Je aktivní, věnuje se rekreačně sportu, má ráda

hudbu. Povahově je vyrovnaná, ambiciózní, kamarádká, temperamentní. Dělalala do školy referát o obezitě, spolužačka se jí posmívala, že je tlustá. Již měsíc nebyla ve škole. Před rokem byla její hmotnost 55 kg, za měsíc zhubla na 45 kg. V době hospitalizace je emočně labilní, plačtivá, neochotná k verbálnímu kontaktu, i přesto se o svém onemocnění s lékařem baví. Podle diagnostické rozvahy je psychosociálně nezralá. Chce vážit 45 kg. Její nálada je skleslá, je unavená, nespokojená se svým vzhledem, obává se tloušťky. Jídlo a vzhled jsou pro ni ústřední témata. Po jídle má výčitky svědomí a deprese. Zvrací obden 3 – 4 krát. Několik měsíců nemá menstruaci. Je u ní nutné provádět kontrolu jídla. Při dotazu na nejhezčí zážitek nedovede odpovědět, nejhorším zážitkem pro ni byl odjezd do nemocnice. Při dotazu na své klady se sama nechce chválit. Kontakty s kamarády neomezila. V nemocnici se kolektivu vyhýbá.

Rodinná anamnéza:

Žije v úplné rodině. Pro matku je toto manželství první, otec je ženatý podruhé. Rodiče jsou spolu 16 let. Oba jsou vyučeni, každý v jiném oboru, pracují. Hana má bratra, dvojče. Rodina bydlí v menším městě v rodinném domku. Doma má samostatný pokoj. S matkou má vztah dobrý, s otcem méně, ale bez extrémů. Při dotazu, zda by vystěhovala někoho z rodiny z domu, odpovídá záporně. Jako zákonný zástupce je uvedena matka. Jednou týdně ji v nemocnici navštěvují rodiče i prarodiče. Rodinné zázemí má dobré, rodina však trpí důsledky jejího onemocnění.

Případová studie č. 2:

Jméno: Marcela

Věk: 16let

Výška: 158 cm

Váha při posledním přijetí k hospitalizaci: 39 kg

Diagnóza: F 50.0 Mentální anorexie

Pořadí hospitalizace z důvodu uvedené diagnózy: třetí

Osobní anamnéza:

K hospitalizaci byla přijata na doporučení svého ošetřujícího lékaře. Váha při porodu 2900 g. Menstruace od 15 let, nyní se po dva měsíce nedostavila. Mateřskou školu navštěvovala od tří let. Základní školu začala navštěvovat v sedmi letech, nezvládala ji. Učí se

v základní škole praktické, výsledky zde má výborné. Ve škole nemají oficiální informaci, že je hospitalizovaná pro poruchu příjmu potravy. Je introvertní, perfekcionistka. Má jednoho kamaráda. Má ráda zvířata. Nejnižší hmotnost měla 34 kg. Sama tvrdí, že trpí nechutenstvím, které je vázané na její skleslou náladu. Je kuřačka. Kouří, aby hubla. Bývá často nachlazená, má endokrinní zdravotní komplikace. Vypadávají jí vlasy. Jako důvod přijetí do nemocnice uvádí, že málo jí a hubne. V nemocnici chce přibrat, ale maximálně jeden kilogram. Chce jít domů. Při dotazu, co by získala vyšší váhou, sama uvádí, že kamarády, dobrou náladu a mohla by mít děti. Komunikuje přes Facebook s ostatními dívkami v záležitosti své nemoci. Je fixovaná na matku. Dle matky se kriticky staví k mužům. S terapeutky spolupracuje spíše formálně. Je lítostivá, náladu má pokleslou, sklonitelnou, chvílemi se projevuje podrážděně. Suicidiální tendence nemá. Přiznává výskyt výčitek po jídle. Je zaměřena výkonově. Má strach z tloušťky. Na dotaz, proč si myslí, že onemocněla, sama uvádí, že se při přechodu do jiné školy nedokázala začlenit do kolektivu. Zabývala se důvodem a přišla na myšlenku, že je to možná kvůli její nadměrné váze. Od té doby se více soustředí na svůj zevnějšek a snaží si váhu udržovat. Když se nad tím ale zamyslí, sama přiznává, že její vnímání bylo neodpovídající skutečnosti a nepřiměřené. Vztahy ve škole s vrstevníky jsou v normě. Trápí ji, že má matka starosti se sestrou a sama na sestru žárlí. Sestra trpící epilepsií v důsledku záchvatů a strachu rodičů o ni dostávala v mladším věku, co si přála. Marcela i její bratr se museli uskromnit. Marcela má obavy z dospělosti, bojí se řady úkolů a zodpovědnosti. V nemocnici má v rámci diagnosticko-terapeutického plánu zákaz tělesné aktivity. Je kladen důraz na klidné prostředí, pomoc při začleňování do skupiny vrstevníků a stanovování reálných cílů. Po propuštění z nemocnice je doporučeno pokračovat v pravidelné psychoterapii ambulantně. V rámci léčby je jí naordinováno antidepresivum s účinky povzbuzujícími chuť jídlu.

Rodinná anamnéza:

Matka i otec mají základní vzdělání. Rozvedli se, když byly Marcele tři měsíce. Matka prodělala před lety zhoubné onemocnění, nyní je v pořádku. Je registrovaná na úřadu práce. Vlastní otec se s Marcelou nestýká. Současný partner matky je vyučen. Žijí spolu v manželství osm let. Marcelu si osvojil, vztah mají dobrý. Rodina pobírá dávky v hmotné nouzi. Žijí v menším městě v rodinném domku, kde má Marcela svůj pokoj. Má o tři roky staršího bratra a o čtyři roky starší sestru. Bratr žije s rodinou, vztahy s ním má dobré. Sestra žije mimo rodinu. Navštěvovala střední odborné učiliště, školu nedokončila. Trpí

epilepsií, poruchou chování, je agresivní. Partner, se kterým žije, na ní páchá fyzické násilí. To přiděluje starosti matce.

Případová studie č. 3:

Jméno: Klára

Věk: 17 let

Výška: 159 cm

Váha při přijetí k hospitalizaci: 37 kg

Diagnóza: F 50.0 Mentální anorexie

Pořadí hospitalizace z důvodu uvedené diagnózy: první

Osobní anamnéza:

K hospitalizaci byla přijata na přání svých rodičů a doporučení svého ošetřujícího lékaře. Rodiče mají k hospitalizaci odlišný postoj. Dlouho ji zvažovali, Klára ji přijala na nátlak matky. Otec je vůči pozitivnímu vlivu hospitalizace skeptický. Váha při porodu 3050 g, první menses od 12 let, v době přijetí do nemocnice šest měsíců vynechání menstruace. Mateřskou školu navštěvovala od svých tří let, měla problém s adaptací. Základní školu nastoupila v sedmi letech a v pátém ročníku přestoupila na osmileté gymnázium. Vždy studovala s velmi dobrým prospěchem. Povahově je klidná, uzavřená. Chtěla, jak sama hodnotí, zhubnout, protože se mezi svými vrstevníky necítila dobře. Když snižovala váhu, měla dobrý pocit, že se má pod kontrolou. Jako vyvolávací moment onemocnění sama udává odcizení nejlepší kamarádky a chlapce, se kterým se přátelila, také smrt dědečka a vzápětí na to babičky. Měla kamarády, rekreačně sportovala. Hubnutí trvá asi rok. Chtěla zhubnout jen trochu, ale pokles váhy není schopna zastavit. Zhubla 20 kg. Váhu snižovala omezováním porcí a preferencí zdravé stravy. Sport již z důvodu únavy a vyčerpání nezvládá. Je nadále nespokojená se svým vzhledem, obává se tloušťky. Při přijetí do nemocnice je depresivní, úzkostná. V kontaktu s rodiči je podrážděná. Kolektivu se straní. Dle matky jsou spouštěcími faktory Klářina onemocnění její zvýšená senzitivita, rozchod s přítelem, zklamání v kamarádských vztazích, její perfekcionismus a zaměření na výkon. O svých pocitech a problémech Klára s terapeutem mluví. V kontaktu s ním se projevuje zdvořile a submisivně, její projev je spíše formální než spontánní. Má tendence k vyhýbavému chování. Suicidiální myšlenky nemá. Sama říká, že ji baví studium, chtěla by studovat dál na vysoké škole a cestovat. V rodině je spokojená.

O rodičích i bratrovi mluví pozitivně. Chtěla by návrat ke své společenské povaze. Negativa u ní ale před pozitivy převažují. Popisuje své ztráty kamarádů, přítele, kritizuje učitele. Má pocit, že nemá moc nad svým životem. Jediné co dokázala je podle ní ovládat váhu a uspokojuje ji, že dokázala to, co jiní ne. Obává se ale, aby její potíže nepřešly v bulimii. Bývá jí často na zvracení. V nemocnici se mezi dívkami necítí dobře. Je předčasně propuštěna z důvodu odjezdu na dovolenou s otcem. Souhlasí s pokračováním léčby po návratu z dovolené u psychoterapeutky ambulantně. Klára bude potřebovat o svých obavách, napětí a nerozhodnosti s někým mluvit. Matka je jí nejbližší. Jako výhodu vidí to, že se jí nikdo nebude dívat do talíře. Jako nevýhodu vnímá, že bude mít odpovědnost sama. Je těžce podvyživená a nadále trpí příznaky mentální anorexie.

Rodinná anamnéza:

Matka i otec jsou vysokoškolsky vzdělaní. Pracují ve své profesi. Manželství je pro matku první, pro otce druhé a trvá 17 let. Rodina žije v rodinném domku v malém městě. Klára má o rok mladšího bratra, s ním sdílí společný pokoj. Sourozenecké vztahy jsou dobré. Psychiatrické onemocnění se v rodině nevyskytuje. V názorech na rodinné prostředí, jak vyplývá s pohovoru s rodiči, se oba liší. Matka považuje vztahy v rodině za dobré, otec za dysfunkční, negativně dceru ovlivňující. Při rodinné terapii, kdy je přítomen otec a dcera, chybí v hovoru spontánnost. Otec připouští, že se v minulosti o dceru málo zajímal, neměl čas. Oba obtížně hledají společné aktivity.

Případová studie č. 4:

Jméno: Blanka

Věk: 14 let

Výška: 151cm

Váha při posledním přijetí k hospitalizaci: 28,5 kg

Diagnóza: F 50.0 Mentální anorexie

Pořadí hospitalizace z důvodu uvedené diagnózy: sedmá

Osobní anamnéza:

K první hospitalizaci nahlásila dceru matka. Váha při porodu 3950 g. Dosud se nedostavila menstruace. Mateřskou školu nenavštěvovala. Do základní školy nastoupila v šesti letech, prospěch má výborný. Ve škole má pouze jednu kamarádku. Je zamlklá a uzavřená.

Poruchu chování nevykazuje. Hospitalizaci přijala podrobivě, motivace k léčbě je však u ní sporná. Má ambivalentní postoj k ošetřujícímu personálu. Vykazuje sklony manipulace s jídlem, zvýšenou sebekontrolu. Spolupráce s terapeuty je z její strany omezená. K poslední hospitalizaci byla přeložena z Jednotky intenzivní péče. Nálady jsou u ní střídavé, spíše negativní. Je nespokojená se svým vzhledem. Má strach z tloušťky, trpí po jídle výčítkami. Má zkreslené vnímání svého těla. Intelektově je v normě. Je u ní zřejmá výrazná podvýživa. Je fixovaná na váhu pod 30 kg. Jídlo odmítá. Má egocentrické tendence. Suicidiálními myšlenkami netrpí. Převládá u ní pasivní agrese. Za důvod jejího stavu je považován kritický postoj otce k obézním lidem. Je u ní nutné navýšení hmotnosti a provádění kontroly jídla.

Rodinná anamnéza:

Matka má středoškolské vzdělání. V době poslední hospitalizace nepracuje, je vedena na Úřadu práce. Otec vystudoval střední odborné učiliště, pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná. Rodina pobírá dávky v hmotné nouzi. Blanka má o deset let staršího bratra. V rodině žil třináct let, poté u babičky. Vystudoval stejně jako otec střední odborné učiliště. Matka měla syna za svobodna. S matkou styky udržuje, ale nepravidelně. Sourozenecký vztah je spíše formální. Vztahy v rodině byly neuspokojivé, otec matku fyzicky i psychicky týral. Dcera toho byla svědkem. Matka se otce bála. Za týrání byl otec podmíněně odsouzen. V době poslední hospitalizace bydlí Blanka společně s matkou, jejím přítelem a jeho dcerou v menším městě v rodinném domku. S přítelem matky má formální vztah. Její otec není uveden mezi osobami zmocněnými ji navštěvovat.

Případová studie č. 5:

Jméno: Marie

Věk: 39 let

Výška: 173cm

Váha při přijetí k hospitalizaci: 56 kg

Diagnóza: F 50.2 Mentální bulimie

Pořadí hospitalizace z důvodu uvedené diagnózy: první

Osobní anamnéza:

Marie začala cíleně hubnout před dvěma lety z vlastního racionálního rozhodnutí, protože byla obézní. Její váha se přibližovala ke 100 kg. Hubla pomocí změny jídelníčku, soustředila se na zdravou výživu a pohyb. Hmotnost snížila k šedesáti kilogramům. Cítila se ale slabá, přestala zvládat nejen fyzickou aktivitu, ale dělaly jí problémy i běžné činnosti. Byla podrážděná vůči varování a poznámkám blízkých ohledně jejího stavu. Domnívala se, že jí závidí, že zhubla. Snažila se víc jíst, ale bála se, že opět ztloustne. Hubla dále a cílovou váhu si stanovila na necelých 40 kg. K ní se postupně dopracovala také za pomoci laxativ. Na fyzickou aktivitu neměla sílu. Byla plačtivá, unavená a smutná. Málo spala, odpočinek pro ni znamenal varovné ukládání tuku v těle. Myšlenky soustředila pouze na jídlo. Sekundární amenoreu z důvodu poruchy příjmu potravy u ní nelze hodnotit. Pro gynekologické problémy jí byla ještě před začátkem onemocnění provedena hysterektomie. Že je její stav patologický, si sama uvědomila a navštívila psychologa. Snažila se znovu jíst, začala se přejídat. Přešla z mentální anorexie k mentální bulimii. Její nálada se nyní odvíjí od jídla. Trpí sebeobviňováním. Při každém jídle cítí výčitky. Je silná kuřačka, kouření spojuje s hubnutím. K alkoholu má díky negativnímu příkladu svého otce odpor. Suicidiální tendence nemá. Je společenská, ale její nemoc ji vede k zaobírání se pouze jídlem. Na nátlak rodiny a uvědoměním si svého stavu se sama dobrovolně rozhodla pro hospitalizaci v nemocnici. Jak sama v životopise uvedla, chce se naučit mít ráda sama sebe, i když nějaké kilo přibere. Nechce se po celý další život zaobírat pouze jídlem. Podporu rodiny má. V rámci léčky jí byla nasazena antidepresiva.

Rodinná anamnéza:

Má oba rodiče a staršího bratra. Své dětství hodnotí jako poměrně spokojené. Když jí bylo deset let, rodiče se rozvedli v důsledku nadměrného požívání alkoholu a nevěry ze strany otce. Děti vychovávala matka. Marie je vyučena, ale pracuje v jiném oboru. Je vdaná, žije s manželem a dvěma syny, jedním dospělým a druhým ve věku vývojového období adolescence v bytě v menším městě. Pro oba manžele je jejich manželství první. Manželství je spokojené. Rodinu trápí důsledky jejího onemocnění, je nucena řešit problematické situace.

Případová studie č. 6:

Jméno: Jitka

Věk: 31 let

Výška: 168 cm

Váha při posledním přijetí k hospitalizaci: 53 kg

Diagnóza: F 50.0 Mentální anorexie

Pořadí hospitalizace z důvodu uvedené diagnózy: první

Osobní anamnéza:

V raném dětství neměla žádné potíže. Ty nastaly vlivem jejího patologického rodinného prostředí. Byly u ní sklony k sebepoškozování a suicidii, které přetrvávají. Omezila příjem potravin i tekutin na minimum proto, aby otestovala, co je její tělo schopno vydržet. V období dospívání měla problém přijmout se za ženu. Vystudovala střední školu. Výsledky ve škole se odvíjely od stavu rodinného prostředí. Často střídala zaměstnání, v současné době je v plném invalidním důchodu z důvodu mentální anorexie a depresí. Je introvertní, nevyrovnané, spíše pesimistické povahy, je plná rozporů. V rozhodování je váhavá, nestálá v zaměření k činnostem. Je citlivá. K hospitalizaci se dostavila na doporučení svého lékaře dobrovolně. Chce porozumět svým problémům, naučit se zvládat své emoce. Trpí nechutenstvím a to nejen v souvislosti s poruchou příjmu potravy, ale i v důsledku sebeobviňování. Z těchto důvodů u ní hrozí další snížení váhy. Nekouří, alkohol nepije. Má nízké sebevědomí a sebedůvěru. Je skleslá a depresivní. V nemocnici má obavy z nového prostředí. Do budoucna by si přála vyřešit svou situaci, chtěla by mít partnera, rodinu. Uvědomuje si, že musí v první řadě řešit svůj problém. V rámci terapie očekává radu, jak dál naložit se svým životem. Byla jí nasazena antidepressiva.

Rodinná anamnéza:

Je svobodná, žije ve velkoměstě spolu se svou matkou. Má staršího bratra. Své rodinné prostředí popisuje do doby jejího dospívání jako spokojené. Otec se rodině moc nevěnoval, choval se despoticky. O děti se starala hlavně matka. Otec byl stále v napětí, byl depresivní a podstupoval léčbu antidepressivy. Propadl alkoholu, pokusil se o sebevraždu. V rodině často docházelo ke krizovým situacím. Oba rodiče byli agresivní. Kvůli depresím se začala léčit i matka. Jitka měla problémy ve škole, což bylo ze strany rodičů bráno jako její selhání. Trpěla pocity viny, nenáviděla se, stranila se kolektivu. Problémy s mezilidskými vztahy u ní pokračovaly i v zaměstnání. Neuměla se začlenit do kolektivu. Sama se považuje za oběť vydírání ze strany rodičů i bratra.

Případová studie č. 7:

Jméno: Anna

Věk: 22 let

Výška: 175 cm

Váha při přijetí k hospitalizaci: 72 kg

Diagnóza: deprese, v období adolescence u ní diagnostikována F 50.0 mentální anorexie

Pořadí hospitalizace z důvodu uvedené diagnózy: první

Osobní anamnéza:

Problémy s poruchou příjmu potravy u ní nastaly již před deseti lety. Stav, kdy nejedla skoro nic, se u ní střídaly s přejídáním. Od té doby má stálé výkyvy váhy. Léčila se opakovaně ambulantně. Prožívá úzkosti a pocity prázdnoty. K hospitalizaci byla přijata dobrovolně. Sama se vyjadřuje v tom smyslu, že již nezvládá své úzkosti a depresivní stavy a potřebuje pomoc. Bývá unavená a špatně se soustředí. Napadají ji i myšlenky, že by bylo lepší, kdyby nežila. Je věřící, ví, že by si nic neudělala. Po ukončení základní školy vystudovala střední školu s výborným prospěchem. Nyní studuje školu vysokou. V pubertě bojovala s přijetím ženství. Příkládá to postoji otce a má pocit, že jako syna by ji otec respektoval. Bývá často nachlazená, cítí se velmi unavená. Má pocit, že je pořád ve stresu, neumí odpočívat. Chce být v něčem vyjimečná, aby si jí ostatní všimli. Snaží se pomáhat druhým a své emoce potlačovat, aby nedělala problémy. Důvodem hospitalizace je z jejího pohledu i to, že už nemá sílu pomáhat, neumí být asertivní. Je sebekritická, labilní, depresivní. Umí být společenská, ale spíš formálně. Nemá mnoho kamarádů mezi vrstevníky. Lidem se vyhýbá. Snaží se poslouchat své tělo a porozumět svým pocitům. Chtěla by se naučit normálně jíst. Hodně sportuje, ale pouze proto, aby nepřibývala na váze. Její váhové výkyvy vedou u ní k výčitkám, problémům v sebehodnocení. Připadá si tlustá a ošklivá. Uvědomuje si, že její stav se bezprostředně odvíjí od její rodiny, kde trpěla strachem ze selhání. Chce se naučit věnovat se sama sobě. V době hospitalizace jí byla nasazena antidepresiva.

Rodinná anamnéza:

Vyrůstala v úplné rodině, která žije ve středně velkém městě. Oba rodiče jsou vysokoškolsky vzdělaní, pracují ve svém oboru. Má starší sestru, která má rovněž vysokoškolské vzdělání a je profesně úspěšná. Sestra byla vždy oproti Anně dominantní.

Uměla si prosadit svoje názory a potřeby. Rodiče se často hádali a Anna se snažila všem zavděčit. Problémy s příjmem potravy u ní začaly poté, co se její otec vyjádřil kriticky vůči její postavě. Sama hodnotí otce jako velmi ambiciózního, totéž vyžadoval vždy i po ní. Je ctižádostivý, zaměřený na výkon. Na výkon zaměřoval i odměny dětí. Obě děti vychovávala převážně matka, otec byl časově zaneprázdněn pracovními povinnostmi. Matka byla vůči dcerám kritická. Otce Anna hodnotí jako psychicky labilního, úzkostného, neschopného převzít zodpovědnost. V dětství od něho slýchala kritiku vůči obézním lidem. Zesměšňoval z různých důvodů i matku, svou psychickou labilitu si srovnával i na dětech. Anna chtěla být dobrá, aby si zasloužila jeho pozornost. Nyní studuje ve velkoměstě, ale trpí výčitkami svědomí vůči rodičům. Hodně jí dali, měla by jim být vděčná a nestěžovat si. Chtěla by jim pomoci řešit i jejich problémy. Je jí líto matky. Když je s rodiči, cítí se ale nesvobodná.

9 DISKUSE

Ze zpracovaných údajů získaných mapujícím výzkumem jsem obdržela poznatky, z nichž jsem vybrala znaky, které z hlediska problematiky poruch příjmu potravy považuji za důležité.

Ve všech případech se jednalo o ženy. Nezletilé dívky byly čtyři. Věková hranice se pohybovala mezi 14 až 17 lety. Dospělé ženy byly tři ve věku 22 až 39 let. Zjištěná skutečnost, že onemocní převážně ženy a věk může být různý, se shoduje s údaji uváděnými v odborné literatuře (Krch, 2005, Papežová, 2010) i s údaji, které mi poskytly vrchní sestra a režimová sestra z pracoviště, kde jsem výzkum prováděla.

V pěti případech, ze sedmi zkoumaných, byly pacientky hospitalizovány pro diagnózu mentální anorexie, v jednom případě pro depresi, ve kterou ambulantně léčená chronická mentální anorexie vyústila a v jednom případě pro mentální bulimii, která se vyvinula z mentální anorexie. V pěti případech se jednalo o hospitalizaci první, dvě ženy byly hospitalizovány opakovaně, jedna z nich byla přeložena z interního oddělení, kde byla hospitalizována pro zdravotní následky související s onemocněním. Všechny ženy byly hospitalizovány na základě doporučení svého ošetřujícího lékaře a u všech se jednalo o dlouhodobý, v řádu měsíců i let, přetrvávající problém. Dlouhodobost onemocnění svědčí o jeho závažnosti.

Zdravotními důsledky trpěly všechny zkoumané ženy různým způsobem a v různé intenzitě. Amenoreou, která je v literatuře uváděna jako hlavní sekundární projev poruchy příjmu potravy, trpělo pět žen, u jedné tato skutečnost nebyla uvedena. Jedna z nich byla po hysterektomii a pouze jedna byla matka dvou dětí. Lze konstatovat, že u většiny případů se tento problém projevil. Amenorea je častou zdravotní komplikací. Tento faktor považuji za důležitý v souvislosti se společenskou rolí ženy, matky.

Změny v oblasti psychiky byly zaznamenány ve všech sedmi případech. U všech došlo různou měrou k narušení jejich sociálních vztahů. Zjištěná skutečnost se shoduje s fakty uváděnými v literatuře, jsou prezentovány v teoretické části mé práce.

Tři z žen navštěvovaly v dětském věku předškolní zařízení, jedna z nich v něm měla problém s adaptací. Jedna ze zkoumaných žen přešla z primárního rodinného prostředí přímo do základní školy. U dospělých žen, to znamená ve třech případech, informace o návštěvě předškolního zařízení nebyla uvedena. Docházka do předškolního

zařízení je důležitá pro vývoj dítěte hlavně z hlediska sociálních vztahů, ale souvislost se vznikem onemocnění jsem nenalezla.

Všechny ženy absolvovaly povinnou základní školní docházku. Zmínka o jejím průběhu byla pouze u nezletilých dívek, tj. čtyř ze sedmi zkoumaných případů. Tři z nich měly výsledky výborné, jedna byla nucena z důvodu špatného prospěchu přejít z běžné základní školy do základní školy praktické. U ní a u jedné dívky s výborným prospěchem byly události ze školního prostředí spouštěčem onemocnění.

Spouštěč onemocnění byl ve všech sedmi případech znám a samy postižené si ho uvědomovaly. Ve dvou případech souvisel vznik problému se školním prostředím. Haně (č. 1) se spolužačka posmívala, že je tlustá. Marcela (č. 2) se nedokázala adaptovat při přechodu do jiné školy, sama si vydedukovala, že je to kvůli její hmotnosti a začala hubnout. U Kláry (č. 3) byla spouštěčem smrt dědečka a krátce po něm babičky. Svou roli při vzniku jejího onemocnění sehrálo rovněž odcizení kamarádky a přítele. Blanka (č. 4) byla ovlivněna kritickým postojem otce vůči obézním lidem. Marie (č. 5) začala s hubnutím z důvodu své obezity, ale nedokázala udržet zdravé hranice. U Jitky (č. 6) vznik poruchy úzce souvisí s patologickým rodinným prostředím. Annu (č. 7) negativně ovlivnil ambiciózní otec kritikou její postavy. Z toho vyplývá, jak křehké jsou hranice mezilidských vztahů a jak hrůzný dopad může mít i zdánlivá maličkost.

Ze všech zjištěných skutečností považuji v záležitosti poruch příjmu potravy za prioritní rodinné prostředí. Ve všech zkoumaných případech je rodinné prostředí určitým způsobem deformováno. Hana (č. 1) žije v úplné rodině, u otce jde o manželství druhé. Hana má dobrý vztah s matkou, s otcem méně, ale bez extrémů. Rodinné prostředí je negativně zasaženo v důsledku Hanina onemocnění, vzniklého na základě narážky spolužačky zaměřené na Haninu postavu. Rodiče ji před nástrahami školního sociálního prostředí nedokázali ochránit. Marceliny (č. 2) rodiče jsou rozvedeni, její matka je znovu provdána. Matka Marcelu vychovává spolu s nevlastním otcem. Marcela je na ni fixována. Vztahy v rodině narušuje, kromě Marceliny poruchy vzniklé v důsledku změny školního prostředí, problém se starší sestrou Marcelou. Ta trpí poruchou chování a hlavně na ni je soustředěna pozornost rodičů. Rodinu poznamenalo i zhoubné onemocnění matky, které se po léčbě jeví zažehnáno. Klára (č. 3) žije s vlastními rodiči, pro otce je toto manželství druhé. Rodiče se liší v názorech na rodinný život, otec rodinu považuje za dysfunkční. Mezi rodiči dochází k častým hádkám. Klára nemá s otcem dobrý vztah. Rodina se navíc potýká s dopady Klářina onemocnění vzniklého v důsledku tragické události a rozpadu

Klářiných vrstevnických vztahů. Blančino (č. 4) rodinné prostředí je patologické. Matka měla Blančina bratra za svobodna, pak se vdala za Blančina otce. Otec ji týral fyzicky a psychicky i před dětmi. Byl za to podmíněně odsouzen. Otcem prezentovaný postoj vůči obézním lidem je považován za spouštěč Blančina onemocnění. Blanka žije s matkou u jejího nového přítele, který má v péči svou dceru a společně jsou nuceni řešit Blančino onemocnění. Blančin otec má zákaz se s ní stýkat. Rodiče Marie (č. 5) se v jejích 10 letech rozvedli z důvodu otcova alkoholismu a nevěř. Děti vychovávala matka. Marie je dospělá, vdaná matka dvou dětí. Její porucha se vyvinula z důvodu zpočátku dobře regulovaného hubnutí kvůli obezitě. Její rodina je nucena čelit následným negativním skutečnostem. Jitka (č. 6) vyrostla v dysfunkčním rodinném prostředí. Její otec byl despotický, depresivní, agresivní. V době jejího dospívání začal užívat antidepresiva. Později propadl alkoholu, pokusil se i o sebevraždu. Antidepresiva začala užívat pod tíhou situace i matka. Rodinné prostředí bylo u Jitky důvodem nejen vzniku poruchy příjmu potravy, se kterými je nucena se potýkat, ale i problémů ve škole, v zaměstnání a v sociálních vztazích. Anna (č. 7) žije v úplné rodině vysokoškolsky vzdělaných rodičů. Podíl na vzniku její poruchy má ambiciózní, na výkon zaměřený otec, který negativně ovlivňuje celou rodinu. Anna propadla poruše příjmu potravy na základě kritiky její postavy otcem. Její rodina, kde dochází k hádkám mezi rodiči, je navíc nucena čelit důsledkům Annina onemocnění.

Při zpracování údajů jsem se zabývala také počtem dětí v rodině, jejich věkem, pohlavím. Z výsledků vyplynulo, že významově nejsou primárně důležité demografické skutečnosti, ale vztahy. Negativní dopad má problematický sourozenec (Marcela č. 2) nebo „dokonalý“ sourozenec (Anna č. 7).

Vzdělání rodičů žen zkoumaných v rámci případových studií je odlišné, od základního až po vysokoškolské. Zaměstnání a zaměstnanost je rovněž různorodá, stejně jako s tím související ekonomická situace rodiny. Tyto skutečnosti lze označit za důležité faktory ovlivňující rodinné vztahy. Poruchy příjmu potravy se však vyskytují u dětí rodičů s různým typem vzdělání, s různým zaměstnáním i bez zaměstnání a v rodinách s různou ekonomickou situací.

Výsledky šetření vzhledem k výzkumným otázkám:

1. Dochází ke vzniku poruch příjmu potravy pouze u dívek v období adolescence?

Z případových studií vyplývá, že poruchou příjmu potravy trpí převážně ženy a onemocnět mohou i osoby v dospělém věku.

2. Je znám spouštěč vzniku poruchy příjmu potravy u konkrétní osoby hospitalizované pro poruchu příjmu potravy?

Z případových studií vyplývá, že zkoumané osoby trpící poruchou příjmu potravy znají spouštěč svého onemocnění.

3. Jaký je charakter rodinného prostředí osob trpících poruchou příjmu potravy?

Z případových studií vyplývá, že v rodině osob s poruchou příjmu potravy je vždy problematické prostředí. Buď se sama rodina podílí na vzniku onemocnění a pak je nucena nést i následky nebo je spouštěč jiný a rodina trpí důsledky onemocnění jejího člena.

4. Provozují osoby trpící poruchami příjmu potravy volnočasové sportovní aktivity vyžadující určitý váhový standard a s tím související hlídání si tělesné hmotnosti?

Z případových studií vyplývá, že zkoumané osoby trpící poruchou příjmu potravy se věnují fyzickým aktivitám, ale hlavně z důvodu snížení nebo udržení váhy. Žádná ze zkoumaných osob neprovozuje sportovní aktivitu, která vyžaduje váhový standard např. gymnastiku, balet apod., kde by snaha o standardní hmotnost měla souvislost s onemocněním.

ZÁVĚR

Ve své práci se věnuji problematice poruch příjmu potravy. Jedná se o dnes aktuální oblast spadající do sociálně patologických jevů. Alarmující je stoupající nárůst počtu případů. Onemocnění je velmi nebezpečné svým plíživým a obtížně rozpoznatelným začátkem a svými hrůznými dopady. Postihuje celou osobnost jedince, jeho biologickou a psychickou stránku, ovlivňuje jeho společenský život. Jedinec musí pochopit svůj problém a chtít ho řešit. Bez léčby může onemocnění skončit fatálně. Důsledky onemocnění nenesou pouze sám nemocný, ale potýká se s nimi i jeho sociální okolí, především rodina, přátelé, učitelé a spolužáci ve škole, kolegové v zaměstnání a v neposlední řadě lékaři, psychologové, sociální pedagogové a ostatní odborníci ze zdravotnictví a jiných oblastí. Ze společenského hlediska je důležité zmínit nezanedbatelné ekonomické náklady, které jsou vynakládány na dlouhodobou opakovanou léčbu jednotlivých případů. Vlivem onemocnění jednotlivce dochází k narušení jeho sociálního prostředí a funkcí rodiny, která je stále považována za důležitou základní sociální jednotku. Problémy rodin se rovněž podepisují na celé společnosti, která je bezprostředně zainteresována na řešení důsledků. Za důležité považuji zmínit, že se onemocnění týká převážně mladých lidí, nové generace, která je pokračováním a budoucností celé společnosti. Onemocněním u dívek je ohrožena jejich mateřská společenská role. V dnešní době se obecně rodí méně dětí a roste počet případů, kdy mladí lidé nejsou schopni pro zdravotní komplikace zplodit potomka. Mezi zdravotní komplikace patří i poruchy příjmu potravy. Proto je potřeba se problematice poruch příjmu potravy věnovat, zaměřit se na efektivní prevenci, která je pro společnost po všech stránkách přínosná a může omezit nebo i zabránit negativním dopadům spojených s onemocněním jednotlivce.

V teoretické části mé práce jsem se snažila přehledně zachytit současný stav poznání v oblasti poruch příjmu potravy. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny na výživu, na význam výživy pro organismus, na historii a vymezení poruch výživy a příjmu potravy. Zvláštní pozornost je věnována charakteristice hlavních zástupců, mentální anorexii a mentální bulimii, popisu příznaků, průběhu a srovnání těchto onemocnění. Další kapitoly jsou věnovány příčinám poruch příjmu potravy a negativním důsledkům v oblasti zdravotní i společenské, možnostem léčby a prevence. Cílem bylo informovat o problému, protože informovanost vede k zamyšlení a následné prevenci. Získané poznatky mně umožnily se zorientovat v problematice, což bylo důležité pro výzkum.

Empirická část zahrnuje výzkum za použití kvalitativní výzkumné strategie. Výsledky získané na základě údajů z mapujícího výzkumu potvrdily, že poruchy příjmu potravy jsou závažným psychickým onemocněním. Závažným proto, že postihují především mladé lidi, průběh je dlouhodobý a pokud neskončí fatálně, ovlivní celou osobnost po stránce biologické, psychické i sociální. Pozornost jsem soustředila především na rodinné prostředí osob s poruchou příjmu potravy. To se ve všech zkoumaných případech shodně ukázalo jako problematické.

Myslím si, že pro prevenci poruch příjmu potravy je důležitá hlavně osvěta, která stále není dostatečná. Ve školách na prvním stupni odborná osvěta z hlediska poruch příjmu potravy takřka neprobíhá a přitom již v tomto věku dětí se poruchy často objevují. Různé organizace nabízejí školám programy tematicky různě zaměřené a záleží na přístupu školy, které téma zvolí a zorganizuje. Pověřený pracovník většinou volí téma hlavně podle aktuálních problémů ve škole např. šikana, drogová problematika. V oblasti poruch příjmu potravy by pomohla osvěta zaměřená obzvláště na adolescenty. Upozornit je na zrádný začátek, závažnost a negativní důsledky poruch příjmu potravy. Vysvětlit, že postižený, pokud pro něho nemoc neskončí fatálně, nese následky po celý další život a nejen on sám.

Problematika poruch příjmu potravy, hlavně jejich negativní důsledky, by měly být více prezentovány v médiích. Ta mají moc nezáměrného vlivu, který je silnější než záměrné působení. Média propagují ideál štíhlosti, varují před obezitou, jsme diváky chirurgických operací za účelem odstranění tělesného tuku. Málo se však zabývají opačným extrémem, kterým jsou poruchy příjmu potravy.

Napomoci prevenci by mohla oblast umění. Pokud by erudovaný režisér natočil film zaměřený na tuto problematiku. K dispozici jsou filmy zabývající se oblastí drog, kriminality, šikany. Poruchy příjmu potravy jsou touto formou málo prezentovány a přitom by to mohla být schůdná cesta, jak velkou měrou ovlivnit názory a postoje hlavně mládeže, která je onemocněním nejvíc ohrožena.

Jako další důležitý aspekt v oblasti prevence považuji posílit povědomí o významu rodinné výchovy. Rodina je základní socializační jednotkou a dysfunkční rodinné prostředí nenapravitelně poznamená osobnost dítěte na celý život. Vlivem vzorů, předávaných v rámci rodiny, mohou být negativně poznamenány další generace, což má zhoubný společenský dopad. Proto považuji za velmi důležitou výchovu k zodpovědnému rodičovství. Rodinná výchova v určité podobě na druhém stupni základních škol probíhá. Mělo by se s ní začít již na nižších stupních formou adekvátní věku dětí a mělo by jí být

věnováno více času. Střední vzdělávací instituce a vysoké školy, jakkoliv speciálně zaměřené, by měly mít toto téma rovněž zařazeno ve svých vzdělávacích programech, v míře odpovídající významu rodinné výchovy. Právě zde je vzdělávána a vychovávána již dostatečně zralá nová generace, potenciální rodičové, a v nich je třeba posílit zodpovědnost za kvalitu budoucího národa. I když se někteří sami ve svých primárních rodinách potýkají s problémy, je třeba jim ukázat správnou cestu, aby neopakovali chyby vyskytující se v jejich rodinách. Myslím si, že zdůraznění a vyzvednutí důležitosti rodinné výchovy v rámci přípravy těhotných žen k porodu by rovněž splnilo svůj účel.

Význam rodinné výchovy by měl být společensky obecně více zdůrazňován, všemi možnými prostředky, tak aby byly poskytnuty informace a posílena zodpovědnost u rodičů stávajících i budoucích. To je úkol i pro sociální pedagogiku, která se snaží o vytvoření rovnováhy mezi potřebami a motivy jednotlivce a požadavky dané společností. Prevence v podobě osvěty pomocí masově komunikačních prostředků a organizováním seminářů a kurzů o rodičovské výchově by mohla napomoci zmírnit negativní jevy vznikající v důsledku chybné výchovy v rodině, včetně poruch příjmu potravy.

Z výzkumu, který jsem provedla, vyplývá, že byl určitý problém v rodině u všech uvedených případů. Z praxe i mého výzkumu také vyplývá, že porucha příjmu potravy člena rodiny se týká vždy rodiny celé. Buď je rodina spouštěcím mechanismem, nebo nese důsledky onemocnění svého člena. Pokud si rodina pořídí dítě, nestačí se zaměřit pouze na dítě, ale i na sebe, jako rodiče, zda jsem dobrým příkladem a vytvářím harmonické prostředí pro zdárný vývoj dítěte. Uvědomit si, že to, co do dítěte „vložím“, s tím prochází celým svým životem a vychovávat ho s láskyplnou klidnou pevností. Nestačí dát dítěti život, stravu, ošacení, bydlení a hmotné zajištění. Dítě by mělo být pro rodiče nejvyšší hodnotou. Rodina je pro každého člověka nenahraditelná, nachází zde svou identitu. Rodiče by měli naučit dítě být dobrým člověkem, dát mu dobré vzdělání a svým stylem výchovy z něho vychovat zodpovědného člověka s kvalitním žebříčkem hodnot a zdravým sebevědomím.

RESUMÉ

Tématem mé práce je v dnešní době aktuální oblast poruch příjmu potravy, které spadají do rámce sociálně patologických jevů. Patří do kategorie psychických onemocnění a mohou mít fatální následky. Problematika je úzce spjata s oborem sociální pedagogiky.

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část se skládá ze čtyř základních kapitol. První kapitola je zaměřena na výživu, na význam výživy pro organismus, na historii a vymezení poruch výživy a příjmu potravy. Zvláštní pozornost je věnována charakteristice hlavních zástupců, mentální anorexii a mentální bulimii, popisu příznaků, průběhu a srovnání těchto onemocnění. Další kapitoly jsou zaměřeny na příčiny poruch příjmu potravy a negativní důsledky těchto poruch v oblasti zdravotní i společenské. Poslední oddíl teoretické části je zaměřen na možnosti jejich léčby a prevence.

V empirické části jsou uvedeny poznatky získané za použití kvalitativní výzkumné strategie. Vychází ze studia jednotlivých případů osob, postižených poruchou příjmu potravy a hospitalizovaných v nemocničním zařízení a rozhovorů s nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Na jejich základě jsem zmapovala souvislosti onemocnění ve vztahu k sociálnímu prostředí postižených jedinců a společné znaky. Informuji o možných příčinách onemocnění a snažím se vyvodit závěry pro prevenci. Samotná informovanost o problému vede k zamyšlení a může být zároveň prevencí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knihy a monografie

BAKOŠOVÁ, Z. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. Třetí rozšířené a aktualizované vydání. Bratislava: Public Promotion, s.r.o., 2008. 251 s. ISBN 978-80969944-0-3.

CASSUTO, D. A., GUILLOU, S. *Když chce dcera hubnout*. Rady pro rodiče dospívajících dívek. Praha: Portál, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-357-4.

FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0548-1.

HÓSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: TIGIS, spol. s. r. o. 2004. 884 s. ISBN 80-900130-7-4.

KRAUS, B., JŮZL, M., TANNENBERGEROVÁ, M. *Teorie výchovy*. Brno: IMS, 2011. 92 s. ISBN 978-80-87182-04-8.

KRAUS, B., *Základy sociální pedagogiky*. Brno: Portál, s. r. o., 2008. 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRCH, F. D. a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 256 s. ISBN-80-247-0840-X.

KRCH, F. D. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2010. 264 s. ISBN-978-80-7367-807-4.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví*. Metodika a metodologie výzkumu. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2008. 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.

MÁLKOVÁ, I., KRCH, F. D. *SOS nadváha*. Průvodce úskalím diet a životního stylu. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN-80-7178-521-0.

MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 160 s., ISBN 80-7106-248-0.

MŮHLPACHR, P., VAĐUROVÁ, H. *Kvalita života*. Teoretická a metodologická východiska. Brno: Copyright, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

MŮHLPACHR, P., VAVŘÍK, M. *Sociální patologie*. Brno: IMS, 2010, 123 s.

NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: GRM akademické nakladatelství, 2010. 106 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Interdisciplinární přístup. Praha: Grada, 2010. 424s. ISBN 978-80-247-2425-6.

PRAŠKO, J. a kolektiv. *Obecná psychiatrie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta., 2011. 528 s. ISBN 978-80-244-2570-2.

RIEGER, Z., VYHNÁLKOVÁ, H. *Ostrov rodiny*. Hradec Králové: Konfrontace, 1996. 248 s. ISBN 80-901773-8-7.

SKUTIL, M. a kolektiv. *Základy pedagogicko – psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7.

TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. 224 s. ISBN 80-7178-889-9.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. Decentní revize. Praha: Mistrál, 1992. 779s.

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. 256 s. ISBN 80-246-0841-3.

Časopisy a jiné zdroje:

DOLEŽAL, J. *At' neskončíte jako já*, článek v časopise Reflex č. 43. 2012, s. 26-32

HADAŠ, L. *Poruchy příjmu potravy: Psychosociální přístup rodinné terapie*. Brno, 2007. Disertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie. Školitel disertační práce Jiří Mareš. 21 s.

VLADÍKOVÁ, D. *Terapeutický program pro léčbu PPP na psychoterapeutickém oddělení*, odborná konference NLZP. 3. 5. 2012 na Psychiatrické klinice FN Brno.

Pořad Áčko vysílaný 2. 9. 2012 ve 3.00 hodin na televizní stanici Nova

Internetové zdroje:

<http://www.novinky.cz/zena/styl/262507-izrael-schvalil-zakon-zakazujici-propagaci/>
(dostupné 21. 3. 2012)

http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=2251/ (dostupné 22. 8. 2012)

<http://www.anabell.cz/index.php/dokumenty-o-anabell/strategie-rozvoje/>
(dostupné 26. 8. 2012)

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: SEZNAM OTÁZEK K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU

PŘÍLOHA P I: SEZNAM OTÁZEK K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU

1. Jak je organizačně členěna klinika, oddělení?
2. Je na klinice vyhrazena ambulance nebo oddělení pro pacienty s poruchou příjmu potravy?
3. Jsou pacienti s poruchami příjmu potravy hospitalizováni odděleně od pacientů s jinými diagnózami?
4. Jsou hospitalizováni s poruchou příjmu potravy ženy i muži?
5. Jaké jsou podmínky přijetí pacienta s poruchou příjmu potravy k hospitalizaci?
6. Jaký je postup při přijetí pacienta s poruchou příjmu potravy k hospitalizaci?
7. Existují nějaké zvláštnosti při hospitalizaci nezletilých osob oproti dospělým?
8. Jaký je režim péče o pacienty s poruchou příjmu potravy?
9. Jsou dána zvláštní pravidla stravovacího a jídelního režimu u osob s poruchou příjmu potravy?
10. Existují společné znaky charakterizující osoby s poruchami příjmu potravy?
11. Jaké terapeutické postupy jsou uplatňovány při léčbě osob s poruchami příjmu potravy?
12. Je v rámci terapie osoby postižené poruchou příjmu potravy zainteresována také její rodina?
13. Jaká je úspěšnost léčby pacientů hospitalizovaných na vaší klinice s poruchou příjmu potravy?
14. Jsou dány podmínky, za jakých může být pacient s poruchou příjmu potravy z hospitalizace propuštěn?