

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Neziskové organizace v oblasti prevence poruch příjmu potravy**

Bakalářská práce

Jméno autora: Lucie Obstová

Jméno vedoucího práce: Ing. Renata Švestková, Ph.D.

16. 8. 2011

## **Abstract**

Non-profit organizations working in the field of the prevention of eating disorders.

This Bachelor's Thesis focuses on non-profit organization where the prevention of eating disorders is concerned.

The Theoretical Part provides a description of eating disorders, focusing on mental anorexia, mental bulimia and the prevention implemented by non-profit organizations.

The Practical Part concentrates on defining the aim of this Bachelor's Thesis, the methods applied and the characteristics of the target group. The first aim of was to map out non-profit organizations specializing in the prevention of eating disorders. The second aim was to determine how these non-profit organizations operate where prevention and public education are concerned. Data was obtained through qualitative research. Questioning was applied as the research method. Controlled interviews represented the data collection technique. The target group to be researched were non-profit organizations from all over the Czech Republic that deal with the prevention of eating disorders. Two non-profit organizations agreed to participate in the research project. The research project ran from March to June 2011. Research results showed that there are not enough non-profit organizations in the Czech Republic that specialize in the topic under review. Furthermore, research established that Anabell, an unincorporated organization with several branches, holds a leading position in the Czech Republic. Research results also proved that non-profit organizations do not run enough prevention programs and that the public education programs that they run in the Czech Republic are insufficient.

This Bachelor's Thesis may inspire the creation of a wider range of prevention programs and also the spreading of the network of non-profit organizations in the Czech Republic. It may also serve as a source of information for parents and schools where eating disorders are concerned.

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2011



.....

Lucie Obstová

## **Poděkování:**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat zejména vedoucí práce, paní Ing. Renatě Švestkové, Ph.D., za její trpělivost a vstřícnost při vedení mé bakalářské práce, za cenné připomínky, podněty a hlavně za čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem neziskovým organizacím, které byly ochotny se účastnit mého výzkumu. V neposlední řadě děkuji hlavně svým rodičům, babičce a dědovi za to, že mě podporovali po celou dobu mého studia.

## **Obsah:**

<b>Úvod</b>	<b>7</b>
<b>1. Současný stav</b>	<b>8</b>
1.1 Poruchy příjmu potravy	8
1.2 Sociální postoje k poruchám příjmu potravy	11
1.3 Historie poruch příjmu potravy	12
1.3.1 Historie mentální anorexie	12
1.3.2 Historie mentální bulimie	16
1.3.3 Jiné poruchy příjmu potravy	18
<b>1.4 Mentální anorexie</b>	<b>20</b>
1.4.1 Epidemiologie mentální anorexie	23
1.4.2 Etiologie mentální anorexie	23
1.4.3 Sociální a kulturní faktory mentální anorexie	24
1.4.4 Biologické faktory mentální anorexie	26
1.4.5 Zdravotní komplikace mentální anorexie	31
<b>1.5 Mentální bulimie</b>	<b>31</b>
1.5.1 Epidemiologie mentální bulimie	33
1.5.2 Etiologie mentální bulimie	33
1.5.3 Sociální a kulturní faktory mentální bulimie	33
1.5.4 Biologické faktory mentální bulimie	34
1.5.5 Zdravotní komplikace mentální bulimie	37
<b>1.6 Léčba poruch příjmu potravy</b>	<b>38</b>
1.6.1 Druhy terapie	38
1.6.2 Terapeutické přístupy	41
1.6.3 Farmakoterapie	44
<b>1.7 Prevence poruch příjmu potravy</b>	<b>45</b>
<b>1.8 Neziskový sektor v České republice</b>	<b>52</b>
<b>2. Cíl práce a výzkumné otázky</b>	<b>55</b>

2.1 Cíl práce	55
2.2 Výzkumné otázky	55
<b>3. Metodika</b>	<b>56</b>
3.1 Použitá metodika	56
3.2 Charakteristika použitého souboru	57
<b>4. Výsledky</b>	<b>63</b>
4.1 Rozhovory s neziskovými organizacemi	63
4.2 Sumarizace výsledků	70
<b>5. Diskuse</b>	<b>77</b>
<b>6. Závěr</b>	<b>83</b>
<b>7. Seznam použité literatury</b>	<b>85</b>
<b>8. Klíčová slova</b>	<b>90</b>
<b>9. Přílohy</b>	<b>91</b>

## Úvod

Problémy poruch příjmu potravy jsou v současné době aktuální. V dnešní době narůstá počet případů mentální anorexie a mentální bulimie a začínají se vyskytovat nové formy poruch příjmu potravy např. drunkorexie<sup>1</sup>. Poruchy příjmu potravy narůstají díky mediálnímu vlivu, zejména internetu, na mladou generaci. Proto je velice důležité vytvářet kvalitní a hlavně účinné preventivní programy. Primární prevence má za úkol snížit velké riziko vzniku poruch příjmu potravy. Proto je tato práce zaměřena na zmapování neziskových organizací, které se zabývají prevencí poruch příjmu potravy a také je zaměřena na jejich nabídku preventivních programů a osvětové činnosti.

V současné době se výskyt poruch příjmu potravy zvyšuje na území České republiky oproti ostatním státům, kde počet případů onemocnění poruchami příjmu potravy klesá. Co stojí za vznikem a příčinou poruch příjmu potravy? Je na území České republiky dostatečně vyvinutá síť neziskových organizací, které se soustředí na prevenci poruch příjmu potravy? Je nabídka preventivních programů poruch příjmu potravy dostatečná a účinná? Odpovědi by mohl být výzkum této práce, jehož hlavním cílem je zmapovat činnost neziskových organizací v oblasti prevence poruch příjmu potravy na území České republiky.

Toto téma práce si autorka vybrala také proto, že si sama před 5 lety prošla mentální anorexií a kromě klasických zdravotnických zařízení ji nebyla nabídnuta žádná další alternativa pomoci.

---

<sup>1</sup> Závada či porucha příjmu potravy s cílem redukovat stravu (snížit počet kalorií), aby si člověk mohl dovolit konzumovat více alkoholických nápojů, zejména tvrdých (Kulhánek, 2011).

# 1. Současný stav

## 1.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchami příjmu potravy je označováno patologické jídelní chování, které je bio-psycho-sociálně podmíněné, nejzávažnější jednotky jsou choroby anorexia nervosa a bulimia nervosa (Preis, Kučerová, 2006).

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a pro svůj chronický průběh, velice závažné somatické, psychické a sociální důsledky i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. PPP působí dlouhodobé potíže jak postiženým, tak jejich sociálnímu okolí (Krch, 2005).

Poruchy příjmu potravy zahrnují přejídání i nedostatečný příjem potravy. Patří sem také různé způsoby, které mají napomoci úbytku váhy, např. užívání projímadel nebo vyprazdňování žaludku zvracením (Benson, 2010).

Poruchy příjmu potravy jsou zařazeny mezi behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Rozeznáváme dva hlavní typy poruch příjmu potravy: mentální anorexii a mentální bulimii (Malá, Pavlovský, 2002).

U poruch příjmu potravy má jídlo a vše, co s ním souvisí kromě biologického významu také mnoho významů psychologických, např. projev frustrace a sociálních aspektů. Poruchy příjmu potravy jsou řazeny do bio-psycho-sociálního modelu psychických poruch (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

Rozeznáváme dva extrémní případy příjmu potravy a to odmítání jídla v podobě anorexie nervosy a nadměrný příjem jídla, který vede k nárůstu obezity v podobě bulimie nervosy. Když pozorujeme oba tyto jevy, vidíme v nich řadu společných znaků (Falaide, 2010).

U chlapců se poruchy příjmu potravy vyskytují jen velmi zřídka přibližně 1 ku 10. Počátek onemocnění spadá většinou do adolescence a nezřídka dochází k přesmyku z anorexie do bulimie. Jde o onemocnění, která mohou být i smrtelná. Mortalita



je udávána mezi 15–17 %. Příčinou smrti kromě komplikací kachexie bývá i spáchání sebevraždy (Koutek, Kocourková, 2003).

Negativní přístup k vlastnímu tělu a narušený postoj k jídlu se úzce váže na sebehodnocení převážně adolescentů. Celková nespokojenost, nadměrný stres a také nuda, vedou, jak k nadměrné kontrole a restrikci v oblasti jídla, tak k pocitu viny. Poruchy příjmu potravy jsou považovány za tzv. podmíněný (osobnostně, sociálně, kulturně) syndrom. Klinický obraz poruch příjmů potravy je stále heterogennější, nemocní v této oblasti jsou stále více psychicky i sociálně diferenciovanou skupinou. Změna stravovacích návyků a také vztah k příjmu potravy podléhají jistě kulturním a moderním trendům. Nejde jen o vysněný ideál štíhlosti a zdraví, poruchy vztahu k vlastnímu tělu jsou determinovány poruchami celkového sebehodnocení, ambivalentním hodnocením vlastního výkonu a silnou potřebou sebekontroly. Poruchy příjmu potravy také souvisejí s problémy s identitou, s nechutí či neschopností zvládnout vývojové úkoly převážně v období adolescence a také se strachem z dospělosti (Macek, 1999).

Příjem potravy může mít pro člověka velmi mnoho psychologických významů a také potravou můžeme hodně věcí nahrazovat. Strava může být prožitkem, způsobem jakési odměny, prostředkem ke snížení stavu úzkosti nebo vyplnění pocitů prázdnoty a osamělosti, ale také může být formou vyjádření nepřátelského postoje či obranou (Práško, 2003).

Prevalence sebepoškozování u pacientů trpících poruchou příjmů potravy je 25 až 45 %. Pro vysoký stupeň komorbidity svědčí v dnešní době již mnoho prací. Až u 50 % těch, kteří se sebepoškozují, můžeme najít v anamnéze údaj o poruchách příjmu potravy (Platznerová, 2009).

Součástí klinického obrazu poruch příjmů potravy je ve většině případů touha zhubnout. Přání být hubenější se pohybují od vyjádření nespokojenosti, např. s tlustými stehny, touhy trochu zhubnout, či být hezčí až po vyjádření touhy po extrémní hubenosti. Dívky si nejčastěji přejí zhubnout kvůli příteli, ale velkou roli zde hrají také kamarádky, spolužačky nebo sestry. Počátek chorob poruch příjmu potravy doprovází

rozdílně dlouhé období, kdy má nemocný pocit, že může kdykoliv s redukcí tělesné hmotnosti skončit. Na začátku poruchy příjmu potravy mívají často pacienti jasně stanovené cíle, kolik kilogramů chtějí zhubnout. Velmi často bývají přesvědčeni o tom, že až cíle dosáhnou, budou spokojeni, všeho nechají a navrátí se k normálnímu stravování. Když se blíží nemocní k cíli, zjišťují však, že chtějí ještě něco zhubnout a nepřipadají si dostatečně dokonalí (Sládková, 2005).

Některé příznaky mentální anorexie je možné sledovat až u 6 % dívek na konci puberty. S postupem času přibývá dívek, kterým se nedaří přizpůsobit se sníženému příjmu energie a začnou se přejídat. Velkým strachem z tloušťky, nespokojeností se svým tělem, nevhodnými jídelními návyky a způsoby jak kontrolovat svou tělesnou váhu, dnes trpí mnoho dospělých žen i mužů. Komplexní charakter mentální anorexie a mentální bulimie, jejich závislost na celospolečenských a kulturních vlivech a také velmi křehká hranice mezi normou a patologií je staví na pomezí psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů. Nemocní s těmito poruchami představují velmi heterogenní skupinu s různorodými problémy. Jejich pozorování může potvrzovat navzájem odlišné hypotézy a mohou být zdrojem rozličných spekulací, které pak ovlivňují i způsob léčby. Složitost a diferencovanost problematiky postižených poruchami příjmu potravy však neznamená, že jde o nesrozumitelný nebo logiku postrádající problém. Základní symptomatologie poruch příjmu potravy má svůj logický vývoj, biologický, osobní a sociální význam. Nepatřičné jídelní postoje nemocných se často příliš neodlišují od postojů referenčního prostředí a jejich nesprávné jídelní návyky jim v určitém směru přinášejí uspokojení. Změna v jídle a ve výživě vůbec je zásahem do složité fyziologie organismu, který může mít dlouhodobé psychické i sociální důsledky. Léčba takto různorodé skupiny nemocných, trpících poruchami příjmu potravy, kteří přicházejí v různé fázi rozvoje poruchy a s různým očekáváním, je spojena s celou řadou dalších problémů (Krch, 2005).

Poruchy příjmu potravy jsou zdraví velmi nebezpečné, když nejsou léčeny, mohou nakonec způsobit metabolický rozvrat. Při podezření na mentální anorexii či mentální bulimii se doporučuje konzultace s lékařem, u dětí a dospívajících bývá první volbou obvodní lékař (Kulháněk, 2011).

Poruchy příjmu potravy se MKN řadí mezi syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Poruchy příjmu potravy se v MKN značí jako F 50. Mentální anorexie můžeme v Mezinárodní klasifikaci nemocí najít pod označením F 50.0. Mentální bulimii nalezneme v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod označením F 50.2. MKN můžeme definovat jako soustavu kategorií, do nichž jsou zařazovány chorobné jevy podle zavedených kritérií (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2008).

V naší společnosti je bohužel stále výrazněji preferována štíhlá postava na úkor postavy s plnějšími tvary. Se štíhlou postavou jsou velmi často asociovány kladné charakteristiky, jako je např. střídmost, pracovitost a také silná vůle. Štíhlost se tak velmi často stává symbolem či nutnou podmínkou štěstí a úspěchu. Vedle těchto faktů však existují povolání, kde je štíhlost podmínkou, jedná se například o baletky, tanečnice a modelky. Někteří autoři poukazují na zvýšené riziko poruch příjmu potravy u těchto skupin (Stodolová, 2004).

## **1.2 Sociální postoje k poruchám příjmu potravy**

Veškeré aktivity spojené s hubnutím mohou být někdy laicky považovány za důsledek vlivu sdělovacích prostředků a módního trendu vůbec. Populace je nepovažuje za chorobu, ale spíše za hloupost dotyčné postižené osoby, která se v tomto směru chová nepřiměřeně. Okolí kolem osoby trpící PPP má sklon bagatelizovat potíže s příjmem potravy, protože tyto poruchy jsou velice těžké na pochopení. Ze začátku se okolí domnívá, že jde pouze o přehnanou snahu zhubnout, kterou lze podle nich ovlivnit domluvou a smysluplným argumentováním. Vztah ostatních jedinců k postiženému člověku bývá ambivalentní, okolí se mu snaží pomoci, ale zároveň na něho mají zlost, že si ubližuje (Vágnerová, 2002).

Zatímco v časopisech pro ženy a v módním průmyslu některých zemí byla propagace extrémní štíhlosti omezena, časopisy pro muže se v posledních desetiletích začaly více podobat těm nejhorším zkresením a nadsázkám v zobrazování žen, které jsou známé ze 70. let. Někteří autoři navrhují zařadit do psychiatrické klasifikace

tzv. Adonisův komplex, který zahrnuje zkreslené vnímání těla, abnormální jídelní návyky a obsedantní myšlení na vlastní svalstvo, zneužívání steroidních hormonů, excesivní cvičení, která vedou v důsledku k sociální izolaci a snížení vlastních zájmů. Analogický rozpor u žen mezi touhou po extrémní vyhublosti a preferencemi mužů, kteří prahnou po nabrání svalové hmoty, byl popsán už roku 1985. U nás byl tento syndrom popsán Schreiberem jako anomální péče mužů o zvýšení svalové hmoty vlastního těla, ale bez zvýšení tukových zásob. V této spojitosti jsou často popisovány u svalové dysmorfie podobné následky jako u mentální anorexie (Raboch, 2006).

### **1.3 Historie poruch příjmu potravy**

Už stovky let jsou popisovány různé formy narušeného příjmu potravy. Dlouho známým je například tzv. ruminace neboli vracení rozžvýkaného sousta zpět do úst k dalšímu žvýkání. Od starověku je známá tzv. pica, tedy touha po bizarních látkách, které nejsou vhodné ke konzumaci (Krch, 2005).

#### **1.3.1 Historie mentální anorexie**

Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k běžným příznakům spousty somatických poruch, ale také k široké škále psychiatrických syndromů. Po staletí se však toto chování samo o sobě nepokládalo za primárně patologický jev. Extrémní dodržování půstu bylo zpočátku součástí sebetrestajících praktik mnoha zbožných křesťanů. V pozdější době vyvolávalo dlouhodobé odmítání potravy, pokud ho nedoprovázely příznaky známých chorob, například tuberkulózy, spíše úvahy o nadpřirozených silách nebo o vlivu ďábla. Přehnané nebo atypické formy odmítání jídla začaly být posléze pokládány za známku duševní poruchy (Krch, 2005).

Přehnaný půst měl závažnou roli v životě spousty hluboce věřících žen hlavně v období pozdního středověku. Tyto svaté ženy tvrdily, že jsou na živu bez potravy nebo jen s velmi omezeným příjmem jídla, drží boží pomoc. Římskokatolická církev

od počátku novověku velice omezila množství svatých, kteří byli kanonizováni, a s tím začal klesat i počet těchto „postících se světic“. Také začalo být čím dál víc obtížnější připisovat vysvětlení nepochopitelných jevů nadpřirozeným silám. V této době se objevují tzv. zázračné dívky, tedy postící se mladé dívky. Většinou to byly adolescentní dívky, které se vysloveně neodvolávaly na boží inspiraci. Přes tento fakt se jim dostávalo značné místní, někdy i celonárodní pozornosti, protože dívky tvrdily, že přijímají pouze minimální množství potravy nebo že nejedí nic. V některých případech se za zázračnými dívkami vydávaly tisíce poutníků, kteří jim přinášeli dary. Tyto případy vyvolávaly ostré diskuse mezi lidmi, kteří od lékařů čekali odpověď na otázku, jestli je to podvod nebo zázrak. Řada lékařů si myslela, že abstinence potravy je zázrak, způsobený božím přičiněním. S postupnou sekularizací společnosti byly tyto metafyzické představy nahrazovány teoriemi více pozemského rázu. V průběhu devatenáctého století se začalo nahlížet na odmítání potravy jako na něco patologického, až většina lékařů začala pokládat déletrvající odmítání jídla za zjevnou známku choroby. Také společnost začala zázračné postící panny vidět spíše jako hysterické osobnosti snažící se upoutat pozornost. Tento názor převládal zpočátku i v době, kdy již byla popsána a známa klinická diagnóza mentální anorexie (Krch, 2005).

Termín mentální anorexie implikuje, že porucha vyplývá z neurotické ztráty chuti k jídlu. V antických dobách termín anorexie označoval stav celkové únavy. Galén, jedna z nejvýznamnějších postav medicíny té doby, používal termín anorexie v užším slova smyslu jako absenci chuti k jídlu nebo dokonce jako odpor k jídlu. Galén i Hippokrates obvykle užívali pojem *asitia*, když popisovali odmítání potravy. Odmítání potravy bylo především připisováno špatným tělesným tekutinám (Krch, 2005).

Termín tzv. nervová anorexie se objevuje převážně ve francouzské literatuře na počátku devatenáctého století. Ve své práci o ženských chorobách rozlišuje v roce 1840 Fleury Imbert, skoro neznámý francouzský fyziolog a frenolog, kromě bulimie a *picy* ještě dva druhy anorexie: anorexii gastrickou a anorexii nervovou. Anorexie gastrická je spíše poruchou trávení a u anorexie nervové pacienti spíše odmítají jíst, protože mozek nevyvolává pocit hladu. Tato nervová anorexie je provázena různými

neurotickými symptomy, jako je změna naladění, která vyvolává melancholii, hněv a úzkost. Imbertově poznatkům se nedostalo žádné odezvy ze strany profesionálů a zcela zapadly v análech lékařské historie. Od devadesátých let devatenáctého století se ve Francii pojem mentální anorexie stal běžně užívaným lékařským termínem. Britský lékař William Gull úspěšně zavedl v roce 1874 termín anorexia nervosa. Evidentně šlo o nesprávné pojmenování, kvůli kterému během následujících sedmdesáti pěti let byla ztráta chuti k jídlu mylně pokládána za nezbytné kritérium tohoto syndromu (Krch, 2005).

Moderní historie pojmu anorexia nervosa se datuje teprve od sedmdesátých let devatenáctého století, ale přesto nejde vyloučit, že tato porucha existovala už mnohem dříve pod jinými jmény. Odmítání jídla patřilo k běžným průvodním symptomům dávno známých jevů např. hysterie, zamilovanost, mánie, melancholie a všech druhů psychotických poruch. Z tohoto hlediska je především významná blednička, která byla často zmiňována v osmnáctém a devatenáctém století v lékařské literatuře. Tato nemoc postihovala zejména krásné mladé ženy a projevovala se celou řadou příznaků, např. bledostí, ztrátou menstruace a ztrátou chuti k jídlu. Na konci devatenáctého století bylo prokázáno, že příčinou této choroby je pravděpodobně nedostatek železa a tak se během několika desetiletí stala blednička lékařskou kuriozitou. Pro historii mentální anorexie je také významný dlouho zapomenutý jev nervového opotřebení, který popsal Richard Morton (Krch, 2005).

První věrohodně popsané případy mentální anorexie se začaly objevovat až ve druhé polovině devatenáctého století. William Stout Chipley popsal v roce 1859 tzv. sitiomanií, která byla označována jako sitiofobie (chorobné nechutenství). Kromě této dobře známé formy odmítání potravy u duševně nemocných zaznamenal také jiný druh odmítání potravy u vyhublých dospívajících dívek pocházejících z vyšších kruhů společnosti, které se tím snažily upoutat pozornost. V roce 1860 otiskl francouzský lékař L. V. Marcé článek o zvláštní formě hypochondrického deliria. Pozoroval několik pubertálních dívek, které trpěly nechutí k jídlu nebo bolestivým trávením. Některé pacientky došly k tzv. delirickému závěru, že nemohou nic jíst a proto celé měsíce skoro nic nejedly a byly vyhublé až na kost. Všechny jeho pokusy o změnu jídelního

režimu se potýkaly s důmyslnými lstmi a velkým odporem. Marcé v tomto článku popisoval první případy mentální anorexie a jeho pozorování bylo velmi přesné, ale přesto se nesetkal s velkou odezvou. Teprve za více než deset let se chorobné hladovění stalo zvláštní klinickou kategorií, která byla uznávána lékařským světem. O autorství prvního jednoznačného popisu se spolu dělí pařížský lékař E. Ch. Laségue a londýnský lékař sir W. W. Gull. Laségue publikoval v dubnu 1873 svůj článek o anorexi hystérique a Gull přednesl v říjnu téhož roku svoji přednášku o anorexia hysterica. Oba lékaři se shodli na tom, že mentální anorexie je psychogenní onemocnění, které se vyskytuje převážně u dívek a mladých žen. Charakteristické znaky např. hmotnostní úbytek, zácpa, neklid a absence jakýchkoliv známek organické patologie, které popsali tito lékaři, platí i dnes (Krch, 2005).

I když byla mentální anorexie tak přesně popsána lékařskými kapacitami, ani nadále jí nebyla věnována velká pozornost. Bohužel i v zemích jejích dvou objevitelů trvalo další desetiletí, než se lékařský tisk začal o tuto novou nemoc více zajímat. V mnoha zemích, např. v USA, v Německu a v Itálii, zůstala mentální anorexie okrajovým jevem až do 20. století. Zprvu byla mentální anorexie považována za duševní poruchu. V roce 1914 hamburský patolog objevil u některých vyhublých pacientů léze v hypofýze a mentální anorexie začala být chybně spojována se Simmondsovou chorobou. Ve třicátých letech dvacátého století byla mentální anorexie pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny znovu považována za duševní poruchu. Mentální anorexie se tedy přesunula z učebnic interní medicíny do učebnic psychiatrie. Od šedesátých let má mentální anorexie pověst moderní a záhadné choroby. K původnímu klinickému obrazu mentální anorexie, jak jej popsali Laségue a Gull, přibyly dva další podstatné znaky: neúnavná snaha dosažení štíhlosti a narušené vnímání obrazu vlastního těla. V poslední době se ze vzácné a málo známé poruchy stala módní porucha, kterou společnost sleduje s velkým zájmem (Krch, 2005).

### 1.3.2 Historie mentální bulimie (přejídání)

Dějiny mentální bulimie jsou podobně staré jako historie odmítání potravy. Nenasyté požívání potravy bylo časté zejména mezi privilegovanou elitou společnosti. Na jarmarcích někdy společnost obveselovali výjimeční jedlíci, kteří se předváděli vedle zříd a dalších atrakcí. Nadměrné přejídání existovalo v medicíně od nepaměti (Krch, 2005).

Podobně jako termín anorexie má i termín bulimie rozsáhlou historii. Podle Plutarcha pojem bolimos označoval démona a původně znamenal velký hlad. Pozdější jazykovědci tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad) a popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk dokázal spořádat celého vola. Termín bulimie se však vztahoval i na slabost a mdloby, které byly způsobené hladem. V lékařství byla etiologie bulimie těsně spojena s dysfunkcí nebo abnormalitami trávicího ústrojí. Různé významy a rozdílné vysvětlení pojmu bulimie přetrvávaly z dob antiky až do začátku moderní doby. Někteří vědci osmnáctého století rozlišovali dokonce až sedm druhů bulimie. Čtyři z těchto druhů byly symptomatické a byly provázeny dalšími příznaky např. průjmem, křečemi, cizopasníky. Primární bulimie byla rozdělována do třech kategorií: bulimia helluonum (nadměrný hlad), bulimia syncopalis (omdlévání z hladu) a bulimia emetica (přejídání se zvracením). Stále více byly brány v potaz emocionální faktory jako např. sklíčenost. Přesto ve dvacátém století považovali internisté hlavně v Německu a ve Francii bulimii v první řadě za projev špatného trávení. Poměrně nedávno získala mentální bulimie status široce uznávané psychiatrické diagnózy. V roce 1979 poprvé použil britský psychiatr G. Russel termín bulimia nervosa, kterým označil neovladatelné nutkání se přejídat ve spojení s chorobným strachem ze ztloustnutí a s vyhýbáním se ztloustnutí jako následku jídla, vyvoláním zvracení nebo zneužíváním projímadel u žen s normální tělesnou hmotností (Krch, 2005).

Výraz mentální bulimie je nový, ale zprávy o chorobném hladu se objevují již s prvními lékařskými záznamy v historii. V medicíně je tato abnormalita známá jako fames canina (psí hlad). Od starověku až do devatenáctého století tak byla označována



chorobná žravost, podobná chování psa, která byla následována spontánním zvracením. Za příčiny zde byly považovány dysfunkce a abnormality žaludku. Přejídání mohlo být spojováno s celou řadou dalších onemocnění např. s nervovými gastrickými poruchami, mánií a hypochondrií. Přejídání a zvracení patřily k symptomům často uváděných hlavně v popisech hysterie, a proto byly někdy označovány jako hysterické zvracení. Uplynulo ještě sto let, než se v lékařské literatuře objevil termín mentální bulimie (Krch, 2005).

Přejídání bylo v minulosti někdy popisováno v souvislosti s mentální anorexií a právě v této souvislosti se poprvé objevila mentální bulimie jako lékařský termín. V roce 1874 popsal Gull nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky a Laségue zaznamenal záchvaty přejídání u pacientek zotavujících se z mentální anorexie. Na přelomu století se objevilo pár kazuistik nutkavého přejídání, po kterém následovalo zvracení. Tyto příznaky nebyly považovány nejprve za samostatný syndrom, ale za neurotickou poruchu nebo za variantu jídelního schématu anorektických pacientů. Nejlépe popsanou kazuistiku publikoval v roce 1944 švýcarský psychiatr L. Binswanger. Na počátku sedmdesátých let byla identifikována relevantní skupina symptomů, která byla odlišná od klinicky správně popsaného obrazu mentální anorexie a obezity. Poté se začaly množit klinické případy žen, které se přejídaly, ale přitom dokázaly udržet svoji hmotnost v mezích normy prostřednictvím zvracení, projímadel, diuretik nebo neustálým držením diety. V mezinárodních klasifikačních systémech duševních poruch, jakým je například DSM-III, se ujal termín bulimie. Tento termín byl však zavádějící a příliš široký. V revidované verzi DSM-III z roku 1987 byla diagnóza bulimie sjednocena s britskou terminologií a byl přijat nový název mentální bulimie. Dodnes však přetrvávají spory o tom, zda je mentální bulimie opravdu samostatnou klinickou diagnózou (Krch, 2005).

### 1.3.3 Jiné poruchy příjmu potravy

Ortorexie, bigorexie a drunkorexie jsou poměrně novými typy poruch příjmu potravy, které jsou ve své extrémní podobě stejně nebezpečné jako mentální anorexie či mentální bulimie (Kulhánek, 2011).

**Ortorexie** je patologická posedlost zdravou stravou. Tato porucha příjmu potravy se projevuje tak, že se u nemocného z počáteční orientace na zdravou výživu, na obchody se zdravými potravinami a na hledání informací, jak se takové potraviny vyrábějí, stává posedlost a hlavní náplň veškerého volného času. U jedince roste strach z nezdravého jídla, zdravé jídlo je podrobováno stále většímu zkoumání a i to postupně přestává být dost zdravé, tedy zcela bezpečné pro konzumaci. Jídelníček jedince se tak zužuje na minimum druhů potravin, nemocný ztrácí na tělesné hmotnosti a trpí podvýživou. Navíc musí na jídlo podobně jako při mentální anorexii velice často myslet, trápí ho úzkosti a deprese, které vedou k pocitu samoty a skutečné izolace. Nemocný si nemá v takovém stavu s druhými lidmi co říct. Častěji se tato porucha vyskytuje u žen, i když v menší míře, než je tomu u mentální anorexie či mentální bulimie (Kulhánek, 2011).

Postižení ortorexií jsou radikálními odpůrci uměle hnojených, geneticky modifikovaných potravin bez použití chemických konzervantů a barviv, výhradně se orientují na bio-potraviny jedinečně ze specializovaných obchodů. Patologické je na této nemoci extrémní odmítání všeho ostatního, nikoliv samotná myšlenka, že by mělo být jídlo maximálně přírodní a tedy zdravější. Seznam vhodných potravin se však dále časem zužuje, ani bio-potraviny nemusejí být přeci bezpečné, záleží na tom, kdo je vyrobil, jestli skutečně dodržel všechny postupy, jestli potraviny nekontaminoval znečištěným vzduchem atd. Současně s tím se nezdravé potraviny mění v jedy, kterými by se nemocný po jejich požití jistě otrávil nebo by určitě vážně onemocněl (Kulhánek, 2011).

Pojem ortorexie použil pro označení fanatického zaujetí zdravou výživou poprvé americký lékař Steven Bratman ve své knize *Healthfood Junkies*. Původně totiž on sám

založil společenství lidí, kteří se zabývali zdravou výživou, ovšem časem zjistil, že přehnané zabývání se zdravým jídlem vede k extrémním změnám ve stravovacích návycích pod vlivem obsesivních omezení se značnými negativními důsledky na fyzické i psychické zdraví a sám komunitu ukončit (Kulhánek, 2011).

**Bigorexie** se týká převážně fyzických proporcí ve smyslu posedlosti vlastním vzhledem. Jde o poruchu vnímání vlastního těla, kdy nemocný usiluje o dosažení velice nereálných hodnot ve své tělesné zdatnosti, svých fyzických proporcí (Kulhánek, 2011).

Bigorektici si velmi často připadají slabí, nedostatečně svalově vyvinutí, trápí je to a jsou ochotni pro dosažení vysněného vzhledu z kulturistických časopisů nebo akčních filmů udělat opravdu cokoli. Často jsou tak závislí na posilování, zneužívají zejména bílkovinné potravinové doplňky a látky, podporující růst svalové hmoty a ovlivňující jejich metabolismus (Kulhánek, 2011).

Mezi základní rizika této poruchy patří tzv. overuse syndrom tedy poškození pohybového aparátu jeho dlouhodobým přetěžováním. Naprosto nevyváženou stravou a nadužíváním doplňků, které obsahují vysoké množství bílkovin a aminokyselin, bývá také přetěžovaný trávicí systém, ledviny a játra. Bigorektici trpí často nadváhou, ke které se dopracují záměrně vysokým příjmem energie kvůli svalovému nárůstu. Velké riziko hlavně pro duševní zdraví přináší sociální izolace, podobně jako u jiných závislostí i zde ztrácejí nemocní společná témata s ostatními lidmi, před společenskými kontakty dávají přednost fitcentru. Do psychických problémů se mohou bigorektici dostat také kvůli nedostatku financí (Kulhánek, 2011).

**Drunkorexie** se označuje jako opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu. Tato posedlost vychází z faktu, že alkohol je poměrně kalorický, opět tu hraje hlavní roli nespokojenost se svou postavou a úzkost z přibírání na váze. Drunkorexie také zahrnuje cílené zvyšování výdeje energie na párty či diskotéce zejména kombinováním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji (Kulhánek, 2011).

Tato porucha se týká více žen. Hlavní nebezpečí takového chování spočívá v tom, že bez stravy se alkohol v žaludku vstřebává mnohem rychleji, do jater se může dostat

za méně než 15 minut. Účinek alkoholu je silnější a také mnohem nebezpečnější pro tělo, které ho hůře vstřebává (Kulhánek, 2011).

Po tělesné stránce je také velmi nebezpečné míchat alkohol s energy-drinkem. Po této kombinaci dochází k velkému zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti, zároveň ke snížení schopnosti vnímat únavu. Nejen lidé se srdeční vadou nebo hypertenzí jsou ohroženi kolapsem, existuje již řada případů náhlého úmrtí. Psychiku ohrožuje choroba drunkorexie podobně jako jiná porucha příjmu potravy (Kulhánek, 2011).

## **1.4 Mentální anorexie**

Mentální anorexie se vyskytuje převážně u dívek v období puberty. Z psychických příčin vzniká úsilí zabránit skutečnému nebo zdánlivému odmítání stravy, zvracením a užíváním laxativ. Omezování příjmu potravy může být příčinou extrémního hubnutí (Kopecká, 1998).

Mentální anorexie vzniká v dnešní době tehdy, když je soudobá škodlivá móda spočívající v držení nejrůznějších diet dohnána až do krajnosti. Tato porucha příjmu potravy se nejčastěji objevuje u dospívajících, kteří nejprve začnou s běžnými metodami hubnutí, které se jim později vymknou z rukou. Mentální anorexie se většinou vyskytuje ve střední a vyšší sociální třídě. U neléčené anorexie je prognóza velmi nepříznivá. Pokud se pacient léčí tak platí tzv. pravidlo třetin: 1/3 se vyléčí úplně, 1/3 se vyléčí částečně, 1/3 se vyléčí jen minimálně a hrozí trvalé postižení nebo i smrt. Prognózu zhoršují tyto faktory: když nemoc trvá dlouho, nemoc začala v pokročilejším věku, pacient trpí pocitem úzkosti, velký váhový úbytek, dětství v neuspořádaných poměrech, špatné vztahy s rodiči, pacient je mužského pohlaví (Benson, 2010).

Mentální anorexie není jen o hmotnosti nebo stravě, alespoň ne v jádru problému. Mentální anorexie, a poruchy příjmu potravy obecně, jsou mnohem komplikovanější. Jídlo a váha jsou jen související příznaky hlubšího problému, jako je deprese, osamělost, nejistota, tlak být perfektní (Smith, Kovatch, Segal, 2011)

Mentální anorexie je onemocnění, kterým trpí nejčastěji mladé dívky. Při této nemoci dochází k úmyslnému snižování váhy, které si postižený způsobuje a udržuje sám. Roční prevalence se odhaduje na 4 případy na sto tisíc obyvatel. Tělesná hmotnost je nejméně o 15 % nižší, než by mělo odpovídat věku jedince a jeho výšce. Pacientky se většinou vyhýbají stravě s velkou kalorickou hodnotou, užívají diuretika, anorektika a nadměrně cvičí. Pacientky mají strach z tloušťky, který přetrvává i při jejich kachektizaci (Raboch, Pavlovský, 2003).

Mezinárodní klasifikace nemocí má za zejména za úkol sjednotit různé názvy nemocí v různých zemích. MKN používá tzv. alfanumerický systém, při kterém využívá velká písmena abecedy a také desetinné třídění do hodnoty tří čísel. Tento systém umožňuje mezinárodní komunikaci. Mezinárodní klasifikace nemocí vychází z koncepce etiologie, patologie a projevů nemoci (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005).

#### **Základní diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F 50.0):**

1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou nebo Queteletovým indexem hmoty těla (body mass index-viz. příloha 9.1) je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek (Říčan, Krejčířová, 1997).
2. Snížení váhy si způsobuje nemocný sám tím, že se úmyslně vyhýbá jídlům, která mají vysoký obsah kalorií, a že užívá jeden z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení (Říčan, Krejčířová, 1997).
3. Je prokazatelně přítomná specifická psychopatologie, přičemž stále trvá strach z tloušťky a nemocní mají zkreslenou představu o vlastním těle. Zkreslená představa o vlastním těle je jako vtíravá myšlenka a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu (Říčan, Krejčířová, 1997).
4. Rozsáhlá endokrinní porucha, která zahrnuje hypotalamo-pituitární osu, se projevuje u ženy jako amenorea a u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se

také objevit zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizonu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu (Říčan, Krejčířová, 1997).

5. Když je začátek onemocnění před pubertou, tak jsou pubertální projevy zpožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení pacienta dochází často k normálnímu dokončení puberty, ale menstruace je opožděna (Říčan, Krejčířová, 1997).

U mentální anorexie nejde o klasické nechutenství, ale spíše o přemáhání hladu a redukci příjmu potravy ve snaze snížit tělesnou hmotnost. Nemocní nejprve omezují vydatné potraviny, postupně redukují i příjem potravin s minimální kalorickou hodnotou, někdy mohou omezit i příjem tekutin. Navzdory vyhublosti trpí pocitem, že jsou korpulentní, typicky v oblasti břicha, hýždí a steh. Paradoxem u mentální anorexie je to, že anorektičky mají zvýšený zájem o jídlo, recepty a vaření pro ostatní členy rodiny. V rozporu s vyhublostí bývají dívky stále aktivní ve školní oblasti, v oblasti zájmů a mnohé přehnaně cvičí (Říčan, Krejčířová, 1995).

Anorektičky neodmítají potravu proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to většinou popírají (Krch, 2002).

### **Diagnostická kritéria mentální anorexie můžeme shrnout do 3 základních znaků:**

- 1) Aktivní udržování nízké tělesné hmotnosti (pod 85 % normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, toto u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI) (Krch, 2002).
- 2) Velký strach z tloušťky, který trvá i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost (Krch, 2002).
- 3) Porucha menstruačního cyklu u žen, pokud nejsou podávány hormonální přípravky (Krch, 2002).

Pro definitivní určení diagnózy mentální anorexie F 50.0 musí být přítomny všechny uvedené příznaky. Pokud chybí jeden nebo více z příznaků, jako je amenorea nebo

úbytek váhy, ale pacient jinak vykazuje téměř typický klinický obraz, tak hovoříme o takzvané atypické mentální anorexii F 50.1 (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

### **1.4.1 Epidemiologie mentální anorexie**

Epidemiologický výzkum má snahu zjistit, jaká je prevalence a incidence mentální anorexie a jaké mohou být její základní determinanty. Od šedesátých let přibývá zpráv o narůstajícím výskytu mentální anorexie. Incidence mentální anorexie je uváděna v počtu nových případů na 100 000 obyvatel a kalendářní rok. Problémem je, že mnoho anorektiček nemusí být hospitalizováno ani léčeno a tím pádem se nedostanou do žádného seznamu pacientů (Krch, 2005).

### **1.4.2 Etiologie mentální anorexie**

Etiologie mentální anorexie je s velkou pravděpodobností multifaktoriální. V pozadí této nemoci jsou vidět vlivy sociokulturní, individuálně-psychologické, rodinné a biologické. Svou roli zde jako pozadí problému hrají vlivy společenské, jako je ideál zdravého štíhlého těla, zaměření na výkon, úspěch a tedy na tzv. západní hodnotový systém (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Nejpravděpodobnější se jeví hypotéza, že psychosociální stimuly, hlavně strach z obezity a některé zátěžové situace, vyvolávají na predisponovaném terénu diferenciované osobnosti vykazující odchylku od normy nerovnováhou fyziologického stavu specifických struktur centrální nervové soustavy. Tento proces je poté ovlivňován dalšími faktory, které se postupně rozvíjejí a jeví značnou progresivitu průběhu. Proto i při plně rozvinutém klinickém obrazu mentální anorexie lze jen s obtížemi odlišit primární psychické a somatické symptomy od sekundárních (Baštecký, 1993).

Mentální anorexie se objevuje zejména v zemích s dostatkem potravy a snadnou dostupností potravy. Rozšíření této poruchy ve druhé polovině 20. století souvisí

zejména s tzv. deritualizací jídla souvisejících právě s tímto nadbytkem. Dívky postižené mentální anorexií bývají často nápadně přizpůsobivé, s perfekcionistickými rysy, ctižádostivé, často s nadprůměrnou inteligencí a se studijními ambicemi. Porucha se projevuje nejčastěji v období adolescence, která klade na jedince zvýšené nároky. Hlavním úkolem období adolescence je psychosexuální zrání a realizace autonomních snah směrem od rodiny. V rámci mentální anorexie dojde k přerušení vývoje zejména v těchto klíčových oblastech. Podle některých autorů je jedním z etiologických faktorů vzniku onemocnění strach z dospělosti a také obava z přijetí mateřské dospělé role. Rodiny nemocných dívek bývají často zaměřené na pracovní výkon a úspěch, s tendencí konflikty spíše zastírat než je otevřeně řešit. V některých rodinách můžeme také pozorovat velké zaměření na váhu, držení nejrůznějších diet apod. Dalším rizikovým faktorem je výskyt afektivních poruch a také alkoholismu v rodině. Velký význam v etiopatogenezi onemocnění má také samo hubnutí (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2002).

### **1.4.3 Sociální a kulturní faktory mentální anorexie**

Jádro problému mentální anorexie je v rychle se měnící kultuře, která oslavuje vyhublou štíhlou postavu a nadměrnou sebekontrolu. Za argumenty, které podporují tuto hypotézu, můžeme především považovat rostoucí incidenci obecně poruch příjmu potravy v zemích tzv. západního světa, u žen, mezi imigranty, např. mezi řeckými dívkami v Německu, baletkami nebo modelkami a v kulturách, které se po druhé světové válce snažily rychle přizpůsobit západnímu způsobu života a hodnotám. Na možnou souvislost mezi incidencí mentální anorexie a sociálním tlakem na dodržování štíhlosti poukazoval už v roce 1939 Ryle. Byla to hlavně H. Bruch, která připomněla, že módní ideál nepřímo ovlivňuje především snadno zranitelné adolescenty. Adolescenti pak vidí ve štíhlosti cestu ke kráse a k úspěchu a svoji sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti (Krch, 2005).



H. Bruch pokládala módní průmysl a všeobecně sdělovací prostředky odpovědné za to, že rozšiřují názor, že hodnota člověka je v tom, že je hubený, a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti člověka. Ženy jsou v dnešní společnosti stále agresivněji konfrontovány se štíhlým ideálem krásy ve sdělovacích prostředcích, ale i zobrazované modelky jsou hubenější. V takovémto společenském prostředí jsou přerušování diet a nadváha vnímány jako selhání a v mnohých případech vedou k sociální diskriminaci, izolaci a hlavně poklesu sebevědomí. Významná role je připisována negativnímu vlivu reklamy a sdělovacích prostředků, které vzbuzují ve čtenářích, posluchačích a divácích nesprávnou představu o tom, že všechno je možné, respektive to, že je možné snadno, rychle, bezpečně a dlouhodobě zhubnout nebo že si můžeme snadno změnit tělesné proporce podobně jako barvu svých vlasů. Protagonisté těchto reklam jsou stále hubenější a stále větší pozornost je věnována různým dietním prostředkům a rádcům, kteří někdy uvádějí zcela nesmyslná, nepravdivá nebo i nebezpečná doporučení. Dietním trendům se také přizpůsobuje potravinářský průmysl, který nabízí stále více nízkotučných tzv. light výrobků. Dieta je luxus, který může být prosazován jen ve společnosti, kde je nadbytek potravin. Zatímco před 40 až 60 lety byly ve společnosti, která se obávala podvýživy a tuberkulózy, oblíbené tzv. prostředky na přibrání, je v dnešní době komerční reklama jednoznačně ovládána prostředky na hubnutí. To bývá také hlavním důvodem, proč některé ženské časopisy závislé na reklamě odmítají publikovat články a zprávy o nebezpečnosti nebo neúčinnosti komerčních prostředků na hubnutí. Idealizaci štíhlosti zaznamenalo už i devatenácté století, kdy začala být štíhlost spojována s představou duchovní krásy a v literatuře byl romantizován vyhublý tuberkulózní vzhled (Krch, 2005).

V rozporu s tím, jak hubne kulturní ideál, všeobecně roste průměrná hmotnost populace. Zatímco nebezpečným důsledkům omezování se v jídle a dlouhodobé neefektivnosti redukčních diet byla věnována jen malá pozornost, nebezpečí obezity je v současnosti často přeceňováno. Předpojatost vůči obézním se bohužel stává kulturním fenoménem. Obézní lidé jsou popisováni jako hloupí, líní a oškliví. Předpojatost vůči obézním ženám je znatelně vyšší oproti obézním mužům. Tato

„antiobézní“ mentalita jen posiluje strach z tloušťky a velice diskriminuje jedince, kteří mají přirozeně vyšší tělesnou hmotnost oproti ostatním (Krch, 2005).

Sociální a kulturní tlak na dodržování štíhlosti jsou v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale hlavně oslabují sebedůvěru především mladých žen, kterým dávají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory. Posilují tím tak strach z tloušťky, nespokojenost s vlastním tělem, nadměrný zájem věnovaný tělesným proporcím a hmotnosti. Tyto postoje pak snadno vyústí v přehnanou kontrolu tělesné hmotnosti. Nevhodné postoje k jídlu a vzory chování se stávají společenským standardem a významným negativním sociálním vlivem. Sociální přitažlivost poruch příjmu potravy má vzestupný trend i v souladu s tím, že mnoho známých osobností, které přiznaly boj s těmito poruchami, se stalo předmětem zájmu médií (Krch, 2005).

Dalším sociokulturním faktorem je vyšší tlak společnosti na ženy v souvislosti se širší škálou profesního uplatnění. Ženy si musí udržovat tradiční přitažlivost a současně se rychle přizpůsobovat požadavkům úspěchu a výkonu v jejich zaměstnání. Změna v pohledu na sociální a kulturní role ženy staví dospívající dívky před dvojnásobná a často rozporuplná očekávání a standardy, která si mohou někdy protiřečit, ať už se jedná o normy fyzické atraktivity, rodinného života nebo sebe prezentace. V tomto nepřehledném kontextu je pak složitější najít sama sebe, hledání osobní identity a autonomie. Snaha o vyzáblost může být také spojena s odmítnutím ženského vzhledu ve snaze odlišit se od své vůdčí matky. Pro některé ženy může být dodržování diet formou obrany před úzkostí, kdy v chaosu světa mohou kontrolovat aspoň svoje tělo. Mentální anorexie je považována za kulturně podmíněný syndrom. Znamená to, že porucha nemůže být pochopena mimo svůj typický kulturní kontext (Krch, 2005).

#### **1.4.4 Biologické faktory mentální anorexie**

**Ženské pohlaví** je jedním z nejrizikovějších faktorů pro rozvoj mentální anorexie. U ženy je riziko vzniku mentální anorexie desetkrát vyšší než u muže. Vzhled ženského těla je tradičně důležitější než mužského a tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy

a muže. K nejdramatičtějším tělesným a psychickým změnám, které mohou zapříčinit vznik mentální anorexie, dochází v průběhu puberty a adolescence. Velmi rychlý tělesný růst je většinou spojen s rostoucí hmotností těla a přibýváním tukových zásob. Průměrná váha českých dívek vzroste mezi 8. až 16. rokem z BMI 16 na 19. Díky současným standardům fyzické krásy může rychlý přírůstek tuku spojený s obdobím puberty představovat pro mnoho dívek hrozbu. Zatímco fyzické dospívání pro muže znamená přibližování se maskulinnímu ideálu krásy, který představuje svalnaté tělo, pro ženu znamená dospívání odklon směrem od toho, co se v dnešní době považuje za krásné. Je dokázáno, že po období puberty výrazně klesá spokojenost dívek s tím, jak vypadá jejich vlastní tělo, tato nespokojenost většinou přetrvává i v období adolescence (Krch, 2005).

S narůstající **hmotností těla** vzrůstá u žen nespokojenost se svým tělem a vzrůstá i nebezpečí redukčních diet a mentální anorexie. Významnou roli při vzniku mentální anorexie hraje však zejména distribuce tělesného tuku. Je prokázáno, že míra v pase a míra přes boky významně koreluje se spokojeností s vlastním tělem a s výskytem jídelních patologií u sledovaných žen. Ženy, u kterých je tělesný tuk uložen nejvíce na bocích, stehnech a hýždích, vykazují vyšší riziko vzniku mentální anorexie (poruch příjmu potravy). Všeobecně známým faktem je, že při úbytku hmotnosti se ztrácí tuková i svalová tkáň. Měně je však známý fakt, že při opakujícím se kolísání tělesné hmotnosti se tělesný tuk získává rychleji. Tato porucha se nejvíce objevuje v obdobích života, která jsou spojena s dramatickými změnami tělesných proporcí, proto má tolik anorektiček nadváhu v anamnéze nebo mají nadváhu či naopak vychrtlost v rodině (Krch, 2005).

Podle některých autorů může právě **nepravidelná menstruace** předcházet počátku mentální anorexie. U většiny anorektiček amenorea následuje pokles tělesné hmotnosti. V 10 až 20 % případů amenorea předchází poklesu tělesné váhy. Seběmenší omezení v příjmu energie vede k endokrinním změnám, tyto abnormality jsou většinou důsledkem spíše diet. Kromě nízkého příjmu energie může hrát také významnou roli nízký příjem bílkovin a emoční stres (Krch, 2005).

Typickým nejrizikovějším obdobím pro vznik mentální anorexie je **období puberty**. Významnou roli při zprostředkování přizpůsobení se dospívajícího na pubertu hraje jeho osobnost, a že pubertální dozrávání je hlavním stimulem při vzniku anorektické symptomatologie. Období puberty u zdravého jedince většinou trvá tři roky. U dívek bývá známkou skončení puberty objevení první menstruace. Podvýživa spojená s mentální anorexií však velmi často přeruší fyzický vývoj jedince, např. zastaví se tělesný růst. Určitá role při rozvoji mentální anorexie je připisována i negativním emocím, které mohou doprovázet hormonální změny v období puberty. Během dospívání velmi vzrůstá uvědomování si sama sebe. Dívky jsou oproti chlapcům vnitřně méně sebejisté, mají velké obavy o to, zda jsou oblíbené či nikoliv, mají nižší úctu k vlastnímu tělu a také výrazně nižší sebevědomí. Sebevědomí dívek se v průběhu dospívání zlepšuje, ale jejich nízké hodnocení vlastního těla přetrvává až do období dospělosti a to bývá hlavním zdrojem jejich sebepodceňování (Krch, 2005).

V průběhu dospívání se také diferencuje vlastní JÁ, vzrůstá uvědomování sama sebe a zvyšuje se zájem o svět vrstevníků. Dospívající je sociálně vnímavější, zranitelnější a také soupeřivější. Velkou roli při posilování negativního sebehodnocení a nadměrné pozornosti věnované fyzickému vzhledu a sebekontrolě má pak kompetenčnost intimního sociálního prostoru (Krch, 2005).

Puberta je obdobím, kdy dochází k výrazným tělesným změnám. S fyzickou zralostí bývá často spojován strach z dalšího zvyšování tělesné hmotnosti, pocity nedostatečnosti a některé další depresivní příznaky (Krch, 2005).

S obdobím dospíváním nejsou spojeny jenom tělesné změny, ale i zásadní sociální změny, které mohou představovat velký stres a také přinášet nejistotu. V období nejistoty značně stoupá míra úzkosti a přecitlivost na reakce okolí. Zvýšená kontrola vlastního těla a hlídání příjmu potravy může být spojena se zvýšenou potřebou kontrolovat měnící se osud a sociální kontext. V současném sociálně-kulturním kontextu nízké sebevědomí může snadno vyústit ve snahu vylepšit svůj fyzický vzhled a držet diety (Krch, 2004).

S obdobím dospívání je spojena také separace od rodiny, snaha po prosazení sama sebe a autonomie. Bez ohledu na to, jaký má časné odloučení od rodiny, např. samostatné bydlení, studium v zahraničí atd., v období adolescence vliv na separační proces, může u rizikových jedinců jednoduše vést k narušení přiměřených stravovacích zvyklostí, případně k rozvoji například právě mentální anorexie (Krch, 2004).

Různé **životní situace** jsou velmi často považovány za významné spouštěcí faktory mentální anorexie. Až v 70 % případů mentální anorexie bývá spouštěcím mechanismem právě závažná životní událost. Z těchto životních situací jsou nejčastěji zmiňovány narážky na tloušťku a fyzický vzhled, sexuální konflikty, významná životní změna, osobní prohra, onemocnění, rodinné problémy nebo odloučení od rodiny (Krch, 2005).

**Rodinné a genetické faktory** jsou také jedním z důležitých biologických faktorů. Velká část pacientů, jejich rodin a terapeutů popisuje začátek a rozvoj mentální anorexie v termínech různých rodinných událostí. Samotný výskyt mentální anorexie je v kontextu rodiny nejbližších příbuzných ženského pohlaví považován za velmi významný rizikový faktor. Ve většině klinických studií se pohybuje výskyt mentální anorexie mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3 až 10 %. Mezi matkami anorektiček se mohou poruchy příjmu potravy a s nimi související ohrožující stravovací postoje a chování vyskytovat častěji. V rodinách anorektiček se poruchy příjmu potravy vyskytují většinou čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné populaci. Tzv. anorektické matky jsou často popisovány jako obtěžující a velice dominantní. Jelikož je matka prvním zdrojem potravy dítěte, tak byla spojována i se vznikem a rozvojem stravovací poruchy. Jako možná příčina stravovacích obtíží dcery je často zmiňován i otec, který může být dominantní nebo naopak pasivní a udržující emoční odstup. Někteří otcové bývají často také popisováni jako zásadoví, vzteklí a agresivní, ale mnohdy idealizovaní svou manželkou. Velká pozornost je v rodinách, kde jeden člen trpí mentální anorexií, věnována spíše vzájemným vztahům a rodině jako celku než jednotlivým členům rodiny (Krch, 2005).

### **Pro rodiny s anorektickým dítětem je typických hlavně pět základních znaků:**

1. Komplikovanost přehnaně blízkých vztahů v rodině, kde blízkost a loajalita jsou oceňovány více než seberealizace a osamostatnění. Nedostatečně vytyčené mezigenerační hranice mohou zapříčinit spojení jednoho dítěte s rodičem a následné vyloučení druhého rodiče na okraj rodiny (Krch, 2005).
2. Složitě vyrovnavání se s konflikty vede k tomu, že se rodina vyhýbá jejich řešení (Krch, 2005).
3. Přehnaná citlivost k potřebám ostatních členů rodiny vede k nadměrné ochraně. Dítě s mentální anorexií cítí nadměrnou potřebu chránit svou rodinu (Krch, 2005).
4. Rodina má ve své rigiditě omezené a pevně stanovené modely interakce. Měnící se potřeby dospívajícího člena rodiny se snaží spíše vstřebat, než se na ně adaptovat (Krch, 2005).
5. Mentální anorexie se objevuje většinou ve věku, kdy se mnoho mladých dívek vyrovnává s životním úkolem opustit domov. V této souvislosti jsou pak jejich problémy chápány jako výraz konfliktu při separaci do rodiny (Krch, 2005).

**Emocionální faktory** – u pacientek s mentální anorexií se velice často objevují depresivní a úzkostné příznaky. Udává se, že kolem 20 % anorektiček splňuje v průběhu základního onemocnění kritéria velké depresivní poruchy. Ani těžká podvýživa a nebezpečí úmrtí bohužel nevedou u anorektiček k oslabení strachu z tloušťky a změně stravovacího chování. Z tohoto důvodu někteří autoři pohlížejí na mentální anorexií jako na určitou formu sebevražedného chování (Krch, 2005).

Příznaky deprese bývají často vysvětlovány jako důsledek různých zdravotních, psychických, sociálních problémů, které jsou spojeny s malnutricí a nepřiměřenou sebekontrolou. Většina depresivních a úzkostných symptomů je spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Bylo prokázáno, že negativní nálada je jedním z hlavních faktorů, které vyvolávají nízký energetický příjem u osob trpících mentální anorexií. Depresivní příznaky se většinou objevují na počátku a v průběhu onemocnění

mentální anorexie. Úzkostné příznaky přetrvávají dlouho po odeznění příznaků mentální anorexie (Krch, 2005).

V souvislosti se vznikem a rozvojem mentální anorexie bývají připomínány určité osobnostní rysy, některé afektivní a kognitivní poruchy. Mentální anorexie se vyznačuje především úzkostí, kognitivní rigiditou, vyhýbavým chováním, perfekcionismem a obsedantními rysy (Krch, 2004).

#### **1.4.5 Zdravotní komplikace mentální anorexie**

Mentální anorexie je tzv. psychosomatické onemocnění, které se závažně promítá do fyzického stavu. Somatické příznaky bývají vůbec první symptomy, kterých si všimnou rodiče. Je to zejména amenorea, vypadávání vlasů, nápadně suchá pokožka a také zvýšená lomivost nehtů. Kůže je většinou pokryta nápadným jemným ochlupením takzvaným lanugem. Z gastrointestinálních příznaků lze jmenovat zejména bolesti břich a také zácpu. Tělesným vyšetřením můžeme zjistit velice často bradykardii a arytmii. Metabolické změny v organismu jsou výsledkem nutričního strádání a případným užíváním diuretik. Toto se může u pacientek projevit svalovou slabostí, a to může následně vést k srdeční arytmii až dokonce k zástavě srdce. Významná je dehydratace, na které se může podílet snížení příjmu tekutin. V krevním obrazu můžeme nalézt změny ve smyslu anémie, leukopenie a také může být přítomna trombocytopenie. Dalšími laboratorními nálezy mohou být také snížená hladina tyreoidálních hormonů v důsledku sníženého bazálního metabolismu organismu a hypercholesterolemie nejasného původu (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

#### **1.5 Mentální bulimie**

U mentální bulimie jde o opakované záchvaty přejídání spojené s přehnanou kontrolou tělesné váhy, které vedou nemocného k různým krajním opatřením zmírňující nadváhu (Höschl, 1996).

Mentální bulimie patří mezi tzv. poruchy příjmu potravy. Hladovění, zvracení a projímadla jen zvyšují riziko přejedení a dlouhodobě zhoršující problémy postiženým mentální bulimií. Více než polovina pacientů s mentální bulimií uvádí, že prodělali období mentální anorexie v minulosti (Krch, 2003).

U mentální bulimie se může střídát období s více záchvaty za den, s obdobími bez jakýchkoliv příznaků. U mentální bulimie je typický panický strach z nárůstu tělesné hmotnosti, velké výkyvy hmotnosti, pocity studu a viny, deprese se sebevražednými sklony a sekundární amenorea (Tress, Kresse, Ott, 2008).

Ačkoli epidemiologické studie naznačují, že mentální bulimie se může v běžné populaci vyskytovat častěji než mentální anorexie, je mentální bulimie nedostatečně zastoupena v klinických vzorcích (Goodman, Scott, 1997).

Mentální bulimie je porucha příjmu potravy, která je charakterizovaná hlavně opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné váhy (Krch, 2003).

Děvčata s mentální bulimií většinou po určitém období, ve kterém převažovala snaha o restriktivní přístup k jídlu, se začínají přejídat potají a tyto jídelní výkyvy bývají většinou následovány vůlí navozeným zvracením, ve snaze co nejvíce snížit kalorický příjem. Bulimičky na sebe mívají perfekcionistické nároky, velký strach z přejídání a pocity vzteku, studu a také viny za svoje jídelní problémy (Říčan, Krejčířová, 1995).

### **K určení diagnózy mentální bulimie je třeba objevení třech základních znaků:**

1. Opakující se záchvaty přejídání. Subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem je důležitějším symptomem než zkonsumované množství potravy. Navyklé zvracení, které se neustále opakuje, většinou vede ke konzumaci stále většího množství potravy (Krch, 2003).
2. Opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné váhy, což kromě navyklého vyvolávaného zvracení, zneužívání projímadel, léků na odvodnění



zahrnuje také hladovky a nadměrné cvičení. Pro určení diagnózy mentální bulimie není nezbytné zvracení nebo užívání projímadel (Krch, 2003).

3. Prokazatelná přítomnost charakteristického a přehnaného zájmu o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost (Krch, 2003).

### **1.5.1 Epidemiologie mentální bulimie**

Výskyt mentální bulimie je vyšší než mentální anorexie. Nástup onemocnění mentální bulimie přichází většinou v pozdějším věku, nejčastěji však v období pozdní adolescence nebo rané dospělosti. Prevalence mentální bulimie je udávána mezi 1 až 3 %, nejvíce v populaci mladých žen a dívek. U této choroby významně převažují počet postižených žen nad muži. Nezřídka předchází mentální bulimii zkušenost s mentální anorexií (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

### **1.5.2 Etiologie mentální bulimie**

Také u mentální bulimie se hovoří o multifaktoriální etiologii. Etiologické faktory jsou velmi podobné jako u mentální anorexie, protože jde o velice podobné poruchy, které se mnohdy mezi sebou prolínají (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

### **1.5.3 Sociální a kulturní faktory mentální bulimie**

Sociální a kulturní faktory představují nepochybně jeden ze sice nespécifických, ale velmi podstatných rizikových faktorů pro vznik mentální bulimie. Sociokulturní zaměření na hubenost, diety, sebekontrolu a sebeovládání, prezentace ideálu krásy v časopisech pro ženy, toto vše ovlivňuje i dívky mladšího věku. Ohroženy jsou nejvíce tzv. rizikové skupiny například gymnastky, baletky a modelky (Sladká-Ševčíková, 2003).

Příčinu vzniku mentální bulimie vidí většina autorů v rychle se měnící kultuře, která přehnaně oslavuje štíhlost a jednostrannou sebekontrolu. Zdravotní výhody štíhlosti jsou v dnešní době zbytečně přeháněny, zatímco škodlivým důsledkům omezování se příjmu potravy je věnována jen malá pozornost. Tyto vlivy jsou v současnosti destruktivnější a ohrožují stále větší podíl společnosti. Obyvatelé ekonomicky vyspělých zemí světa tloustnou, ale ideál ženské krásy hubne. Naopak ve světě, kde hladovění není dobrovolnou volbou jedince, ale nepříjemnou životní skutečností, ztrácejí všeobecně poruchy příjmu potravy smysl (Krch, 2003).

#### 1.5.4 Biologické faktory mentální bulimie

Jeden z nejrizikovějších faktorů pro rozvoj mentální bulimie je **ženské pohlaví**. Stačí být ženou a riziko vzniku mentální bulimie je mnohokrát vyšší. Fyzický vzhled hraje jinou roli v životě muže a v životě ženy. Například devatenáctileté dívky jsou častěji úzkostnější ve vztahu ke svému vlastnímu tělu a snadněji se cítí být ohroženy obezitou. Ženy od pradávna zajímal více tělesný tuk a fyzická krása, zatímco muže zajímaly více svaly a síla. Kulturní pohled na muže a jeho postavení ve společnosti se nemění tak často, jako pohled na ženu. Ženy všech věkových skupin a ras mají předpoklady k tlouстnutí větší než muži. Během dospívání ženy přibývají na tělesném tuku, ale muži nabírají svalovinu (Krch, 2003).

Ženy sice mohou být mnohdy opravdu spokojeny se svoji postavou, ale přesto chtějí být za každou cenu štíhlejší. Podle výzkumu 20 až 70 % mladých dívek není spokojeno se svým vlastním fyzickým vzhledem (Krch, 2003).

S narůstající **tělesnou hmotností** roste nespokojenost s vlastním fyzickým vzhledem a tím roste nebezpečí diet a následně nebezpečí vzniku mentální bulimie (Krch, 2005).

Na začátku problému vzniku mentální bulimie bývá v naprosté většině případů redukční dieta. Většina studií prokázala, že riziko vzniku mentální bulimie je v souvislosti s držetím redukčních diet asi 8 krát vyšší. V průměru asi 30 % redukčních diet přechází během jednoho roku v tzv. patologickou dietu. V dnešní době

mezi dívkami a mladými ženami převažuje držení redukčních diet nad normálním chováním, nad jídlem bez hubnutí a strachu z tloušťky. V české republice drží redukční dietu přibližně 20 % dívek ve věku 16 let a kolem 60 % dívek se o redukční dietu ve svém životě už někdy pokoušely (Krch, 2003).

U bulimiček se většinou **menstruace** objevuje časněji. Předmětem diskuzí byla jakási možnost vztahu mezi fázemi menstruačního cyklu a příznaky mentální bulimie. Takzvaná bulimická impulzivita je dávana do souvislosti s hormonální dysfunkcí v rámci premenstruačního syndromu. Podle některých vědců se frekvence bulimických záchvatů mění v souvislosti s menstruačním cyklem. Byly zaznamenány i případy bulimiček, u kterých se příznaky zlepšily po skončení užívání hormonální antikoncepce. Některé bulimičky připisují počátky svého onemocnění zvýšení tělesné hmotnosti v souvislosti s hormonální antikoncepcí (Krch, 2005).

Typickým obdobím vzniku mentální bulimie je **období dospívání**. V období dospívání si jedinec stále výrazněji a někdy i bolestivě uvědomuje sám sebe a odlišuje se od svého okolí. Přemýšlí o sobě, chce být úspěšný, oblíbený a chce se líbit opačnému pohlaví. S obdobím dospívání nejsou spojeny jenom tělesné změny, ale i zásadní sociální změny, které mohou pro jedince představovat velký stres a přinášet s sebou značnou nejistotu (Krch, 2003).

Dvě třetiny bulimiček spojují vznik poruchy mentální bulimie do souvislosti s nějakou **životní událostí**. Nejčastěji však uvádějí různé narážky na jejich fyzický vzhled, životní změny nebo rodinné problémy (Krch, 2003).

Samotný výskyt mentální bulimie u nejbližších příbuzných ženského pohlaví je považován za velice významný rizikový faktor. Mezi matkami bulimiček se mohou špatné jídelní postoje objevovat velice často. Mezi nejčastější **rodinné rizikové faktory** bývá řazena obezita a držení diet v rodině, kritické komentáře týkající se stravy obecně, fyzického vzhledu a tělesné hmotnosti a kladení příliš velkého důrazu na výkon a vzhled. Z hlediska vzniku poruchy mentální bulimie je velice významná role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření stravovacích a pohybových návyků. Některými autory je v kontextu s mentální bulimií

poukazováno na nadměrně vysoké nároky a kritičnost rodičů, nedostatek péče a také nedostatek empatie (Krch, 2003).

**Emocionální faktory** mohou také sehrát velkou roli při vzniku mentální bulimie. U pacientů s mentální bulimií se mohou často vyskytovat depresivní a úzkostné příznaky stejně jako u mentální anorexie. Kolem 40 % nemocných s mentální bulimií splňuje v průběhu základního onemocnění velké depresivní poruchy (Krch, 2005).

Mentální bulimie je souhrn různých problémů od nízkého sebevědomí přes diety až k přejídání se (Krch, 2003).

**Přejedení může znamenat např.:**

1. Sníst víc potravy, než bychom chtěli (Krch, 2003).
2. Sníst více nebo nějaký jiný druh potravy, než na jaký jsme zvyklí nebo je nám příjemné (Krch, 2003).
3. Sníst větší množství potravy, než je obvyklé, anebo i v nezvyklé kombinaci (Krch, 2003).
4. Ztráta kontroly během jídla nad svým chováním (Krch, 2003).

První a druhý typ přejedení se můžeme zařadit do normálního života a zná ho většinou každý, kdo někdy držel dietu. Většinou jde o dietní omezení, která jsou vědomá. Porušení tohoto zákazu potom vnímáme jako přejedení. Co ale není v žádném případě normální, je vyhýbání se společenským situacím jenom kvůli jídlu nebo úmyslně zvracet, když toho náhodou sníme více. S jídlem roste chuť a od pocitu přejedení se můžeme lehce dopracovat ke skutečnému přejídání. Množství jídla, které je snědono během záchvatu přejídání se může lišit. Některé bulimičky dokážou spořádat až 20 000 kcal a hltají bez výběru jakékoliv druhy potravin, např. mouku nebo máslo. I přesto, že strach z tloušťky patří k příznakům mentální bulimie, hraje významnou roli v našem životě a jídelních návycích. Strach vytváří jakousi hranici našemu chování. Strach z obezity nám za normální situace pomáhá nepřejíst se a vyhnout se těm nejhorším dietním chybám. Mnoho bulimiček popisuje přejedení se jako záchvat, jako něco, co nejsou schopné ovládat (Krch, 2003).

### **1.5.5 Zdravotní komplikace mentální bulimie**

Přejedení vyvolává nepříjemný pocit plnosti a plynatosti. Plnost může vést až ke ztíženému dýchání. Výjimečně může dojít k porušení stěny žaludku. Poměrně časté jsou pocity plynatosti, nevolnosti, zácpa nebo naopak průjem. Nadměrná konzumace sladkostí a pečiva vedou často k hypoglykémii. Pocity plnosti jsou někdy pokládány mylně za známku ukládání tělesného tuku.

**Nejrizikovější jsou zdravotní důsledky nedostatečné výživy a vyhublosti, mezi které můžeme zařadit:**

- přecitlivělost na chlad,
- celkovou únavu,
- poruchy spánku,
- zažloutlá, vysušená pleť,
- zvýšený růst ochlupení na povrchu pokožky,
- řídké, snadno lámající se vlasy,
- kazivost zubů,
- zpomalená funkce trávicího systému (zácpa),
- nepravidelná menstruace,
- bradykardie a arytmie,
- chudokrevnost,
- poškození jater v důsledku nedostatku živin,
- odvápnění kostí,
- slabý močový měchýř,
- pocity nevolnosti v důsledku zmenšení žaludku,

- závratě, mdloby, bolesti hlavy,
- snížení obranyschopnosti organismu,
- u mladých děvčat se může zpomalit nebo dokonce zastavit růst a opozdit období puberty (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Dlouhodobé poruchy stravovacího režimu jsou vždy spojeny s tělesným a psychickým utrpením a mohou skončit až úmrtím. Mezi nepříjemné následky zvracení patří zejména otoky slinných žláz pod čelistí, které umocňují dojem oteklého, kulatého tvaru obličeje (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

## **1.6 Léčba poruch příjmů potravy**

Léčba mentální anorexie a mentální bulimie musí být ucelená a musí zahrnovat faktory jak biologické, tak psychologické. Na začátku je třeba posoudit, zda je nutná hospitalizace, nebo zda je možná ambulantní léčba (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

### **1.6.1 Druhy terapie poruch příjmu potravy**

Terapie poruch příjmů potravy se v posledních letech přiklání k integraci nebo k následnému použití různých forem terapeutických přístupů s ohledem na klinické rysy pacienta a také podle jeho reakce na jednotlivé formy poskytnuté terapie (Krch, 2005).

#### **Hospitalizace**

Důvodem k hospitalizaci nemocných s poruchami příjmu potravy je velmi často potřeba jejich medicínské stabilizace. Nemocniční terapie je v těchto případech z medicínského

hlediska nezbytná, a proto nemusí nutně vyžadovat závazek pacienta, že se vyléčí z této poruchy. Závazek aktivní spolupráce pacienta na léčbě je však nutností tehdy, že hospitalizace je plánována jako důležitý krok v procesu uzdravení. Pobyt v nemocnici patří k procesu uzdravování a není zaměřen na fyzická hlediska nemoci. Pobyt v nemocnici se soustřeďuje i na psychické problémy, které poruchy příjmu potravy udržují nebo s nimi nějakým způsobem souvisejí. Získat pacienta k aktivní spolupráci vyžaduje velmi velké úsilí ve všech fázích léčebného procesu (Krch, 2005).

### **Kritéria pro hospitalizaci jsou:**

#### 1. Medicínská:

- a) Váhový úbytek pod 75 % váhy odpovídající věku a výšce (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).
- b) Somatické komplikace, metabolický rozvrat, dehydratace a těžší bradykardie (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).
- c) Depresivní syndrom s nebezpečím sebevraždy (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

#### 2. Psychosociální:

- a) Sociální izolace jedince (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).
- b) Velmi silně omezená výkonnost jedince v každodenním životě (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).
- c) Negativní rodinná konstelace (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

#### 3. Psychoterapeutická:

- a) Selhání, nedodržování nebo přerušování ambulantní léčby (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).
- b) Když chybí terapeutická alternativa k hospitalizaci s léčbou zkušeným týmem (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

### **Cílem hospitalizace je:**

1. Nezbytnost návratu k normální tělesné hmotnosti nebo přerušeni trvalého úbytku tělesné váhy u vyhublých pacientů (Krch, 2005).
2. Přerušeni záchvatů přejídání, vyvolávání zvracení nebo zneužívání projímadel v případech, kdy bývají spojeny s vážnými somatickými obtížemi nebo kdy představují vážné riziko ohrožení zdraví (Krch, 2005).
3. Zhodnocení jiných potenciálně vážných zdravotních komplikací a jejich následná léčba (Krch, 2005).
4. Léčba jiných přidružených stavů jako je těžká deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek (Krch, 2005).

Hlavně výrazný pokles tělesné hmotnosti spojený s kachexií, případně depresivní syndrom se sebevražednou tendencí bývají nejčastější příčinou přijetí na lůžkové oddělení (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Zejména v první fázi hospitalizace je nutné zhodnotit stav výživy a také dehydratace. Při těžkých metabolických změnách je často nutné přistoupit k infuzní terapii. V prvních dnech by kalorická hodnota potravy měla převyšovat odhadnutou předchozí výživovou hodnotu pouze jen o 50 %. K jídlu je doporučena strava lehce stravitelná, v menších dávkách a častěji. Postupně se celková kalorická hodnota zvyšuje během jednoho až dvou týdnů na doporučených 3 000 až 3 500 kcal. Doporučuje se také mírná svalová aktivita, aby došlo k obnově svalové hmoty. Je doporučováno podávání jídla šestkrát denně, bohatého na obsah bílkovin a na vitamíny. Postup realimentace je nejvíce závislý na spolupráci pacienta, když nespolupracuje, tak je nutné přistoupit i k sondování (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Pro většinu nemocných s poruchami příjmu potravy je vhodnější formou léčby denní stacionář nebo částečná hospitalizace. Tyto programy mají strukturu, co se jídelního režimu týče a současně umožňují intenzivní terapii, aniž by se pacient musel vzdát terapeutické podpory nebo úkolů mimo nemocnici. Jsou nesporně



ekonomicky úspornější než plná hospitalizace a pacientovi nabízejí prospěšný přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí (Krch, 2005).

### **Ambulantní lékařská péče**

Ambulantní lékařskou péčí většinou využívají někteří chroničtí nebo nepoddajní pacienti, kteří prošli většinou během několika let různými formami léčby a nakonec dospěli do situace, že nechtějí podstoupit další léčbu nebo si myslí, že další psychoterapie má jen velmi malou naději na úspěch. Tato péče se zaměřuje hlavně na navrácení pacientova stavu do psychické a somatické stability. Může být prováděna buď individuálně, nebo skupinově, s týdenními konzultacemi a samozřejmě s lékařským dohledem (Krch, 2005).

### **1.6.2 Terapeutické přístupy**

Nedílnou součástí terapie mentální anorexie a mentální bulimie musí být také přístupy psychoterapeutické a režimové. Volba psychoterapeutického přístupu je zcela individuální a závisí na mnoha okolnostech, jako je např. osobnost pacienta, jeho věk, fáze onemocnění a motivace pacienta ke spolupráci (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

Psychoterapeutické metody se zaměřují na normalizaci chování při stravování, na postoje vůči hmotnosti a fyzického vzhledu a také na přípravu pacienta na postupné opětovné začlenění do společnosti. Nemocnému je vysvětlována podstata onemocnění, základní příznaky, chybné vnímání tělesných proporcí, které způsobuje chorobný strach z obezity (Baštecký, 1993).

Základními psychoterapeutickými přístupy používanými v léčbě mentální anorexie a mentální bulimie jsou kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická psychoterapie, psychodynamická terapie, rodinná terapie a skupinová psychoterapie.

Tyto terapeutické přístupy se často doplňují arteterapií a muzikoterapií (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

### **Kognitivně-behaviorální terapie**

Kognitivně-behaviorální terapie tvoří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie a také se tato terapie stala uznávanou léčbou mentální bulimie. Individuální kognitivně-behaviorální terapie je doporučována zejména pacientům, pro které není vhodná rodinná terapie a které mají středně těžké až vážné symptomy. U mentální anorexie se tato terapie doporučuje především pro klinické využití. U mentální anorexie je především cílem terapeutické strategie nárůst tělesné hmotnosti i přes pacientovu touhu udržet si za každou cenu nízkou hmotnost. U mentální anorexie je obzvláště podstatné vytvořit si spolehlivý a spolupracující terapeutický vztah. Verze kognitivně-behaviorální terapie se u mentální anorexie a mentální bulimie překrývají. Pro mentální bulimii se v této terapii zdůrazňují hlavně tyto body, např. vedení o záznamech přejídání, pročišťování, myšlenkách a pocitech, změna schématu stravovacího chování, pravidelné převažování, zavedení prevence relapsu atd. Pokud se stav pacienta zhorší, je nutné uvažovat o případné hospitalizaci v nemocnici. Jestliže je tato léčba dlouhodobě neúčinná, je doporučována ambulantní lékařská péče (Krch, 2005).

### **Psychoanalytická psychoterapie**

Psychoanalytický přístup k pacientům s mentální anorexií a mentální bulimií pomáhá porozumět hlubším příčinám této choroby, včetně nevědomých souvislostí. Psychoanalytická terapie vede ke změně osobnosti jedince a napomáhá jeho zrání v oblasti separace a individualizace, sexuální identity, narcistické regulace a mnoha dalších funkcí, které jsou potřebné pro osobnostní vývoj (Krch, 2005).

Psychoanalytická teorie vzniku duševních chorob se zabývá převážně onemocněními, u kterých se dá předpokládat vliv sociálního prostředí na jejich původu

a také na jejich vývoji, čemuž choroba mentální anorexie a mentální bulimie odpovídá (Vymětal, 2004).

Psychoanalytickou psychoterapii zařazujeme do hlubinné psychoterapie (Vymětal, 2003).

### **Psychodynamická terapie**

Psychodynamická terapie se snaží pomoci nemocným porozumět hlubším příčinám vzniku poruchy mentální anorexie a mentální bulimie, včetně nevědomých souvislostí tohoto onemocnění (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, 2000).

### **Rodinná terapie**

Tato terapie je léčbou první volby u mladých pacientů a některých pacientů žijící se svou rodinou. Tehdy, když jsou v popředí rodinné konflikty, by měla být rodinná terapie považována za vhodný doplněk terapie i u starších pacientů. I když rodinná terapie většinou nebývá základním způsobem léčby, může být důkladné rodinné vyšetření velice důležitým ukazatelem pro úplné porozumění některým specifickým terapeutickým problémům a pro následnou práci s nimi (Krch, 2005).

Rodinná terapie vycházející z toho, že psychické problémy většinou vznikají ve vztahovém kontextu, ví o vzájemnosti a opakovatelnosti lidské terapie (Vymětal, 2004).

### **Svépomoc, řízená svépomoc a psychoedukace**

Praktikuje se u pacientů s mentální anorexií i u pacientů s mentální bulimií, kteří mají relativně mírné příznaky a u kterých můžeme předpokládat značné zlepšení nebo úplné uzdravení na základě svépomoci nebo osvětové intervence. I přesto, že pro většinu pacientů není svépomoc jediným způsobem léčby dostačující, existuje také významná podskupina, která má užitek z této úsporné intervence (Krch, 2005).

### 1.6.3 Farmakoterapie

Téma farmakologických přístupů u poruch příjmu potravy je komplexní, ale existují dané případy, kdy klinik může uvažovat o zahrnutí medikace do léčby (Krch, 2005).

O medikaci u mentální bulimie by se mělo uvažovat u pacientek, které neuspějí při počátečním pokusu o kognitivně behaviorální terapii. Doporučuje se u pacientů s mentální bulimií, že by medikace neměla být hlavním způsobem léčby. Tento fakt vyplývá hlavně z těchto důvodů: účinnost psychologických součinností, vysoký poměr pacientů odpadajících během léčby, velké riziko vedlejších účinků léků a také vysoké procento relapsů po ukončení podávání léků. Pro léčbu mentální bulimie je lékem první volby fluoxetin hydrochlorid (Prozac). Pro pacienty, u kterých se stav po léčbě fluoxetinem nezlepšuje, mohou být dalším lékem tricyklická antidepresiva (Krch, 2005).

Ve farmakoterapii mentální anorexie panují názory, které si protiřečí. Někteří preferují léčbu antidepresivy a někteří i inhibitory MAO. Převážně po dezimipraminu a tranylcyprominu se popisuje stimulační účinek chuti k jídlu a navození pocitu hladu, takže jsou velice vhodné k léčbě mentální anorexie (Baštecký, 1993).

Vysoké procento pacientů, u kterých došlo k relapsu a u pacientů, kteří léčbu nedokončili, prokázané v různých studiích, kde byla použita jen medikace, ukazuje, že farmakoterapii je v dnešní době nejlepší používat jako doplněk k některému typu psychosociální terapie s prokázanou účinností (Krch, 2005).

## 1.7 Prevence poruch příjmu potravy

**Prevence** je zaměřena na předcházení vzniku poruchy zdraví nebo změnu důsledků jejího působení včasným zásahem. Prevenci rozlišujeme na primární prevenci, sekundární prevenci a terciární prevenci (Prevence, 2000).

Prevence je nezbytnou součástí odborné péče. Prevence vyžaduje zejména spojení výzkumu rizik a preventivních programů jednotlivých oborů, tak aby byly omezené prostředky efektivně využity. Při šíření prevence je nutné využít multimédia a více prozkoumat jejich dopad na výskyt poruch příjmu potravy. Většina preventivních programů dokáže zvýšit znalosti o poruchách příjmu potravy, ale toto není bohužel dostatečné. Především je zapotřebí změnit postoje k poruchám příjmu potravy. Velmi málo preventivních programů skutečně vede ke změnám jídelního chování. Propagace preventivních programů a psychoedukace jsou u adolescentů stále více přesouvány na internetové stránky. Proto je nutné, aby se preventivní opatření přizpůsobily těmto trendům (Papežová, 2010).

**Primární prevence** je zaměřena na předcházení vzniku samotné nemoci. Primární prevenci charakterizují postupy, které jsou aplikované s cílem zabránit vzniku onemocnění (Prevence primární, 2000).

Primární prevence předchází výskytu rizikového chování. Základním principem strategie primární prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže je výchova žáků ke zdravému životnímu stylu a k osvojení pozitivního sociálního chování (Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, 2007).

### **Existují dva druhy primární prevence:**

1. Nespecifická primární prevence: do tohoto druhu prevence můžeme zařadit veškeré aktivity podporující zdravý životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání volného času a tudíž předcházejí vzniku

rizikového chování (Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, 2007).

2. **Specifická primární prevence:** do tohoto druhu prevence můžeme zahrnout aktivity a programy, které jsou specificky zaměřeny na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování. Jedná se např. o všeobecnou prevenci (je zaměřena na širší populaci), selektivní prevenci (je zaměřena na jedince, u nichž lze předpokládat zvýšenou hrozbu rizikového chování) a indikovanou prevenci (je zaměřena na jednotlivce a skupiny, u nichž byl zaznamenán vyšší výskyt rizikových faktorů) (Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, 2007).

U poruch příjmu potravy je nejdůležitější se zaměřit na primární prevenci (Papežová, 2010).

**Sekundární prevence** se snaží o zachycení pre-symptomatických stádií onemocnění proto, aby byla léčba zahájena v raném stádium nemoci, což vede k lepší prognóze (Prevence sekundární, 2000).

**Terciární prevence** je zaměřena proti vzniku komplikací dané nemoci (Prevence terciární, 2000).

**Preventivní programy** (viz. příloha 9.2) zajišťují komplexní služby v oblasti primární prevence různých forem rizikového chování. Preventivní programy poskytují tři služby: primární všeobecnou prevenci, selektivní primární prevenci a vzdělávací aktivity. Aktivity preventivních programů se zaměřují zejména na předcházení problémů spojených s různými formami rizikového chování. V návaznosti preventivních programů jsou realizovány aktivity, které se soustřeďují na osoby, které jsou ohrožené rizikovým chováním více, než většinová populace (Programy primární prevence, 2011).

Metodický pokyn Ministerstva školství č. j. 20 006/2007 popisuje tzv. minimální preventivní program. Minimální preventivní program je konkrétní dokument školy, který je zaměřený na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní

a sociální rozvoj. Tento preventivní program je založen na podpoře vlastní aktivity žáků a zapojení celého pedagogického sboru a zákonných zástupců žáků. Minimální preventivní program se zpracovává na jeden školní rok. Preventivní program zpracovává školní metodik prevence. Preventivní programy podléhají kontrolám České školní inspekce a jsou průběžně vyhodnocovány ve výroční zprávě o činnostech školy (Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, 2007).

**Rizikové chování** představuje vzorce chování, v jejichž důsledku může docházet k prokazatelnému nárůstu výchovně vzdělávacích, zdravotních, sociálních a dalších rizik pro jedince nebo celou společnost (Doležalová, 2011).

Metodický pokyn Ministerstva školství č. j. 20 006/2007-51 (s. 2) popisuje různé typy rizikového chování žáků a studentů, na které by se měla prevence zaměřit. Mezi projevy rizikového chování jsou řazeny např. šikana, rasismus, xenofobie, vandalismus, kriminalita, užívání návykových látek, onemocnění HIV/AIDS, patologické hráčství, domácí násilí a také poruchy příjmu potravy (Krejčová, 2011).

Za prevenci rizikového chování jsou považovány takové typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních a terapeutických intervencí, které směřují k předcházení výskytu rizikového chování, zamezují jeho rozvoj, minimalizují již existující projevy rizikového chování nebo pomáhají řešit jeho následky (Doležalová, 2011).

Vhodným působením na výchovu, převážně v kritickém období nastupující puberty, je možné poruchám příjmu potravy předcházet. Základ prevence tkví samozřejmě v rodině, ale měla by působit i škola (Krch, Marádová, 2003).

Škola by měla zejména v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu využít všech svých možností. (Krch, Marádová, 2003).

### **Mezi tyto možnosti patří:**

1. Poskytnout žákům dostatek vhodných informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy (mentální anorexie a mentální bulimie) (Krch, Marádová, 2003).
2. Škola by měla vést své žáky ke zdravým stravovacím návykům (Krch, Marádová, 2003).
3. Škola by měla podporovat pozitivní sociální prostředí ve škole (Krch, Marádová, 2003).
4. Škola by měla vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování jeho sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování (Krch, Marádová, 2003).

V rámci výuky žáků je ve škole vhodné uplatňovat metody aktivního sociálního učení, zadávat žákům úlohy, jejichž cílem je především výchova ke zdravým stravovacím návykům. Znamená to zejména poskytovat žákům objektivní informace, které se týkají ohrožení zdraví v důsledku poruch příjmu potravy, a zejména pak rozvíjet sebedůvěru žáků i jejich sociální dovednosti, které žákům pomohou zvládnout problémy vlastního dospívání bez ohrožení mentální anorexií či bulimií (Krch, Marádová, 2003).

Vhodné mohou být hry zaměřené na zvyšování sebevědomí žáků, na rozvoj vědomí sebe samého a zkoumání vlastní osobnosti. Cvičení by měla pomoci zejména tomu, aby skupina, v tomto případě školní třída, dala svým členům najevo, že je přijímá takové, jací jsou, a aby se žáci více vnímali navzájem. Je kladen důraz na uvědomění si hodnoty každého jedince, přijetí společné odpovědnosti za pohodu každého člena školní třídy. Hlavním vodítkem ve všech aktivitách by měla být snaha o upřímnost, jak v komunikaci, tak i ve vztazích, oceňování vlastností společných i odlišných, podpora vzájemné úcty, důvěry, empatie a citlivosti (Krch, Marádová, 2003).



### **Základní činnosti školního metodika prevence:**

- Zpracování minimálního preventivního programu (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Doplnění školního řádu v oblasti prevence sociálně patologických jevů ve škole (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Příprava pomůcek a ostatních materiálů pro primární prevenci (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Práce v metodické radě dané školy (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Objednávání materiálů, tiskopisů a letáků s danými tématy prevence (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Spolupráce s vedením školy zejména při domluvě preventivního programu (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Zajištění preventivních besed (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Jednání se žáky a také s rodiči (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Vedení dětského školního parlamentu (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Vedení Peer-programů (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).

- Podporování různých akcí ve škole (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Provádění výzkumů mezi žáky školy na dané téma prevence (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Sledování změn v rámci legislativy v oblasti prevence (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Aktualizování kontaktních adres a kontaktů na instituce z oblasti primární prevence (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Získávání nových kontaktů pro prevenci a také krizovou intervenci (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Získávání odborných informací na různých seminářích (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Sledovat nabídky programů pro žáky z oblasti primární prevence (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Školit pedagogy ohledně aktuálních informací z oblasti prevence (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Poskytovat konzultační hodiny (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).

- Metodicky zpracovat témata primární prevence (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Průběžně hodnotit preventivní program školy (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).
- Závěrečné zhodnocení primární prevence za uplynulý školní rok (Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních, 2005).

**Prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže zahrnuje aktivity zaměřené zejména na:**

1. Předcházet výskytu rizikových projevů žáků např. násilí, šikanování, intolerance, užívání různých medikamentů (Krch, Marádová, 2003).
2. Rozpoznat a zajistit včasnou intervenci zejména v případech poruch příjmu potravy (mentální bulimie a mentální anorexie), domácí násilí atd. (Krch, Marádová, 2003).
3. Mezi další oblasti, které nepřímo patří mezi sociálně patologické jevy, můžeme zahrnout zejména vztahy mezi lidmi, vztahy ve školním kolektivu, komunikace, zdravý životní styl atd. (Krch, Marádová, 2003).

Jak vyplývá z analýzy problémů spojených s poruchami příjmu potravy, zcela zásadním specifickým aspektem prevence je předcházení strachu z obezity. Volba plánu prevence poruch příjmu potravy je však velice komplikována reálnou situací, a to faktem stoupajícím výskytem obezity u dětí. Výchova ke zdraví se tedy snaží najít optimální řešení, jak zabránit ohrožení dvěma extrémy, kterými jsou obezita i přílišná vyhublost spojená s mentální anorexií. Příčinu narůstajícího počtu poruch příjmu potravy vidí většina odborníků v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublost. Módní svět, filmy, časopisy a televize rozšiřují názor, že i lehká nadváha je zdraví škodlivá, a že štíhlost je nejdůležitějším faktorem fyzické přitažlivosti.

Převážně dívky jsou vystaveny stále většímu tlaku médií, která je přesvědčují o tom, že nejen fyzická krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisí na tom, jak jsou hubené. Zdravotní priority štíhlosti jsou přeháněny, ale škodlivé důsledky razantního omezování se v jídle není věnována velká pozornost. Jednostranné představování zdravotních důsledků nadváhy vyvolává již zmíněný strach z tloušťky a pocity nejistoty u každého jedince, který začne třeba jen mírně v dospívání přibírat nebo se toho jen obává. Tato situace má i značný sociální rozměr. Už malé děti popisují otlé osoby jako líné, hloupé a nešikovné. V pohádkách se děti často setkávají s postavami zlého nebo hloupého tlouštíka. Diskriminace a zejména zesměšňování provází obézní děti od mateřské školy. Předsudky vůči obézním lidem mají bohužel i někteří lékaři a učitelé. Vyvolaná atmosféra nepřátelství vůči obézním a strach z tloušťky mohou vyvérat i z toho, že obezita bývá spojována s nedostatkem sebekontroly a silné vůle. Dlouhodobě přínosným činitelem prevence proto může být potlačování důrazu na fyzický vzhled dětí, oceňování jejich různorodosti a kvalit jejich osobnosti (Marádová, 2011).

## **1.8 Neziskový sektor v České republice**

Neziskový sektor v České republice tvoří organizace, které jsou založené na jiných motivech, než je ekonomický zisk. Všechny případné zisky se vkládají zpět do činnosti neziskové organizace. Neziskové organizace jsou autonomní vůči státu. Nestátní neziskové organizace pracují ve veřejně prospěšných činnostech, jako jsou např. sociální služby, řešení sociálních patologií, péče o zdravotně postižené, ochrana životního prostředí atd. (Vajdová, 2011).

Neziskové organizace jsou specifikovány jako organizace, které nevytvářejí zisk k přerozdělení mezi své vlastníky, správce nebo zakladatele; zisk sice mohou vytvořit, ale musí ho zase vložit zpátky pro rozvoj organizace a plnění jejích cílů (O neziskových organizacích, 2011).

Jde o skupiny, které jsou do určité míry institucionalizovány. V některých státech je to dáno jejich formálním statutem. V zemích, kde právní ustanovení neexistují, tak může být institucionální podoba vyjádřena i jinak (např. formou pravidelných schůzí, jednacích pravidel) (Frič, Goulli, 2001).

### **Neziskový sektor se skládá z organizací, které jsou charakterizovány pěti společnými rysy:**

1. Neziskový sektor je tvořen **organizacemi** (Vajdová, 2011).
2. Neziskové organizace mají **soukromou povahu**, jsou institucionálně oddělené od veřejné státní správy (Vajdová, 2011).
3. Neziskové organizace **nerozdělují zisk** mezi vlastníky nebo vedení organizace. Jde tedy o soukromé organizace, které primárně neslouží k dosažení zisku (Vajdová, 2011).
4. Neziskové organizace jsou **samosprávné**. Jsou schopné řídit svou vlastní činnost, mají interní pravidla řízení a nejsou ovládány zvenčí (Vajdová, 2011).
5. Neziskové organizace jsou **dobrovolné**. Zahrnují většinou významný prvek dobrovolné činnosti (Vajdová, 2011).

### **Základní typy nestátních neziskových organizací:**

- **občanské sdružení** (jsou registrovaná podle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů) (Vajdová, 2011);
- **nadace, nadační fondy** (jsou registrované podle zákona č. 227/1997 Sb., o nadacích a nadačních fondech) (Vajdová, 2011);
- **obecně prospěšné společnosti** (jsou registrované podle zákona č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech) (Vajdová, 2011);
- **církevní právnické osoby** (jsou registrované podle zákona č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech) (Vajdová, 2011).

Neziskové organizace jsou všude tam, kde se lidé chtějí soukromě angažovat a nahradit tak státní instituce, které neexistují nebo jsou jejich služby nedostatečné (O neziskových organizacích, 2011).

Neziskové organizace působí ve zdravotnické a sociální oblasti, kde jsou velice potřebné a prospěšné (O neziskových organizacích, 2011).

### **Přehled základních typů nestátních neziskových organizací v České republice:**

**Občanské sdružení** je sdružení fyzických a právnických osob, které vzniká za účelem vybudování společného zájmu. Typickým znakem občanského sdružení je členská základna (Přehled základních typů nestátních neziskových organizací v ČR, 2011).

**Obecně prospěšná společnost** je subjekt, který poskytuje obecně prospěšné služby všem za stejných podmínek. Zisk z této činnosti nesmí být rozdělován mezi zakladatele nebo zaměstnance, zisk se používá na financování dalších aktivit společnosti (Přehled základních typů nestátních neziskových organizací v ČR, 2011).

**Nadace** je účelové sdružení majetku, které je zřízené za účelem dosahování obecně prospěšného cíle, kterým se rozumí převážně rozvoj duchovních hodnot, ochrana lidských práv nebo jiných humanitárních hodnot, ochrana přírodního prostředí, kulturních památek a tradic a rozvoj vědy, vzdělávání a sportu. Nadační příspěvky se poskytují z výnosů nadačního majetku a z ostatního jmění nadace (Přehled základních typů nestátních neziskových organizací v ČR, 2011).

**Nadační fond** je účelové sdružení majetku, které je zřízené za účelem dosahování obecně prospěšného cíle, kterým se rozumí zejména rozvoj duchovních hodnot, ochrana lidských práv nebo jiných humanitárních hodnot, ochrana přírodního prostředí, kulturních památek a tradic a rozvoj vědy, vzdělávání a sportu. Nadační fond nevytváří nadační jmění a pro dosažení účelu může použít veškerý svůj majetek (Přehled základních typů nestátních neziskových organizací v ČR, 2011).

## **2. Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Prvním cílem této práce bylo zmapovat neziskové organizace působící v oblasti poruch příjmu potravy.

Druhým cílem bylo zjistit, jak realizují prevenci a osvětovou činnost tyto neziskové organizace.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Součástí výzkumu této práce také bylo stanovení výzkumných otázek. Byly stanoveny dvě základní výzkumné otázky:

1. Pokrývají neziskové organizace celou oblast prevence poruch příjmu potravy?
2. Je nabídka preventivních programů z oblasti poruch příjmu potravy dostatečná?

Výzkumné otázky stanovují cíl a také účel práce, tedy to, na co se při výzkumu zaměřujeme, co při výzkumu řešíme. Výzkumné otázky by měly být jednoduché a jasné (Hendl, 2005).

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použitá metodika**

Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých postupů, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Hlavním cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa. Kvalitativní výzkum je zaměřen na explorování a probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí. Plán výzkumu má flexibilní charakter, to znamená, že plán výzkumu se z daného základu rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle daných okolností a dosud získaných výsledků (Hendl, 2005).

Kvalitativní výzkum je proces, který je založen na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří ucelený, holistický obraz, analyzuje určité typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a také provádí zkoumání v přirozených podmínkách (Hendl, 2005).

Kvalitativní výzkumník vybírá na začátku výzkumu téma a poté si určí základní výzkumné otázky. Výzkumné otázky může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru dat a také během analýzy dat. Proto se tento typ považuje za pružný typ výzkumu (Hendl, 2005).

Sběr dat a analýza dat v kvalitativním výzkumu probíhají v delším časovém intervalu. Kvalitativní výzkum se provádí pomocí déletrvajícího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince nebo seskupení jedinců. Tyto situace bývají většinou banální nebo normální, které reflektují každodennost jedinců, skupin, společností nebo organizací (Hendl, 2005).

Výzkumník má snahu získat integrovaný pohled na předmět studie, na jeho kontextovou logiku a také na explicitní a implicitní pravidla, která fungují v dané oblasti. Používají se zde relativně málo standardizované metody získávání dat. Hlavním nástrojem je výzkumník sám. Druhy dat v kvalitativním výzkumu zahrnují např. přepis



terénních poznámek z pozorování a rozhovorů, audio a videozáznamy, deníky, osobní komentáře, úryvky z knih atd. (Hendl, 2005).

Výzkumníci se u kvalitativního výzkumu snaží o izolování určitých témat, projevů a datových konfigurací. Hlavním úkolem je však objasnit, jak se lidé v určitém prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, proč jednají daným způsobem a jak organizují své každodenní aktivity a interakce (Hendl, 2005).

Získaná data se induktivně analyzují a interpretují. Výzkumník nesestavuje ze sbíraných dat skládanku, jejíž konečný tvar zná, ale spíše vytváří obraz, který získává kontury v průběhu sběru a poznávání jeho částí. Kvalitativní výzkumník ve svém hledání významů a snaze pochopit aktuální dění vytváří podrobný popis toho, co vypožadoval a zaznamenal. Výzkumník se snaží, aby nevynechal nic, co by mohlo vyjasnit situaci (Hendl, 2005).

Jako metoda získávání dat bylo vybráno dotazování, technika sběru dat řízený (strukturovaný, standardizovaný) rozhovor. Řízený rozhovor se skládá z řady pečlivě formulovaných otázek, na které mají jednotliví respondenti odpovědět. Pružnost sondování je sice omezenější než u jiných typů rozhovorů. Data z takového rozhovoru se snadněji analyzují, protože jednotlivá témata se lépe v přepisu rozhovoru lokalizují. Struktura informací je určena sekvencí otázek. Tento typ rozhovoru je vhodný pokud nemáme možnost ho opakovat a nemáme dostatek času věnovat se respondentovi. U tohoto typu rozhovoru se redukuje pravděpodobnost, že se data, která byla získána v jednotlivých rozhovorech, budou výrazně strukturně lišit (Hendl, 2005).

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor byl tvořen neziskovými organizacemi, které se zabývají problematikou poruch příjmu potravy. Při výzkumu bylo osloveno celkem 7 neziskových organizací. Výzkumu se byly ochotny zúčastnit pouze 2 neziskové organizace.

Všechny neziskové organizace byly nejprve kontaktovány telefonicky, poté, co některé organizace nereagovaly, tak byly kontaktovány pomocí internetové pošty.

Výzkumu se účastnilo 7 organizací (bylo osloveno) z toho rozhovor poskytly 2 organizace.

Tyto organizace byly vybrány z toho důvodu, že měly na svých stránkách uvedeno, že se zabývají poruchami příjmu potravy nebo, že se zabývají duševními a psychosomatickými poruchami.

#### **Rozhovor neposkytly organizace:**

- Sympathea o. p. s.,
- Epoché o. s.,
- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví,
- Vida o. s.,
- Krizové centrum Ostrava.

Organizace neposkytly rozhovor z důvodu, že nepracují s klienty, kteří trpí poruchou příjmu potravy. Většina organizací mě odkázala na občanské sdružení Anabell.

#### **Neziskové organizace, které poskytly rozhovor:**

##### **Anabell, o. s.**

Občanské sdružení Anabell se věnuje osobám s poruchami příjmu potravy a jejich blízkým poskytováním odborných poradenských služeb. Anabell, o. s. poskytuje sociální, psychologické a nutriční poradenství, psychoterapie, zdravotnické služby a speciální skupinové i individuální programy. Určitou část činnosti Anabell představují programy primární i sekundární prevence. Organizace realizuje přednášky pro základní a střední školy, věnuje se také vzdělávání studentů vysokých škol a pedagogických

pracovníků v oblasti problematiky výživy (Závěrečná zpráva o činnosti občanského sdružení Anabell v roce 2010, 2011).

Občanské sdružení je pravděpodobně jedinou neziskovou organizací v České republice, které se zabývá poruchami příjmu potravy (Průběžná tisková informace k projektu nezůstávej na to sama, 2011).

### **Občanské sdružení Anabell v roce 2010 spravovalo celkem šest Kontaktních center Anabell:**

- Kontaktní centrum Anabell Brno,
- Kontaktní centrum Anabell Ostrava,
- Kontaktní centrum Anabell Praha s pracovišti v Praze, Příbrami a Mladé Boleslavi,
- Kontaktní centrum Anabell Plzeň,
- Kontaktní centrum Anabell Olomouc (Závěrečná zpráva o činnosti občanského sdružení Anabell v roce 2010, 2011).

Anabell provozuje Svépomocnou podpůrnou skupinu pro osoby s poruchami příjmu potravy v Bratislavě jako Kontaktní centrum Anabell Bratislava. Toto kontaktní centrum provozuje Anabell ve spolupráci s Ligou za duševné zdravie. (Závěrečná zpráva o činnosti občanského sdružení Anabell v roce 2010, 2011).

### **Kontaktní centrum Anabell Praha**

Kontaktní centrum Anabell Praha poskytuje pomoc a podporu osobám s poruchou příjmu potravy (mentální anorexií, mentální bulimií) a také jejich blízkým. Hlavním účelem této pomoci a podpory je společné hledání cesty k plnohodnotnému životu bez poruch příjmu potravy (Kontaktní centrum Anabell Praha, 2011).

Cílem kontaktního centra Anabell Praha je poskytnout osobám s poruchou příjmu potravy a jejich blízkým hlavně informace o poruchách příjmu potravy, informace o přiměřených stravovacích návycích. Dalším cílem kontaktního centra je zajistit individuální i skupinovou podporu. Anabell se snaží poskytnout svým klientům přehled dostupných služeb a databázi ověřených kontaktů na odbornou psychologickou a lékařskou péči (Kontaktní centrum Anabell Praha, 2011).

Mezi hlavní zásady Kontaktního centra Anabell Praha patří např. zajištění partnerského přístupu, individuálního přístupu, podpory k aktivnímu a samostatnému řešení vlastní situace a také poskytování doporučení a informací profesionálně, s úctou a také s respektem (Kontaktní centrum Anabell Praha, 2011).

Kontaktní centrum Anabell poskytuje své služby osobám s mentální anorexií nebo mentální bulimií od 12 let věku, rodině a okruhu osob blízkých postiženému poruchou příjmu potravy a také odborné i laické veřejnosti (Kontaktní centrum Anabell Praha, 2011).

### **Kontaktní centrum Anabell Ostrava**

Kontaktní centrum Anabell Ostrava poskytuje prostřednictvím sociálního poradenství pomoc a podporu osobám s poruchami příjmu potravy. Kontaktní centrum poskytuje svou pomoc a podporu klientům zejména při řešení jejich problémů spojených s neplnohodnotnými nebo nevhodnými stravovacími návyky a také postoji (Kontaktní centrum Anabell Ostrava, 2011).

Hlavními cíli Kontaktního centra Ostrava je bezplatné poskytování informací, které přispívá k řešení nepříznivé sociální situace osob s poruchami příjmu potravy, nabízení osobám s poruchou příjmu potravy individuální nebo skupinové programy, organizování přednášek, pořádání specializovaných seminářů a kurzů pro osoby s poruchami příjmu potravy a pro laickou i odbornou veřejnost, informování společnosti o problematice poruch příjmu potravy (Kontaktní centrum Anabell Ostrava, 2011).

Mezi zásady Kontaktního centra Anabell Ostrava patří zejména partnerský přístup, individuální přístup, podpora samostatného řešení vlastní situace a poskytování informací, s úctou a respektem (Kontaktní centrum Anabell Ostrava, 2011).

Kontaktní centrum Anabell Ostrava poskytuje své služby osobám s mentální anorexií a mentální bulimií od 15 let, rodině klienta, široké odborné i laické veřejnosti (Kontaktní centrum Anabell Ostrava, 2011).

### **Kontaktní centrum Anabell Mladá Boleslav**

Kontaktní centrum Anabell Mladá Boleslav nabízí pomoc a podporu osobám s poruchou příjmu potravy. Hlavním účelem pomoci a podpory Kontaktního centra Anabell Ostrava je snaha najít cestu k plnohodnotnému životu bez poruchy příjmu potravy (Naše služby, 2011).

Cíle Kontaktního centra Anabell jsou např. poskytovat informace o poruchách příjmu potravy, poskytovat informace o správných stravovacích návycích, poskytovat individuální podporu, informovat o dostupných službách a pomoci pro osoby s poruchou příjmu potravy (Naše služby, 2011).

Kontaktní centrum Anabell Mladá Boleslav zaručuje svým klientům partnerský přístup, individuální přístup, podporu při řešení tíživé situace a také poskytnutí potřebných informací (Naše služby, 2011).

Kontaktní centrum Anabell Mladá Boleslav poskytuje své služby osobám s mentální anorexií nebo s mentální bulimií od 15 let věku (Naše služby, 2011).

### **Kontaktní centrum Anabell Příbram**

Kontaktní centrum Anabell Příbram nabízí pomoc a podporu osobám s mentální anorexií nebo s mentální bulimií. Hlavním účelem Kontaktního centra Anabell Příbram je pomoc najít cestu k plnohodnotnému životu bez poruch příjmu potravy (Kontaktní centrum Příbram: Naše služby, 2011).

Cílem centra je poskytování informací o poruchách příjmu potravy, informací o přiměřených stravovacích návycích, poskytování individuální podpory, informovat o dostupných službách pro osoby s poruchou příjmu potravy a zveřejňovat databázi ověřených kontaktů na odbornou péči (Kontaktní centrum Příbram: Naše služby, 2011).

Všem klientům kontaktní centrum zaručuje partnerský a individuální přístup, podporu k aktivnímu a samostatnému řešení tíživé situace a také poskytování potřebných informací. Kontaktní centrum Anabell Příbram poskytuje klientům všechny své služby s úctou a s respektem (Kontaktní centrum Příbram: Naše služby, 2011)

Kontaktní centrum Anabell Příbram poskytuje své služby osobám s poruchou příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie) od 15 let věku. Všechny služby mohou klienti využívat anonymně (Kontaktní centrum Příbram: Naše služby, 2011).

## **STOP PPP, o. s.**

STOP PPP, o. s. je neziskovou organizací, jejímž cílem je pomáhat těm, kterým hrozí sociální vyloučení. Posláním této organizace je pomoc lidem s poruchou příjmu potravy a s nezdravými stravovacími návyky, kterým hrozí újma na zdraví nebo na životě (O nás, 2011).

STOP PPP, o. s. se snaží o znovu zařazení sociálně vyloučených klientů do společnosti. STOP PPP, o. s. se zaměřuje především na organizování preventivních aktivit, vzdělávacích a osvětových programů. Všechny tyto činnosti koná za účelem osvěty v problematice poruch příjmů potravy a zdravého životního stylu v České republice (O nás, 2011).

Hlavním cílem občanského sdružení STOP PPP je usilovat o maximální dostupnost sociálních služeb a také přiblížit veřejnosti život lidí s poruchami příjmu potravy (O nás, 2011).

Občanské sdružení STOP PPP poskytuje své služby zejména dětem a adolescentům, kteří trpí poruchou příjmu potravy (O nás, 2011).

## 4. Výsledky

### 4.1 Rozhovory s neziskovými organizacemi

#### **Otázka č. 1: Jaký je název a právní forma vaší neziskové organizace?**

**Anabell Ostrava:** Občanské sdružení Anabell – Kontaktní centrum Ostrava.

**Anabell Praha:** Anabell o. s. – Kontaktní centrum Anabell Praha.

**Anabell Mladá Boleslav:** Anabell o. s. – Kontaktní centrum Mladá Boleslav.

**Anabell Příbram:** Anabell o. s. – Kontaktní centrum Příbram.

**STOP PPP o. s.:** STOP PPP, o. s.

#### **Otázka č. 2: Máte ve své neziskové organizaci zaměstnaného sociálního pracovníka (sociální pracovníci)?**

**Anabell Ostrava:** Ano, máme zaměstnanou sociální pracovníci.

**Anabell Praha:** Ano, máme celkem 3 sociální pracovníce, z toho 2 v přímé práci s klienty.

**Anabell Mladá Boleslav:** Ano, máme zaměstnané celkem 3 sociální pracovníce, z toho 2 v přímé práci s klienty.

**Anabell Příbram:** Ano, máme celkem 3 sociální pracovníce, z toho 2 pracují v přímé práci s klienty.

**STOP PPP:** Není zaměstnancem, ale pracuje na živnostenský list.

#### **Otázka č. 3: Jaká je úloha sociálních pracovníků ve vaší neziskové organizaci?**

**Anabell Ostrava:** Odborné poradenství osobám s poruchami příjmu potravy a jejich blízkým.

**Anabell Praha:** Administrativní činnost – zpracování podkladů k monitorovacím správám, zápisy, dokumentace, e-mailová korespondence, mapování navazujících služeb atd. Přímá práce s klienty, motivování, krizová intervence, poradenství.

**Anabell Mladá Boleslav:** Administrativní činnost např. zpracování podkladů k monitorovacím správám, zápisy, dokumentace, e-mailová korespondence, mapování navazujících služeb.

**Anabell Příbram:** Administrativní činnost – zpracování podkladů k monitorovacím správám, zápisy, dokumentace, e-mailová korespondence, mapování navazujících služeb. Přímá práce s klienty, motivování, krizová intervence, poradenství.

**STOP PPP:** Prvotní konzultace s klienty, poskytování kontaktů na další odborníky na problematiku PPP.

**Otázka č. 4: Jak postupujete při řešení problémů osob s poruchami příjmu potravy?**

**Anabell Ostrava:** Využíváme eklektický přístup.

**Anabell Praha:** Využíváme mediaci, poradenství, netstreetwork, krizová intervence.

**Anabell Mladá Boleslav:** Mediace, poradenství, netstreetwork, krizová intervence atd.

**Anabell Příbram:** Mediace, poradenství, netstreetwork, krizová intervence atd.

**STOP PPP:** Nezodpovězeno.

**Otázka č. 5: S jakou cílovou skupinou převážně pracujete?**

**Anabell Ostrava:** S osobami s poruchami příjmu potravy a s jejich blízkými.

**Anabell Praha:** Osoby s poruchou příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání)

**Anabell Mladá Boleslav:** Osoby s poruchou příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání)

**Anabell Příbram:** Osoby s poruchou příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání)

**STOP PPP:** Děti a adolescenti.

**Otázka č. 6: Myslíte si, že populace v České republice má dostatek informací ohledně poruch příjmu potravy?**

**Anabell Ostrava:** Informací dnes již snad ano, pomoci méně.



**Anabell Praha:** Je neustále potřeba informovat, důležitá je primární prevence, informovanost rodičů a celkové působení na společnost.

**Anabell Mladá Boleslav:** Je neustále potřeba informovat, důležitá je primární prevence, informovanost rodičů a celkové působení na společnost.

**Anabell Příbram:** Je neustále potřeba informovat, důležitá je primární prevence, informovanost rodičů a celkové působení na společnost.

**STOP PPP:** Ne!

**Otázka č. 7: Jakým způsobem informujete veřejnost o problému poruch příjmu potravy?**

**Anabell Ostrava:** Všechny možné dostupné a finančně únosné pro NNO.

**Anabell Praha:** Primární prevence, web, přednášky, média, články, benefice, facebook, letáky.

**Anabell Mladá Boleslav:** Primární prevence, web, přednášky, média, články, benefice, facebook, letáky.

**Anabell Příbram:** Primární prevence, web, přednášky, média, články, benefice, facebook, letáky.

**STOP PPP:** Projektové aktivity, programy primární prevence, projektové dny, semináře, konference.

**Otázka č. 8: Myslíte si, že v České republice je dostatečně vyvinuta síť neziskových organizací zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy?**

**Anabell Ostrava:** Myslím si, že je minimální

**Anabell Praha:** Myslím si, že dostatečně vyvíjíme Anabell a postupně se rozšiřujeme do měst v ČR. Chybí zdravotnické zařízení, které by pečovalo o klienty a poskytovalo jim služby a péči, kterou potřebují.

**Anabell Mladá Boleslav:** Myslím si, že dostatečně vyvíjíme Anabell a postupně se rozšiřujeme do měst v ČR. Chybí zdravotnické zařízení, které by pečovalo o klienty a poskytovalo jim služby a péči, kterou potřebují.

**Anabell Příbram:** Myslím si, že dostatečně vyvíjíme Anabell a postupně se rozšiřujeme do měst v ČR. Chybí zdravotnické zařízení, které by pečovalo o klienty a poskytovalo jim služby a péči, kterou potřebují.

**STOP PPP:** Myslím si, že není!

**Otázka č. 9: Jakým způsobem pracujete s osobami trpícími poruchami příjmu potravy?**

**Anabell Ostrava:** Nezodpovězeno.

**Anabell Praha:** Přizpůsobujeme se potřebám klientů, které se liší. Kombinujeme různé přístupy, poradenství, psychoterapie, krizové intervence, arteterapie, práce s tělem, dramaterapie, svépomocných skupinu, práce s rodinou. Myslím si, že je to všechno.

**Anabell Mladá Boleslav:** Přizpůsobujeme se potřebám klientů, které se liší. Kombinujeme různé přístupy, poradenství, psychoterapie, krizové intervence, arteterapie, práce s tělem, dramaterapie, svépomocných skupinu, práce s rodinou.

**Anabell Příbram:** Přizpůsobujeme se potřebám klientů, které se liší. Kombinujeme různé přístupy, poradenství, psychoterapie, krizové intervence, arteterapie, práce s tělem, dramaterapie, svépomocných skupinu, práce s rodinou.

**STOP PPP:** S klienty pracujeme interaktivně, přímý kontakt, skupinová terapie.

**Otázka č. 10: Domníváte se, že dochází v České republice k medializaci problému ohledně poruch příjmu potravy?**

**Anabell Ostrava:** Ano, někdy až příliš.

**Anabell Praha:** Spíš dokumenty, které by měly poukázat na závažnost a možnosti léčby se dramaturgizují.

**Anabell Mladá Boleslav:** Spíš dokumenty, které by měly poukázat na závažnost a možnosti léčby se dramaturgizují.

**Anabell Příbram:** Spíš dokumenty, které by měly poukázat na závažnost a možnosti léčby se dramaturgizují.

**STOP PPP:** Myslím si, že ano.

**Otázka č. 11: Jaká je podle vás životní situace osob s poruchami příjmu potravy?**

**Anabell Ostrava:** Životní situace osob je velice individuální.

**Anabell Praha:** Velmi zlá.

**Anabell Mladá Boleslav:** Situace osob s poruchami příjmu potravy je zlá.

**Anabell Příbram:** Myslím si, že zlá.

**STOP PPP:** Jako každého jiného nemocného člověka.

**Otázka č. 12: Zabývá se vaše nezisková organizace prevencí v oblasti poruch příjmu potravy?**

Na tuto otázku odpověděly všechny neziskové organizace, že prevenci realizují.

**Otázka č. 13: Pořádá vaše nezisková organizace přednášky na téma prevence poruch příjmu potravy?**

Na tuto otázku všechny organizace odpověděly souhlasně, že pořádají přednášky na téma prevence poruch příjmu potravy.

**Otázka č. 14: Na kterých místech propaguje vaše nezisková organizace preventivní programy?**

**Anabell Ostrava:** MSK (Moravskoslezský kraj), základní školy, střední školy, vysoké školy.

**Anabell Praha:** Školy, pedagogicko-psychologická poradna, veřejnost.

**Anabell Mladá Boleslav:** Školy, pedagogicko-psychologická poradna, veřejnost.

**Anabell Příbram:** Školy, pedagogicko-psychologická poradna, veřejnost.

**STOP PPP:** Školy, pedagogicko-psychologické poradny, nemocnice.

**Otázka č. 15: Jakým způsobem šíříte preventivní programy mezi veřejnost?**

**Anabell Ostrava:** Osobně, letáky, webové stránky.

**Anabell Praha:** Letáky, web.

**Anabell Mladá Boleslav:** Letáky, web.

**Anabell Příbram:** Letáky, web.

**STOP PPP:** Přednášky, besedy, konference.

**Otázka č. 16: Jaké preventivní programy nabízí vaše nezisková organizace?**

**Anabell Ostrava:** Přednášky, workshopy, interaktivní hry.

**Anabell Praha:** Odkazuji vás na: <http://www.anabell.cz/index.php/anabell-praha/nase-sluzby/programy-primarni-prevence>. Dále provádíme tzv. netstreetwork – vyhledávání osob ohrožených v prostředí internetu.

**Anabell Mladá Boleslav:** Odkazuji vás na: [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz). Dále provádíme tzv. netstreetwork – vyhledávání osob ohrožených v prostředí internetu.

**Anabell Příbram:** Odkazuji vás na: [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz). Dále provádíme tzv. netstreetwork – vyhledávání osob ohrožených v prostředí internetu.

**STOP PPP:** Interaktivní dvou, tří, osmihodinové semináře.

**Otázka č. 17: Na jakou cílovou skupinu se v rámci prevence zaměřuje vaše nezisková organizace?**

**Anabell Ostrava:** ZŠ, SŠ, gymnázia.

**Anabell Praha:** Studenti – od základních škol až po vysoké školy.

**Anabell Mladá Boleslav:** Studenti – od základních škol až po vysoké školy.

**Anabell Příbram:** Studenti – od základních škol až po vysoké školy.

**STOP PPP:** Děti předškolního a školního věku, učitele, metodiky prevence, výchovné poradce, zdravotníky.

**Otázka č. 18: Jaké cíle, co se prevence týče, má vaše nezisková organizace?**

**Anabell Ostrava:** Nezodpovězeno.

**Anabell Praha:** Informovat veřejnost a působit preventivně, informovat také o možnostech kam se obrátit, jak nemoc rozpoznat atd.

**Anabell Mladá Boleslav:** Informovat veřejnost a působit preventivně, informovat také o možnostech kam se obrátit, jak nemoc rozpoznat atd.

**Anabell Příbram:** Informovat veřejnost a působit preventivně, informovat také o možnostech kam se obrátit, jak nemoc rozpoznat atd.

**STOP PPP:** Cílem STOP PPP, o. s. je pomáhat potřebným, kterým hrozí sociální vyloučení s cílem jejich zařazení zpět do společnosti, zapojení do běžného veřejného života a k tomu zajištění důstojných a kvalitních podmínek. Vyhledávat, aktivizovat a podporovat v ČR síly k naplňování tohoto cíle. STOP PPP, o. s. se zaměřuje na pořádání preventivních aktivit, vzdělávacích a osvětových programů za účelem osvěty v problematice PPP a zdravého životního stylu v České republice. Dalšími snahami STOP PPP, o. s. je usilovat o maximální dostupnost sociálních služeb, přiblížit co nejvíce život lidí s poruchami příjmu potravy veřejnosti a smysluplně zapojovat lidi bojující s PPP do běžného dění.

**Otázka č. 19: Vyдалa vaše nezisková organizace nějaké publikace zabývající se prevencí poruch příjmu potravy?**

**Anabell Ostrava:** Ano, viz webové stránky.

**Anabell Praha:** Brožuru pro lektory.

**Anabell Mladá Boleslav:** Brožuru pro lektory.

**Anabell Příbram:** Brožuru pro lektory.

**STOP PPP:** Chystáme v květnu – metodická příručka pro ZŠ a SŠ učitele.

**Otázka č. 20: Jakým způsobem jsou financovány preventivní programy ve vaší neziskové organizaci?**

**Anabell Ostrava:** Kofinancování (dotace, dary, nadace, úhrada žadatele).

**Anabell Praha:** Hradí si je objednavatel (škola, nebo žáci).

**Anabell Mladá Boleslav:** Hradí si je objednavatel (škola, nebo žáci).

**Anabell Příbram:** Hradí si je objednavatel (škola, nebo žáci).

**STOP PPP:** Z grantů kraje a nadací.

**Otázka č. 21: Znáte nějaké jiné neziskové organizace, které působí v oblasti prevence poruch příjmu potravy na území České republiky?**

**Anabell Ostrava:** Výsadní postavení má v ČR Anabell o. s.

**Anabell Praha:** Ano, ale znám zejména pobočky Anabell.

**Anabell Mladá Boleslav:** V České republice, je asi jediná naše nezisková organizace Anabell.

**Anabell Příbram:** V České republice, je asi nejznámější naše nezisková organizace Anabell.

**STOP PPP:** Ano, znám např. Anabell.

#### **Otázka č. 22: Jaké poslání má vaše nezisková organizace?**

**Anabell Ostrava:** Odkazují vás web. [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz).

**Anabell Praha:** Kontaktní centrum Anabell Praha nabízí pomoc a podporu osobám s poruchou příjmu potravy (mentální anorexií, mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním) a jejich blízkým. Účelem této pomoci a podpory je společné hledání cesty k plnohodnotnému životu bez poruchy příjmu potravy.

**Anabell Mladá Boleslav:** Anabell Mladá Boleslav nabízí pomoc a podporu osobám s poruchou příjmu potravy (mentální anorexií, mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním) a jejich blízkým. Účelem této pomoci a podpory je společné hledání cesty k plnohodnotnému životu bez poruchy příjmu potravy.

**Anabell Příbram:** Anabell Příbram nabízí pomoc a podporu osobám s poruchou příjmu potravy (mentální anorexií, mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním) a jejich blízkým. Účelem této pomoci a podpory je společné hledání cesty k plnohodnotnému životu bez poruchy příjmu potravy.

**STOP PPP:** Posláním STOP PPP, o. s. je pomoc lidem s poruchami příjmu potravy a nezdravými stravovacími návyky, kterým hrozí újma na zdraví či životě.

## **4.2 Sumarizace výsledků**

Respondentům bylo postupně položeno 22 otázek řízeného rozhovoru (viz. příloha 9. 3).

**První otázka** se týkala formality ohledně názvu a právní formy dané neziskové organizace.

Po první otázce následovala **otázka druhá** ohledně faktu, jestli je v jejich neziskové organizaci zaměstnán sociální pracovník. Na tuto otázku odpověděly všechny neziskové organizace shodně, že ano, pouze se u nich lišil počet sociálních pracovníků.

Na druhou otázku navazovala **otázka třetí** ohledně náplně činnosti sociálních pracovníků v jejich organizaci, ve třech organizacích se činnost sociálních pracovníků v organizaci shodovala. Na základě této otázky bylo zjištěno, že ve všech neziskových organizacích sociální pracovníci vykonávají různé činnosti např. odborné poradenství, administrativní činnost, přímou práci s klienty, motivování klientů, krizovou intervenci, prvotní konzultaci s klienty a také poskytování kontaktů na další odborníky, kteří se zabývají problematikou poruch příjmu potravy.

**Čtvrtá otázka** se týkala přístupů sociální práce, jaké využívají neziskové organizace při práci s klienty. V neziskových organizacích se využívají především tyto přístupy eklektický, krizová intervence, poradenství, mediace a netstreetwork.

**Pátá otázka** byla zaměřena na cílovou skupinu, se kterou neziskové organizace převážně spolupracují. Skoro všechny organizace odpověděly, že cílovou skupinou jsou osoby s poruchou příjmu potravy a nespecifikovaly blíže vývojové období klientů. Nezisková organizace STOP PPP o. s. blíže specifikovala, že jejich činnost je zaměřena především na cílovou skupinu dětí a adolescentů. Nezisková organizace Anabell Ostrava o. s. také zmínila i práci s blízkými osobami osob trpících poruchami příjmu potravy.

**V šesté otázce** byl výzkum zaměřen na dostatek informací ohledně poruch příjmu potravy v České republice pro běžnou populaci. Na tuto otázku 4 respondenti odpověděli, že je v dnešní době informací dostatek, ale že je potřeba pořád informovat společnost o této problematice, především rodiče. Nezisková organizace STOP PPP o. s. odpověděla, že informací ohledně poruch příjmu potravy v České republice je nedostatek.

Na tuto otázku navazovala **sedmá otázka** ohledně toho, jakým způsobem dané neziskové organizace informují veřejnost o poruchách příjmu potravy. Anabell Ostrava blíže nespecifikovala způsoby, jakými informuje veřejnost ohledně problematiky poruch příjmu potravy. Neziskové organizace Anabell Praha, Anabell Příbram a Anabell Mladá Boleslav shodně odpověděly, že veřejnost informují prostřednictvím primární prevence, webu, přednášek, médií, článků, beneficí, letáků a také pomocí sociální sítě Facebook. Nezisková organizace STOP PPP o. s. odpověděla, že veřejnost informuje ohledně poruch příjmů potravy pomocí projektové aktivity, programů primární prevence, programů projektových dnů, seminářů a také pomocí konferencí.

**V osmé otázce** byl výzkum zaměřen na to, jestli je podle daných neziskových organizací dostatečně vyvinutá síť neziskových organizací, které se zabývají problematikou poruch příjmu potravy. Podle neziskové organizace Anabell Ostrava o. s. je síť neziskových organizací zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy minimální. Neziskové organizace Anabell Praha, Anabell Příbram a Anabell Mladá Boleslav odpověděly shodně, že si myslí, že dostatečně jejich organizace rozvíjejí neziskovou organizaci Anabell a že se jí snaží rozšířit do dalších měst po celé České republice. Z této odpovědi je zřejmé, že nezisková organizace Anabell o. s. má výsadní postavení mezi neziskovými organizacemi, které se zabývají problematikou poruch příjmu potravy na území České republiky. Nezisková organizace STOP PPP o. s. odpověděla na tuto otázku, že v České republice není vyvinuta dostatečně síť neziskových organizací, které se zabývají problematikou poruch příjmu potravy.

**Devátá otázka** byla zaměřena na to, jakým způsobem dané neziskové organizace pracují se svými klienty. Nezisková organizace Anabell Ostrava o. s. na tuto otázku neodpověděla. Ostatní organizace uvedly, že při práci se svými klienty používají např. poradenství, psychoterapii, dramaterapii, práci s tělem, svépomocnou skupinu, práce s rodinou, skupinovou terapii a také přímý kontakt s klienty.

**V desáté otázce** měly neziskové organizace hodnotit, zda si myslí, že v České republice dochází k medializaci problému. Na tuto otázku odpověděly všechny neziskové organizace, že k medializaci problému poruch příjmu potravy dochází.



Neziskové organizace Anabell Praha, Anabell Mladá Boleslav a Anabell Příbram odpověděly, že si myslí, že dochází k dramatinování této problematiky zejména v dokumentech zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy. Podle těchto tří neziskových organizací by měly být tyto dokumenty spíše zaměřeny na závažnost a možnosti léčby.

**Další jedenáctá otázka** byla směřována na názor neziskových organizací ohledně životní situace osob s poruchami příjmu potravy. Na tuto otázku odpověděly shodně neziskové organizace Anabell Praha, Anabell Příbram a Anabell Mladá Boleslav, že životní situace osob s poruchami příjmu potravy je zlá. Nezisková organizace Anabell Ostrava odpověděla, že životní situace osob s poruchou příjmu potravy je individuální a nezisková organizace STOP PPP o. s. odpověděla na tuto otázku, že životní situace osob s poruchou příjmu potravy je jako každého, kdo trpí nějakou nemocí.

**Dvanáctá otázka** výzkumu směřovala opět na prevenci poruch příjmu potravy. Otázka byla zaměřena na to, jestli se dané neziskové organizace zabývají prevencí v rámci poruch příjmu potravy. Na tuto otázku všechny neziskové organizace odpověděly shodně, že se prevencí v rámci problematiky poruch příjmu potravy věnují.

**Na třináctou otázku**, která byla zaměřena na přednáškovou činnost neziskových organizací, všechny neziskové organizace odpověděly shodně, že konají přednášky ohledně problematiky prevence poruch příjmu potravy. Z této otázky tedy jasně vyplynulo, že všechny neziskové organizace se zabývají prevencí poruch příjmu potravy.

**Čtrnáctá otázka** navazovala na otázku předchozí. Tato otázka byla zaměřená na to, kde neziskové organizace propagují preventivní programy. Neziskové organizace odpověděly, že propagují preventivní programy např. v základních školách, středních školách, vysokých školách, pedagogicko-psychologických poradnách a v nemocnicích. Na této otázce je možné vidět, že propagace preventivních programů je zejména zaměřena na jedince, kteří navštěvují školská zařízení, chybí zde zaměření na cílovou skupinu seniorů, dětí předškolního věku nebo více zaměření preventivních programů na rodiče.

Na tuto otázku navazovala **otázka patnáctá**. V této otázce se zjišťovalo, jakým způsobem jsou preventivní programy šířeny mezi veřejnost. Neziskové organizace vyjmenovaly několik způsobů, jakým jsou tyto preventivní programy šířeny mezi veřejnost např. letáky, web, přednášky, besedy a konference. Z těchto odpovědí vyplývá, že preventivní programy nemohou být tímto způsobem šířeny mezi masivní počet jedinců. Protože tyto způsoby propagace preventivních programů jsou většinou závislé na jejich předchozím objednání, které však učiní jen ti, kteří o preventivní programy mají zájem.

**V šestnácté otázce** bylo zjištěno, jaké preventivní programy nabízí neziskové organizace. Neziskové organizace vyjmenovaly několik druhů preventivních programů, např. workshopy, přednášky, interaktivní hry, interaktivní semináře a také netstreetwork. Zde bylo zjištěno, že preventivní programy se dostanou k určité části populace, především k té, která o ně projeví sama zájem a daný preventivní program si objedná.

**Sedmnáctá otázka** byla zaměřena také na prevenci. V této otázce bylo zjišťováno, na jakou cílovou skupinu jsou preventivní programy neziskových organizací zaměřeny. Neziskové organizace Anabell Ostrava, Anabell Praha, Anabell Příbram, Anabell Mladá Boleslav odpověděly, že prevenci poruch příjmu potravy zaměřují zejména na studenty (základních škol, středních škol, vysokých škol). Nezisková organizace STOP PPP o. s. zaměřuje prevenci kromě dětí školního věku i na děti předškolního věku, metodiky prevence, výchovné poradce, učitele a zdravotníky. Z této odpovědi vyplývá, že nezisková organizace zaměřuje své preventivní programy na širší okruh veřejnosti, proto může být prevence více účinná.

**Otázka číslo osmnáct** byla zaměřena na vytyčení cílů, jaké mají neziskové organizace v rámci prevence poruch příjmu potravy. Nezisková organizace Anabell Ostrava na tuto otázku neodpověděla. Neziskové organizace Anabell Praha, Anabell Příbram, Anabell Mladá Boleslav na tuto otázku odpověděly shodně, že jejich cílem je informovat veřejnost a působit na ni preventivně, informovat také o možnostech kam se obrátit a jak nemoc rozpoznat. Na těchto odpovědích je vidět zřejmá společná vize

v těchto neziskových organizacích Anabell o. s. Nezisková organizace STOP PPP, o. s. zodpověděla tuto otázku takto, že jejich cílem je pomáhat potřebným, kterým hrozí sociální vyloučení s cílem jejich zařazení zpět do společnosti, zapojení do běžného veřejného života a k tomu zajištění důstojných a kvalitních podmínek. Dalším cílem neziskové organizace STOP PPP, o. s. je vyhledávat, aktivizovat a podporovat v České republice síly k naplňování tohoto cíle. Dalšími snahami STOP PPP, o. s. je usilovat o maximální dostupnost sociálních služeb, přiblížit co nejvíce život lidí s poruchami příjmu potravy veřejnosti a smysluplně zapojovat lidi bojující s PPP do běžného dění.

**Otázka číslo devatenáct** byla zaměřena na publikační činnost neziskových organizací. Bylo zde zjišťováno, zda neziskové organizace vydávají nějaké publikace zaměřené na prevenci poruch příjmu potravy. Nezisková organizace Anabell Praha, Anabell Příbram a Anabell Mladá Boleslav, odpověděly, že vydaly brožuru pro lektory. Nezisková organizace Anabell Ostrava odpověděla, že ano, ale odkázala na webové stránky. Nezisková organizace STOP PPP, o. s. odpověděla, že teprve připravují metodickou příručku pro ZŠ a SŠ učitele. V této otázce bylo poukázáno na to, že publikační činnost není tak rozsáhlá, jak by bylo v rámci prevence poruch příjmu potravy zapotřebí.

Další **otázka číslo dvacet** byla zaměřena na způsob financování preventivních programů v neziskových organizacích. Nezisková organizace Anabell Ostrava odpověděla, že její preventivní programy jsou financovány z dotací, darů, nadací a také úhrad žadatele o danou službu. Neziskové organizace Anabell Praha, Anabell Mladá Boleslav, Anabell Příbram odpověděly shodně, že jejich preventivní programy hradí objednavatel tedy škola, popřípadě žáci. Preventivní programy neziskové organizace STOP PPP, o. s. jsou financovány z grantů kraje a z nadací.

**Otázka číslo dvacet jedna** byla zaměřena na zjištění faktu, zda dané neziskové organizace znají nějaké další neziskové organizace na území České republiky, které se věnují problematice poruch příjmu potravy. Neziskové organizace Anabell Praha, Anabell Ostrava, Anabell Příbram a Anabell Mladá Boleslav na tuto otázku

neodpověděly. Nezisková organizace STOP PPP, o. s. odpověděla, že zná jinou neziskovou organizaci např. Anabell.

Poslední **otázka** číslo **dvacet dva** byla zaměřena na poslání dané neziskové organizace. Neziskové organizace Anabell Praha, Anabell Mladá Boleslav, Anabell Příbram a STOP PPP, o. s. odpověděly téměř shodně. Jejich posláním je poskytování pomoci a podpory osob s poruchou příjmu potravy a jejich blízkým. Nezisková organizace Anabell Ostrava odkázala na internetovou stránku organizace ([www.anabell.cz](http://www.anabell.cz)).

## 5. Diskuse

Výzkum této bakalářské práce se zabýval dvěma základními výzkumnými otázkami:

1. Pokrývají neziskové organizace celou oblast prevence poruch příjmu potravy?
2. Je nabídka preventivních programů z oblasti poruch příjmu potravy dostatečná?

Dvě neziskové organizace (Anabell, o. s. a STOP PPP, o. s.) se byly ochotny zúčastnit tohoto výzkumu, u organizace Anabell, která je organizací s celorepublikovou působností byl výzkum realizován i na jejích jednotlivých pobočkách. Ty sice nemají vlastní právní subjektivitu, nicméně i přes jednotný strategický plán organizace se pobočky regionálně lišily. Autorka se na začátku práce s tématem domnívala, že zmapování všech neziskových organizací na území České republiky nebude zas tak těžké a časově náročné. Při zjišťování dat o výzkumném souboru bylo autorkou zjištěno, že v České republice se nacházejí jen 2 organizace, které pracují v oblasti poruch příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy jsou v dnešní době velice aktuálním a závažným problémem, proto by mělo být více organizací, které se zabývají jejich prevencí. Řada organizací, které byly v rámci výzkumného šetření osloveny, měly na svých internetových stránkách napsáno, že se zabývají poruchami příjmu potravy. Následným kontaktem s prosbou o spolupráci bylo zjištěno, že je nelze zařadit do výzkumu a to z toho důvodu, že je nikdy nekontaktoval klient s poruchami příjmu potravy, byť na svých stránkách mají uvedeno, že se touto problematikou zabývají. Některé organizace navíc uvedly kontakt na občanské sdružení Anabell, že tato organizace se jim jeví jako kompetentnější než jejich.

Autorka sama, zde uvádí svoji osobní zkušenost s mentální anorexií, kterou si prošla před pěti lety, tudíž si dokáže představit, jak se musí cítit rodina, která hledá vhodnou pomoc pro jejich nemocného blízkého. Bohužel jim většina organizací odpoví, ať se obrátí jinam, protože jejich organizace s těmito klienty nepracuje, i když to má uvedeno na svých internetových stránkách. Na základě výzkumu a osobní zkušenosti autorky s problematikou se lze domnívat, že některé neziskové organizace v oblasti prevence poruch příjmu potravy nejednají správně.

Z výzkumu dále vyplynulo, že v České republice není věnována dostatečná pozornost prevenci poruch příjmu potravy. Občanská sdružení Anabell (a její pobočky) a STOP PPP uvedla, že prevenci realizují u cílové skupiny veřejnost pomocí preventivních programů, letáků, internetových stánek atd. Autorka se domnívá, že tento způsob prevence není moc efektivní. Preventivním programem rozumíme program, který zajišťuje komplexní službu v oblasti primární prevence různých forem rizikového chování (Programy primární prevence, 2011). Výše zmíněné neziskové organizace poskytují tyto programy na základě předchozího objednání, tím pádem, si je vždy objednají jedinci, kteří mají o toto téma zájem. Na základě osobní zkušenosti autorka konstatuje, že se během své školní docházky nikdy nesešla s žádným preventivním programem, který by se týkal prevence poruch příjmu potravy, ale skoro každý rok byla účastna přednášek zabývajících se šikanou, pohlavně přenosnými chorobami a drogami. Je pravdou, že prevence těchto výše uvedených jevů je velice důležitá, ale nemělo by se zapomínat na poruchy příjmu potravy. Autorka doporučuje věnovat pozornost všem oblastem rizikového chování, do nichž řadíme i poruchy příjmu potravy.

V dnešní době na vzniku poruch příjmu potravy podílí také média, ať už internet, časopisy o módě a také televize. Jak uvádí Papežová (2010), tak poselství médií je jasné: „Kdo není hubený, je nejen šeredný, ale i celkově méně hodnotný.“ Toto poselství vnímají hlavně ženy, u nichž je krása a vzhled jedním z hlavních měřítek úspěchu. Když mají ženy pocit, že neuspěly, cítí se špatně a pokoušejí se hubnout (Papežová, 2010). Autorka souhlasí s Novákem (2010), že poselství, která jsou prezentována v médiích, neútočí jen na peníze konzumentek, ale pomocí rad a návodů dávají najevo, že kontrolovat svoji váhu je nejen běžné, ale i žádoucí.

Přestože jsou všichni odborníci věnující se problematice poruch příjmu potravy přesvědčeni o tom, že nejrůznější soutěže miss a časopisy plné fotografií prepubertálně dokonale štíhlých a krásných modelek se podepisují na vzniku poruch příjmu potravy, dokázat tento fakt je velice složité (Papežová, 2010).

Jak již autorka výše uvedla, každý den je možné v televizi a časopisech vidět spoustu reklam na nejrůznější kosmetické produkty a oblečení, které propagují krásné

modelky. Už několikrát, ale vyplynulo na povrch, že těla a obličeje modelek jsou upravené ve speciálních programech na počítači. Jenže tento fakt si mnoho dětí a převážně adolescentů, kteří jsou poruchami příjmu potravy nejvíce ohroženi, moc neuvědomuje. Proto se převážně ženy plahočí za snem vypadat jako modelka z reklamy. Na základě vlastní zkušenosti autorka uvádí, že pokud by si dříve uvědomila, že modelky v televizi a v časopisech, nemají tak ideální míry ani tak dokonalý obličej, tak by si možná nemusela projít mentální anorexií. Tento fakt uvádí i Novák (2010) - v uplynulých třiceti letech vyšlo mnoho publikací analyzujících účinkování žen v reklamách. Žurnalisté vznesli obvinění, že prodejci používají zejména nezdravě štíhlé modelky k prezentaci svých produktů. Tímto zpětně posilují vliv štíhlých modelek, jejichž fyzický vzhled, který je dokonalý, slouží jako standard krásy pro ostatní ženy (Novák, 2010).

Dnešní módní průmysl, je plný nezdravě hubených modelek, které se však nepřibližují proporcím většiny žen. Pokud by se tento stav změnil, lze se domnívat, že by se mohl snížit výskyt poruch příjmu potravy, protože by se většina nesnažila přiblížit nezdravě vyhublým modelkám. Tento fakt, by bylo dobré dále vědecky prozkoumat, bohužel však módnímu průmyslu nejde o zdraví, ale o peníze.

Novák (2010) uvádí, že přijít na odpověď, proč poruchami příjmu potravy trpí desetkrát víc žen než mužů, se snaží také badatelé zkoumající vliv společnosti a médií. Velmi zjednodušujícím vysvětlením může být prostý fakt, že v ženských časopisech je desetkrát více reklam propagujících diety nebo desetkrát více článků o dietách než v časopisech, které jsou určeny pro muže (Novák, 2010).

Autorka se domnívá, že většina žen už někdy ve svém životě nějakou dietu vyzkoušela. Z velké části zejména vlivem dámských magazínů, které jsou přeplněny návody na hubnutí, vytvarování postavy, dokonalého líčení atd. Podle Nováka (2010) časopisy často ženám sdělují, aby objevily svoje pravé já, či aby se staly nezávislými, ale doprovodné články a fotografie jim sdělují, že toho dosáhnou tak, že nakoupí propagované kosmetické výrobky, zhubnou a budou se držet daných návodů, jak uloví a udrží správného muže. Málokterý člověk si v dnešní době umí udělat vlastní názor

na to, jestli je nutné dodržovat všechny tyto návody pro to, aby mohl vést spokojený život. Mladé ženy, se kterými měla autorka možnost o poruchách příjmu potravy diskutovat, se snaží vypadat jako modelky z časopisů, protože se domnívají, že když se budou odlišovat, tak si nenajdou partnera, zaměstnání a nebudou ve svém životě úspěšné. Úspěšné štíhlé celebrity (viz. příloha 9. 4) a mediální postavy dávají západním ženám podnět, že k tomu, aby ženy byly atraktivní a žádoucí, musí být štíhlé (Novák, 2010). Jelikož je štíhlých žen v médiích většina, má to za následek neustálé opakování tohoto poslání, tím se také patrně zvyšuje šance, že zpráva bude ženami přijata a bude mít větší vliv na jejich jednání (Novák, 2010).

V dnešní době se vyskytuje hodně lidí, kteří nemají podle médií ideální váhu ani vzhled, proto může přibývat jedinců, kteří jsou nespokojeni díky tomuto kultu krásy sami se sebou a v důsledku toho trpět poruchou příjmu potravy. Papežová (2010) uvádí, že kvůli nárůstu na mladou generaci a rostoucímu dopadu nových technologií např. internetu je vytvoření kvalitní a účinné prevence v oblasti poruch příjmu potravy stále nesnadnější. Na internetu existují testy (viz. příloha 9. 5), které vyhodnocují, zda můžete být ohroženi poruchou příjmu potravy, nebo zda poruchou příjmu trpíte. Výsledky těchto testů mohou být velice sporné a mnohdy i nebezpečné. Autorka se domnívá, že u těchto testů hrozí nebezpečí toho, že např. jedinci v něm vyjde, že trpí poruchou příjmu potravy, toto tvrzení ho však může vystrašit. V testech se vyplňuje váha a výška, na konci je zde vyhodnoceno BMI (Body mass index). V některých testech zde, ale může být doporučeno držet dietu, což není vhodné, např. pro jedince, který má sice nadváhu, ale trpí mentální bulimií, protože jedinci s mentální bulimií nemusí mít ideální postavu. Proto autorka uvádí, že by se nad jednotlivými testy měli jejich autoři více zamyslet, zda nemohou někomu uškodit.

Podle Papežové (2010) má primární prevence za úkol snížit riziko vzniku poruch příjmu potravy, ale z posledních výzkumů u nás vyplývá, že prevalence anorexie v České republice na rozdíl od ostatních evropských států roste.

Výsledky výzkumu uvedené v této bakalářské práci ukázaly, že prevence poruch příjmu potravy není dostatečná. V České republice neexistuje mnoho neziskových



organizací, které by konaly preventivní programy v oblasti poruch příjmu potravy. Organizace Anabell, o. s. a STOP PPP, o. s. se snaží šířit prevenci v oblasti poruch příjmu potravy, ale bohužel jejich finanční prostředky a také nedostatečné rozmístění poboček po celé České republice, je velkou překážkou v masivním šíření prevence mezi širokou veřejnost. Reálně není možné, aby tyto dvě organizace včetně poboček Anabell, které podle výzkumu asi nejaktivněji pracují v oblasti poruch příjmu potravy, dokázaly šířit preventivní programy na celém území České republiky. Velkým problémem je také to, že v některých krajích (Jihočeský kraj, Pardubický kraj atd.) neexistuje žádná organizace, která by aktivně působila v oblasti prevence poruch příjmu potravy.

Když autorka trpěla mentální anorexií, tak jí nebyla nabídnuta žádná alternativa léčby, tímto má na mysli např. nějakou neziskovou organizaci, kam bych mohla docházet. Prvním řešením, jaké jejím rodičům nabídla dětská lékařka, byla nemocnice Motol v Praze, kde mají speciální oddělení na léčbu poruch příjmu potravy. Lékařka se snažila donutit autorku jíst tím stylem, že jí vyhrožovala, že v nemocnici bude půl roku, že neuvidí své rodiče a také, že bude dostávat intravenózní výživu. Poté dodala větu, že v nemocnici si jí už vykrmí. Autorčiny rodiče na tuto léčbu nepřistoupili, lékařka jí poslala k psychologovi a zdravotní stav autorky si hlídala sama. Léčba spočívala v tom, že chodila každý den před školou do její ordinace na převážení. S rodiči se lékařka dohodla, že pokud shodí jediný kilogram, tak bude muset nastoupit do nemocnice. Dále si autorka při své léčbě musela zapisovat, co sní a jaké množství, lékařka tento seznam vyhodnocovala jednou týdně.

S odstupem času se autorka domnívá, že tento způsob léčby nebyl zrovna ideální. Kdyby mohla chodit do nějaké svépomocné skupiny, kde by byli jedinci, kteří prožívali to samé jako autorka, s touto nemocí by se vyrovnala lépe. Do dnešní doby, má autorka negativní postoj k sobě samé, ke své postavě a také k jídlu. Ví, že mentální anorexie je nemoc, která i přesto, že se z ní vyléčíte, Vám změní Váš postoj k sobě samé a také Vám určitým způsobem změní život. I přesto, že autorka trpěla před 5 lety mentální anorexií, ví, že už nikdy nemůže držet žádné diety, protože ví z vlastní zkušenosti, že po týdnu úpravy jídelníčku přestává jíst úplně. Autorka uvádí, že je pro ni momentálně velice těžké to, že hodně přibrala a tudíž jí na sebevědomí nepřidává ani dnešní kult

krásky. Autorka uvádí, že naštěstí má už jiné priority než je dokonalý fyzický vzhled. Díky tomu může žít normální život a věřit, že v budoucnu znovu nesklouzne k poruše příjmu potravy.

Kvůli autorčině zkušenosti s poruchou příjmu potravy, konkrétně s mentální anorexií, ji děsí fakt, že v České republice není dostatečná prevence ani dostatečné množství neziskových organizací, které by působily v oblasti prevence poruch příjmu potravy.

Z výzkumu vyplynulo, že dalším závažným problémem je také to, že organizace, které se zabývají prevencí poruch příjmu potravy, se zaměřují převážně na děti, adolescenty, rodiče a školy. Autorka se domnívá, že je velice důležité při prevenci neopomíjet všechny věkové kategorie, i když je známý fakt, že poruchy příjmu potravy vznikají nejčastěji v adolescenci. I čeští autoři nejrozličnějších knih o poruchách příjmu potravy zapomínají popsat v souvislosti poruch příjmu potravy skupinu seniorů a také dětí předškolního věku. Je sice pravdou, že senioři netrpí poruchami příjmu potravy v pravém slova smyslu. Autorka zde uvádí příklad její babičky, které je 75 let. Autorka uvádí, že její babička neustále hubne, protože nedodrží stravovací režim. Autorka uvádí, že její babička nejí proto, že by chtěla být hubená, ale proto, že nemá pocit hladu, který je ve stáří oslabený, a na jídlo často zapomíná. Podle názoru autorky by se ani na tuto věkovou kategorii nemělo v rámci prevence zapomínat, protože je velice důležité, aby i senioři dodržovali správný stravovací režim. Autorka uvádí, že ji nemile překvapilo, že v knihách o poruchách příjmu potravy není o seniorech ani zmínka.

## 6. Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na zmapování neziskových organizací působících v oblasti poruch příjmu potravy a také na zjištění, jak realizují prevenci a osvětovou činnost neziskové organizace. Cílovým souborem byly neziskové organizace z celé České republiky, které se zabývají prevencí poruch příjmu potravy. Přesně bylo z běžně dostupných zdrojů vyhledáno 7 neziskových organizací, které působí v oblasti poruch příjmu potravy. Všechny tyto neziskové organizace byly při výzkumu osloveny. Pět organizací se odmítlo z různých důvodů výzkumu zúčastnit. Dvě neziskové organizace (Anabell, o. s. s jejími pobočkami, STOP PPP, o. s.) se výzkumu zúčastnily.

Před zahájením výzkumu byly stanoveny dvě základní výzkumné otázky, které byly zodpovězeny při řízeném rozhovoru s danými neziskovými organizacemi. Pokrývají neziskové organizace celou oblast prevence poruch příjmu potravy? Je nabídka preventivních programů z oblasti poruch příjmu potravy dostatečná?

V této práci byl využit kvalitativní výzkum. Jako metoda sběru dat bylo vybráno dotazování a technika řízený (standardizovaný) rozhovor. Během tohoto rozhovoru byla zmapována situace, zda neziskové organizace pokrývají celou oblast prevence poruch příjmu potravy, a také bylo zmapováno, jaké preventivní programy nabízejí neziskové organizace v rámci prevence poruch příjmu potravy.

V rámci tohoto výzkumu bylo zjištěno, že neziskové organizace dostatečně nepokrývají celou oblast prevence poruch příjmu potravy a také to, že nabídka preventivních programů zaměřených na prevenci poruch příjmu potravy není moc rozsáhlá. V rámci výzkumu bylo také zjištěno, že nezisková organizace STOP PPP, o. s. se nejvíce ze všech neziskových organizací zaměřuje na prevenci, a že má nejvíce preventivních programů.

Autorka se domnívá, že tato práce by mohla být přínosem pro lékaře, neziskové organizace působící v této oblasti, pro školy a také pro rodiče. Dále se domnívá, že tato práce poukazuje na nedostatečnou síť neziskových organizací, které působí v oblasti

prevence poruch příjmu potravy na území České republiky. Dále je zde poukázáno na výsadní postavení neziskové organizace Anabell o. s., která má na území České republiky několik poboček. V dnešní době roste výskyt poruch příjmu potravy, a proto je velice důležité informovat veřejnost o tom, jak se dá tomuto onemocnění zabránit, jaké jsou příčiny vzniku a jak včas odhalit poruchu příjmu potravy. Důležité je zabránit nárůstu počtu nemocných poruchami příjmu potravy pomocí prevence. Proto je nezbytné šířit prevenci mezi všechny věkové kategorie.

Autorka by byla ráda, kdyby tato bakalářská práce byla přínosem pro vznik kvalitního preventivního programu v rámci poruch příjmu potravy, který by byl zaměřen na všechny věkové kategorie. Autorka by si přála, aby tato práce přispěla k rozvoji sítě neziskových organizací, které působí v oblasti poruch příjmu potravy a také, k rozvoji prevence a osvětové činnosti těchto organizací.

## 7. Seznam použité literatury

1. BAŠTECKÝ, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: GRADA, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7.
2. BENSON, N., C. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2010. 176 s. ISBN 978-80-7367-671-1.
3. FALAIDE, A., O. *Vliv psychiky na zdraví:soudobá psychosomatika*. Praha: GRADA, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.
4. FRIČ, P., GOULLI, R. *Neziskový sektor v České republice*. Praha: EUROLEX BOHEMIA s. r. o., 2001. 203 s. ISBN 80-86432-04-1.
5. GOODMAN, R., SCOTT S. *Child Psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing, 1997. 328 s. ISBN 0-632-03885-3.
6. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
7. HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
8. HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Jinočany: H&H, 1996. 424 s. ISBN 80-85-787-96-2.
9. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
10. KOPECKÁ, K. *Zdravie a klinika chorob*. Martin: Osveta, 1998. 695 s. ISBN 80-8060-010-0.
11. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování; současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9.
12. KREJČOVÁ, L. *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících*. Praha: GRADA, 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3474-3.

13. KRCH, F., D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd. Praha: GRADA, 2003. 170 s. ISBN 80-247-0527-3.
14. KRCH, F., D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9.
15. KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: GRADA, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
16. MACEK, P. *Adolescence; psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. 208 s. ISBN 80-7178-348-X.
17. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
18. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009*. Praha: Bomton Agency, 2008. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3.
19. NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm, 2010. 106 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
20. PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
21. PLATZNEROVÁ, A. *Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9.
22. PRÁŠKO, J. *Psychiatrie*. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4.
23. PREISS, M., KUČEROVÁ, H. *Neurologie v psychiatrii*. Praha: GRADA, 2006. 416 s. ISBN 80-247-1460-4.
24. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: Triton, 2003. 211 s. ISBN 80-7254-423-3.
25. RABOCH, J. *Nemocná duše-nemocný mozek: klinická zkušenost*. Praha: Galén, 2006. 286 s. ISBN 80-7262-420-2.

26. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: GRADA, 1995. 400 s. ISBN 80-7169-168-2.
27. ŘÍČAN, P. KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*, 3. přeprac. a doplň. vyd. Praha: GRADA, 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.
28. SLÁDKOVÁ, I. Poruchy příjmu potravy a vnitřní svět nemocných. *Psychologie dnes*. 2005, roč. 11, č. 7/8, s. 22-25. ISSN 1212-9607.
29. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-795-7.
30. STODOLOVÁ, A. Tanečnice a poruchy příjmu potravy. *Psychologie dnes*. 2004, roč. 10, č. 3, s. 20-21. ISSN 1211-5886.
31. SVOBODA, M. ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. 318 s. ISBN 80-7367-154-9.
32. TRESS, W., KRUSSE, J., OTT, J. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
33. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
34. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 2004. 339 s. ISBN 80-247-0723-3.
35. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. aktual. vyd. Praha: GRADA, 2003. 264 s. ISBN 80-247-0253-3.

#### **Internetové zdroje:**

36. *Anabell Příbram: Naše služby* [online]. [cit. 2011-4-1]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/index.php/anabell-pribram/nase-sluzby>>.
37. DOLEŽALOVÁ, J. *Prioritní oblasti primární prevence MŠMT* [online]. [cit. 2011-2-10]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/file/12254>>.
38. *Kontaktní centrum Anabell Ostrava* [online]. [cit. 2011-4-1]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/index.php/anabell-ostrava/poslani-a-cile>>.

39. *Kontaktní centrum Anabell Praha* [online]. [cit. 2011-4-1]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/index.php/anabell-praha>>.
40. KRCH, F., D., MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví* [online]. [cit. 2011-3-15]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/vychova-ke-zdravi-poruchy-prijmu-potravy?highlightWords=V%C3%BDchova+zdrav%C3%AD%C2%A8>>.
41. KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy: rizikové faktory*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, roč. 5, č. 1 [cit. 2011-4-1]. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>>.
42. KULHÁNEK, J. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. [cit. 2011-3-28]. Dostupné z: <[http://www.pppinfo.cz/clanek\\_show.asp?id=2251](http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=2251)>.
43. KULHÁNEK, J. *Poruchy příjmu potravy* [online]. [cit. 2011-11-4]. Dostupné z: <[http://www.pppinfo.cz/clanek\\_show.asp?id=22](http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=22)>.
44. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy* [online]. [cit. 2011-3-14]. Dostupné z: <<http://www.viod.cz/editor/assets/download/potrava.pdf>>.
45. *Naše služby* [online]. [cit. 2011-4-1]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/index.php/anabell-mlada-boleslav/nase-sluzby>>.
46. *O nás* [online]. [cit. 2011-4-1]. Dostupné z: <[http://www.jakomodelka.cz/index.php?option=com\\_contact&task=view&contact\\_id=1&Itemid=31](http://www.jakomodelka.cz/index.php?option=com_contact&task=view&contact_id=1&Itemid=31)>.
47. *O neziskových organizacích* [online]. [cit. 2011-3-10]. Dostupné z: <<http://neziskovky.cz/cz/fakta/neziskovy-sektor-v-cr/co-to-je-neziskovy-sektor/>>.
48. *Prevence* [online]. [cit. 2011-4-15]. Dostupné z: <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/prevence>>.
49. *Primární prevence* [online]. [cit. 2011-4-15]. Dostupné z: <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/prevence-primarni>>
50. *Programy primární prevence* [online]. [cit. 2011-3-15]. Dostupné z: <<http://www.prevcentrum.cz/PPP/Default.aspx>>.



51. *Průběžná tisková informace k projektu nezůstávej na to sama* [online]. [cit. 2011-5-10]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/index.php/dokumenty-o-anabell/tiskove-zpravy/426-prubezna-tiskova-informace-k-projektu-nezustavej-na-to-sama>>.
52. *Přehled základních typů nestátních neziskových organizací v ČR* [online]. [cit. 2011-3-10]. Dostupné z: <[http://neziskovky.cz/\\_dataPublic/attachments/baf51c60beabc8c02a62736620568fea/prehled\\_nno.pdf](http://neziskovky.cz/_dataPublic/attachments/baf51c60beabc8c02a62736620568fea/prehled_nno.pdf)>.
53. *Sekundární prevence* [online]. 2000 [cit. 2011-4-15]. Dostupné z: <<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/prevence-sekundarni>>.
54. SMITH, M., KOVATCH, S., SEGAL, J. *Anorexia nervosa: signs, symptoms, causes and treatment* [online]. [cit. 2011-3-10]. Dostupné z: <[http://www.helpguide.org/mental/anorexia\\_signs\\_symptoms\\_causes\\_treatment.htm](http://www.helpguide.org/mental/anorexia_signs_symptoms_causes_treatment.htm)>.
55. *Terciární prevence* [online]. 2000 [cit. 2011-4-15]. Dostupné z: <<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/prevence-terciarni>>.
56. VAJDOVÁ, T. *Zpráva o neziskovém sektoru v České republice* [online]. [cit. 2011-2-10]. Dostupné z: <[http://www.pecten.cz/zprava\\_o\\_neziskovem\\_sektoru.pdf](http://www.pecten.cz/zprava_o_neziskovem_sektoru.pdf)>.
57. *Závěrečná o činnosti občanského sdružení Anabell v roce 2010* [online]. [cit. 2011-5-10]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/index.php/dokumenty-o-anabell/vyrocnizpravy>>.

### **Zákony:**

58. Česká republika. Vyhláška č. 72 ze dne 9. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In *Sbírka zákonů*. 2005, částka 20, Dostupný také z www: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>>.
59. Česká republika. Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže ve školách a školských zařízeních, č. j. 20 006/2007-51. In *Věstník MŠMT ČR*. 2007, s. 1-21, Dostupný také z www: <<http://www.msmt.cz/socialni-programy/metodicky-pokyn-k-primarni-prevenci-socialne-patologicky-jevu-u>>

deti-a-mladeze-ve-skolach-a-skolskych-zarizenich-nabyva-ucinnosti-dnem-zverejneni-ve-vestniku-msmt-cr-sesit-11-2007>.

## **8. Klíčová slova**

- poruchy příjmu potravy
- mentální anorexie
- mentální bulimie
- prevence
- nezisková organizace

## **9. Přílohy**

### **9.1 BMI**

### **9.2 Preventivní programy**

### **9.3 Otázky řízeného rozhovoru**

### **9.4 Obrázky celebrit**

### **9.5 Testy**

## 9.1 BMI (Body mass index)

BMI (body mass index) je odhad tělesné hmotnosti, uznávaný Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Vychází se z poměru hmotnosti a druhé mocniny výšky, výsledek se porovná se statistickými tabulkami pro daný věk a pohlaví.

**BMI = hmotnost (kg) : výška (cm)**

Zdroj: Výpočet BMI [online]. [cit. 2011-4-14]. Dostupné z: <[http://www.idealni.cz/vyzkousejte\\_bmi.asp#ixzz1UiXDKyeo](http://www.idealni.cz/vyzkousejte_bmi.asp#ixzz1UiXDKyeo)>

## **9.2 Preventivní programy**

### **STOP PPP, o.s.**

#### **1. Hravě zdravě**

Program je určen pro věkovou kategorii ve věku 4-9 let. Tedy pro mateřské školy a první stupeň ZŠ. Délka programu jsou dvě hodiny. Preventivní program je veden za přítomnosti učitele, formou interaktivní hry, kdy se děti ve skupinkách učí správně nakoupit zdravé potraviny, a naučí se vhodně trávit volný čas. Tento program pracuje s dětskou fantazií a nenásilně děti vede správnou cestou (Nabídka preventivních programů, 2011).

#### **2. I vy jste v tom**

Tento program je určen pro 2. stupeň ZŠ, studentům SŠ, pedagogům a metodikům prevence. Hlavními cíli programu jsou vysvětlení problematiky ohledně poruch příjmu potravy, zodpovězení dotazů ohledně poruch příjmu potravy a poskytnout kontakty na odborná pracoviště v regionu a celé ČR (Nabídka preventivních programů, 2011).

#### **3. Životem bez PPP**

Tento program primární prevence je určen školním metodikům prevence, výchovným poradcům, pedagogům a odborné veřejnosti. Cílem tohoto programu je seznámit účastníky s problematikou poruch příjmu potravy. Tento program má snahu o vytvoření metodiky pro výuku a trvá 360 minut (Nabídka preventivních programů, 2011).

#### **4. PPP a sebepoškozování**

Tento program je určen studentům SŠ, pedagogům a metodikům prevence. Cíle programu jsou přiblížit poruchy příjmu potravy v souvislosti se sebepoškozováním a přiblížit problematiku sebepoškozování (Nabídka preventivních programů, 2011).

#### **5. KLD 5P**

KLD 5P je kurz lektorských dovedností primární prevence poruch příjmu potravy. Cílem desetidenního projektu je proškolení lektorů primární prevence poruch příjmu potravy (Nabídka preventivních programů, 2011).

## **6. Životem bez PPP**

Tento program realizují proškolení studenti VŠ přímo ve školách. Kdokoliv se tímto způsobem může seznámit s poruchami příjmu potravy (Nabídka preventivních programů, 2011).

Zdroj: Nabídka preventivních programů [online]. [cit. 2011-4-1]. Dostupné z: < [http://www.jakomodelka.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=30&Itemid=46](http://www.jakomodelka.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=46)>.

### **9.3 Otázky řízeného rozhovoru**

1. Jaký je název a právní forma vaší neziskové organizace?
2. Jaké poslání má vaše nezisková organizace?
3. Máte ve své neziskové organizaci zaměstnaného sociálního pracovníka (sociální pracovníci)?
4. Jaká je úloha sociálních pracovníků ve vaší neziskové organizaci?
5. Jaké postupy využíváte při řešení problémů osob s poruchami příjmu potravy?
6. S jakou cílovou skupinou převážně pracuje vaše nezisková organizace?
7. Myslíte si, že populace v České republice má dostatek informací ohledně poruch příjmu potravy?
8. Jakým způsobem vaše nezisková organizace informuje veřejnost o problému poruch příjmu potravy?
9. Myslíte si, že v České republice je dostatečně vyvinuta síť neziskových organizací zabývajících se problematikou poruch příjmu potravy?
10. Jak postupujete při řešení problémů osob s poruchami příjmu potravy?
11. Domníváte se, že dochází v České republice k medializaci problému ohledně poruch příjmu potravy?
12. Jaká je podle vás životní situace osob s poruchami příjmu potravy?
13. Zabývá se vaše nezisková organizace prevencí v oblasti poruch příjmu potravy?
14. Pořádá vaše nezisková organizace přednášky na téma prevence poruch příjmu potravy?
15. Na kterých místech propaguje vaše nezisková organizace preventivní programy?
16. Jakým způsobem šíříte preventivní programy mezi veřejnost?
17. Jaké preventivní programy nabízí vaše nezisková organizace?
18. Na jakou cílovou skupinu se v rámci prevence zaměřuje vaše nezisková organizace?
19. Jaké cíle, co se prevence týče, má vaše nezisková organizace?
20. Vydala vaše nezisková organizace nějaké publikace zabývající se prevencí poruch příjmu potravy?

21. Jakým způsobem jsou financovány preventivní programy ve vaší neziskové organizaci?
22. Znáte nějaké jiné neziskové organizace, které působí v oblasti prevence poruch příjmu potravy na území České republiky?



## 9. 4 Obrázky celebrit



Herečka Isabella Carová

zdroj: [http://media.novinky.cz/809/108097-top\\_foto2-gsynk.jpg](http://media.novinky.cz/809/108097-top_foto2-gsynk.jpg)



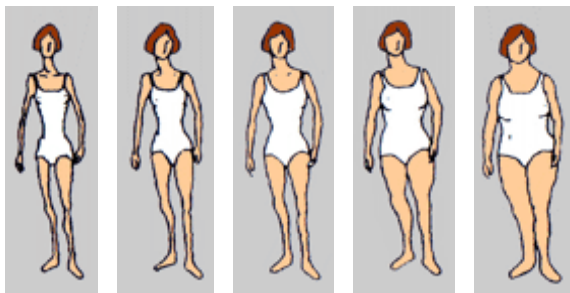
Viktoria Beckham

Zdroj: <http://www.my-magazin.cz/wp-content/uploads/2009/11/victoria-beckham-tie-dye-01-thumb-400x682-53024.jpg>

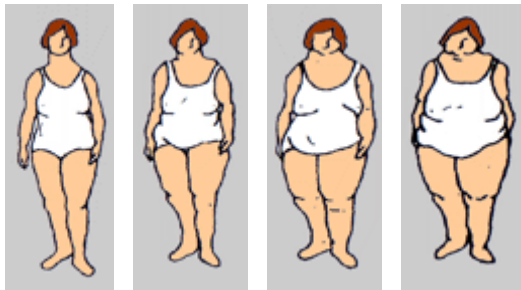
## 9. 5 Testy

### Test vnímání postavy:

1. Vaše váha, výška?
2. Jak byste si přáli vypadat?

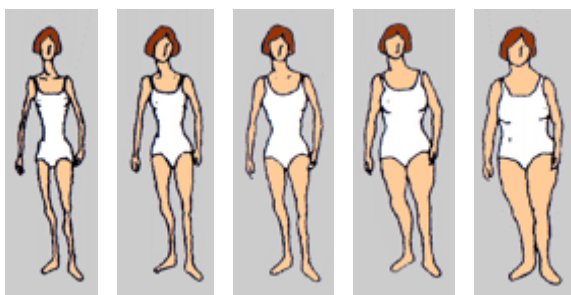


Zdroj: [http://www.idealni.cz/vyzkousejte\\_test\\_bodyimage3.asp?id=71862&q=1&p=1&v=7](http://www.idealni.cz/vyzkousejte_test_bodyimage3.asp?id=71862&q=1&p=1&v=7)

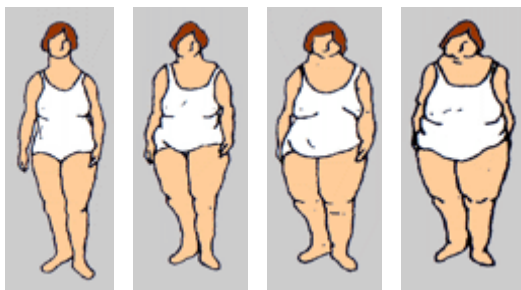


Zdroj: [http://www.idealni.cz/vyzkousejte\\_test\\_bodyimage3.asp?id=71862&q=1&p=1&v=7](http://www.idealni.cz/vyzkousejte_test_bodyimage3.asp?id=71862&q=1&p=1&v=7)

3. Jak si myslíte, že vás vnímá vaše okolí?



Zdroj: zdroj: [http://www.idealni.cz/vyzkousejte\\_test\\_bodyimage3.asp?id=71862&q=1&p=1&v=7](http://www.idealni.cz/vyzkousejte_test_bodyimage3.asp?id=71862&q=1&p=1&v=7)



Zdroj: [http://www.idealni.cz/vyzkousejte\\_test\\_bodyimage3.asp?id=71862&q=1&p=1&v=7](http://www.idealni.cz/vyzkousejte_test_bodyimage3.asp?id=71862&q=1&p=1&v=7)

#### 4. Jak hodnotíte některé partie své postavy (vyberte jednu možnost)?

1. prsa

- |              |               |
|--------------|---------------|
| a) mám ráda  | c) nemám ráda |
| b) spokojená | d) nesnáším   |

2. oči

- |              |               |
|--------------|---------------|
| a) mám ráda  | c) nemám ráda |
| b) spokojená | d) nesnáším   |

3. paže

- |              |               |
|--------------|---------------|
| a) mám ráda  | c) nemám ráda |
| b) spokojená | d) nesnáším   |

4. vlasy

- |              |               |
|--------------|---------------|
| a) mám ráda  | c) nemám ráda |
| b) spokojená | d) nesnáším   |

5. břicho

- |              |               |
|--------------|---------------|
| a) mám ráda  | c) nemám ráda |
| b) spokojená | d) nesnáším   |

6. stehna

- |              |               |
|--------------|---------------|
| a) mám ráda  | c) nemám ráda |
| b) spokojená | d) nesnáším   |

7. boky

- |              |               |
|--------------|---------------|
| a) mám ráda  | c) nemám ráda |
| b) spokojená | d) nesnáším   |

8. hýždě

- |              |               |
|--------------|---------------|
| a) mám ráda  | c) nemám ráda |
| b) spokojená | d) nesnáším   |

Zdroj: *Test vnímání postavy* [online]. [cit. 2011-3-14]. Dostupné z: < [http://www.idealni.cz/vyzkousejte\\_test\\_bodyimage.asp](http://www.idealni.cz/vyzkousejte_test_bodyimage.asp)>