

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Kulová Tereza

Poruchy příjmu potravy jako hrozba vzdělaných
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

OLOMOUC 2010

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce:

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY JAKO HROZBA VZDĚLANÝCH

Název práce v AJ:

EATING DISORDERS AS A THREAT TO WELL-EDUCATED

Datum zadání: 2010-01-07

Datum odevzdání: 2010-05-05

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: KULOVÁ TEREZA

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Teoretická část bakalářské práce se zabývá třemi nejčastějšími poruchami příjmu potravy – mentální anorexií, mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním. Pátrá po možných příčinách vzniku těchto poruch. Část praktická hledá rozdíl mezi rizikem vzniku poruch příjmu potravy u adolescentů s minimálně jedním rodičem vysokoškolsky vzdělaným a adolescenty s rodiči maximálně středoškolsky vzdělanými.

Abstrakt v AJ:

The theoretical part of the Bachelor thesis deals with the three most common eating disorders - anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge overeating. Investigates

the possible causes of these disorders. Part of seeking practical difference between the risk of eating disorders in adolescents with at least one parent with university educated parents and adolescents, with more than secondary school educated.

Klíčová slova v ČJ:

mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, adolescent

Klíčová slova v AJ:

anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, adolescent

Rozsah: 78 s., 7 příl.

Prohlašuji, že jsem předloženou práci vypracovala samostatně za použití citované literatury.

Souhlasím s tím, aby práce byla používána pro studijní účely na Univerzitě Palackého.

V Olomouci dne 5. 5. 2010

.....
podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ze srdce děkuji mé sestře Martině Kulové a mamince Kateřině Kulové za otevřenost a vůli svěřit se svými pocity a prožitými zkušenostmi.

Děkuji paní Mgr. Věře Vránové Ph.D. za ochotu, čas a odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumném šetření.

Děkuji celé mé rodině za velkou podporu během celého studia.

Lidé žádají v modlitbách od bohů zdraví, ale že sami v sobě mají nad ním moc, nevědí.

(Démokritos z Abdér)

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	10
1.1. Definice mentální anorexie	11
1.2. Definice mentální bulimie	12
1.3. Definice záchvatovitého přejídání	13
2. Z HISTORIE	14
2.1. Mentální anorexie	14
2.2. Mentální bulimie	15
3. MUŽI versus ŽENY	17
4. RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	19
5. KAŽDÁ DOBA MÁ SVÝJ IDEÁL	21
6. LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	23
6.1. Léčba mentální anorexie	23
6.2. Léčba mentální bulimie	24
6.3. Léčba záchvatovitého přejídání	25
6.4. Psychoterapie u poruch příjmu potravy	25
PRAKTICKÁ ČÁST	26
7. PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	29
8. DISKUZE	52
ZÁVĚR	55
BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE	58
SEZNAM TABULEK	60
SEZNAM GRAFŮ	61
SEZNAM PŘÍLOH.....	62
PŘÍLOHY	63

ÚVOD

Letos to bude 6 let, co má mladší sestra onemocněla mentální anorexií. Kvůli neuvážlivým slovům bývalých spolužáků a asi i introvertní povaze se mi začala měnit před očima. Nejen fyzicky ale hlavně psychicky se z ní stal úplně jiný člověk, kterého nikdo nepoznával. Dobré 3 roky sváděla naše rodina boj s větrnými mlýny. Zlost a smutek střídala beznadějí. Má sestra svůj boj naštěstí vyhrála a naši rodinu tato zatěžkávací zkouška hodně stmelila.

Zážitky z „doby temna“, jak sestra toto období sama nazvala, ve mně vzbudily zájem, dozvědět se o této nemoci víc, pochopit podstatu a příčinu stavu, do kterého se nemocný dostane. V mnoha pramenech jsem se dočetla, že mentální anorexie je nemocí střední a vyšší sociální vrstvy a nedlouho před rozhodováním o tématu bakalářské práce mě zaujal článek v místním deníku. Bylo v něm psáno, že děti, jejichž rodiče mají vysokoškolské vzdělání, mají vyšší riziko vzniku poruchy příjmu potravy. Na tyto děti mají být kladeny větší nároky ze stran rodičů. Můj tatínek je vysokoškolsky vzdělaný.

Proto jsem praktickou část své bakalářské práce zaměřila na rozdíly mezi rodinnými a psychosociálními faktory, které jsou jedny z klíčových faktorů při vzniku mentální anorexie, u potomků s alespoň jedním vysokoškolsky vzdělaným rodičem a potomků, kteří mají rodiče maximálně středoškolsky vzdělané.

V teoretické části jsem se zaměřila na poruchy příjmu potravy obecně, snažila jsem se je charakterizovat a nahlédnout do historie těchto poruch. Pátrala jsem po možných příčinách vzniku PPP a hledala nejmodernější způsoby léčby. Tuto část jsem doplnila vyprávěním o mentální anorexii z pohledu dnes již vyléčené anorektičky, mé sestry a naší maminky.

TEORETICKÁ ČÁST

1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (PPP) představují závažné primárně duševní onemocnění, zahrnující změny v oblasti jak psychické, tak somatické. Jde o nemoc patřící do období posledního půlstoletí, kterou někteří autoři zařazují mezi tzv. civilizační choroby. Postihuje zejména mladé dívky a ženy.

(Hort, 2000, s. 263)

Jde o okruh onemocnění, kam patří forma restriktivní, tedy mentální anorexie, a forma bulimická, mentální bulimie a také přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, například se stresem. U PPP jsou typické obavy z tloušťky, manipulace s jídlem, sloužící ke snížení hmotnosti a zkreslené vnímání vlastního těla.

(www.vitalia.cz, 24. 3. 2010)

Onemocnění během svého vývoje změnilo do značné míry svůj charakter. Zatímco v šedesátých a v sedmdesátých letech 20. století převažovala zejména mentální anorexie, v letech osmdesátých a devadesátých se setkáváme mnohem více s mentální bulimie a záchvatovitým přejídáním. Přitom je nutno počítat s tím, že obě formy mohou přecházet jedna v druhou. Velmi častý je takový průběh, kdy onemocnění začne jako mentální anorexie a později přejde do mentální bulimie. Někteří autoři používají pojmu bulimarexie. Podle literatury až 50% pacientek s mentální anorexií přejde do mentální bulimie, podle našich pozorování prakticky 100% bulimiček uvádí v anamnéze alespoň krátkou epizodu mentální anorexie.

Mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB) se může vyskytovat i v raném dětském věku nebo na počátku dospívání. V těchto případech jsou charakteristiky onemocnění poněkud odlišné.

(Hort, 2000, s. 263)

PPP zde působí destruktivně na biologické, psychologické i sociální úrovni dospívání. Porucha bývá obtížněji identifikována mimo jiné proto, že děti svoje důvody k omezování potravy uvádějí v jiných termínech, často je popírají nebo si stěžují na nechutenství či různé somatické obtíže spojené s jídlem. Kromě MA a MB (která se v tomto věku vyskytuje velmi zřídka) se nacházejí v dětském věku ještě další atypické formy PPP.

(Hort, 2000, s. 275)

1.1. Definice mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. U některých pacientů je omezování se v jídle naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. Jde zřejmě o přirozenou adaptační reakci organismu, stejně tak jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po několika týdnech hladovění. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají, a uvádějí různé (někdy do určité míry srozumitelné) důvody, proč jíst „nemohou“.

(Krch, 2005, s. 16)

Už sám název „mentální“ poukazuje na skutečnost, že příčina je především v psychice. Anorektičky bývají citlivější, psychicky spíše labilní perfekcionistky, někdy úzkostné, poměrně často trpí depresemi. U dívek lze vypořizovat i strach z dospívání a odmítání ženské role. Mentální anorexie je u nich často jakýmsi generačním protestem, nevědomou snahou rodiče potrestat, či naopak vyvolat jejich zájem. Nechat se ochraňovat. Zanedbatelné však nejsou ani vlivy sociokulturní. Společenský tlak ženy nutí, aby byly štíhlé, měly vypracovanou postavu – to je symbol úspěchu – za vzor jsou dány většinou modelky či osobnosti z televize a filmu.“

(www.obezita.com, 24. 3. 2010)

Mentální anorexie se vyznačuje

- Odmítáním udržovat svou tělesnou hmotnost na či nad minimální váhou vzhledem k věku a výšce, BMI (Body Mass Index- příloha 2) klesne pod 17,5. Nízkou hmotnost si nemocný způsobuje sám - odmítáním jídla, cvičením a zvracením či užíváním projímadel. →Intenzivním strachem z přírůstku hmotnosti navzdory podvaze.
- Popíráním tělesné podváhy, narušené vnímání svého těla - navzdory podvaze si připadá nemocný normální či tlustý.

- Tělesná hmotnost či stavba těla má nepatřičný vliv na sebevědomí. U dívek a žen ve fertilním věku amenorhea - nepřítomnost nejméně tří po sobě jdoucích menstruačních cyklů. (www.idealni.cz, 24. 3. 2010)

1.2. Definice mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. (Krch, 2005, s. 18)

Pocit přejedení je ale relativní. Subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem je proto významnějším znakem přejedení než zkonzumované množství jídla. Přehnaná nebo extrémní kontrola tělesné hmotnosti zahrnuje i střídavé období hladovění, užívání projímadel a prostředků na odvodnění. To znamená, že diagnózu bulimie mohou splňovat také nemocní, kteří nuceně nezvrací. Příznaky bulimie se mohou dlouho ztrácet v nevhodných jídelních zvyklostech rodiny a vrstevníků. Nápadné jsou až ztráty jídla, nálezy projímadel a známky zvracení. Bulimie významným způsobem narušuje psychickou pohodu, osobní a společenský život nemocného, který se postupně stává nápadným svojí přecitlivělostí, podrážděností a kolísáním nálady. (www.ordinace.cz, 24. 3. 2010)

Mentální bulimie se vyznačuje

- Neustálým zabýváním se jídlem, neodolatelnou touhou po jídle a epizody přejídání.
- Snahou zmírnit vliv jídla na váhu zvracením, přechodnými hladovkami či projímadly.
- Chorobným strachem z tloušťky, nízkým sebevědomím, přehnaně závislým na vzhledu a hmotnosti. (www.idealni.cz, 24. 3. 2010)

1.3.Definice záchvatovitého přejídání

Nemoc postihuje obě pohlaví a může se rozvinout od dospívání v podstatě v jakémkoliv věku. Častou příčinou bývá nevyvážené stravování, které může být způsobeno také různými redukčními dietami. Častým důsledkem pak bývá přibírání na váze, deprese, nespokojenost se sebou.

Záchvatovité přejídání se vyznačuje:

Nevyváženým stravováním - značné omezování se v jídle (i hladovění) či jednostranný jídelníček se střídá s neodolatelnou, nutkavou touhou se přejíst. Takové stavy nejsou výjimečné, naopak se s jistou pravidelností opakují. Po "záchvatu" konzumace potravy přichází fyzicky nepříjemné pocity z přejedení, obvykle ale nedochází ke zvracení. S nárůstem hmotnosti roste i nespokojenost se sebou a snaha se nejednodušším způsobem omezovat v jídle. Porucha se častěji rozvíjí jako reakce na stres, citové strádání či depresivní nálady.

(www.idealni.cz, 24. 3. 2010)

2. Z HISTORIE

2.1. Mentální anorexie

Příznaky mentální anorexie, zejména odmítání příjmu potravy, jsou známé již z dávné minulosti. Tehdy se o nich však neuvažovalo jako o možném onemocnění. Vyhýbání se jídlu bylo časté mezi křesťanským obyvatelstvem ve formě přísného půstu. Vyskytovaly se případy, ve kterých hluboko věřící křesťanské ženy tvrdily, že nepřijímají žádnou, nebo téměř žádnou potravu, protože boží pomoc jim postačuje k životu. Tyto „světice“ byly často velice populárními postavami, za kterými putovali zástupy poutníků. Postoj lékařů k takovým případům byl samozřejmě poněkud odtažitý. Svého času se objevily teorie, že člověk může být živ z částic, které se pohybují vzduchem. Konečně však, v průběhu devatenáctého století, začala odborná i laická veřejnost považovat odmítání příjmu potravy za projevy nemoci. Výše zmíněné případy začaly být pokládány za snahu upoutat pozornost, nebo byly odsouzeny jako podvod. Jaká část z nich byla jen klamem a kolik mělo svůj základ v probíhajícím onemocnění, již dnes samozřejmě nelze určit. Přesto můžeme konstatovat, že onemocnění, které moderní medicína označuje jako mentální anorexii, existovalo již v období středověku a pravděpodobně i mnohem dříve, i když jeho výskyt nebyl zjevně tak častý, jako v dnešních dobách.

V průběhu devatenáctého století byla již zaznamenána řada případů, které svými příznaky jasně poukazují na přítomnost mentální anorexie. Za první věrohodně zaznamenané se však považují až popisy hlavního lékaře ústavu pro duševně nemocné v Kentucky, Williama Stouta Chipleyho z roku 1859. Vedle tzv. sitiofobie, neboli chorobného nechutenství u svých pacientů, zaznamenal jiný typ odmítání příjmu jídla a to u dospívajících dívek pocházejících z vyšších společenských vrstev, které se podle něj tímto způsobem snažily upoutat pozornost.

Následujícího roku popisuje francouzský lékař Louis-Victor Marcé ve svém článku případ několika dospívajících dívek, u kterých se projevuje nechut' k jídlu či problémy s trávením. Některé z těchto pacientek pak začaly odmítat jídlo a po dobu několika měsíců téměř vůbec nejedly. Jejich odpor k jídlu a zamítavý postoj ke změně stravovacích návyků bylo údajně nemožné ovlivnit. I přes tato pozorování

neměl, stejně jako v případě Chipleyho, jeho článek v tehdejší psychiatrické obci téměř žádnou odezvu.

Až o více než desetiletí později si pojem mentální anorexie vyžádal náležitou pozornost části lékařského světa. Za významné jsou v tomto ohledu považovány zejména podrobné a přesné popisy, které na základě svých pozorování sepsal francouzský lékař z Paříže Ernest-Charles Laséque v článku „anorexie hystérique“ roku 1873. Později téhož roku vystoupil se svou přednáškou o „anorexia hysterica“ londýnský lékař sir William Withey Gull. Tato přednáška byla publikována roku 1874 již s použitím termínu „anorexia nervosa“.

Závěry obou lékařů poukazovaly na psychogenní nemoc, která se nejčastěji vyskytuje mezi mladými ženami a dospívajícími dívkami. Zároveň definují její nejčastější příznaky: úbytek na váze, zácpa, neklid a absence menstruačního krvácení. Přitom poukazují na nepřítomnost jakýchkoliv znaků organické patologie, které by mohly tyto příznaky vyvolávat. (www.pharmanews.cz, 24. 3. 2010)

2.2.Mentální bulimie

Historie nadměrného příjmu potravy má obdobně dlouhé trvání jako u anorexie. Kdo by neznal nějaký film se středověkou tematikou, kde se zástupci šlechty u královské tabule nezřízeně sytí neskutečným množstvím rozličných druhů jídla. Bulimii ovšem nelze chápat jen jako „chorobný hlad“. Samotný pojem bulimie měl v průběhu času řadu rozličných definic a nejrůznějších rozdělení. Tak mohl tento název s určitým přídomkem značit jak nadměrný hlad, tak omdlávání z hladu nebo také přejídání provázené zvracením. Za původce těchto obtíží byla však velmi dlouho považována dysfunkce žaludku a žaludeční poruchy.

Zřetelnou spojitost mezi anorexií a bulimií potvrzuje fakt, že bulimické přejídání popisuje Gull již v roce 1874 u jedné ze svých anorektických pacientek. Obdobná pozorování provedl i Laséque u některých svých pacientek, které se zotavovaly z anorexie. Tyto záchvatovité stavy přejídání byly ale v tehdejší době pro změnu považovány za neurotickou poruchu, případně za atypické projevy vyplývající z průběhu anorexie. Jako projev špatné funkce trávicího systému byla

v některých zemích bulimie chápána ještě v průběhu počátku dvacátého století. Termín „bulimia nervosa“ poprvé použil britský psychiatr Gerald Russel v roce 1979. Toto onemocnění definoval jako nepřekonatelné nutkání se přejídat spojené se současným chorobným strachem ze ztloustnutí a se snahou pacientů se tomuto váhovému přírůstku vyhnout vyvoláváním zvracení a zneužíváním pročišťujících prostředků. Přitom poukázal na fakt, že se takové jednání vyskytuje zejména u žen, jejichž tělesná hmotnost se pohybuje v normálních mezích. Přesto se Russel domníval, že jde spíš o netradiční variantu anorexie, než o samostatné onemocnění. Označení „mentální bulimie“ bylo pak přijato prakticky až roku 1987. Mentální bulimie se tedy oproti anorexii stala uznávanou psychiatrickou diagnózou až o více než století později.

(www.pharmanews.cz, 24. 3. 2010)

3. MUŽI versus ŽENY

Uvádí se, že na 10 nemocných dívek nebo žen připadá jeden muž. Poněkud vyšší je procento mužů v případě záchvatovitého přejídání, ale přesto u poruch příjmu potravy převažují mezi postiženými ženy.

Existuje několik příčin, proč ženy trpí PPP v daleko větší míře než muži. Hlavním důvodem je, že společnost nikdy nepřikládala žádný velký význam tomu, kolik muži váží. Samozřejmě, muži by neměli být obézní - neboli velmi silní, ze zdravotního hlediska. To znamená, že by neměli vážit o 25 % a více než je průměrná tělesná hmotnost stanovená lékařem. Přijatelný rozsah tělesné hmotnosti je však u mužů větší než u žen. Časopisy zaměřené na mužské čtenáře zřídka uvádějí informace o dietách, návody na snížení tělesné hmotnosti nebo rady, v jakém obleku budou vypadat štíhlejší. Vyšší výskyt poruch příjmu potravy se objevuje snad jen u mužů v těch profesích, kde je tělesná hmotnost důležitá - například u tanečníků a žokejů, zápasníků nebo manekýnů.

Dalším důvodem, proč dívky a ženy trpí poruchami příjmu potravy je potlačovaný hněv, vztek a agrese. V naší společnosti jsou dívky tradičně vychovávány tak, aby byly milé a příjemné. Mnoho dívek cítí, že se od nich očekává, že se nebudou rozčilovat, zvyšovat hlas nebo agresivně usilovat o to, co chtějí. V mnoha rodinách učí dívky, aby se usmívaly, i když je něco rozčílí a rozzlobí. Učí je, aby myslely především na ostatní, ne jen na sebe, i kdyby to mělo znamenat, že prohrají hru nebo nedosáhnou všeho, co chtějí.

Dívky, které nemohou vyjádřit svůj vztek nebo agresivní pocity, se pak snaží uvolnit nebo kontrolovat své vlastní pocity nutkavou touhou o kontrolu nad vlastní tělesnou hmotností. To, že kontrolují vlastní tělo, jim dává iluzi, že ovládají i své "špatné" pocity. To platí především u dívek, které nevědí, co se od nich vlastně chce. Na jedné straně mají myslet hlavně na ostatní, na straně druhé pak mají mít dobré známky a sportovní výsledky a mají být úspěšné. Tyto dívky se snaží navenek splnit požadavky své rodiny - ale uvnitř by rády chtěly udělat něco příjemného i pro sebe. Jídlo a dodržování diet nebo určitá kombinace jídla a diety jim připadají jako bezpečný způsob, jak dělat něco, co ony samy chtějí, a ne jenom to, co od nich vyžadují druzí.

Je samozřejmé, že i chlapci mají konflikty s rodinou a často nevědí, co se

od nich očekává. Ale protože chlapci většinou netrpí poruchami příjmu potravy, zdá se, že tyto problémy řeší jiným způsobem než prostřednictvím jídla a diet.

V čem "to" mají muži horší než ženy? Muži, trpící poruchou příjmu potravy, to opravdu nemají jednoduché. Dívky si dokážou mnohem spíše a snadněji přiznat své slabiny - a v problematice poruch příjmu potravy je "přiznání se" velký problém! - a mluvit o nich. Ale muži musejí být tvrdí. A k tomu přirozeně patří také odpovídající mužný vzhled a žádné "ženské" malichernosti. "Indián nezná bolest" - tímto heslem se řídí mnoho mladých mužů, kteří mají problémy s jídlem. Jen o tom nemluvit, nedat na sobě nic znát. Když už dívkám bývá zatěžko o svých potížích otevřeně hovořit, cožpak teprve mužům! Většinou by si raději ukousli jazyk, než by "to" ze sebe dostali. Znamenalo by to pro ně přiznání slabosti, nebylo by to mužné. Hodně mužů je pořád ještě přesvědčeno, že muž musí být stále neomezeným pánem svých citů. Považují za zvláště trapné, že ztratili kontrolu při tak "normální" záležitosti, jako je jídlo. K tomu si ještě přísazuje právě to, že mnozí pokládají bulimii a anorexii za výhradně ženský problém. Anebo si myslí - a to je ještě horší - že muž s poruchami stravovacích návyků je zaručeně homosexuál. Zamotaný kruh! V poslední době se také ozývají názory, i v odborných kruzích, že jistou obdobou poruch příjmu potravy u mužů je kulturistika. (www.ordinace.cz, 24. 3. 2010)

4. RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Příčinu rostoucího počtu poruch příjmu potravy vidí většina odborníků v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlost a jednostrannou sebekontrolu. Studie z Hongkongu, Japonska nebo Argentiny ukazují, že společnost, která se přizpůsobuje západním standardům krásy, velmi rychle začne trpět pocitem tloušťky. (www.idealni.cz, 24. 3. 2010)

Exponenciální nárůst případů mentální anorexie a bulimie, forem poruch příjmu potravy, potvrzuje hypotézu o provázanosti nemocí s kulturně-společenským vývojem. Nikoli náhodou jsou poruchy příjmu potravy tolik rozšířené v dnešní západní kultuře, kde je kladen důraz na individualitu, výkon, povrchní komunikaci, nerealistická očekávání, image nebo kult mládí, krásy a štíhlosti. (www.cerm.cz, 9. 4. 2010)

Tato nespokojenost pak vede k dietám a v extrémních případech k poruchám příjmu potravy. Módní průmysl, filmy, časopisy a televize rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Zejména ženy jsou vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisí na tom, jak jsou vyhublé. Zdravotní výhody štíhlosti jsou přeháněny, kdežto škodlivým důsledkům omezování v jídle je věnována jen malá pozornost. Přitom tyto vlivy jsou stále destruktivnější a ohrožují stále větší část veřejnosti. Zatímco obyvatelé ekonomicky rozvinutých zemí světa tloustnou, ideál ženské krásy hubne. Jak ale zhubnout, když dieta je v naprosté většině případů stejně účinná jako sázení na hracích automatech? Pro vyděšené a po dietách tloustnoucí dívky pak může být mentální anorexie nedostižným snem a další hladovky nebo zvracení východiskem z nouze. (www.idealni.cz, 24. 3. 2010)

Naopak v zemích, kde hladovění není dobrovolné, ale je nepříjemnou životní skutečností (a nadváha nepředstavuje estetickou vadu ani mravní selhání), ztrácejí poruchy příjmu potravy onen "estetický" motiv. Anorexie a bulimie jsou tedy důsledkem vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích

dovedností, a nakonec i biologických a genetických faktorů. Podobně jako u některých jiných duševních poruch se na jejich vzniku a rozvoji podílí řada různých faktorů. Když někdo začne s redukční dietou, je bulimií ohrožen více, jestliže prochází zmatkem a nejistotou dospívání, trpí nedostatkem sebevědomí a má špatné mínění o svém těle, a navíc je jeho otec alkoholik nebo hypochondr, matka neustále drží diety a sestra se léčí s mentální anorexií. Ani přítomnost všech zmíněných vlivů ale nemusí stačit. Podle britsko-amerického týmu výzkumníků se mentální bulimie rozvine jen tehdy, když je jedinec vystaven rizikovým faktorům pro držení diet a zároveň některým dalším vlivům, které jsou nebezpečné i pro rozvoj jiných psychiatrických poruch. Pokud jde o diety, poukazuje se na sklon k obezitě, nevhodné jídelní návyky, a zejména na společenský tlak. Z obecně rizikových faktorů je vyzdvihován vliv negativního sebehodnocení a v souvislosti s mentální anorexií i perfekcionismus. Z faktorů, které před poruchami příjmu potravy chrání, vyzdvihují současné studie aktivní řešení problémů, nízké užívání alkoholu, nízké užívání diet a vyrovnanou náladu. K těmto vlastnostem bychom ještě mohli přidat trpělivost a smysl pro humor.

(www.idealni.cz, 24. 3. 2010)

Ze sociokulturních vlivů vystupuje do popředí touha po štíhlosti determinovaná módními trendy (prostým výpočtem můžeme zjistit, že modelka v současné době váží přibližně o 23 procent méně, než průměrná žena). V prototypu úspěšného a zdravého člověka, který je prezentován médií, je téměř vždy obsažen aspekt štíhlého těla. Velice snadno potom vzniká dojem, že štíhlý = krásný, zdravý, mladý, oblíbený a úspěšný, který u disponovaných jedinců může podpořit anorektické či bulimické jednání. Riziko onemocnění dále vzrůstá spolu s příslušností ke střední nebo vyšší společenské vrstvě a ke společnosti, kde je role žen konfliktní. Mezi rodinné faktory ovlivňující vznik onemocnění patří především výchova orientovaná na výkon, nebo výchova nadměrně ochraňující, kontrolující, problematický vztah mezi rodiči, nedostatečná schopnost členů rodiny vyjadřovat přímo emoce, přehnaná zaměřenost jednoho z rodičů nebo obou na tělesnou hmotnost (jídlo a jeho omezování je doma častým tématem). Navenek působí tyto rodiny jako stabilní, obtíže se objevují až v období, kdy dítě dospívá a začne se od rodiny osamostatňovat.

(www.poradenskecentrum.cz, 24. 3. 2010)

5. KAŽDÁ DOBA MÁ SVÝJ IDEÁL

Když dneska zahlédnete filmy pro pamětníky nebo módní fotografie, zarazí vás, jak tehdy ženy vypadaly. Měly oblé, kypřejší postavy, bylo jim kolem třiceti a zářily zdravím a energií. Ať už to byla Marilyn Monroe nebo Adina Mandlová, všechny působily jako dospělé ženy plné života. Tak jsme ideál ženské krásy mohli vnímat dodnes, kdyby se před víc než čtyřiceti lety neobjevila šestnáctiletá dívka, která měla krátké vlasy a vážila 41 kilo. Mladičká Angličanka Lesley Hornby byla pravým opakem všeho, co jste až do té doby považovali na ženě za krásné. Neměla na sobě ani známku ženského těla – přísně chlapecká postava postrádala jakékoliv boky a prsa, místo hřívy vlnitých vlasů měla jen kratičký sestřih a víc než zdravě a energicky působila jako někdo, komu byste ze všeho nejdřív dali pořádně najíst. Tehdy bylo ještě jednoduché vypadat jinak než ostatní modelky, a tak se z Twiggy stala světová senzace. Svojí jinakostí přesně naplňovala potřeby tehdejší vlny rebelie, která ovládla britskou a posléze i světovou společnost. I když se jí často dává za vinu, že svojí vyzáblostí strhla po světě vlnu anorexie, sama Twiggy, se podle všeho nikdy nemusela trápit hladu, aby si udržela hubenou postavu. Měla to, co o sobě dneska tak rády tvrdí všechny modelky, kterých se na to zeptáte: rychlý metabolismus, fantastické spalování, dobré geny a hubenost od přírody. Není důvod jí nevěřit, jenže totéž bohužel neplatilo pro většinu žen. Západní společnost se v té době už definitivně dostala z traumatu nedostatku, který prožívala v obou válkách, a Twiggy se stala spouštěcím momentem další vývojové fáze. Už nebylo zapotřebí ukazovat svým plným, zdravým tělem dostatek, protože ho všichni měli. Nasycená společnost se přiklonila k opaku – vyzáblosti symbolizující opovržení přebytkem a konzumními hodnotami. Tento trend vydržel dodnes, jen v různých intervalech čas od času přitvrdí. V polovině 90. let se mu například říkalo "heroin chic", velmi zhruba přeloženo něco jako "být heroinově šik". Reklamní kampaně důležitých módních značek ovládly vyzáblé, nezdravě vyhlížející a průsvitné modelky s kruhy pod očima a vyčerpaným výrazem. Proklamátorkou tohoto stylu byla Britka Kate Mossová, která takový život podle všeho i doopravdy žila. Před třemi lety ji natočili skrytou kamerou, jak během čtyřiceti minut spotřebovala množství kokainu, které by položilo i dospělého koně. Kate Mossová 90. let byla totéž co Twiggy v 60. letech. Protikladem všeobecného společenského trendu. Jenže zatímco Twiggy byla v průměru o dvacet kilo lehčí než

tehdejší standardní modelky, Mossová už se od průměrného obrazu ideální ženy proklamované návrháři a časopisy lišila jen o polovinu toho. Kdyby nějaká modelka chtěla tento trend nastolit v současných letech, neměla by šanci. Standardní modelky jsou tak vyhublé, že kvůli tomu Světová zdravotnická organizace (WHO) před třemi lety zalarmovala módní svět. 99 procent z nich má totiž poměr výšky a váhy (označovaný jako index BMI) většina dívek v modelingu má k hubenosti dispozice, herečky jdou až do extrémů se svými dietami a hubnutím. „Největším zlem však nejsou modelky, nýbrž hollywoodské herečky. Jejich vyhublé ruce a ploché hrudníky jsou strašlivým příkladem pro současné dívky a ženy.“, obvinila Hollywood z rozšiřování nebezpečného trendu.

(www.onaidnes.cz, 24. 3. 2010)

6. LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

6.1. Léčba mentální anorexie

Léčba mentální anorexie je obtížná a její základ spočívá v psychologické práci s postiženým. Její řízení patří vždy do rukou lékaře a zpravidla je nutná spolupráce různých specialistů. Měl by ji zahájit obvodní lékař, u něhož je pacient evidován a který ho nejlépe zná. U něho se rovněž shromažďují veškeré informace od ostatních ošetřujících. Ten doporučí vhodný způsob zahájení léčby, čili ve většině případů odkáže na konkrétní specializovaná medicínská pracoviště. Zároveň provede nezbytné vyšetření momentálního zdravotního stavu nemocného, tj. celkovou zdravotní prohlídku, objedná laboratorní testy atd., čímž se urychlí nástup léčebné kúry a je vytvořen předpoklad pro volbu co nejvhodnějšího postupu odpovídajícímu osobnosti anorektika, neboť mentální anorexie vyžaduje individuální přístup. V mnoha případech jsou lidé trpící anorexií tak nevyzpytatelní, že už stanovení léčebného procesu je velmi problematické.

Toto se netýká stadia, kdy onemocnění propuklo do těžké fáze, kde je nutná hospitalizace a zavedení umělé výživy. Tehdy probíhají laboratorní a další vyšetření přímo v nemocničním zařízení. Po překonání krize metabolického rozvratu se přechází na příjem potravy ústy, který musí být kontrolován.

V psychické oblasti se uplatňují psychofarmaka a psychoterapie. Psychofarmaka působí nejen na podporu a léčbu psychiky, ale některé medikamenty navíc podporují chuť k jídlu a přibírání na váze. Léčba psychofarmaky spadá až na výjimky do specializace psychiatrů. Ti také doporučují některou z forem psychoterapie.

Vedení psychoterapie zaštiťuje psycholog. Psychoterapií je však již samotný přístup lékařů k pacientovi včetně obvodního. Využívá se jí nejen v psychiatrii, ale také jinými medicínskými obory, tedy všude tam, kde jsou pacientovy obtíže podmíněny jeho duševním stavem. Existuje dokonce síť dobře vybavených středisek tzv. komplexní terapie, kde je odborníky úzkého zaměření poskytován široký záběr psychoterapeutických metod včetně méně běžných medicínských postupů, jakými je akupunktura, akupresura, baňkování, léčení

světlem, magnetická léčba, regresní terapie, autogenní trénink, relaxace, výuka správné meditace a další. Léčí se hudbou, tzv. muzikoterapie, arteterapie projevem výtvarného nadání. V krajním případě se sahá k hypnóze, která však vždy patří do rukou zkušeného psychiatra. Možností a forem psychoterapie je mnoho.

Účelem je nalézt co nejvhodnější individuální terapii. Bývá vystřídáno více postupů odvislých od spolupráce nemocného a jím dosahovaných pokroků. Nezřídka přistupuje skupinová terapie stejně postižených. Velmi prospěšná a přínosná je rodinná terapie, kdy vstupuje do léčby bezprostřední vztahové okolí. Je vhodné, když se zapojí blízcí, pokud mají důvěru pacienta. Tím mu velmi pomáhají, aby se naučil být laskavější i k svému tělu a nekladl na něj tak vysoké nároky. Psychoterapie nemocnému odkrývá podstatu onemocnění, problémů s ní spjatých a umožňuje, aby se mu naučil čelit vlastními silami. Cílem je změnit postoj k životu, přístup k sobě samému, přehodnotit životní priority. Může probíhat řadu let.

Vynechání menstruačního cyklu s příčinou tkvící v mentální anorexii farmakologicky upraví gynekolog. Výsledkem této komplexní léčby je docílit úpravu příjmu výživy ke zdraví vedoucímu stavu. (www.anorekticka.cz, 24. 3. 2010)

6.2.Léčba mentální bulimie

Při léčbě bulimie je důležité přerušit kolotoč přejídání, zvracení, výčitky a hladovění. Terapeut k úspěšnému zvládnutí této části léčby používá vysvětlování, jak spolu přímo jednotlivé části bulimického kolotoče souvisejí, jak pomocí úpravy stravování a hledání spouštěčů výrazně zvýšit šanci na úspěch. S tím často přímo souvisí návrh terapeuta, aby nemocný zapisoval jídelní záznamy. To je velmi užitečná technika pro předcházení záchvatům přejídání a zároveň nepřibírání na váze. Ještě intenzivněji je možné pracovat v terapii psaním deníku. Srovnáváme si tak myšlenky a pocity nejen v době sezení s terapeutem, při zpětném prohlížení nám mohou dojít souvislosti. Pro úspěšné vyléčení se z bulimie je někdy potřeba naučit se lépe zacházet se svými pocity, prosazovat se mezi lidmi, naučit se být sám se sebou. K tomu dobře slouží výše zmiňované rozhovory s terapeutem, kde se pacient učí v bezpečné spolupráci vyjadřovat své pocity, nedusit je v sobě. Někteří terapeuti nabízejí nácvik asertivity - metody neagresivního sebeprosazování, v životě se pomocí terapie

učíme na nepříjemné situace reagovat včas a přiměřeně.

(www.idealni.cz, 24. 3. 2010)

6.3.Léčba záchvatovitého přejídání

Pro léčbu záchvatovitého přejídání platí skoro vše z kapitoly o léčbě bulimie. Namísto bulimického kolotoče se pracuje v terapii s přejídajícími epizodami. Důležité je pracovat na změně stravovacích návyků, přejídání totiž souvisí s nárůstem tělesné hmotnosti. Řada nemocných má zkušenosti s různými redukčními dietami, které ve svém důsledku často vedou právě k přejídání.

Někdy je přejídání spojené s úzkostí, pocity osamění, s depresí. Terapie se pak zaměří přímo na zlepšení těchto nepříjemných stavů. Existuje také řada účinných technik, které nám pomáhají učit se lépe zvládat stres, který je častou příčinou přejídající epizody.

6.4.Psychoterapie u poruch příjmu potravy

v příloze 7

PRAKTICKÁ ČÁST

CÍLE PRÁCE

Cílem práce bylo zjistit možnou závislost rizika vzniku PPP na nejvyšším ukončeném vzdělání rodičů adolescentů.

Dílčí cíle:

Zjistit možný rozdíl ve vztahu k rodině u adolescentů s alespoň jedním rodičem vysokoškolsky vzdělaným a adolescentů s rodiči maximálně středoškolsky vzdělanými.

Zjistit rozdíl mezi sebevědomím a sebepojetím u adolescentů s alespoň jedním rodičem vysokoškolsky vzdělaným a adolescentů s rodiči maximálně středoškolsky vzdělanými.

Zjistit míru ovlivnitelnosti okolím a dobou adolescentů s alespoň jedním rodičem vysokoškolsky vzdělaným a adolescentů s rodiči maximálně středoškolsky vzdělanými.

METODIKA PRÁCE

Metody získávání a zpracování dat

K získání informací pro bakalářskou práci bylo použito anonymní nestandardizované dotazníkové metody. V úvodu dotazníku (příloha 1) byli adolescenti požádáni o jeho vyplnění, byl jim vysvětlen smysl výzkumného šetření a sděleny pokyny pro vyplnění dotazníku. Jednotlivé položky dotazníku byly koncipovány tak, aby směřovaly k jednotlivým cílům závěrečné práce.

V dotazníku byly použity pouze otázky s jednou možností odpovědi.

Zkoumaný soubor

Dotazník byl rozdán 60- ti adolescentům ve věkové skupině od 11- ti do 17- ti let. Respondenti byli ze základních a středních škol Olomouce a přilehlého okolí.

Pilotní šetření

Vytvořený dotazník byl předložen čtyřem dívkám a jednomu chlapci ve věku od 13- ti do 16- ti let. Respondenti byli požádáni o jeho vyplnění a sepsání případných

připomínek. Po vrácení byly vyhodnoceny nedostatky dotazníku a následně byly tyto nedostatky odstraněny.

Organizace šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno v lednu roku 2010 u adolescentů na základních a středních školách Olomouckého kraje. Bylo rozdáno 60 dotazníků a vrátilo se 60 kusů. Vyplněné dotazníky mi byly poslány zpět emailem nebo vráceny osobně. Po vytrídění nepoužitelných dotazníků jich bylo k hodnocení použito 54 kusů.

Zpracování dat

Po vytrídění dotazníků, které se nedaly použít k vyhodnocení, byly dotazníky určené ke zpracování. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin. 1. skupinu tvoří adolescenti s minimálně jedním rodičem vysokoškolsky vzdělaným, 2. skupina je tvořena adolescenty, kteří mají rodiče maximálně středoškolsky vzdělané. Data z dotazníků byla vyhodnocena a zpracována v počítačovém programu Microsoft Excel a Microsoft Word systému Windows XP Professional 2007. Data byla vložena do tabulek a vyjádřena v absolutní a relativní četnosti. Relativní četnost je vyjádřena graficky.

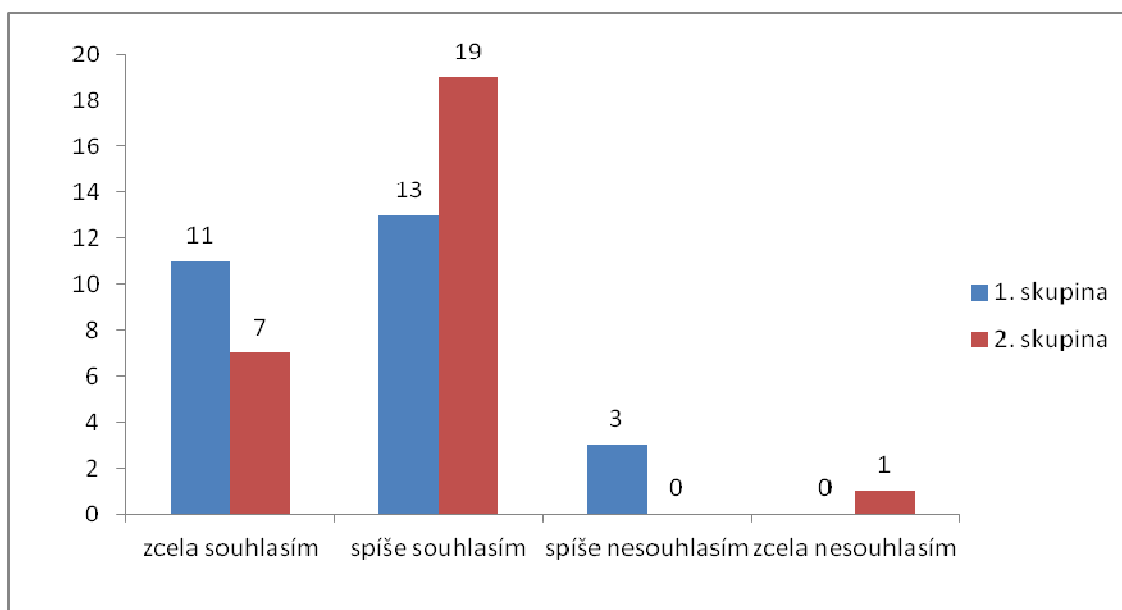
7. PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

otázka 1. S rodiči vycházím dobře

Tabulka 1: Vztah s rodiči

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	11	41%	7	26%
spíše souhlasím	13	48%	19	70%
spíše nesouhlasím	3	11%	0	0%
zcela nesouhlasím	0	0%	1	4%

Graf 1: Vztah s rodiči



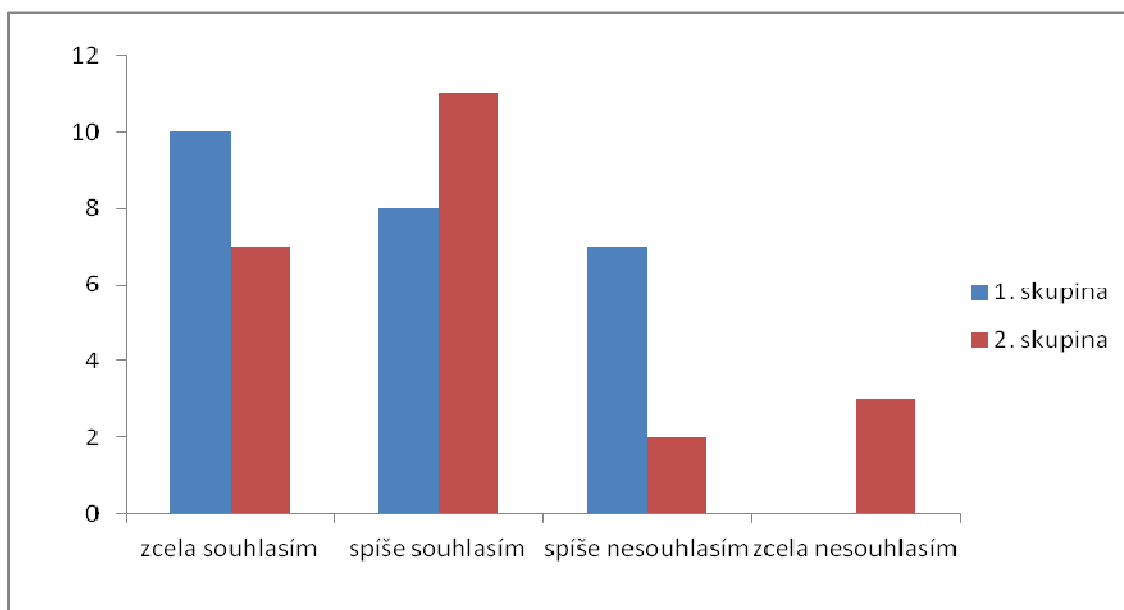
Analýzou dat bylo zjištěno, že 11 (41 %) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že se svými rodiči vychází dobře, 13 (48%) respondentů této skupiny spíše souhlasí s tímto tvrzením a 3 (11%) respondenti spíše nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 7 (26%) respondentů 2. skupiny s tvrzením zcela souhlasí, 19 (70%) respondentů spíše souhlasí a 1 (4%) respondent s tímto tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 2. Se sourozenci vycházím dobře

Tabulka 2: Vztah se sourozenci

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	10	40%	7	30%
spíše souhlasím	8	32%	11	48%
spíše nesouhlasím	7	28%	2	9%
zcela nesouhlasím	0	0%	3	13%

Graf 2: Vztah se sourozenci



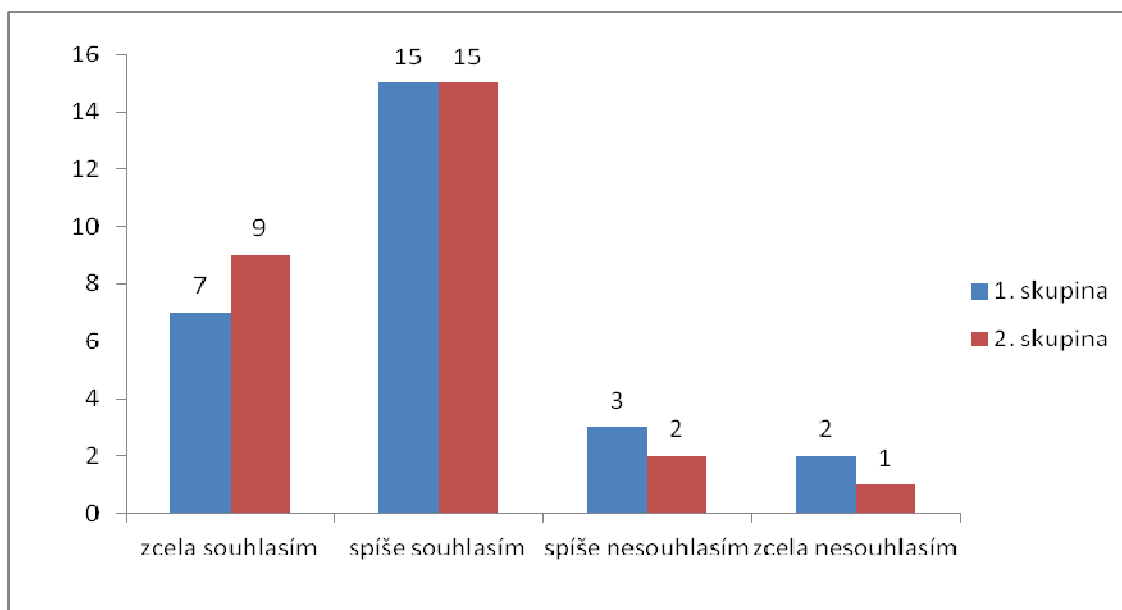
Analýzou dat bylo zjištěno, že 10 (40%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že se svými sourozenci vychází dobře, 8 (32%) respondentů spíše souhlasí s tímto tvrzením a 7 (28%) respondentů spíše nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 7 (30%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tímto tvrzením, 11 (48%) respondentů spíše souhlasí, 2 (9%) respondenti spíše nesouhlasí a 3 (13%) respondenti této skupiny s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 3. V kolektivu jsem oblíbený/-á

Tabulka 3: Oblíbenost v kolektivu

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	7	26%	9	33%
spíše souhlasím	15	56%	15	56%
spíše nesouhlasím	3	11%	2	7%
zcela nesouhlasím	2	7%	1	4%

Graf 3: Oblíbenost v kolektivu



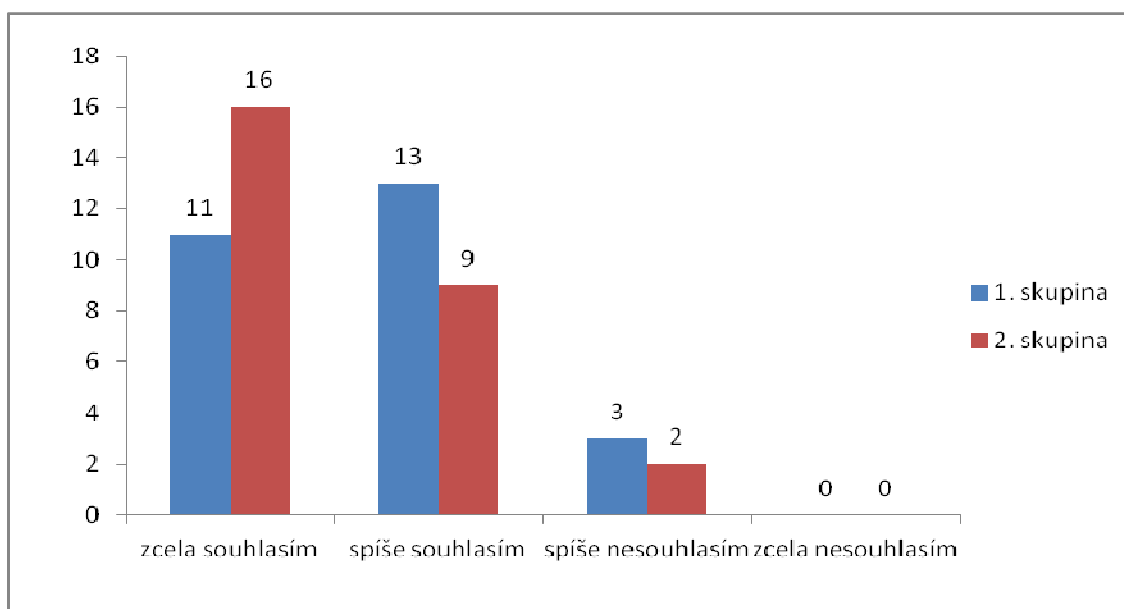
Analýzou dat bylo zjištěno, že 7 (26%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že jsou v kolektivu oblíbení, 15 (56%) respondentů této skupiny spíše souhlasí, 3 (11%) respondenti spíše nesouhlasí a 2 (7%) respondenti s tímto tvrzením zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 9 (33%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tímto tvrzením, 15 (56%) respondentů spíše souhlasí, 2 (7%) respondenti spíše nesouhlasí a 1 (4%) respondent s tímto tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 4. Mám spoustu přátel

Tabulka 4: Počet přátel

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	11	41%	16	59%
spíše souhlasím	13	48%	9	33%
spíše nesouhlasím	3	11%	2	7%
zcela nesouhlasím	0	0%	0	0%

Graf 4: Počet přátel



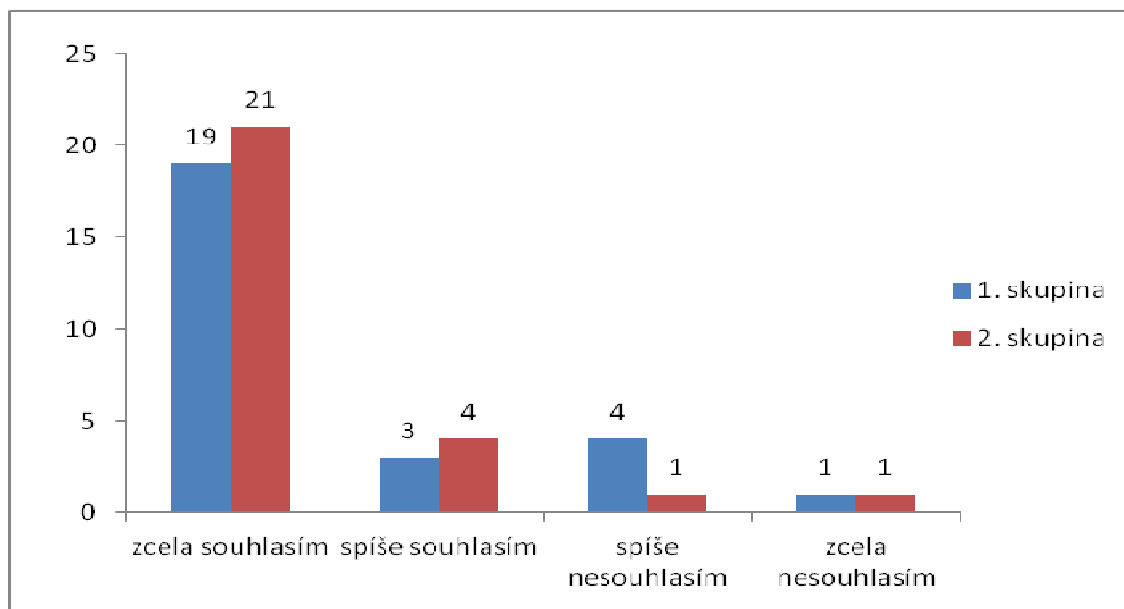
Analýzou dat bylo zjištěno, že 11 (41%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že mají spoustu přátel, 13 (48%) respondentů spíše souhlasí s tímto tvrzením a 3 (11%) respondenti spíše nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 16 (60%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 9 (33%) respondentů spíše souhlasí a 2 (7%) respondenti této skupiny spíše nesouhlasí.

otázka 5. Mám se o koho v nouzi opřít, komu se svěřit

Tabulka 5: Mám oporu v nouzi

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	19	70%	21	78%
spíše souhlasím	3	11%	4	14%
spíše nesouhlasím	4	15%	1	4%
zcela nesouhlasím	1	4%	1	4%

Graf 5: Mám oporu v nouzi



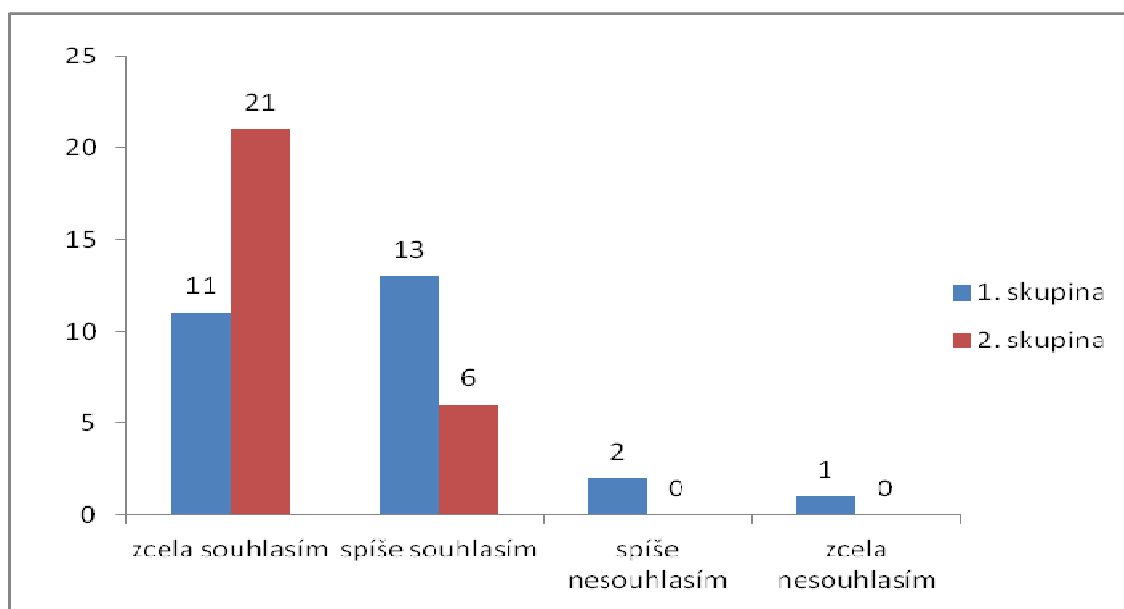
Analýzou dat bylo zjištěno, že 19 (70%) 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že se mají o koho v nouzi opřít, 3 (11%) respondenti s tímto tvrzením spíše souhlasí, 4 (15%) respondenti spíše nesouhlasí a 1 (4%) respondent této skupiny zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 21 (78%) respondentů 2. skupiny s tvrzením zcela souhlasí, 4 (14%) spíše souhlasí, 1 (4%) respondent spíše nesouhlasí a 1 (4%) respondent s tímto tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 6. Denně pečuji o svůj zevnějšek

Tabulka 6: Denně pečuji o svůj zevnějšek

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	11	41%	21	78%
spíše souhlasím	13	48%	6	22%
spíše nesouhlasím	2	7%	0	0%
zcela nesouhlasím	1	4%	0	0%

Graf 6: Denně pečuji o svůj zevnějšek



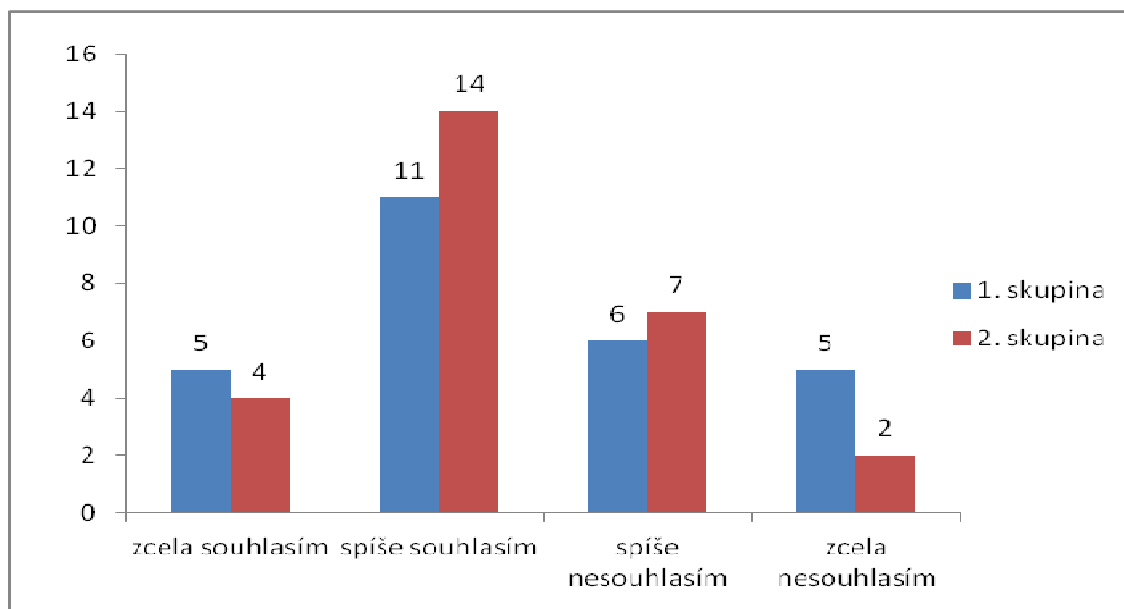
Analýzou dat bylo zjištěno, že 11 (41%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že denně pečují o svůj zevnějšek, 13 (48%) respondentů spíše souhlasí, 2 (7%) respondentů s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 1 (4%) respondent této skupiny zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 21 (78%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením a 6 (22%) spíše souhlasí.

otázka 7. Sleduji módní trendy a řídím se jimi

Tabulka 7: Módní trendy

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	5	19%	4	15%
spíše souhlasím	11	41%	14	52%
spíše nesouhlasím	6	22%	7	26%
zcela nesouhlasím	5	19%	2	7%

Graf 7: Módní trendy



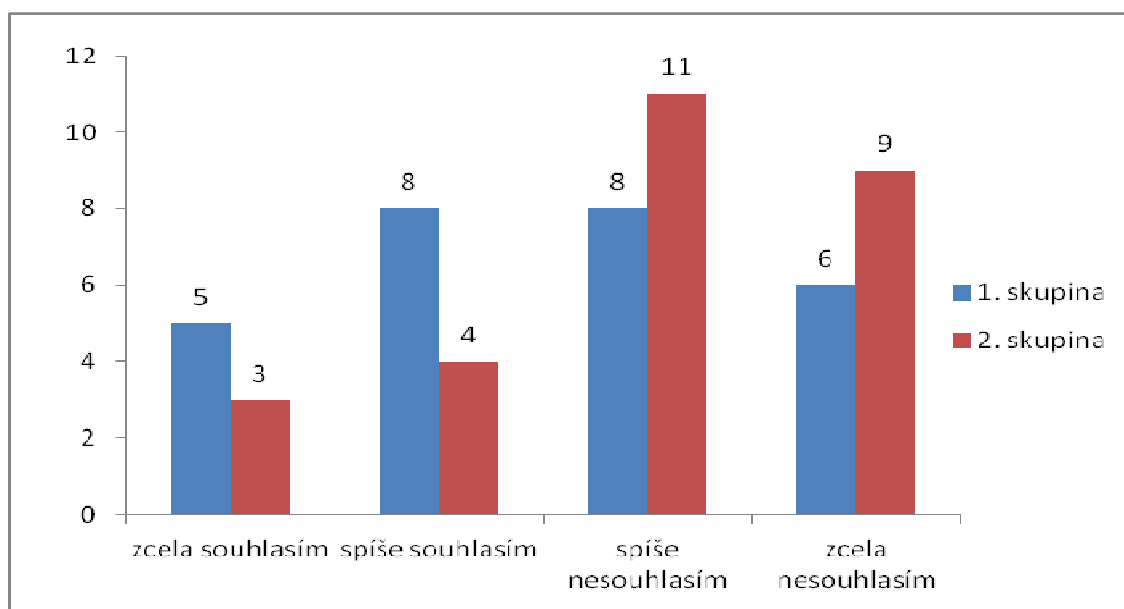
Analýzou dat bylo zjištěno, že 5 (19%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že sledují módní trendy a řídí se jimi, 11 (41%) respondentů spíše souhlasí s tvrzením, 6 (22%) spíše nesouhlasí a 5 (19%) respondentů téže skupiny s tvrzením zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 4 (15%) respondenti 2. skupiny zcela souhlasí s tímto tvrzením, 14 (52%) respondentů spíše souhlasí, 7 (26%) respondentů spíše nesouhlasí a 2 (7%) respondenti téže skupiny zcela nesouhlasí s tvrzením.

otázka 8. Zajímají mě články o dietách a hubnutí

Tabulka 8: Články o dietách a hubnutí

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	5	19%	3	11%
spíše souhlasím	8	30%	4	15%
spíše nesouhlasím	8	30%	11	41%
zcela nesouhlasím	6	22%	9	33%

Graf 8: Články o dietách a hubnutí



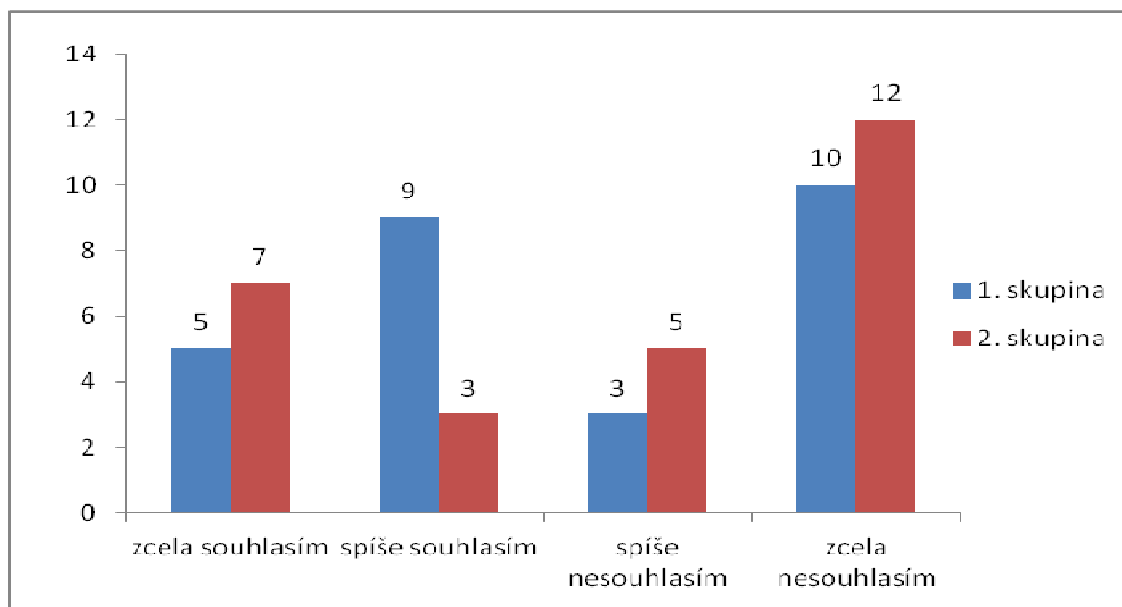
Analýzou dat bylo zjištěno, že 5 (19%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že je zajímaví o články o dietách a hubnutí, 8 (30%) respondentů spíše souhlasí s tímto tvrzením, 8 (30%) respondentů spíše nesouhlasí a 6 (22%) respondentů téže skupiny zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 3 (11%) respondenti 2. skupiny zcela souhlasí s tímto tvrzením, 4 (15%) respondenti spíše souhlasí, 11 (41%) respondentů téže skupiny spíše nesouhlasí a 9 (33%) respondentů zcela nesouhlasí s tímto tvrzením.

otázka 9. Již jsem držel/-a dietu

Tabulka 9: Dieta

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	5	19%	7	26%
spíše souhlasím	9	33%	3	11%
spíše nesouhlasím	3	11%	5	19%
zcela nesouhlasím	10	37%	12	44%

Graf 9: Dieta



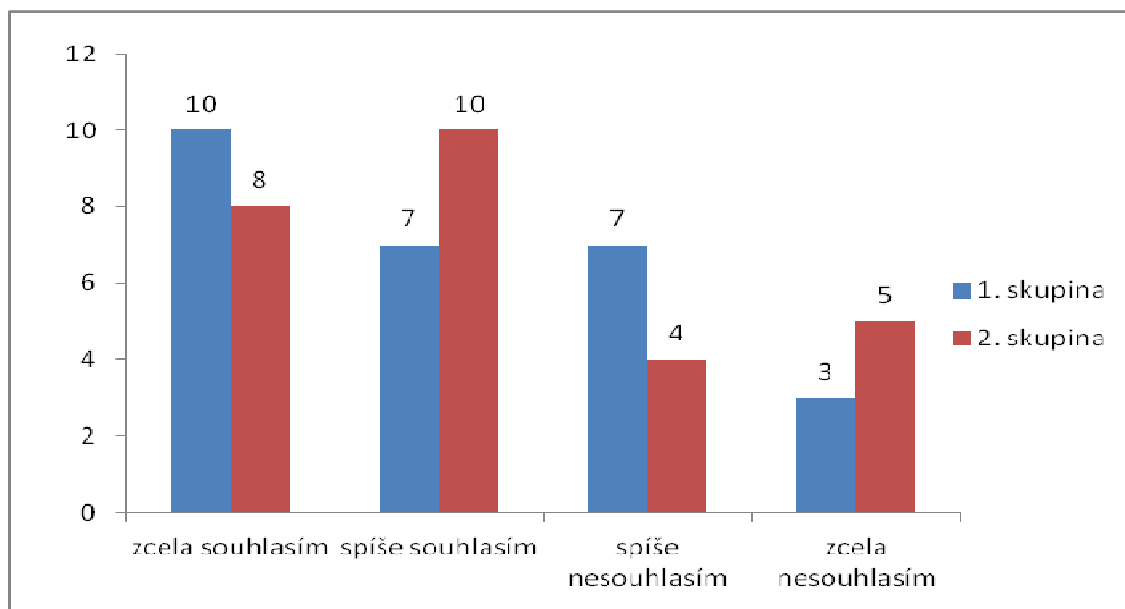
Analýzou dat bylo zjištěno, že 5 (19%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že již drželi dietu, 9 (33%) respondentů spíše souhlasí, 3 (11%) respondenti spíše nesouhlasí a 10 (37%) respondentů téže skupiny zcela nesouhlasí s tvrzením. Dále bylo zjištěno, že 7 (26%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 3 respondenti (11%) téže skupiny spíše souhlasí, 5 (19%) respondenti spíše nesouhlasí a 12 (44%) respondentů zcela nesouhlasí s tímto tvrzením.

otázka 10. Svěřuji se se svými problémy ostatním

Tabulka 10: Svěřování se s problémy

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	10	37%	8	30%
spíše souhlasím	7	26%	10	37%
spíše nesouhlasím	7	26%	4	15%
zcela nesouhlasím	3	11%	5	19%

Graf 10: Svěřování se s problémy



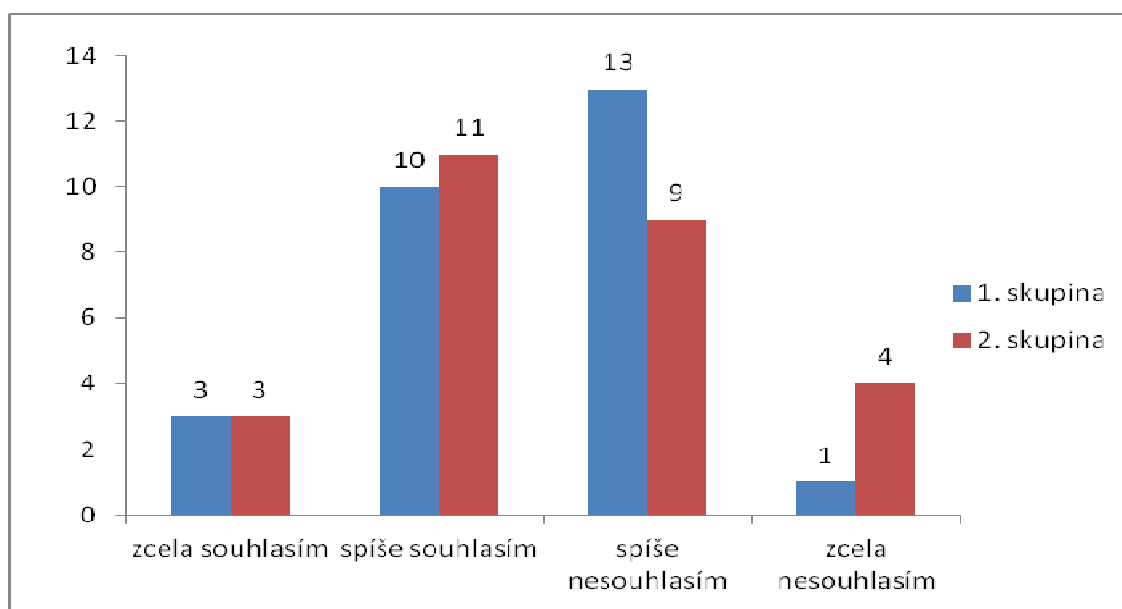
Analýzou dat bylo zjištěno, že 10 (37%) respondentů 1.skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že se se svými problémy svěří ostatním, 7 (26%) respondentů spíše souhlasí s tímto tvrzením, 7 (26%) respondentů spíše nesouhlasí a 3 (11%) respondenti téže skupiny s tvrzením zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 8 (30%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tímto tvrzením, 10 (37%) spíše souhlasí, 4 (15%) respondenti spíše nesouhlasí a 5 (19%) respondentů téže skupiny s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 11. Připadám si atraktivní, přitažlivý/-á

Tabulka 11: Atraktivnost, přitažlivost

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	3	11%	3	11%
spíše souhlasím	10	37%	11	41%
spíše nesouhlasím	13	48%	9	33%
zcela nesouhlasím	1	4%	4	15%

Graf 11: Atraktivnost, přitažlivost



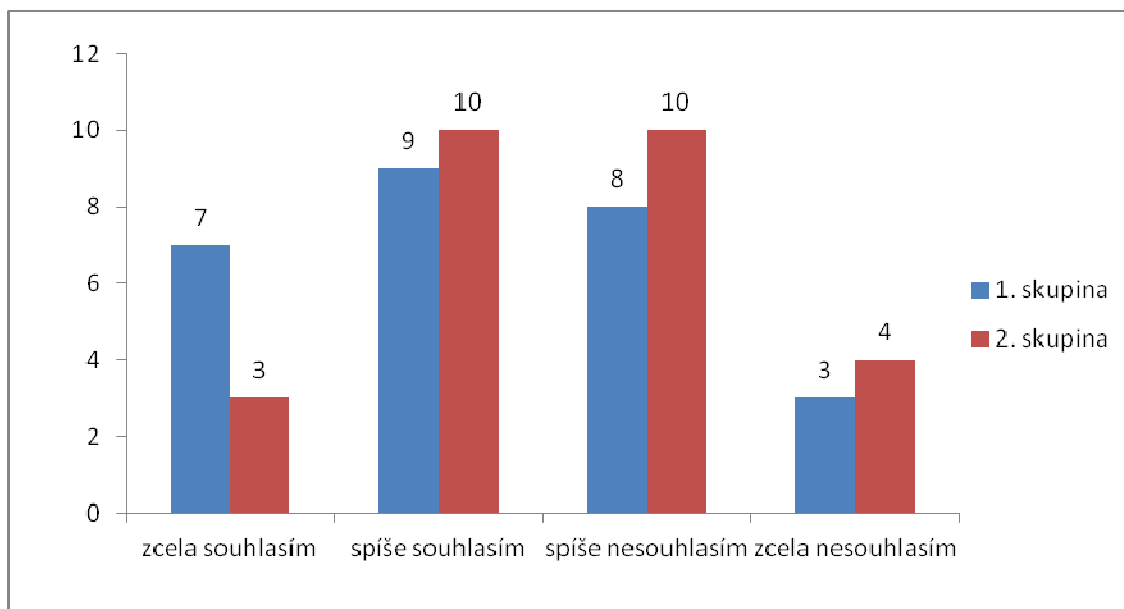
Analýzou dat bylo zjištěno, že 3 (11%) respondenti 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že si připadají atraktivní a přitažlivý, 10 (37%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 13 (48%) respondentů spíše nesouhlasí s tvrzením a 1 respondent (4%) zcela s tvrzením nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 3 (11%) respondenti 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 11 (41%) respondentů spíše souhlasí, 9 (33%) respondentů téže skupiny spíše nesouhlasí a 4 (15%) respondenti s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 12. Připadám si chytrý/-á

Tabulka 12: Chytrost

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	7	26%	3	11%
spíše souhlasím	9	33%	10	37%
spíše nesouhlasím	8	30%	10	37%
zcela nesouhlasím	3	11%	4	15%

Graf 12: Chytrost



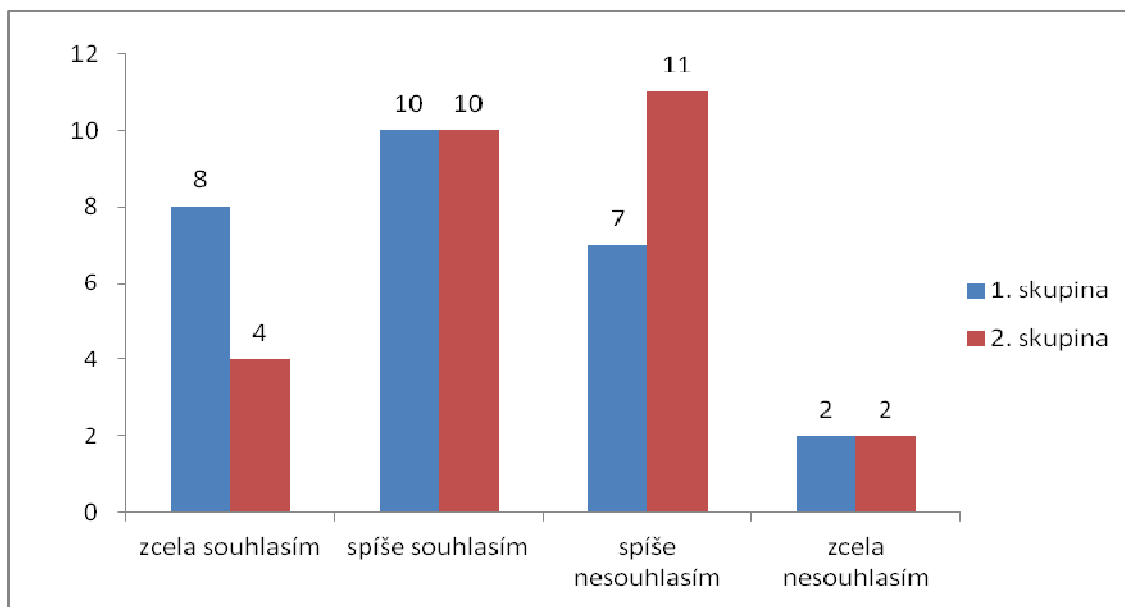
Analýzou dat bylo zjištěno, že 7 (26%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že si připadají chytrí, 9 (33%) respondentů spíše souhlasí s tímto tvrzením, 8 (30%) respondentů spíše nesouhlasí a 3 (11%) respondenti zcela nesouhlasí s tímto tvrzením. Dále bylo zjištěno, že 3 (11%) respondenti 2. skupiny zcela s tvrzením souhlasí, 10 (37%) respondentů spíše souhlasí, 10 (37%) téže skupiny spíše nesouhlasí a 4 (15%) respondenti s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 13. Líbí se mi moje postava, jsem s ní spokojený/-á

Tabulka 13: Spokojenost s postavou

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	8	30%	4	15%
spíše souhlasím	10	37%	10	37%
spíše nesouhlasím	7	26%	11	41%
zcela nesouhlasím	2	7%	2	7%

Graf 13: Spokojenost s postavou



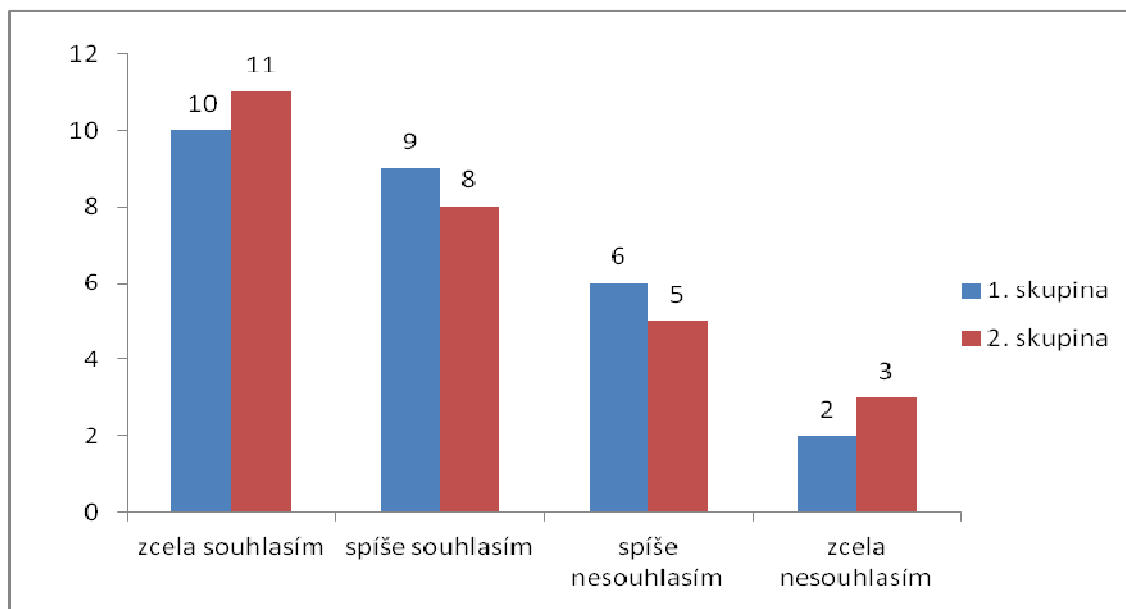
Analýzou dat bylo zjištěno, že 8 (30%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že se jim jejich postava líbí a jsou s ní spokojeni, 10 (37%) respondentů spíše souhlasí, 7 (26%) respondentů spíše nesouhlasí s tvrzením a 2 (7%) respondenti téže skupiny zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 4 (15%) respondenti 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 10 (37%) respondentů spíše souhlasí, 11 (41%) respondentů spíše nesouhlasí s tvrzením a 2 (7%) respondenti téže skupiny zcela nesouhlasí.

otázka 14. Pravidelně sportuji

Tabulka 14: Pravidelné sportování

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	10	37%	11	41%
spíše souhlasím	9	33%	8	30%
spíše nesouhlasím	6	22%	5	19%
zcela nesouhlasím	2	7%	3	11%

Graf 14: Pravidelné sportování



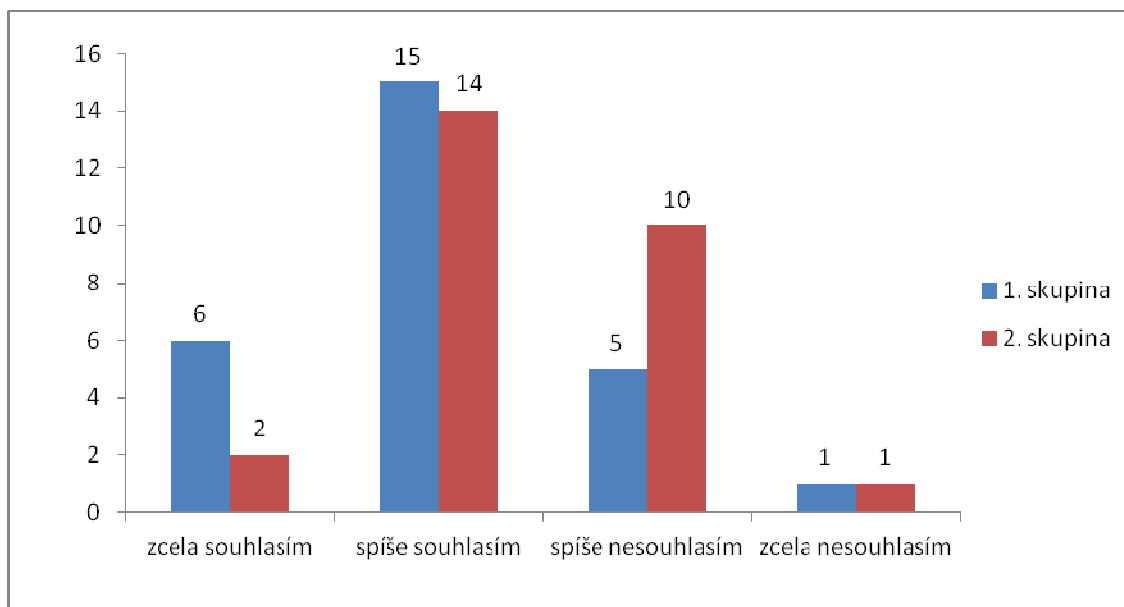
Analýzou dat bylo zjištěno, že 10 (37%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že pravidelně sportují, 9 (33%) respondentů této skupiny spíše souhlasí, 6 (22%) respondentů spíše nesouhlasí a 2 (7%) respondenti s tvrzením zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 11 (41%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 8 (30%) respondentů této skupiny spíše souhlasí, 5 (19%) respondentů spíše nesouhlasí a 3 (11%) respondenti s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 15. Ve škole se mi daří

Tabulka 15: Úspěchy ve škole

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	6	22%	2	7%
spíše souhlasím	15	56%	14	52%
spíše nesouhlasím	5	19%	10	37%
zcela nesouhlasím	1	4%	1	4%

Graf 15: Úspěchy ve škole



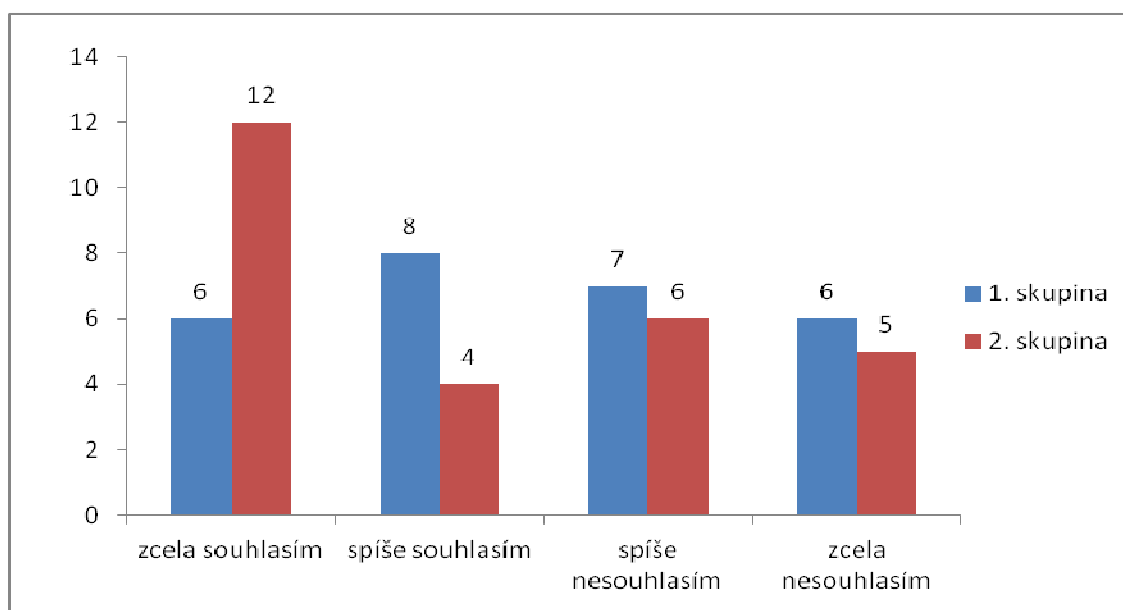
Analýzou dat bylo zjištěno, že 6 (22%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že se jim ve škole daří, 15 (56%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 5 (19%) respondentů spíše nesouhlasí a 1 (4%) respondent s tvrzením zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 2 (7%) respondenti 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 14 (52%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 10 (37%) respondentů spíše nesouhlasí a 1 (4%) respondent s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 16. Chtěl/-a bych změnit svou postavu

Tabulka 16: Změna postavy

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	6	22%	12	44%
spíše souhlasím	8	30%	4	15%
spíše nesouhlasím	7	26%	6	22%
zcela nesouhlasím	6	22%	5	19%

Graf 16: Změna postavy



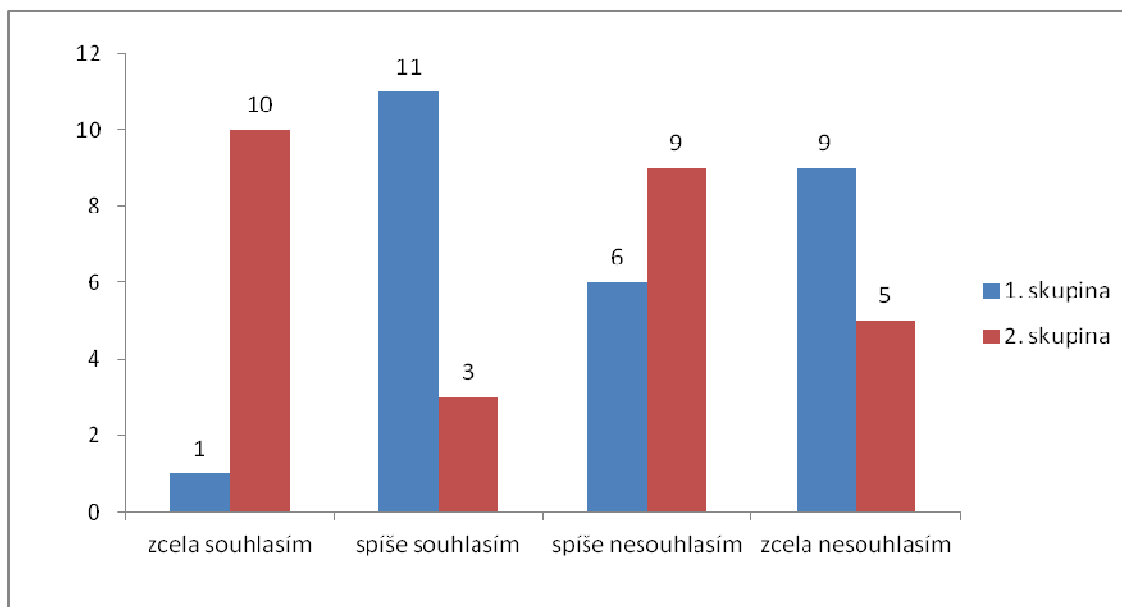
Analýzou dat bylo zjištěno, že 6 (22%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že by chtěli změnit svou postavu 8 (30%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 7 (26%) respondentů spíše nesouhlasí a 6 (22%) respondent s tvrzením zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 12 (44%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 4 (15%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 6 (22%) respondentů spíše nesouhlasí a 5 (19%) respondent s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 17. Chtěl/-a bych se celkově změnit

Tabulka 17: Celková změna

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	1	4%	10	37%
spíše souhlasím	11	41%	3	11%
spíše nesouhlasím	6	22%	9	33%
zcela nesouhlasím	9	33%	5	19%

Graf 17: Celková změna



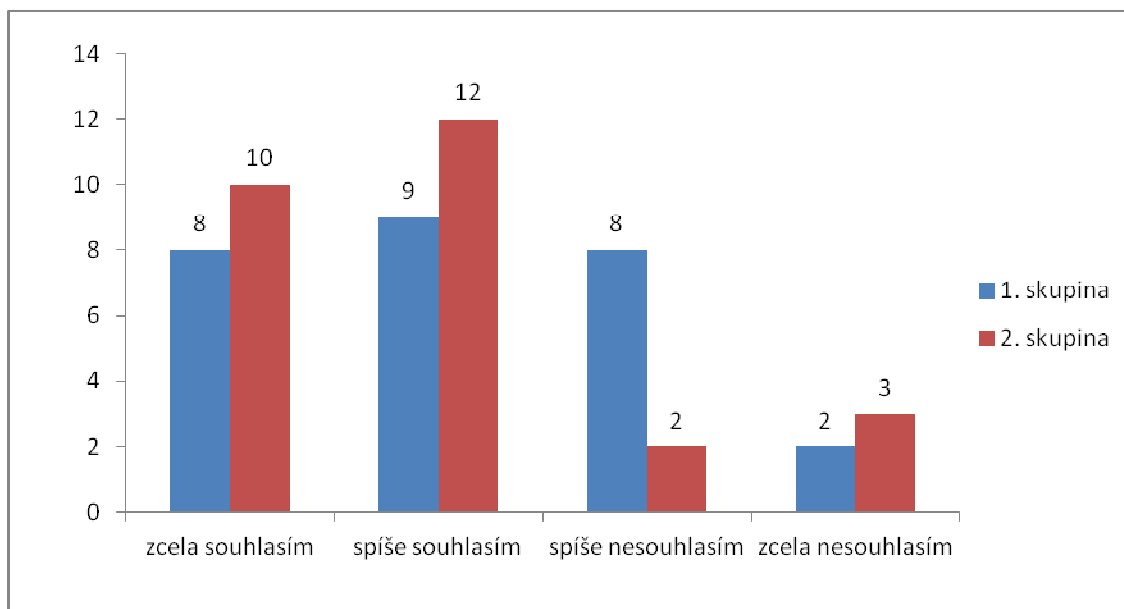
Analýzou dat bylo zjištěno, že 1 (4%) respondent 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že by se chtěl celkově změnit, 11 (41%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 6 (22%) respondentů spíše nesouhlasí a 9 (33%) respondentů s tvrzením zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 10 (37%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 3 (11%) respondenti téže skupiny spíše souhlasí, 9 (33%) respondentů spíše nesouhlasí a 5 (19%) respondentů s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 18. Hodnotím se pozitivně a kladně

Tabulka 18: Hodnocení sebe sama

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	8	30%	10	37%
spíše souhlasím	9	33%	12	44%
spíše nesouhlasím	8	30%	2	7%
zcela nesouhlasím	2	7%	3	11%

Graf 18: Hodnocení sebe sama



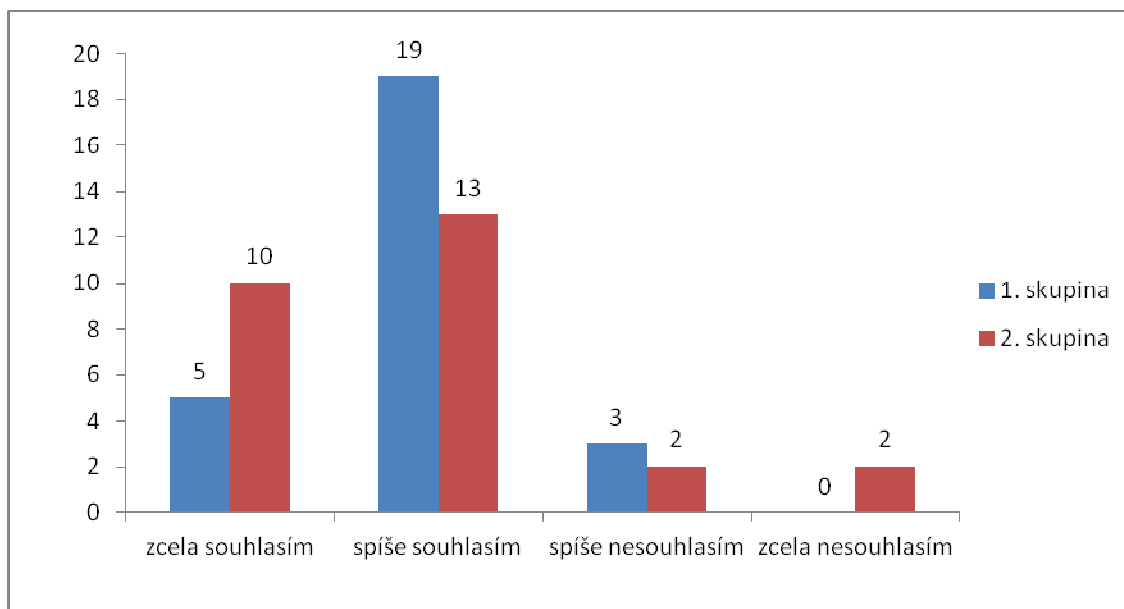
Analýzou dat bylo zjištěno, že 8 (30%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že se hodnotí pozitivně a kladně, 9 (33%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 8 (30%) respondentů spíše nesouhlasí a 2 (7%) respondenti s tvrzením zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 10 (37%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 12 (47%) respondenti téže skupiny spíše souhlasí, 2 (7%) respondentů spíše nesouhlasí a 3 (11%) respondentů s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 19. Záleží mi na tom, aby mě okolí hodnotilo pozitivně

Tabulka 19: Pozitivní hodnocení

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	5	19%	10	37%
spíše souhlasím	19	70%	13	48%
spíše nesouhlasím	3	11%	2	7%
zcela nesouhlasím	0	0%	2	7%

Graf 19: Pozitivní hodnocení



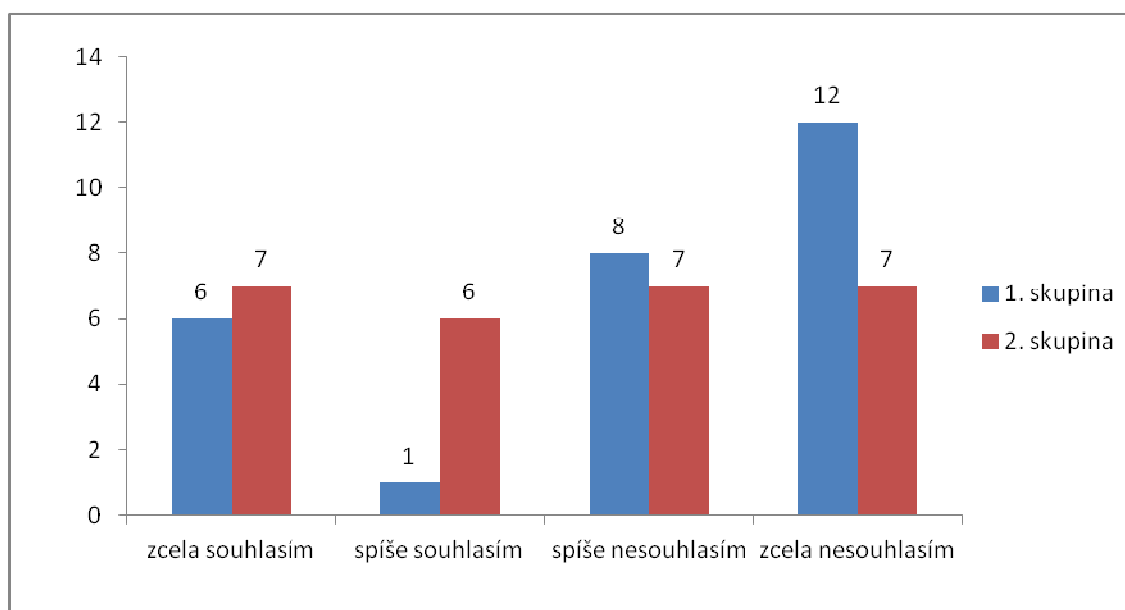
Analýzou dat bylo zjištěno, že 5 (19%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že jim záleží na tom, aby je okolí hodnotilo pozitivně, 19 (70%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí a 3 (11%) respondentů spíše nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 10 (37%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 13 (48%) respondenti téže skupiny spíše souhlasí, 2 (7%) respondentů spíše nesouhlasí a 2 (7%) respondentů s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 20. Už jsem slyšel/-a narážky na svou postavu a trápilo mě to

Tabulka 20: Narážky na postavu

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	6	22%	7	26%
spíše souhlasím	1	4%	6	22%
spíše nesouhlasím	8	30%	7	26%
zcela nesouhlasím	12	44%	7	26%

Graf 20: Narážky na postavu



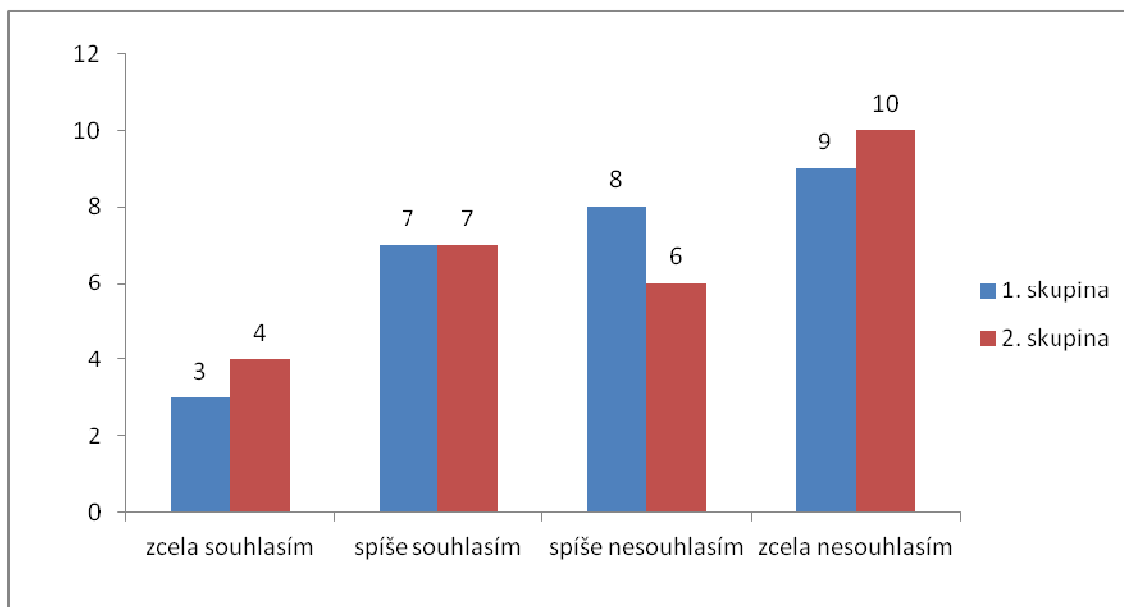
Analýzou dat bylo zjištěno, že 6 (22%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že už slyšeli narážky na jejich postavu a trápilo je to, 1 (4%) respondent téže skupiny spíše souhlasí, 8 (30%) respondentů spíše nesouhlasí a 12 (44%) respondentů s tvrzením zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 7 (26%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 6 (22%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 7 (26%) respondentů spíše nesouhlasí a 7 (26%) respondentů s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 21. Připadám si tlustý/-á a snažím se zhubnout

Tabulka 21: Snaha o zhubnutí

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	3	11%	4	15%
spíše souhlasím	7	26%	7	26%
spíše nesouhlasím	8	30%	6	22%
zcela nesouhlasím	9	33%	10	37%

Graf 21: Snaha o zhubnutí



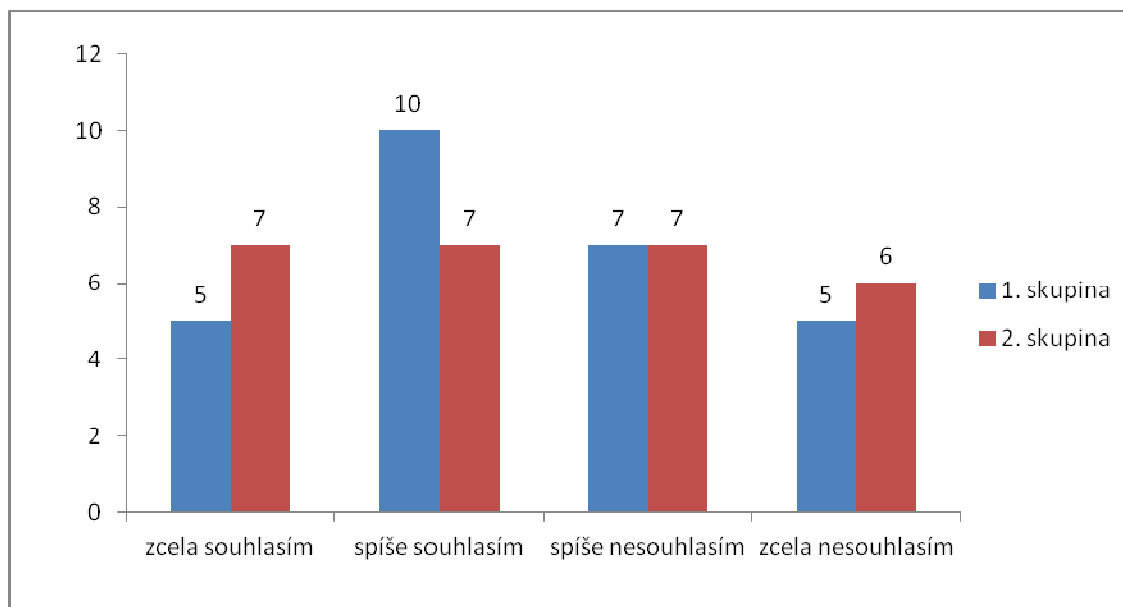
Analýzou dat bylo zjištěno, že 3 (11%) respondenti 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že si připadají tlustí a snaží se zhubnout, 7 (26%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 8 (30%) respondentů spíše nesouhlasí a 9 (33%) respondentů s tvrzením zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 4 (15%) respondenti 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 7 (26%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 6 (22%) respondentů spíše nesouhlasí a 10 (37%) respondentů s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 22. Toužím vypadat jinak, než vypadám

Tabulka 22: touha po změně vzhledu

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	5	19%	7	26%
spíše souhlasím	10	37%	7	26%
spíše nesouhlasím	7	26%	7	26%
zcela nesouhlasím	5	19%	6	22%

Graf 22: touha po změně vzhledu



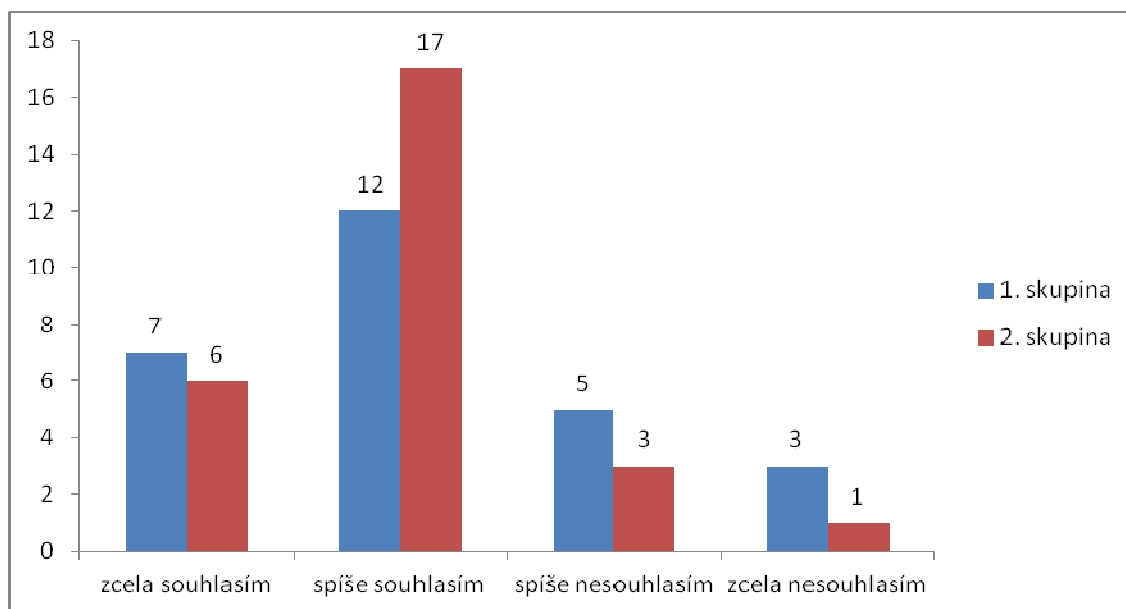
Analýzou dat bylo zjištěno, že 5 (19%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že touží vypadat jinak, než vypadají, 10 (37%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 7 (26%) respondentů spíše nesouhlasí a 5 (19%) respondentů s tvrzením zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 7 (26%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 7 (26%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 7 (26%) respondentů spíše nesouhlasí a 6 (22%) respondentů s tvrzením zcela nesouhlasí.

otázka 23. Dělán rodičům, rodině radost

Tabulka 23: Radost rodičům, rodině

	1. skupina		2. skupina	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zcela souhlasím	7	26%	6	22%
spíše souhlasím	12	44%	17	63%
spíše nesouhlasím	5	19%	3	11%
zcela nesouhlasím	3	11%	1	4%

Graf 23: Radost rodičům, rodině



Analýzou dat bylo zjištěno, že 7 (26%) respondentů 1. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, že dělají rodičům radost, 12 (44%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 5 (19%) respondentů spíše nesouhlasí a 3 (11%) respondentů s tvrzením zcela nesouhlasí. Dále bylo zjištěno, že 6 (22%) respondentů 2. skupiny zcela souhlasí s tvrzením, 17 (63%) respondentů téže skupiny spíše souhlasí, 3 (11%) respondenti spíše nesouhlasí a 1 (4%) respondent s tvrzením zcela nesouhlasí.

8. DISKUZE

Bakalářská práce se na základě mé osobní zkušenosti s mentální anorexií zabývá poruchami příjmu potravy. Cílem práce bylo zjistit možnou závislost rizika vzniku poruch příjmu potravy na nejvyšším dokončeném vzdělání rodičů adolescentů. K vyhodnocení výsledků výzkumného šetření bylo použito celkem 54 správně vyplněných dotazníků. V dotazníku bylo respondentům položeno celkem 23 otázek a dal by se pomyslně rozdělit do tří částí, přičemž každá část byla zaměřena na jiný rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy. 1. část dotazníku je zaměřena na rodinné a mezilidské vztahy, 2. část na možnou ovlivnitelnost adolescentů dobou a okolím a 3. část na sebevědomí a sebepojetí respondentů. Respondenti byli rozděleni pro potřeby výzkumného šetření do dvou skupin. 1. skupinu tvoří 27 adolescentů, jež mají alespoň jednoho rodiče s dokončeným vysokoškolským vzděláním, 2. skupinu tvoří 27 adolescentů, jejichž rodiče mají dokončené vzdělání maximálně středoškolské.

Provedeným dotazníkovým šetřením byly zjištěny tyto výsledky:

V 1. části dotazníků zaměřené na rodinné a mezilidské vztahy odpovídali respondenti takto: Na otázku - S rodiči vycházím dobře – odpovídala většina respondentů obou skupin kladně. Stejně tak tomu bylo v diplomové práci Zuzany Kocábové z roku 2005 (Filozofická fakulta Masarykovy univerzity v Brně) – Analýza příčin narušení vztahů k rodičům u dívek s dg. mentální anorexi a dg. mentální bulimie, kdy většina dotazovaných má taktéž kladný vztah s rodiči. Na otázku zda vycházejí se svými sourozenci dobře odpovídalo 25 respondentů 1. skupiny a 23 respondentů 2. skupiny. Na otázku odpovídalo kladně více respondentů 2. skupiny. Na otázku oblíbenosti v kolektivu, množství přátel a možnosti mít se o koho v nouzi opřít odpovídaly obě skupiny téměř totožně a ve většině případů kladně. Lehce znepokojivý je výsledek vyhodnocení otázky, zda se s svými problémy svěřují ostatním. Více než třetina respondentů 1. a 2. skupiny odpovídala záporně i přes dobré rodinné a mezilidské vztahy. Dále na otázku, zda si myslí, že dělají rodičům radost, odpovídala většina respondentů 2. skupiny kladně naproti tomu 1 třetina respondentů 1. skupiny odpovídala záporně.

V 2. části dotazníku zaměřené na ovlivnitelnost dobou a okolím odpovídali respondenti takto: Velká většina respondentů obou skupin pečuje denně o svůj zevnějšek. Módní trendy sledují a řídí se jimi necelé 2 třetiny respondentů 1. skupiny a více než 2 třetiny respondentů 2. skupiny. Téměř polovina respondentů 1. skupiny se zajímá o články o hubnutí a dietách, naproti tomu více než 2 třetiny respondentů 2. skupiny o tyto články nejeví větší zájem. Tato otázka přímo souvisela s otázkou, zda již ve svém životě drželi dietu. Opět odpovídalo kladně více respondentů 1. skupiny, přesněji větší polovina již dietu držela, naproti tomu respondenti 2. skupiny odpovídali ve 2 třetinách záporně. Velké většině respondentů obou skupin záleží na tom, aby je okolí hodnotilo pozitivně.

V 3. části dotazníku zaměřené na sebevědomí a sebepojetí odpovídali respondenti takto: 70% všech respondentů pravidelně sportuje. Více než polovina respondentů 1. skupiny a slabší polovina 2. skupiny si připadá chytrá, načež velká většina respondentů 1. skupiny a pouze necelá 1 polovina 2. skupiny se považuje za úspěšné ve škole. Na otázku, zda už slyšeli narážky na svou postavu, které je posléze trápily odpovídala pouhá 1 čtvrtina respondentů 1. skupiny a polovina 2. skupiny kladně. Pouhá polovina respondentů obou skupin si připadá atraktivní a přitažlivá, přičemž 3 čtvrtiny 2. skupiny a pouhá 1 třetina 1. skupiny se hodnotí pozitivně a kladně. Se svou postavou jsou spokojeny 3 pětiny respondentů 1. skupiny a polovina 2. skupiny. Varovné by měly být výsledky otázek týkající se změny postavy, celkové změny osobnosti a touhy vypadat jinak, kdy obě skupiny odpovídaly téměř totožně a v polovině případů kladně. Na otázku, zda si připadají tlustí a snaží se zhubnout odpovídali respondenti obou skupin téměř totožně a ve 2 pětinách kladně.

Druhá a třetí část dotazníkového šetření lze porovnat s dotazníkovým šetřením k diplomové práci Marcely Konečné z roku 2007 (Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně), která se ve své práci zaměřila na sebepojetí a sebehodnocení žáků v kontextu psychologie zdraví, neboť kladné sebehodnocení a sebepojetí je dobrým předpokladem v boji s nynějším ideálem „krásy“ a tím pádem i zdárně dospět ve zdravě sebevědomého člověka. Na otázku pozitivního sebehodnocení odpovídala v diplomové práci Marcely Konečné z roku 2007 většina (70%) respondentů kladně. V tomto šetření odpovídalo 80% respondentů 2. skupiny a pouhá 1 třetina 1. skupiny kladně. Stejně tak jako v diplomové práci Marcely Konečné je více než 1 polovina respondentů tohoto šetření nespokojena se svým tělem. Což je poměrně vysoké číslo.

Dále je na snaze porovnat procentuelní zastoupení adolescentů, kteří již drželi dietu. V diplomové práci Marcely Konečné jich bylo 40%, v tomto šetření odpovídalo kladně 42 % respondentů 1. skupiny a 37 % 2. skupiny.

ZÁVĚR

Závěrečná práce by měla poukázat na možná rizika vzniku poruch příjmu potravy u dnešní mládeže.

Bakalářská práce je rozdělena do 8 kapitol, které na sebe plynule navazují a postupně seznamují se zvolenou problematikou.

V teoretické části jsou přesně definovány pojmy mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Je zde nahlédnuto do historie těchto poruch a popsán rozdíl mezi mužem a ženou ve vztahu k poruchám příjmu potravy. V kapitole - Každá doba má svůj ideál je zcela názorně ukázán rozdíl a hlavně převrat v chápání krásy a zdraví lidského těla v průběhu několika mála let, ba dokonce několika okamžiků, kdy na světovou scénu vstoupila malá a nenápadná Angličanka s klučičími rysy. Byla jiná a proto tou dobou tolik chtěná. Dále jsou v této části blíže popsány rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy a také nejnovější metody v léčbě těchto poruch.

V praktické části byly stanoveny cíle práce, metodika práce a byl popsán postup při zpracování a vyjádření získaných dat.

Prvním cílem této práce bylo zjistit možný rozdíl v rodinných a mezilidských vztazích u adolescentů s alespoň jedním rodičem vysokoškolsky vzdělaným a adolescentů s rodiči maximálně středoškolsky vzdělanými. Analýzou dat bylo zjištěno, že téměř většina respondentů obou skupin vychází s rodiči dobře, se sourozenci vychází lépe respondenti 2. skupiny a přes množství přátel a dobré mezilidské vztahy se s svými problémy svěřuje ostatním pouhá 1 třetina všech respondentů. Rodičům dělá radost velká většina respondentů 2. skupiny a pouhé 2 třetiny respondentů 1. skupiny, i když na otázky zda si připadají chytří a úspěšní ve škole odpovídali respondenti 1. skupiny oproti respondentům 2. skupiny ve více případech kladně. **Cíl byl splněn.**

Druhým cílem bylo zjistit míru ovlivnitelnosti okolím a dobou adolescentů s alespoň jedním rodičem vysokoškolsky vzdělaným a adolescentů s rodiči maximálně středoškolsky vzdělanými. Analýzou dat bylo zjištěno, že velké většině respondentů obou skupin záleží na tom, aby je okolí hodnotilo pozitivně. Módní trendy sledují a řídí se jimi necelé 2 třetiny respondentů 1. skupiny a více než 2 třetiny respondentů

2. skupiny. Téměř polovina respondentů 1. skupiny se zajímá o články o hubnutí a dietách, naproti tomu více než 2 třetiny respondentů 2. skupiny o tyto články nejeví větší zájem. Na otázku, zda již drželi dietu, opět odpovídalo kladně více respondentů 1. skupiny, přesněji větší polovina, naproti tomu respondenti 2. skupiny odpovídali ve 2 třetinách záporně. **Cíl byl splněn.**

Třetím cílem bylo zjistit rozdíl mezi sebevědomím a sebepojetím u adolescentů s alespoň jedním rodičem vysokoškolsky vzdělaným a adolescentů s rodiči maximálně středoškolsky vzdělanými. Analýzou dat bylo zjištěno, že polovina respondentů 2. skupiny a pouhá 1 čtvrtina 1. skupiny už slyšely narážky na svou postavu, které je posléze trápily. Více respondentů 1. skupiny je spokojeno se svou postavou oproti respondentům 2. skupiny. Polovina respondentů obou skupin si připadá atraktivní a přitažlivá. 3 čtvrtiny respondentů 2. skupiny a pouhá 1 třetina respondentů 1. skupiny se hodnotí pozitivně a kladně. Alarmující by měla být skutečnost, že více než polovina všech respondentů obou skupin by chtěla vypadat jinak a celkově se změnit a celé 2 pětiny respondentů si připadají tlusté a chtěly by zhubnout. **Cíl byl splněn.**

Hlavním cílem práce bylo zjistit možnou závislost rizika vzniku poruch příjmu potravy na nejvyšším ukončeném vzdělání rodičů adolescentů. Stanoveny byly 3 hlavní rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy a to: Špatné rodinné vztahy, příliš velká ovlivnitelnost dobou a okolím a nízké sebevědomí a negativní sebehodnocení. Analýzou dat bylo zjištěno, že respondenti 1. skupiny vychází hůře se svými sourozenci a více respondentů 2. skupiny si myslí, že dělají svým rodičům radost, navzdory kritičtějšímu pohledu na své výkony ve škole. Dále bylo zjištěno, že výrazně více respondentů 1. skupiny oproti respondentům 2. skupiny se zajímá o hubnutí a již ve svém životě nějakou dietu drželi. Narážkami na svou postavu se trápilo více respondentů 2. skupiny, avšak celé 3 čtvrtiny této skupiny oproti 1 třetině 1. skupiny se hodnotí kladně. Výsledky šetření by mohly souviset s přehnanými nároky vysokoškolsky vzdělaných rodičů na své potomky.

Cíl byl splněn.

Doporučení pro praxi:

V klidu si sednout a upřímně se zamyslet nad dnešním ideálem krásy. Přistupovat realisticky ve výchově dětí a neklást na ně přehnané nároky. Dětský lékař při preventivní prohlídce nebo i porodní asistentka ve školách by měli více edukovat o možných rizicích vzniku poruch příjmu potravy u školních dětí.

BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE

- [1] © 2006 AKADEMICKÉ NAKLADATELSTVÍ CERM®, s.r.o. *Psychologie* [online] [cit. 2010-09-04] dostupné na: http://www.cerm.cz/2006/index.php?src=goods_detail&good=novak-michal-spolecnost-kultura-a-poruchy-prijmu-potravy-978-80-7204-657-7&PHPSESSID=6fcabd7f20a73ee37794072cc92939c8
- [2] © Copyright Seznam.cz. *Co znamená BMI* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.prozeny.cz/magazin/zdravi-a-zivotni-styl/bmi-kalkulacka>
- [3] © 2009 ANOREXIE. *Léčba anorexie* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.anorekticka.cz/lecba-anorexie/>
- [4] Burianová, T. *Poruchy příjmu potravy a muži versus ženy* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.ordinace.cz/clanek/poruchy-prijmu-potravy-a-muzi-versus-zeny/>
- [5] CIGLEROVÁ, J. *Twiggy: první supermodelka a pionýrka anorexie* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na http://ona.idnes.cz/twiggy-prvni-supermodelka-a-pionyrka-anorexie-flm-/ona_krasa.asp?c=A090918_135644_ona_krasa_jup
- [6] HEALTH & CARE, s.r.o., *Mentální anorexie* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.obezita.com/anorexie/>
- [7] HORT, VL., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál s.r.o. 2000, 492 s. ISBN 80-7178-472-9
- [8] KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy. 2. aktualizované vydání* Praha: Grada Publishing, a.s. 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-X
- [9] KRCH, F. D. *Bulimie, Jak bojovat s přejídáním. 2. doplněné vydání* Praha: Grada Publishing, a.s. 2003, 170 s. ISBN 80-247-0527-3
- [10] KRCH, F. D. *Bulimie* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.ordinace.cz/clanek/bulimie/>
- [11] KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na http://www.pharmanews.cz/2006_06/potrava.html
- [12] KRCH, F. D. *Mentální anorexie a bulimie* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=19
- [13] KULHÁNEK, J. *Základní informace o poruchách příjmu potravy* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.idealni.cz/info.asp>
- [14] KULHÁNEK, J. *Základní informace o mentální anorexii* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.idealni.cz/anorexie.asp>
- [15] KULHÁNEK, J. *Základní informace o mentální bulimii* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.idealni.cz/bulimie.asp>
- [16] KULHÁNEK, J. *Základní informace o záchvatovitém přejídání* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.idealni.cz/prejidani.asp>

- [17] KULHÁNEK, J. *Jak se léčí bulimie* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na http://www.idealni.cz/jak-se-leci-bulimie+terapie_show.asp?id=1626
- [18] MALÁ, K. *Edukace v léčbě PPP* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://mala.karolin.sweb.cz/edukace%20PPP.htm>
- [19] NUTRICARE. *BMI kalkulačka* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.nutricare.cz/bmi-kalkulacka/>
- [20] PAPEŽOVÁ, H. *Nové terapeutické přístupy na 3. mezinárodní a mezioborové konferenci o PPP* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/12-terapie-a-leba-poruch-pijmu-potravy/134-nove-terapeuticke-pistupy-na-3-mezinarodni-a-mezioborove-konferenci-o-ppp>
- [21] PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ PORADNA BRNO. *Jaké jsou příčiny poruch příjmu potravy?* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.poradenskecentrum.cz/anorexie-bulimie-priciny.html>
- [22] *Pro ana??? nie!!!* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.5ka.webgarden.cz/vazne-nasledky-ppp>
- [23] *Príznaky ppp* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://mia-and-naty.blog.cz/0710/priznaky-ppp>
- [24] SVOJTKA & CO. *Velký ilustrovaný atlas lidského těla. 1. české vydání Praha: Svojtka & Co., s.r.o., 2009, 288 s. ISBN 9788025601525*
- [25] *Terapie - léčba.* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://anorexie.czechian.net/TL.htm>
- [26] ÚZIS. *Typickým pacientem s poruchou příjmu potravy je svobodná dívka ve věku 15–19 let* [online] [cit. 2010-24-03] dostupné na <http://www.vitalia.cz/aktuality/typickym-pacientem-s-poruchou-prijmu-potravy-je-svobodna-divka-ve-veku-15-19-let/>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Vztah s rodiči.....	29
Tabulka 2: Vztah se sourozenci.....	30
Tabulka 3: Oblíbenost v kolektivu.....	31
Tabulka 4: Počet přátel	32
Tabulka 5: Mám oporu v nouzi.....	33
Tabulka 6: Denně pečuji o svůj zevnějšek.....	34
Tabulka 7: Módní trendy	35
Tabulka 8: Články o dietách a hubnutí	36
Tabulka 9: Dieta.....	37
Tabulka 10: Svěřování se s problémy.....	38
Tabulka 11: Atraktivnost, přitažlivost	39
Tabulka 12: Chytrost	40
Tabulka 13: Spokojenost s postavou	41
Tabulka 14: Pravidelné sportování	42
Tabulka 15: Úspěchy ve škole	43
Tabulka 16: Změna postavy.....	44
Tabulka 17: Celková změna	45
Tabulka 18: Hodnocení sebe sama	46
Tabulka 19: Pozitivní hodnocení	47
Tabulka 20: Narážky na postavu	48
Tabulka 21: Snaha o zhubnutí	49
Tabulka 22: touha po změně vzhledu	50
Tabulka 23: Radost rodičům, rodině.....	51

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Vztah s rodiči.....	29
Graf 2: Vztah se sourozenci.....	30
Graf 3: Oblíbenost v kolektivu	31
Graf 4: Počet přátel	32
Graf 5: Mám oporu v nouzi	33
Graf 6: Denně pečuji o svůj zevnějšek	34
Graf 7: Módní trendy	35
Graf 8: Články o dietách a hubnutí.....	36
Graf 9: Dieta	37
Graf 10: Svěřování se s problémy.....	38
Graf 11: Atraktivnost, přitažlivost.....	39
Graf 12: Chytrost	40
Graf 13: Spokojenost s postavou	41
Graf 14: Pravidelné sportování.....	42
Graf 15: Úspěchy ve škole.....	43
Graf 16: Změna postavy	44
Graf 17: Celková změna	45
Graf 18: Hodnocení sebe sama	46
Graf 19: Pozitivní hodnocení.....	47
Graf 20: Narážky na postavu	48
Graf 21: Snaha o zhubnutí	49
Graf 22: touha po změně vzhledu	50
Graf 23: Radost rodičům, rodině	51

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – BMI tabulka

Příloha 3 – Postižení těla při mentální anorexii

Příloha 4 - Postižení těla při mentální bulimii

Příloha 5 – Zdravotní následky poruch příjmu potravy

Příloha 6 – Vyprávění o mentální anorexii

Příloha 7 – Psychoterapie u poruch příjmu potravy

Příloha 8 – Foto

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1 - Dotazník

Ahoj, jmenuji se Tereza Kulová a jsem studentkou 3. ročníku porodní asistence Univerzity Palackého v Olomouci. Veškeré odpovědi, které napíšeš do tohoto dotazníku, jsou přísně důvěrné a anonymní, slouží pouze k účelům mé bakalářské práce, a proto odpovídej upřímně sám, sama za sebe. Předem ti děkuji za spolupráci.

věk:

ukončené vzdělání matky: základní – střední - vysokoškolské

ukončené vzdělání otce: základní – střední - vysokoškolské

Odpovědi zakroužkuj na stupnici 1 – 4:

1 ... zcela souhlasím

3 ... spíše nesouhlasím

2 ... spíše souhlasím

4 ... zcela souhlasím

s rodiči vycházím dobře	1 – 2 – 3 – 4
se sourozenci vycházím dobře	1 – 2 – 3 – 4
v kolektivu jsem oblíbený(á)	1 – 2 – 3 – 4
mám spoustu přátel	1 – 2 – 3 – 4
mám se o koho v nouzi opřít, komu se svěřit	1 – 2 – 3 – 4
denně pečuji o svůj zevnějšek	1 – 2 – 3 – 4
sleduji módní trendy a řídím se jimi	1 – 2 – 3 – 4
zajímají mě články o dietách a hubnutí	1 – 2 – 3 – 4
již jsem držel (a) dietu	1 – 2 – 3 – 4
svěřuji se se svými problémy ostatním	1 – 2 – 3 – 4
připadám si atraktivní, přitažlivý (á)	1 – 2 – 3 – 4
připadám si chytrý (á)	1 – 2 – 3 – 4
líbí se mi moje postava, jsem s ní spokojený(á)	1 – 2 – 3 – 4
pravidelně sportuji	1 – 2 – 3 – 4
ve škole se mi daří	1 – 2 – 3 – 4
chtěl (a) bych změnit svou postavu	1 – 2 – 3 – 4
chtěl (a) bych se celkově změnit	1 – 2 – 3 – 4
hodnotím se pozitivně a kladně	1 – 2 – 3 – 4
záleží mi na tom, aby mě okolí hodnotilo pozitivně	1 – 2 – 3 – 4
už jsem slyšel (a) narážky na svou postavu a trápilo mě to	1 – 2 – 3 – 4
připadám si tlustý (á) a snažím se zhubnout	1 – 2 – 3 – 4
toužím vypadat jinak, než vypadám	1 – 2 – 3 – 4
dělám rodičům, rodině radost	1 – 2 – 3 – 4

PŘÍLOHA 2 – BMI tabulka

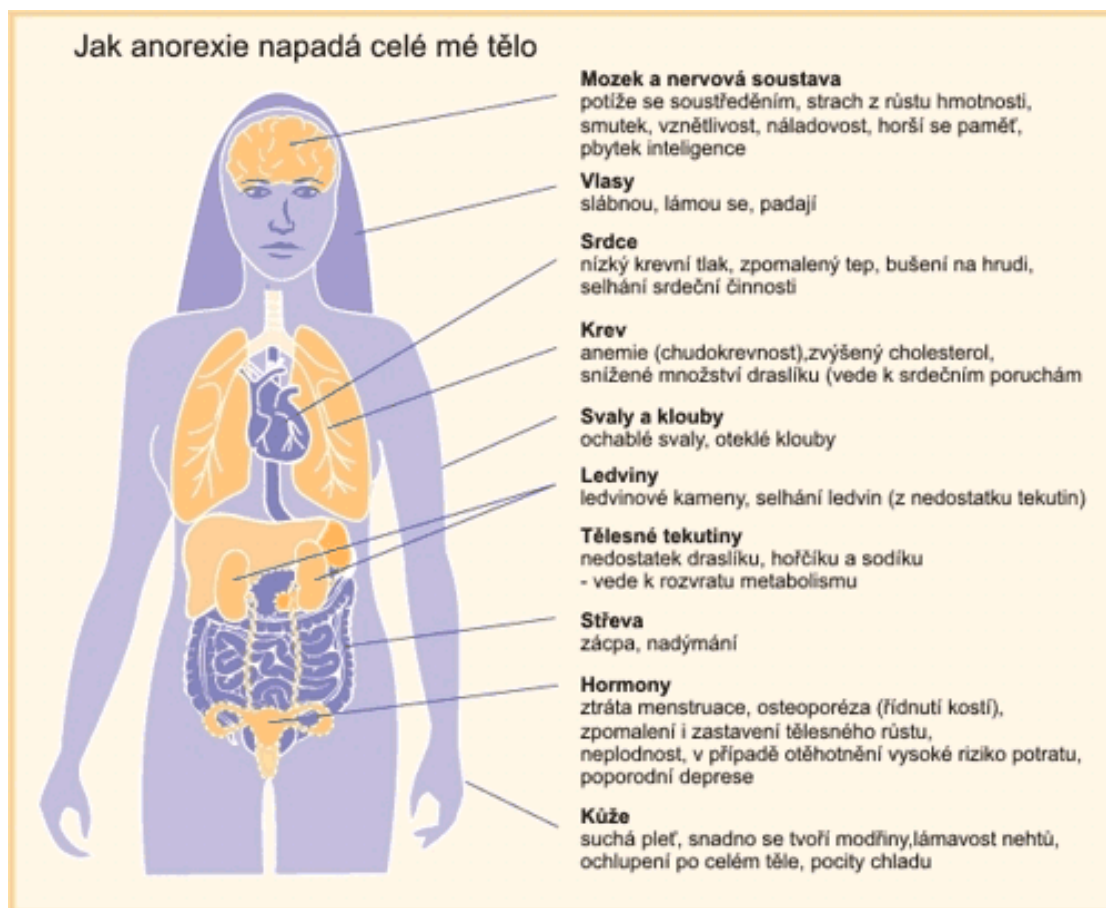
BMI (Body Mass Index) V doslovném překladu se jedná o stupeň tělesné hmoty. Optimální hmotnost je udávána pomocí BMI faktoru, který slouží jako ukazatel tělesné kondice a zdraví. Jedná se o poměr mezi výškou a váhou.

BMI = tělesná váha (kg) / tělesná výška² (m) (www.nutricare.cz, 3. 4. 2010)

BMI	Jak na tom jste
< 19	podváha
19 – 25	optimální váha
25 – 30	nadváha
30 – 35	obezita 1. stupně
35 – 40	obezita 2. stupně
> 40	smrtelná obezita

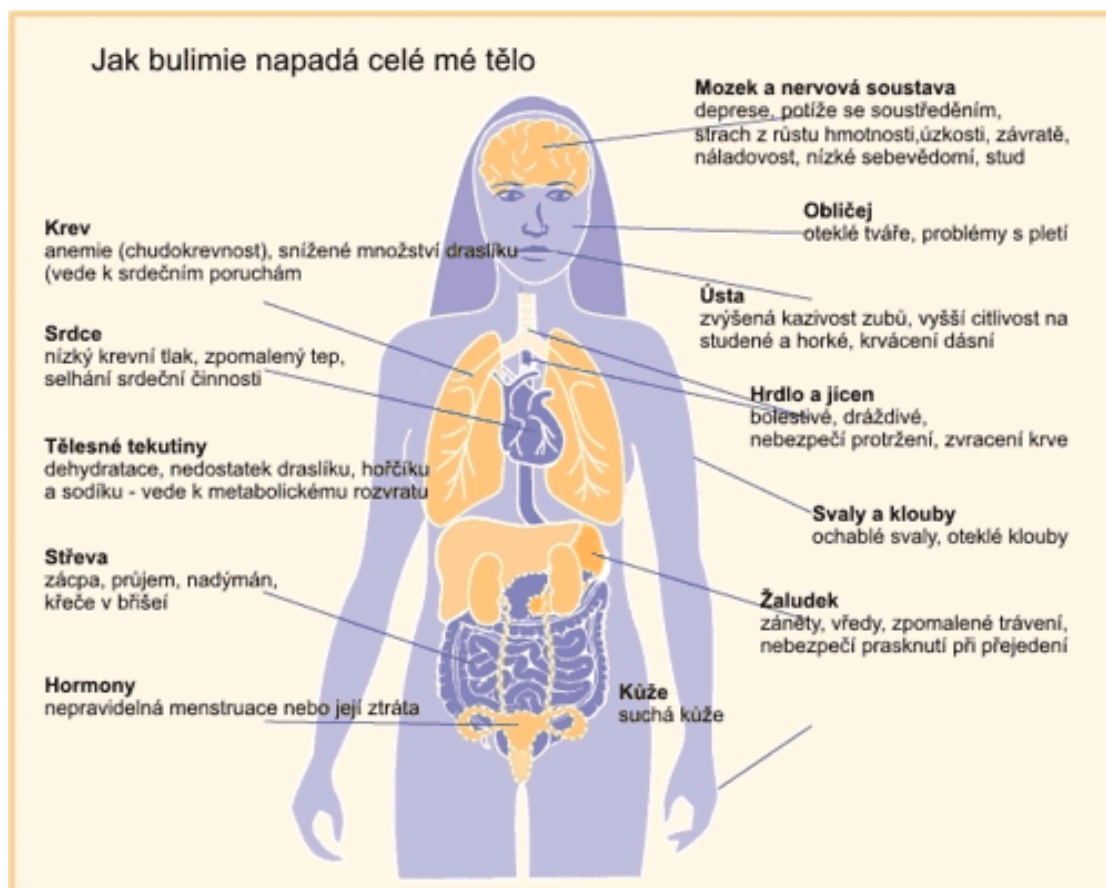
(www.prozeny.cz, 29. 3. 2010)

PŘÍLOHA 3 - Postižení těla při mentální anorexii



(www.5ka.webgarden.cz, 24. 3. 2010)

PŘÍLOHA 4 - Postižení těla při mentální bulimii



(www.5ka.webgarden.cz, 24. 3. 2010)

PŘÍLOHA 5 – Zdravotní následky poruch příjmu potravy

Následky mentální anorexie

Úmrtnost se udává 2-17%, v průměru 8%, plné uzdravení – 50% nejčastější příčiny úmrtnosti u PPP: kachexie, sebevražda, alkoholismus

dermatologické komplikace:

suchá pokožka se žlutým nádechem; svědivost kůže; padání vlasů; lomivost nehtů

srdeční komplikace:

nejčastější příčina smrti anorektiček – náhlé srdeční selhání

arytmie, sinusová bradykardie, pokles TK – jde o fyziologické změny v reakci na hladovění – omezení výkonnosti na bazální metabolismus, neohrožují život

ohrožující jsou: omezená pracovní kapacita srdce, snížení odpovědi krevního tlaku na zátěž, nepravidelnosti v pohybu mitrální chlopně, snížení hmoty levé komory (=riziko pro "vykrmovací syndrom") + následné zhoršení jejího plnění

na echokardiografickém vyšetření – obvykle min. nepravidelnosti pohybu mitrální chlopně změny na EKG

GIT komplikace:

zpožděné vyprazdňování a snížená intestinální pohyblivost

gastritická dilatace při znovuvykrmování, nucení ke zvracení nebo i zvracení

"vykrmovací" pankreatitis a hepatitis

endokrinní komplikace:

rozsáhlé narušení činnosti

porušený metabolismus glukózy, často i sekrece inzulínu narušená

u dívek – amenorhea (integrální součást dg. kritérií dle DSM IV)

často předchází úbytku váhy a může přetrvávat i po dosažení normální hmotnosti

multifaktoriální původ, primárně endokrinní porucha + málo tělesného tuku, excesivní cvičení

dysfunkce hypothalamu (tj. kromě menstruace i např. termoregulace) dysfunkce hypofýzy (nízké hladiny gonadotropinů, "nedospělá", premenarcheální odpověď LH a FSH)

řídnutí kostí spojené s amenorheou, resp. při začátku MA v adolescenci – narušení normální tvorby kostí – následují patologické fraktury

u chlapců – hypogonadismus, snížené hladiny testosteronu, snížené libido

dále komplikace imunologické, hematologické, metabolické:

k metabolickým – hypercholesterolémie, hypo- a hyperkalcemie

(www.mala.karolin.sweb.cz, 24. 3. 2010)

Následky mentální bulimie

lepší prognóza než u MA, optimistický odhad - až 80% vyléčených, úmrtnost nejvýše 2%

hůře se detekují – nejsou nápadné vizáží

Russelovo znamení => odřeniný hřbetu ruky od vyvolávání zvracení (dále kartáček, příbory, mýdlové roztoky, chemické látky, léky – k vyvolání zvracení)

zdravotní komplikace jdou na vrub spíše metodě vyprazdňování a také vlastnímu přejídání

zvracení – esofageální poruchy,

zneužívání diuretik, laxativ – interní a systémové poruchy

komplikace v ústní dutině:

bolesti hltanu; ztráta zubního emailu a dentinu; bolestivé otoky slinných žláz s tendencí k chronifikaci

esofageální komplikace:

poškození jícnu – u zvracení – zánět jícnu, jícnový vřed, zúžení jícnu nebo jeho prasknutí (pak až 20% úmrtnost, pomůže jen včasná chirurgická intervence)

změny jícnového epitelu i riziko jícnového adenokarcinomu, reflux

interní a systémové komplikace:

diuretika – hypokalémie, hypochlorémie → idiopatické otoky

hypokalémie potencionálně nebezpečná – defekty srdeční vodivosti, arytmie

zneužívány i thyroideální hormony – vedou ke zvýšení bazálního metabolismu

projímadla (až desítky tbl. denně) – pocit ztráty váhy pro dehydrataci (kalorická resorbce se realizuje z tenkého střeva)

komplikace obdobné jako u diuretik – dehydratace, nízké ionty

ztráta peristaltiky střev – může vést až ke kolektomii jako jedinému řešení obstipací

vysazení laxativ – otoky, zácpa, zadržování tekutin

neurologické komplikace:

V důsledku akutní poruchy elektrolytové rovnováhy způsobené zvracením, klystýry, zneužíváním laxativ a diuretik – může vyústit v tonicko – klonické křeče i generalizované záchvaty, tetanie, svalovou slabost, stavy akutní zmatenosti, zvýšení hlubokých šlachových reflexů a přechodných neurologických příznaků, které mohou imponovat i jako přechodná mozková ischemie.

diabetici a MB:

MB relativně častější u diabetiků

vynechávání inzulínu s cílem vyvolat diurézu, glykosurii a úbytek váhy

(www.mala.karolin.sweb.cz, 24. 3. 2010)

PŘÍLOHA 6 – Psychoterapie u poruch příjmu potravy

S narůstajícím výskytem poruch příjmu potravy (PPP) anorexia nervosa, bulimia nervosa i psychogenního přejídání jsou ve světě hledány nové, účinnější formy terapie.

V této rychle se rozvíjející oblasti je důležité mít stále na paměti, že stejně jako se mění onemocnění samotné, mění se i naše přístupy k němu. Nové poznatky narůstají geometrickou řadou.

Nejlépe ze všech psychoterapeutických metod byla podrobená výzkumu účinnosti klasická **kognitivně behaviorální terapie** (KBT), která vede k vyléčení u bulimie v 40-60 %.

Novější formy KBT berou v úvahu motivační otázky a terapeutický vztah, interpersonální vztahy i emoční reakce na emoční ohrožení. Mohou znamenat vhodnější formy u pacientek s osobnostními problémy a atypickými rysy či "speciálními potřebami" (danými atypickým věkem, pohlavím, kulturně či váhově). Na KBT jsou založené svépomocné manuály nebo podporované svépomocné aktivity, které jsou často také účinné, ale jejich vliv na průběh onemocnění je také ještě předmětem výzkumu.

Kognitivně Analytická Terapie (CAT) je již 10 let používána jako terapeutický model v léčbě mentální anorexie a bulimie. Byla vytvořena Anthony Rylem (1990) kombinací kognitivně behaviorální terapie s pozorností věnovanou interpersonálním vztahům, především vztahu pacient - terapeut. Pro anorexii a bulimii ji adaptovali a zhodnotili její účinnost angličtí autoři Treasure a Ward. Na konferenci jejich spolupracovnice Claire Tanner demonstrovala, jak CAT především pomáhá porozumět vztahu terapeuta a klienta, jak se rozvíjí během terapie. Terapeut poukazuje na maladaptivní vztahové vzorce, které si pacientky s poruchami příjmu potravy utvořily. Používá dopisů, určených pacientce, ve kterých shrnuje a vysvětluje individuální vývoj problému s jídlem na základě předchozích terapeutických sezení. Nahlédnutí na aktuální vztahový rámec terapeutovi umožní konstruktivně přetvořit vztah s klientem a vést klienta k přijetí zodpovědného přístupu k léčbě. Terapeutické strategie, založené na modelu CAT, byly probrány během workshopu. Claire Tanner je školitelkou kognitivně analytického přístupu, supervizorka a psychoterapeutka. Je již

sedm let odpovědná za supervizi a školení personálu na Specializované jednotce pro poruchy příjmu potravy v Maudsley a Bethel Hospital v Londýně.

Další metodou používanou anglickými kolegy, která v tomto kontextu stojí za zmínku, je Dialektická behaviorální terapie (DBT). Wilson (1996) navrhnul, aby u bulimia nervosa s komorbidní poruchou osobnosti byla užitá terapie používaná u chronicky suicidálních hraničních pacientů. Postup byl zaměřený na zlepšení ovládní afektů u žen s psychogenním přejídáním, a založen na předpokladu, že přejídání plní u těchto pacientek stejnou funkci jako sebepoškozování u hraničních pacientů, krátkodobou úlevu od nepříjemných, negativních afektů. Pacientky se učí, jak se zabavit, zvládat stres, regulovat emoce a zvládat interpersonální dovednosti. Tento přístup může být užitečný samozřejmě i pro bulimické pacientky bez poruch osobnosti.

V semináři konference I. Eisler představil nový přístup v péči o adolescentní pacientky a jejich rodiny. Intenzivní týdenní program sdružující několik rodin v rámci denního stacionáře je doplněn ambulantním sledováním a dalším jednodenním setkáním skupiny rodin. Předběžné údaje naznačují, že tato terapie je jednak účinná, jednak vnímána samotnými rodinami jako pozitivní léčebný přístup založený na spolupráci.

Motivační terapie - shoda cílů terapeuta a pacienta je základní podmínkou pro účinnou léčbu. U pacientek s PPP je však motiv návštěvy často dosti odlišný. Přichází k lékaři jen proto, aby vyhověly naléhavému přání své rodiny (přátel, školy, zaměstnavatele, atd.), aby dokázaly, že obavy okolí jsou přehnané. Tyto „jiné“ motivy, často spojené s ambivalentním postojem k terapii, jsou charakteristické pro oblast zneužívání psychotropních látek, závislostí. Primární úloha terapeuta spočívá v tomto případě v poskytnutí takových podmínek a informací, které napomohou „zdravému“ posunu v motivaci pacienta a umožní vytvořit terapeutický vztah umožňující spolupráci. William R. Miller při práci s alkoholiky rozvinul přístup, který nazval "motivační pohovor". Je to primárně neinterpretativní, ateoretický přístup, založený na empirii a blízky "na klienta zaměřené" (Rogersovské) psychoterapii. Miller se svými spolupracovníky identifikoval základní faktory na straně terapeuta, které působí pozitivně motivačně.

Motivační přístup vyjadřuje metafora: „terapie je víc tancem než zápasem“.

Motivační terapie (MT) je obvykle relativně krátkodobá (typicky 4 sezení) a v mnoha studiích opakovaně prokázala vysokou účinnost ve velice malých "dávkách". MT byla dosud použita v léčbě alkoholové závislosti, obezity, kuřáckého návyku, ale také v motivaci k pravidelnému cvičení či zdravé stravě. Jako součást terapie poruch příjmu potravy byla motivační terapie poprvé zařazena v Maudsley Hospital v Londýně a její používání se rychle rozšířilo do dalších specializovaných jednotek. (www.anabell.cz, 24. 3. 2010)

Arteterapie

Vhodná pro všechny tělesné a duševní nemoci. Jde o manuální práce - malování (vodovými barvami, temperami, pastelkami) na libovolné nebo určené téma.

Ergoterapie

Pracovní terapie. Od vyrábění papírových skládanek až po přesazování květin.

Hipoterapie

Jízda na koni. Významný je vztah člověka a zvířete, neboť se liší, než vztah mezi lidmi.

Montreaux

Nebo-li terapie podle Peggy Claudie-Pierre. Vlastní metoda léčby v australské klinice. Probíhá hospitalizace, kde má každý pacient 24 hodin denně svého ošetřovatele, který se od svého svěřence téměř nehne. Ten má úkol pacienta třeba dvě hodiny přemlouvat, aby snědl trochu té kaše či ji nešel vyvracet. Má za úkol ho rozptylovat a zahrnovat láskou. Pacienti tak postupně ztrácí pocit méněcennosti.

(www.anorexie.czechian.net, 24. 3. 2010)

PŘÍLOHA 7 – Vyprávění o mentální anorexii

Jmenuji se Martina Kulová, je mi 20 let. Žiji se svými rodiči a dvěma sestrami v Olomouci. Od roku 1995 do roku 2004 jsem chodila na ZŠ Heyrovského, od 2004 do roku 2008 na Obchodní akademii v Olomouci, kde jsem zakončila studium maturitní zkouškou. Poté jsem rok pracovala jako obsluha solárního studia. Úspěšně jsem absolvovala přijímací řízení a vstupní dvouměsíční výcvik na Univerzitě obrany v Brně a nastoupila jsem na obor letecké a raketové techniky.

Ve 14 ti letech jsem strávila téměř dva měsíce v lázních v Klímkovicích kvůli operaci slepého střeva. Díky režimu a nedostatku pohybu jsem přibrala skoro 10 kg. Ani si nedovedete představit reakci mého okolí, hlavně pubertálních spolužáků, když jsem se vrátila do školy. Čelila jsem spoustě nárazek a výsměchu od lidí, od kterých bych to nikdy nečekala. Tito lidé podle mého zaseli semínko pro můj budoucí problém. Ten rok jsem dokončila základní školu a chystala se na střední. Chci jen zmínit, že pro mě bylo již od malička velmi těžké zapadnout do kolektivu, nikdy jsem neměla moc přátel, většinou jednu dvě kamarádky. A právě to jsem chtěla příchodem na novou školu změnit. Chtěla jsem se hned od začátku prosadit, být oblíbená mezi novými spolužáky, ale věděla jsem, že s mými 10 ti kilogramy navíc to nepůjde. V té době se ve mně něco zlomilo a já se rozhodla během letních prázdnin zhubnout. A své hubnutí jsem vzala opravdu svědomitě. Už si nepamatuji, co a kolik jsem v té době jedla, ale výsledek se dostavil poměrně brzy. Každý den jsem se vážila, i několikrát denně, Asi po měsíci jsem shazovala 1 kg během dvou tří dnů. Šlo to opravdu rychle a já začala být posedlá hubnutím. Čím víc se mi to dařilo, tím jsem chtěla být hubenější. Úplně jsem nenáviděla svoje tělo, pořád dokola jsem si říkala, že to ještě není ono, že ještě nemám ploché břicho, že bych měla mít hubenější stehna. Myslím, že někdy v té době nastoupila mentální anorexie. Teď už vím, že i kdybych tenkrát zhubla na 30 kg, nebyla bych se sebou spokojená. Ten vlak se rozjel strašně rychle a už se nedal zastavit.

Z doby, kdy jsem trpěla MA, si toho moc nepamatuji, je to pro mě takové období temna. Jako by mi v té době ani nepracoval mozek. V té době jsem s rodinou příliš dobře nevycházela, vlastně jsem ani s nikým vycházet nepotřebovala. Uzavřela

jsem se s mým hubnutím před světem. Byl to pro mě tenkrát smysl života. Byla jsem úplně mimo.

Na přehnané cvičení jsem neměla sílu. Po návratu ze školy jsem většinou už nic nedělala, jen jsem spala. Vzpomínám si, že mi byla pořád hrozná zima dokonce i v létě.

Ráno jsem posnídala jogurt, Vitalineu s 0,1 % tuku, když mi maminka koupila např. Activii, kde bylo tuku víc, tak jsem radši nesnídala vůbec. Na svačinu jsem si dala jablko a odtučněný tvaroh, během dne ještě nějaké ovoce, müsli tyčinku, odpoledne už jen zeleninu, jeden celozrnný chlebík.

Vážila jsem 45 – 47 kg při výšce 167 cm, měla jsem problém s lámáním nehtů, hodně mi padaly vlasy. Bála jsem se česat, aby mi jich nevypadalo ještě víc. Často mě bolel žaludek. Narostlo mi ochlupení na zádech, hlavně kolem páteře.

To že mám opravdu problém a že bych se měla léčit, jsem si uvědomila až během MB, kdy sem začala mít sebevražední sklony a chtěla umřít.

Rodinná atmosféra byla hodně napjatá. Všichni se o mě báli. Cokoliv mi řekli, sem brala jako útok, nechtěla jsem to poslouchat, chtěla jsem být sama, hrozně mě jejich péče rozčilovala.

V prváku jsem začala chodit s klukem ze školy, s Peťou, je o 3 roky starší. Byl moje první velká láska a já brala náš vztah opravdu vážně. Peťa o mé nemoci nic nevěděl a proto jsem si s ním vždycky odpočinula. Navíc když jsem u něj trávila odpoledne, naši neměli přehled o tom, jestli jím a já jsem se večer vrátila a řekla, že už jsem po večeři. Myslím, že mi to stejně nevěřili, ale nemohli s tím nic dělat. S Peťou jsme strávili Vánoce 2004 a oslavili spolu Nový rok. V lednu 2005 jsem onemocněla meningitidou a ležela v nemocnici. Tam doktoři začali mít podezření, že trpím poruchou příjmu potravy a poslali za mnou psychologa. Ten mi dal vyplnit nějaký dotazník, promluvil si se mnou, poté i s mou maminkou a doporučil návštěvu psychiatrického oddělení ve FN, kam jsme šly hned po mém propuštění. Psycholožka, která měla problém s nadváhou, se s mnou chtěla bavit o hubnutí. Na to jsem opravdu neměla náladu, lhala jsem ji téměř o všem, na co se mě zeptala. Bavila se i s maminkou. Zvážila mě a řekla, že nesmím klesnout pod 45 kg, jinak mě nechá hospitalizovat a maminka mi řekla, že k tomu dá souhlas. S touhle paní jsem

si opravdu moc neporozuměla. Svoje stravovací návyky jsem nijak nezměnila, ale musela jsem večeřet. Maminka mě hlídala a já z toho neměla vůbec radost. Než jsem šla na kontrolu, vypila jsem 2litry vody, abych vážila víc. Ještě jsem se hádala se setrou, protože mě nutila si zout boty. Během měsíce jsem možná necelé kg přibrala díky nuceným večeřím a v té době se s mnou Peťa rozešel. Neřekl mi důvod, ale první důvod, který mě napadl, bylo právě to kg navíc. Peťu jsem denně potkávala ve škole, ale ani mě nepozdravil. Bylo to hrozné, moje nemoc se ještě prohloubila. Hlavně psychicky jsem na tom byla dost zle. V té době mě doma neustále nutili do jídla a mě napadlo, jak to vyřešit. Projímadla. Tvářila jsem se, že jsem v pořádku. Snědla jsem vše, co mi nachystali, ale pokaždé to zapila lahvičkou Gutralaxu. Začala jsem se přejídat, byla jsem posedlá jídlem. Opět se celý můj svět točil kolem jídla. MA se z ničeho nic změnila na MB. Budila jsem se v noci hladem, vyjídala ledničku a zvracela. Jedla jsem i jídla, která mi nikdy nechutnala. Pokaždé jsem se nacpala k prasknutí a pak utíkala na záchod všechno vyzvracet. Nemohla jsem spát. Nesnášela jsem pohled na sebe do zrcadla, nenáviděla jsem se a začala jsem přemýšlet o tom, jak své trápení skončit. Pokusila jsem se dvakrát předávkovat léky, ale pokaždé jsem si to rozmyslela a šla vše vyzvracet. Napsala jsem i dopis na rozloučenou. V té době jsem už měla pejska, kterého mi naši povolili jen proto, že se mysleli, že by mi mohl pomoci. Jednou večer jsem zůstala sama doma jen s pejskem. Byla jsem rozhodnutá, že ten večer ukončím všechno moje trápení. Maminka měla nějaké silné prášky na spaní, dávala mi půlku, když jsem nemohla spát. Řekla jsem si, že když sním všechny, tak to vyjde. Nenašla jsem je, maminka si je ten večer vzala s sebou, jako by to tušila. Začala jsem brečet, povídat si s pejskem, vše jsem jí řekla, hrály jsme si spolu. A já jsem přišla na to, že vlastně nechci umřít. Dalšího dne jsem šla za maminkou a řekla ji, že potřebuji pomoc. Maminka na doporučení známé mi domluvila sezení u paní psychiatricky v Prostějově. Doktorka byla skvělá, od první chvíle jsme si rozuměly a já k ní měla důvěru. Předepsala mi antidepressiva a já k ní jezdila na kontroly téměř 3 roky, ze začátku dvakrát do měsíce, později už méně často nebo podle potřeby. Moje váha se ustálila a já jsem se po dlouhé době začala sama sobě zase líbit. Loni se mi podařilo prášky úplně vysadit. Letos jsem nastoupila na Univerzitu obrany v Brně. Mám nového přítele. Jezdím domů na víkendy a s radostí můžu říct, že můj vztah s rodiči i sestřičkami je mnohem lepší, celý týden se na ně moc těším. Netvrdím, že jsem se svou postavou

stoprocentně spokojená, ale to není skoro nikdo, pořád je co zlepšovat, ale co můžu říct s naprostou jistotou je, že už nikdy nedopustím, aby mi nějaká nemoc zatemnila mozek a připravila mě o rodinu.

Kulová Martina v Olomouci dne 3. 3. 2010

Anorexie jinýma očima

Jistě mi dá má rodina za pravdu, že tak hodný človíček, který se narodil v červnu 1989, je vzácnost. Byla moc hodná, krásně spala a dělala radost nejen mámě a tátovi, ale i paní doktorce. Od malinka byla snaživá, vnímavá a učenlivá. Ve třech letech nastoupila do školky sice se slzami, ale zanedlouho si našla kamarády, oblíbila učitelky a nakonec tam ráda chodila. První vráska na pětiletém čele se objevila s narozením mladší sestřičky. Musela se dělit o mámu. Nástupem do první třídy začalo krásné bezproblémové období. Učitelé si ji chválili, měla výborný prospěch, zvládla jazykovou školu i hru na flétnu.

Dětství mých dcer bylo harmonické, klidné a plné lásky rodičů, prarodičů a prarady.

Zlom nastal po návratu z pětítýdenního léčení v lázních po operaci slepého střeva. Mart'a se vrátila jako vyměněná. Už to nebyla ta bezproblémová, pohodová holka, ale zamlklá a ustaraná bytost, kterou její nejbližší nepoznávali. Začala jsem si vyčítat, že jsem na lázních trvala. Návrat do školy mezi kamarády, kteří si neodpustili poznámku, že přibrala, ji srazil na kolena.

Na léčení poznala kamarádku, která na ni měla velice negativní vliv. Mart'a jí slepě důvěřovala. Byla zamlklá, přestala se svěřovat, téměř s námi nekomunikovala. Velice se vzdálila i sestrám. Nepomohly domluvy, prosby, byla už někým jiným. Výběr střední školy zůstal na nás, vůbec ji to nezajímalo. Chtěla na internát, pryč od starostlivé rodiny, žít si po svém. Dnes jsem velice šťastná, že se ji to nepodařilo prosadit. Myslím, že by to nepřežila. Začalo období temna pro celou naši rodinu. Mentální anorexie nabírala pomalu na síle.

První ročník zvládla sice výborně, ale s vypětím všech sil. Jedla jen velmi málo, ve škole vůbec, i když tvrdila opak. Vše se točilo kolem jídla. Domů chodila úplně vyčerpaná, celé odpoledne prospala. Byla vyhublá na kost. Vypadávaly

jí vlasy, lámaly se jí nehty. Pořídili jsme ji čtyřnohého kamaráda, našla si první lásku, ale ani to nepomohlo. Byly dny, kdy s námi vůbec nepromluvila. Sestry pořádně nechápaly, co se děje, proč pořád řeším Martů. Měla jsem o ni veliký strach. Nikdo, kdo neprožil takovou proměnu milované dcery, nedokáže pochopit, co jsem cítila. Mísil se ve mně strach, beznaděj, úzkost, zlost na všechno, výčitky, co jsem udělala špatně, kde jsem udělala chybu. Bála jsem se o její život. Takto to šlo celé dva roky.

Děkuji za večer, kdy za mnou Martůa přišla, že je nemocná a že potřebuje pomoc. Konečně jsem zase měla ten pocit, že pro ni budu máma. Našli jsme paní doktorku, která Martůu vrátila na správnou cestu, sice dlouhou, ale správnou. Vrátila se ke své staronové lásce, zvládla zkoušku dospělosti a začala opět žít. Skončily velice smutné čtyři roky s MA a doufám, že se už nikdy nebudou opakovat, teď už je to jen na Martě. Vztah mezi námi dvěma se začíná pomalu naplňovat důvěrou a oboustrannou láskou, ne opičí, ale opravdovou. Vím, že uběhla dlouhá doba, kdy nás MA rozdělila, ale snad se nám podaří opět se najít.

Mám tři dcery, se kterými prožívám všechny starosti i radosti každodenního života. Bojím se o ně, asi jako každá máma se bojí o své děti. Doufám a velice si přeji, aby si jako sestry byly oporou a MA je už nikdy nerozdělila.

Kulová Kateřina (maminka) v Olomouci dne 2. 1. 2010

PŘÍLOHA 7 – Foto

Zamyslete se nad ideálem dnešní krásy



(www.google.com, 20. 4. 2010)