

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

**INFORMOVANOSŤ VEREJNOSTI O PORUCHÁCH
PRÍJMU POTRAVY A MOŽNOSTIACH ICH RIEŠENIA**

Diplomová práca

Študijný program: Aplikovaná sociálna práca

Školiace pracovisko: Katedra sociálnej práce a sociálnych vied

Školiteľ: Doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD.

Nitra 2010

Bc. Simona Hudobová

Ďakujem mojej školiteľke práce
Doc. PhDr. Ľube Pavelovej, PhD.
za cenné rady, odborné usmernenie, podporu a pomoc, ktorú mi poskytla pri
vypracovaní diplomovej práce.

ABSTRAKT

HUDOBOVÁ, Simona: *Informovanosť verejnosti o poruchách príjmu potravy a možnostiach ich riešenia* [Diplomová práca]/Simona Hudobová. – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra sociálnej práce a sociálnych vied. - Školiteľ: Doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Magister (Mgr.). – Nitra: FSVaZ, 2010. 58 s.

Diplomová práca má teoreticko-empirický charakter. Teoretická časť je rozdelená do troch kapitol. V prvej kapitole sa autorka venuje vymedzeniu pojmu závislosť, prejavy závislostí, zameriava sa na nelátkové závislosti a jej druhy. Druhá kapitola objasňuje poruchy príjmu potravy, vysvetľuje mentálnu anorexiu, mentálnu bulímiu, bližšie neoznačené poruchy a zameriava sa na objasnenie faktorov, ktoré spôsobujú poruchy príjmu potravy. Tretia kapitola je venovaná liečbe porúch príjmu potravy. Podrobnejšie sa autorka zaoberá psychoterapiou, kognitívne behaviorálnou terapiou, farmakoterapiou a svojpomocou. Štvrtú kapitolu tvorí prieskum. Hlavným cieľom práce je na základe prieskumnej analýzy zistiť, či je verejnosť dostatočne informovaná o poruchách príjmu potravy. Ďalším cieľom skúmania je zistiť predstavu respondentov o možnostiach riešenia porúch príjmu potravy. Autorka sa zameriava na názory respondentov, či diéta môže spôsobiť duševnú poruchu príjmu potravy. Venuje sa zisteniu, či respondenti pozorujú na sebe, alebo blízkych prejavy kompulzívneho prejedania sa. V tejto časti práce autorka vytýčila ciele prieskumu, prieskumné otázky, prieskumné metódy, plán prieskumu, výber a charakteristiku prieskumného súboru. Zvolila si prieskumnú metódu kvantitatívneho prieskumu vo forme dotazníkov. Pri spracovaní výsledkov z dotazníkov použila grafické zobrazenie výsledkov, ktoré umožňuje prehľadne sledovať trendy v názoroch na jednotlivé otázky a prevažujúci názor verejnosti. V piatej kapitole autorka interpretuje výsledky prieskumu, venuje sa diskusií a odporúčaniam, ktoré navrhuje na základe získaných výsledkov.

Kľúčové slová:

Poruchy príjmu potravy. Mentálna anorexia. Mentálna bulímia. Kompulzívne prejedanie sa.

ABSTRACT

HUDOBOVÁ, Simona: *Public awareness about eating disorders and possibilities to solve them* [Master's thesis]/Simona Hudobová. – University Konštantína Filozofa in Nitra. Faculty of social science and health; Department of social work and social science.-Adviser: Doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD. Degree of qualification : Master. – Nitra: FSVaZ, 2010. 58 p.

The thesis has a theoretical and empirical nature. The theoretical part is divided into three chapters. In the first chapter, the author addresses the definition of addiction, symptoms of addiction, focusing on non-substance addiction and its species. The second chapter demonstrates eating disorders, explains mental anorexia, bulimia nervosa, more marked disorders and aims to clarify the factors that cause eating disorders. The third chapter is dedicated to treating eating disorders. Further, the author deals with psychotherapy, cognitive behavioral therapy, pharmacotherapy and self-help. The fourth chapter is a survey. The main objective of this work is based on an exploratory analysis to determine whether the public is well informed about eating disorders. Another aim of the study is to identify respondents' knowledge about the possibilities how to resolve the problem of eating disorders. The author focuses on respondents' point of view, whether the diet can cause a mental disorder eating. She is discovering whether the respondents observed any compulsive eating symptoms on themselves or their relatives. In this section, the author has pointed out the objectives of this research, questions and plan of survey, research methods, selection and characterization of the reviewed file. She chose the survey method of quantitative research in the form of questionnaires. When processing the results of these questionnaires, the author used a graphic presentation of results, which clearly allows tracking trends in opinion on various issues and prevailing public opinion. In the fifth chapter, the author interprets the results of a survey. She brings in an open discussion and suggests recommendations, which are based on the results obtained.

Key words:

Eating disorders. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Compulsive overeating.

OBSAH

ÚVOD	8
1 ZÁVISLOSŤ	9
1.2 Prejavy závislosti	10
1.3 Nelátkové závislosti	11
1.4 Druhy nelátkových závislosti.....	12
2 PORUCHY PRÍJMU POTRAVY	13
2.2 Mentálna anorexia.....	13
2.3 Mentálna bulímia	15
2.4 Bližšie neoznačené poruchy príjmu potravy	17
2.5 Faktory posilňujúce vznik porúch príjmu potravy	21
3 LIEČBA PORÚCH PRÍJMU POTRAVY	27
3.2 Psychoterapia	27
3.3 Kognitívne – behaviorálna terapia	29
3.4 Farmakoterapia.....	31
3.5 Svojpomoc	32
4 PRIESKUM INFORMOVANOSTI VEREJNOSTI O PORUCHÁCH PRÍJMU POTRAVY	34
4.1 Ciele a prieskumné otázky prieskumu	34
4.2 Metódy prieskumu	35
5 VÝSLEDKY	37
5.1 Názory respondentov na príčiny vzniku duševnej poruchy príjmu potravy	38
5.2 Zistenia o pozorovaných kompulzívnych prejavoch porúch príjmu potravy.....	40
5.3 Zistenia o informovanosti respondentov o poruchách príjmu potravy	42
5.4 Predstavy respondentov o možnostiach riešenia porúch príjmu potravy.....	45
6 DISKUSIA	46
6.1 Názory respondentov na príčiny vzniku duševnej poruchy príjmu potravy	46
6.2 Zistenia o pozorovaných kompulzívnych prejavov porúch príjmu potravy	47
6.3 Zistenia o informovanosti respondentov o poruchách príjmu potravy	49
6.4 Predstavy respondentov o možnostiach riešenia porúch príjmu potravy.....	50
ZÁVER	53
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	55
PRÍLOHY	59

ZOZNAM GRAFOV

Graf 1 Štruktúra respondentov podľa pohlavia.....	37
Graf 2 Štruktúra respondentov podľa veku.....	37
Graf 3 Štruktúra respondentov podľa vzdelania.....	38
Graf 4 Skúsenosti s dodržiavaním diéty podľa pohlavia.....	39
Graf 5 Názory, či diéta môže spôsobiť duševnú poruchu príjmu potravy.....	39
Graf 6 Pozorovanie kompulzívnych prejavov.....	40
Graf 7 Zistenia o symptóme prejedania.....	41
Graf 8 Pozorovania „záchvatového prejedania“.....	41
Graf 9 Zistenia o situáciách smerujúcich k prejedaniu.....	42
Graf10 Výčitky po prejedení sa	42
Graf 11 Poruchy príjmu potravy.....	43
Graf 12 Znaky mentálnej anorexie.....	43
Graf 13 Znaky mentálnej bulímie.....	44
Graf 14 Názory na „závažnosť“ problému porúch príjmu potravy.....	44
Graf 15 Možnosti liečenia porúch príjmu potravy.....	45
Graf 16 Zdroj informovanosti o poruchách príjmu potrav	45

ÚVOD

Poruchy príjmu potravy predstavujú ochorenia fyzickej, psychickej aj emocionálnej stránky človeka. Sú veľmi závažným ochorením, keďže so sebou prinášajú radu psychických a zdravotných komplikácií a mnohokrát končia smrťou. Mentálna anorexia, mentálna bulímia a kompulzívne prejedanie sú ochorenia, s ktorými sa môžeme čoraz častejšie stretávať v našom okolí. Trend týchto porúch neustále narastá, za čo sa podpisuje celý rad faktorov podporujúcich vznik tohto ochorenia. Výskyt porúch príjmu potravy je do určitej miery spojený s postojom k ideálu krásy, ktorý v dnešnej spoločnosti predstavuje veľmi významnú rolu. Telesná krása sa stáva dôležitou životnou hodnotou. Problémy porúch príjmu potravy sa netýkajú len osôb trpiacich na tieto poruchy, ale aj ich blízkeho okolia. Osoby postihnuté touto poruchou si problémy mnoho krát nepripúšťajú, snažia sa problém zakrývať, a tým sa prehľbujú zdravotné komplikácie, pričom liečba býva o to zložitejšia. Problematiku sme sa rozhodli spracovať, pretože si myslíme že v našej spoločnosti sa táto téma nedostačujúco prezentuje a informovanosť verejnosti je nepostačujúca. Pri písaní práce sme použili dostupné odborné literárne a internetové zdroje, ktoré sú súčasťou časti Zoznam použitej literatúry. Diplomovú prácu tvorí teoretická a prieskumná časť. Teoretická časť je rozdelená do troch kapitol. V prvej kapitole sa venujeme vymedzeniu pojmu závislosť, prejavy závislostí, zameriavame sa na nelátkové závislosti a jej druhy. Druhá kapitola objasňuje poruchy príjmu potravy, vysvetľuje mentálnu anorexiu, mentálnu bulímiu, bližšie neoznačené poruchy a zameriava sa na objasnenie faktorov, ktoré spôsobujú poruchy príjmu potravy. Tretia kapitola je venovaná liečbe porúch príjmu potravy. Podrobnejšie sa zaoberáme psychoterapiou, kognitívne behaviorálnou terapiou, farmakoterapiou a svojpomocou. Prieskumnú časť tvorí prieskum. Hlavným cieľom práce bolo na základe prieskumnej analýzy zistiť, či je verejnosť dostatočne informovaná o poruchách príjmu potravy. Ďalším cieľom skúmania bolo zistiť predstavu respondentov o možnostiach riešenia porúch príjmu potravy. Zaujímali nás názory respondentov, či diéta môže spôsobiť duševnú poruchu príjmu potravy. Zamerali sme sa zistenie, či respondenti pozorujú na sebe, alebo blízkych prejavy kompulzívneho prejedania sa. Zvolili sme si prieskumnú metódu kvantitatívneho prieskumu vo forme dotazníkov. Pri spracovaní výsledkov z dotazníkov sme použili grafické zobrazenie výsledkov, ktoré umožňuje prehľadne sledovať trendy v názoroch na jednotlivé otázky a prevažujúci názor verejnosti.

1 ZÁVISLOSŤ

Keď hovoríme o závislosti, spravidla ide o biologický, ale i psychický a sociálny jav. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) charakterizuje závislosť ako: duševný a niekedy aj telesný stav vyplývajúci zo vzájomného pôsobenia medzi živým organizmom a drogou, charakterizovaný zmenami správania a inými reakciami, ktoré vždy zahŕňajú nutkanie brať drogu stále, alebo opakovane pre jej účinky na psychiku, a tiež preto, aby sa zabránilo, či už psychickým, alebo fyzickým nepríjemnostiam plynúcich z jej neprítomnosti v organizme.

Duševný stav, býva označovaný ako duševná (psychická) závislosť na droge. Je to stav, v ktorom požitie drogy vyvoláva pocit uspokojenia. Hlavným prejavom psychickej závislosti je túžba používať drogu naďalej. Mnoho odborníkov si myslí, že práve psychická závislosť je najsilnejším a v niektorých aj veľmi vážnych prípadoch jediným faktorom, ktorý vedie k opakovanému požívaniu drogy. Psychická závislosť je niekedy nevedome, niekedy vedome závislosťou na niektorých okolnostiach, ktoré užívanie drogy sprevádzajú (Štork et al. 1981).

Psychická závislosť je formou neurotického správania. Hlavnou charakteristikou je posadnutosť po uspokojení určitej potreby, či už sa jedná o únik pred skutočnými alebo len pomyselnými ťažkosťami (Evans, K. 2003).

„Telesná (somatická, fyzická) závislosť je stav organizmu, vzniknutý pôsobením drogy a prejavujúci sa odvykacími príznakmi, ak je pôsobenie drogy na istú dobu zastavené alebo obmedzené. K adaptácii organizmu na drogu a k somatickej závislosti dochádza spravidla dlhodobjším pôsobením drogy v účinných dávkach“ (Štork, et al. 1981 s. 482).

V literatúre sa môžeme stretnúť s definíciou fyzickej závislosti ako návyku, ktorý má dve zložky a to zvyk a toleranciu. Návykové látky prinášajú rýchlu a účinnú úľavu od bolesti a ťažkostí, zároveň však vyvolávajú fyziologickú toleranciu, ktorá pre zachovanie rovnakého účinku vyžaduje ich opakované užitie, alebo zvýšené dávky. Tieto dve vlastnosti vedú k trvalej potrebe drogy a sú dôvodom, prečo sa droga stáva funkčnou zložkou biochémie mozgu. Ako náhle k tomu príde, začne hrať droga „hlavnú“ úlohu v mozgu prebiehajúcich chemických procesoch, a preto niektoré zdroje dávajú prednosť termínu „chemická závislosť“. Náhle vysadenie drogy vyvoláva radikálny prevrat v chemickom zložení tela a vedie k abstinenčnému syndrómu, ktorý

je charakteristickou známkou závislosti.

Fyzická závislosť vzniká, keď sa vplyvom drogy zmenil metabolizmus a homeostáza organizmu, čo znamená, že sa vytvorila pseudopotreba drogy aj pre látkovú výmenu a teda aj pre základné funkcie celého organizmu a aj jednotlivých orgánov.

Pojem závislosť môžeme použiť pre popis vzťahu medzi organizmom a javom, objektom, ktorý vzniká opakovaným kontaktom s predmetom závislosti, pričom sa tento kontakt stáva postupne častejším, intenzívnejším a komplexnejším. Dĺžka kontaktu trvá dlhšiu dobu na úkor iných vzťahov s inými javmi. Závislosť je komplexnej povahy. To znamená, že postihuje tak ako jedinca, tak i jeho široké okolie (Pokorný a kol. 2001).

Závislosť ako taká môže byť zdravá, patologická ale aj v kombinácií oboch. V prípade ak je jedinec nadšený svojou záľubou a chce jej venovať čo najviac času, sa závislosť stáva priestorom na ďalšie učenie sa, kreativitu a sebavyjadrenie. Patologická závislosť naproti tomu spôsobuje závažné osobné a spoločenské problémy, znemožňuje jedincovi zdravé fungovanie v rodine, okolí a spoločnosti.

1.2 Prejavy závislosti

Mnohé ľudské činnosti sú považované za bežné, alebo dokonca sociálne žiaduce, avšak len dovedy, pokiaľ ich človek vykonáva v očakávanej miere. V prípade ak sa vymknú kontrole môžu sa zmeniť v patologickú variantu. V tomto prípade nejde o obsah činnosti, ako o jej primeranosť a schopnosť ju prijateľným spôsobom ovládať. Každý človek chodí nakupovať, občas si zahraje karty alebo inú hru. Avšak existuje skupina ľudí, ktorí trpia neovládateľným nutkaním k nakupovaniu, k hazardnej hre, alebo nedokážu odolávať iným impulzom.

Všetky poruchy tohto typu majú tri základné znaky:

- neschopnosť odolať impulzu alebo pokušeniu, pretože človek vie, že toto konanie je nežiaduce a má negatívne následky,
- konanie tohto typu predchádza postupne narastajúce napätie, ktoré nejde eliminovať.
- konanie je spojené s pocitom uspokojenia, človek po ňom vedome túži, neskôr si toto konanie môže vyčítať, ale nabudúce nebude schopný odolať (Vágnerova 2002).

„Keď si vezmeme syndróm závislosti od akejkoľvek návykovej látky, pri opakovanom užívaní sa môžu vyvinúť príznaky ako silná túžba užívať túto látku, ťažkosti s kontrolou jej užívania, užívanie pokračuje napriek evidentným nebezpečným a škodlivým následkom, človek preferuje užívanie látky pred inými aktivitami a povinnosťami, zvyšuje sa jeho tolerancia na ňu, a to všetko až po terminálne štádium debakla a beznádeje s najťažšími zdravotnými i sociálnymi dôsledkami. To všetko vrátane genetickej a neurobiologickej príbuznosti, platí aj pre závislosti bez prítomnosti látky pochádzajúcej z vonkajšieho prostredia“ (Nábělek L. in Janiaková D., 2003, s 90).

1.3 Nelátkové závislosti

Ľudia často hovoria o závislosti od práce, hazardu, jedla alebo vzťahov. Medzinárodná klasifikácia zaraďuje tieto poruchy do iných skupín než závislosť. Ani v jednom prípade nejde o závislosť v užšom zmysle slova. Na druhej strane, nelátkové návykové choroby majú so závislosťou od chemických látok veľa spoločného:

- chorobné vzrušenie,
- zhoršené sebaovládanie súvisiace s tým, že postihnutý pokračuje napriek nepriaznivým následkom, o ktorých vie,
- prechod jednej návykovej choroby do inej je veľmi ľahký,
- i nelátkové návykové choroby, podobne ako chemické môžu viesť k telesným škodám (Nešpor, 2009).

Zatiaľ neexistuje definícia ani diagnostické kritériá tzv. novodobých nelátkových závislostí podľa MKCH-10. Možno len konštatovať, že táto problematika je nová a o jej diagnostickom zaradení sa vedú stále odborné diskusie. Najbližšie sa k nej približuje charakteristika diagnostických kritérií F: 63.8, podľa MKCH-10.

Pod diagnózou F: 63.8 sa uvádza, že sa jedná o iné druhy maladaptívneho chovania, ktoré nie sú sekundárne k rozpoznanému psychiatrickému syndrómu a kde osoba opakovane zlyháva v snahe odolať impulzom a takto sa chovať, s úvodným obdobím napätia a pocitom uvoľnenia v dobe činu (Benkovič, Novodobé nelátkové závislosti, 2007).

Nedrogové závislosti predstavujú primárne psychické závislosti, kedy sa prežívanie človeka mení na základe príjemného pôžitku, alebo prežitia z určitej veci, alebo činnosti

tak, že sa prestáva ovládať a stúpa túžba po takom konaní, ktoré smeruje k opakovanému prežívaniu daného príjemného pocitu (Pokorný a kol. 2001).

1.4 Druhy nelátkových závislostí

WHO (World Health Organization) delí nelátkové závislosti do piatich skupín:

- 1) Poruchy prijímania potravy (anorexia, bulímia, chronické obžerstvo)
- 2) Gambling
- 3) Vzťahové závislosti (láska až za hrob, opičia láska)
- 4) Práca a činnosť
- 5) Sexuálne aktivity

Zatiaľ nie je zaradená do WHO oniománia (chorobné nakupovanie), avšak viaceré odborné kruhy v zahraničí, ako aj na Slovensku ju akceptujú pod diagnostickou kategóriou iné návykové a impulzívne poruchy, kde sa zatiaľ zaraďujú všetky typy tzv. novodobých nelátkových závislostí. Pre tieto poruchy je typické trvalé a opakované maladaptívne správanie, kde jedinec opakovane zlyháva v snahe odolať impulzom takto sa správať (Benkovič, in Socialna prevencia 2009).

V našej práci sa podrobnejšie venujeme poruchám príjmu potravy.

2 PORUCHY PRÍJMU POTRAVY

O poruche príjmu potravy môžeme hovoriť vtedy, ak človek používa jedlo na riešenie svojich emocionálnych problémov. Myšlienky spojené s jedlom, popríklad diétou a telesnou hmotnosťou sa stávajú dôležitejšími než všetko ostatné.

Poruchy príjmu potravy patria medzi typické bio - psycho – sociálne poruchy, ktoré vznikajú súhrou viacerých faktorov. Patria medzi ne emocionálne a osobnostné faktory, sociálne faktory, medzi ktorými majú osobitné miesto rodinné požiadavky a nároky, ale aj vplyv dedičnosti, rovnako ako biologické činitele a kultúrne vplyvy.

Medzi poruchy príjmu jedla zaraďujeme:

- Mentálnu anorexiu
- Mentálnu bulímiu
- Záchvatové prejedanie
- Iné poruchy príjmu potravy (bigorexia, ortorexia, dietovanie)

K spoločným znakom všetkých porúch príjmu potravy patrí:

- baženie – neodolateľná túžba opakovať svoje správanie,
- človek neustále myslí na jedlo, telesnú hmotnosť a diety,
- človek prestáva robiť veci, ktoré predtým robil prirodzene a vyhýba sa im, stráca svoje pôvodné záujmy, koníčky,
- človek stráca potešenie z bežných radostí každodenného života,
- pokračovanie v správaní napriek negatívnym dôsledkom pre jednotlivca (Hupková, 2008).

2.2 Mentálna anorexia

„Mentálna anorexia je porucha charakterizovaná hlavne úmyselným znižovaním telesnej hmotnosti. Termín anorexia však môže byť vo viacerých prípadoch zavádzajúci, pretože nechutenstvo alebo oslabenie chuti k jedlu je skôr až sekundárnym dôsledkom dlhodobého hladovania, ktorý sa nemusí vyskytovať u všetkých chorých jedincov. U niektorých pacientov je obmedzovanie v jedle naopak sprevádzané zvýšeným záujmom o jedlo a niekedy i zvýšenou alebo zmenenou chuťou, napríklad na sladké. Ide zrejme o prirodzenú adaptačnú reakciu organizmu, rovnako tak ako

v prípade výrazného oslabenia chuti k jedlu po niekoľkých týždňoch hladovania. Anorektickí pacienti neodmietajú jesť pretože by nemali chuť, ale pretože nechcú jesť i keď to niekedy popierajú a uvádzajú rôzne dôvody, prečo jesť nemôžu. Ich averzia k jedlu je prejavom nezmieriteľného a narušeného postoja k telesnej hmotnosti, proporciám a tučnote“ (Krch, 2005, s. 16).

Strata na váhe býva väčšinou dosahovaná pomocou redukcie vysokokalorických potravín prípadne potravy samotnej. Často sa v dôsledku toho vyvinie prísne rituálne správanie v oblasti príjmu potravy spojené s obmedzovaním jedenia na minimum povolených potravín, alebo na príjem potravy len po určitej dennej hodine. Ako ďalšie opatrenia na znižovanie telesnej hmotnosti slúži samotné vracanie, abúzus laxatív a diuretik, ako aj prehnaná fyzická aktivita. Chudnutie je sprevádzané silným strachom z opätovného pribratia, prípadne aj popieraním stavu podváhy (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

Mentálna anorexia je choroba, ktorej neliečenie môže mať smrteľné následky. Všeobecne ju charakterizuje odmietanie jedla a výrazný úbytok hmotnosti. Pacientka nadobúda typickú mŕtvolnú podobu, napriek tomu, že sama sa považuje za tučnú. Existujú rôzne typy a stupne tejto poruchy, ktorej symptómy sa často prekrývajú so symptómami mentálnej bulímie.

Symptómy mentálnej anorexie:

- túžba byť čo možno najštíhlejšou, čím je ohrozené zdravie i samotný život pacientky,
- iracionálny strach z pribratia, ktorý je natoľko intenzívny, že pacientka uprednostní vyhladovanie na smrť,
- strata menštruácie,
- neustále zaoberanie sa hmotnosťou a tvarom (Ladischová, 2002).

Dôsledky mentálnej anorexie:

- spomalenie tepu srdca oproti normálnemu tepu a zníženie krvného tlaku, pacientke hrozí omdlievanie a dokonca srdcový záchvat,
- predčasne dochádza k rednutiu kostí t.j. osteoporóze,
- stráca sa svalová hmota a sila,

- v dôsledku dehydratácie hrozí obličkový záchvat,
- prejavy únavy a celkovej slabosti, napriek ktorým človek postihnutý anorexiou naďalej cvičí, aby schudol a spálil i to málo kalórií, ktoré príjme,
- vypadávanie vlasov, suchá pleť,
- ochlpenie: v extrémnych prípadoch sa telo v snahe uchovať si telesné teplo pokryje jemnou vrstvou chĺpkov,
- v extrémnych prípadoch môže viesť anorexia k smrti v dôsledku srdcového záchvatu, dokonca aj k samovražde (Ladishová, 2002).

2.3 Mentálna bulímia

Mentálna bulímia je porucha charakteristická najmä opakujúcimi sa záchvatmi prejedania sa spojenými s prehnanou kontrolou telesnej hmotnosti. Pocit prejedania sa je však veľmi relatívny. Subjektívny pocit straty kontroly nad jedlom je preto významnejším znakom prejedania sa než skonzumované množstvo jedla. Prehnaná alebo extrémna kontrola hmotnosti zahŕňa i striedavé obdobie hladovania (Krch: Poruchy príjmu potravy, 2007).

Bulimici trpia pravidelnými záchvatmi prejedania, po ktorých nasledujú činnosti zabraňujúce príberaniu z jedla t.j. očisťovanie. Povaha prejedania je individuálna, no zväčša sa konzumujú jedla, ktorý by osoba postihnutá týmto ochorením za normálnych okolností považovala za zakázané (často ide o veľmi kalorické jedlá). Fáza prejedania sa strieda s fázou tzv. prečisťovania – rôznorodými pokusmi o odstránenie efektu príberania od vyvolaného vracania cez zneužívanie laxatív, diuretík a cez extrémne diéty až po nadmernú fyzickú záťaž vrátane cvičenia. Seba hodnotenie sa odvíja od postavy a výzoru. Choroba je charakteristická opakovanými záchvatmi prejedania sa. Frekvencia záchvatov je veľmi individuálna od jedna až dva krát za týždeň až po dvadsať krát za deň. Po záchvate väčšinou prichádza pocit veľkej hanby za také správanie, čo je dôvodom, prečo bulimičky svoj problém taja pred okolím (Hupková, 2008).

Symptómy mentálnej bulímie:

- opakované epizódy prejedania sa (najmenej dva krát do týždňa po dobu troch mesiacov)
- neustále zaoberanie sa jedlom a silná neodolateľná túžba po jedle,
- snaha potlačiť priberanie vyprovokovaním zvracania, zneužívaním preháňadiel, krátkodobým hladovaním,
- pocit tučnoty spojený s neodbytnou obavou z priberania (Krch, 2005).

Dôsledky mentálnej bulímie:

- elektrolycké poruchy, ktoré môže vyvolať arytmia alebo zlyhanie srdca, ba dokonca smrť, je to dôsledok dehydratácie a straty draslíka a sodíka pri opakovanom dávení,
- praskliny zažívacieho traktu počas períód prejedania sa, možné poškodenie hltanu v dôsledku dávenia,
- chronická zápcha, žalúdočné vredy a pankreatitída,
- opakujúce sa cykly prejedania môžu vyvolať vážnu elektrolytickú a chemickú nerovnováhu v tele a poškodzovať srdce a ostatné životne dôležité orgány (Ladishová, 2002).

Psychické a spoločenské dôsledky bulímie:

- nálada ja nadmerne závislá na telesnej hmotnosti a stupni sebakontroly,
- rastie neistota a úzkosť, ktorá sa prenáša i na iné oblasti života,
- nespokojnosť s telom a telesnou hmotnosťou, napätie a úzkosť môžu viesť až k seba poškodzovaniu,
- myšlienky sa neustále zaoberajú jedlom, rastie nutkanie prejedať sa a chuť na sladké,
- bulimici sa prestávajú orientovať vo svojich vnútorných pocitoch spojených s jedlom a príjmom potravy,
- koncentrácia pozornosti sa zhoršuje, rovnako ako aj pracovné tempo a pohotovosť chápať komplexné problémy,

- znižuje sa záujem o okolie a o všetkého čo sa bezprostredne netýka jedla, znižujú sa spoločenské kontakty, zvyšujú sa konflikty s okolím,
- zhoršená kvalita života, zlá nálada, ale i strach z jedla môžu viesť k nadmernému užívaniu alkoholu a k experimentovaniu s drogami,
- nedostatok prostriedkov a zlá komunikácia s okolím v niektorých prípadoch vedie k drobným podvodom a krádežiam, ktoré sa stupňujú (Krch, 2008).

2.4 Bližšie neoznačené poruchy príjmu potravy

„Do kategórie bližšie neoznačené poruchy príjmu potravy sú podľa DSM–IV zahrnuté tie poruchy, ktoré nespĺňajú všetky diagnostické kritéria špecifickej poruchy a tie, ktoré spĺňajú všetky kritéria okrem jedného. Mimoriadne často ich môžeme nájsť u adolescentov. Túto poruchu diagnostikujeme napríklad u pacientok so subsyndromálnymi anorektickými symptómami, ktoré síce vyznačujú značnú stratu hmotnosti, ale ich telesná hmotnosť leží nad hranicou 85% očakávanej váhy, alebo je ich BMI vyššie ako 17,5. Tiež môžu byť v tejto kategórii klasifikované pacientky, u ktorých sa bulimická symptomatika objavuje menej často ako dvakrát do týždňa. To, že tieto pacientky nespĺňajú všetky diagnostické kritériá špecifickej poruchy, nemusí mať vplyv na nutnosť podrobiť sa liečbe“ (Jacobi, Paul, Thiel, 2006 s. 9).

Kompulzívne prejedanie sa (Binge - eating porucha)

Kompulzívne prejedanie sa je charakterizované ako príjem potravy nezávisle od potrieb tela. Postihnutá osoba prechádza obdobiami, kedy aj napriek pocitu nasýtenia, nekontrolovane a impulzívne prijíma potravu. Zje oveľa viac, než v skutočnosti potrebuje na zasýtenie. Nedochádza tu k následnej očiste ako pri bulímii, ale postihnutý ustavične medzi periódami, keď sa ustavične prejedá, drží diétu, alebo sa snaží postíť. Medzi symptómy kompulzívneho prejedania sa patria okrem iného obezita, úzkosti, izolácia a depresia. Touto chorobou trpia ľudia bez toho, aby o nej vedeli. Bývajú to ľudia, ktorí majú problémy s nadváhou a so svojím zovňajškom nie sú spokojní, no nevedia na koho sa obrátiť po pomoc. Väčšina sa bezvýsledne podrobuje rôznym diétam, ktoré strieda frustrácia a následne oddanie sa jedlu s ešte väčšou náruživosťou. Kompulzívne prejedanie sa je charakteristické aj stálym zobkaním medzi hlavnými jedlami s pocitom, že sa nedá odolať. Problém je v tom, že hoci pôvodne títo ľudia nemajú v pláne jesť, neodolajú a kompulzívne sa pre jedlo rozhodnú. Pri kompulzívnom prejedaní sa, treba postupovať ako pri iných poruchách príjmu potravy a treba vyhľadať

lekársku pomoc (Ladishová, 2002).

Ľudia trpiaci prejedaním sa, čo je charakterizované ako "závislosti" na jedle, používajú potravu a jedenie, ako spôsob schovávania svojich emócií, snažia sa tým vyrovnať sa s každodenným napätím a problémami vo svojom živote. Ľudia trpiaci touto poruchou príjmu potravy bývajú obezní a sú si zvyčajne vedomí toho, že ich stravovacie návyky sú abnormálne. Osoba, ktorá trpí kompulzívnym prejedaním má zvýšené riziko pre vznik infarktu, vysokého krvného tlaku, cholesterolu, ochorenia obličiek, artritídy a mŕtvice. Muži a ženy, ktorí trpia nutkavým prejedaním sa niekedy schovávajú za svoj fyzický vzhľad, používajú to ako blokádu voči spoločnosti. Cítia sa previnilo za to, že nie sú dost' „dobrý“, hanbia sa za nadváhu a vo všeobecnosti majú veľmi nízke sebavedomie. Používajú jedlo a jedenie za spôsob vyrovnania sa s týmito pocitmi (Compulsive overeating, 2010) .

Ľudia trpiaci záchvatovým prejedaním sú zvyčajne veľmi rozrušení a môžu trpieť depresiou. Výskum ukázal, že ľudia trpiaci záchvatovým prejedaním pociťujú viac zdravotných problémov, stresu, porúch spánku a samovražedných myšlienok, ako ľudia bez poruchy príjmu potravy (Binge eating Disorder, 2010).

Príčiny prejedania

Uvádzame niektoré faktory, ktoré prispievajú k vzniku záchvatového prejedania:

- Psychologické faktory zohrávajú veľkú úlohu v rozvoji tohto ochorenia. Niektorí ľudia prežívajú ťažké obdobia, vyrovnávajú sa so svojimi pocitmi, nevedia, ako sa vysporiadať s hnevom a stresom v živote, a tak sa obrátia na konzumáciu jedla, ktorá im prináša úľavu. Ďalším psychologickým faktorom, ktorý môže mať vplyv na toto ochorenie je prítomnosť depresie alebo jednoducho zlé sebavedomie.
- Diéta je tiež faktor, ktorý môže ovplyvniť prejedanie. Chuť do jedla môže vyvolať prejedanie. Osoby, ktoré dodržiavajú diétu sú náchylnejšie k prejedaniu ako osoby, ktoré sa zdravo stravujú.
- Interpersonálne prostredie má vplyv na všetky oblasti života, a môže vyvolať nástup záchvatového prejedania. Nieкто, kto mal ustarostený vzťah, alebo kto bol sexuálne, emocionálne, alebo fyzicky zneužívaný, má väčšie riziko pre vznik tejto poruchy príjmu potravy (Eating Disorders , 2010).

Nešpecifikované poruchy príjmu potravy

Keďže už samotná diagnóza F50.9 hovorí o nešpecifikovaných poruchách príjmu potravy, je diskutabilné, ktoré poruchy sa tam radiť môžu a ktoré nie. V rôznych odborných literatúrach sa názory líšia. Rozhodli sme sa zaradiť sem ortorexiu nervosa, obezitu a diétovanie, keďže nepochybne s jedlom súvisia a rozhodne nemôžeme o nich povedať, že by boli zdravé.

Ortorexia nervosa je označenie pre chorobnú posadnutosť zdravou výživou a zdravým stravovaním. Postihnutí jedinci neustále kontrolujú obsah živín v potravinách. Zisťujú či boli plodiny vypestované na biofarme a jedia výlučne len biopotraviny. V dnešnej dobe spoločenské trendy podporujú zdravé stravovanie. Jedinec si veľmi dôkladne vyberá čo zje a naopak čo nezje. Do jedálneho zoznamu zaraďuje len jedlo bez farbív, konzervačných látok a pod. Za príznaky ortorexie sa považuje to, keď tieto osoby viac ako 3 hodiny denne premýšľajú o zdravom jedle a opovrhujú tými čo sa stravujú normálne (Sejčová, in Hupková, 2008).

„Za obezitu sa považuje 20% prekročenie hmotnosti považovanej za primeranú vzhľadom na telesnú konštrukciu jednotlivca, jeho vek a výšku. Smrteľné následky hrozia pri presiahnutí odporúčanej hmotnosti o päťdesiat kíl. Hovorí sa, že približne až 60% obyvateľov vyspelých krajín má nadváhu. Príčinou obezity je vysoká konzumácia kalórií a nízky výdaj energie počas dňa. Tento prebytok kalórií je kvôli nadmernej spotrebe tukov a cukrov. Obézni ľudia vedú poväčšine sedavý spôsob života, nevykonávajú žiadnu fyzickú aktivitu. Svoje bolesti a utrpenia zmierňujú práve jedlom. Je to podobné ako pri kompulzívnom prejedaní sa, kde obézni ľudia jedávajú z nudy, úzkosti, alebo depresie. Obezita býva aj odpoveďou na dlhotrvajúce diéty, keď príjem stravy znížia na minimum a potom sa vrhnú na jedlo viac než pred diétou. Obezitou môžu trpieť aj ľudia vplyvom špecifických zdravotných ochorení, napríklad poruchou štítnej, alebo podmozgovej žľazy. Môžu ňou trpieť aj ľudia s rôznymi hendikepmi, ktorí nemôžu športovať a neprispôbia tomu svoj príjem energie. Odborníci sa však domnievajú, že väčšinou obezitu spôsobujú genetické, psychologické, metabolické, socio-ekonomické a kultúrne faktory. Ak chce obézny človek schudnúť, mal by sa zveriť do rúk lekára“ (Ladishová, 2002, s. 33-34).

Diétovaním rozumieme závislosť od diét. Diéta sa zvykne používať v súvislosti s racionálnou výživou, ale pod túto racionalitu sa môžu skrýť aj rôzne absurdity. Dnes

sú diéty v móde. Výrobcovia sa predbiehajú o to, že kto vyrába najzdravšie a najmenej energeticky hodnotné výrobky, takže ich môžeme zjesť koľko len chceme. Ženy ktoré držia diétu sú ovládané myšlienkami na jedlo či už z hladu, alebo naopak si vyčítajú opätovné prejedanie sa. Sú preto citlivé, podráždené a bývajú vzťahovačné. Nehovoria o ničom inom ako len o zdraví, jedle a diétach (Sejčová, in Hupková, 2008).

V zásade existujú tri druhy diét, ktoré ľudia dodržiavajú aby schudli. Všetky sú typické pre stravovacie chovanie bulimičiek. Prvá metóda je pôst. Pri ňom sa dlhú dobu nejedí nič. Druhou metódou je snaha obmedziť sa na príjem malého množstva kalórií denne. Je to tzv. úsporná diéta. Tretou metódou je vyhýbanie sa určitým druhom potravín. Ide o potraviny, po ktorých si ľudia držiaci túto diétu myslia, že sa po nich priberá. Bulimičky o týchto jedlách vravia ako o spúšťačoch záchvatového prejedania. Tieto diéty v skutočnosti napomáhajú prejedaniu. Je to preto, že pri diétach vzniká fyziologický tlak, ktorý ich núti k jedlu. Preto diétu strieda strata kontroly nad jedlom (Cooper, 1995).

Lekárske štúdie poukazujú na to, že ľudia žijúci na diétach sú častejšie ohrozovaní depresiou, nedostatkom sebaúcty a stresom. Najväčším nebezpečenstvom však je to, že diéty môžu viesť k vážnejším poruchám príjmu potravy (Ladishová, 2002).

Poruchy súvisiace s poruchami príjmu potravy

Bigorexia nepredstavuje sama o sebe stravovaciu poruchu, je však charakteristická pre mnohé osoby trpiace anorexiou a bulímiou, ale môže sa vyskytovať aj samostatne. Bigorexiou označujeme poruchu, pri ktorej postihnutí prepadnú fyzickému cvičeniu. Cvičeniu venujú až príliš veľa času a energie. Pritom často odsúvajú ostatné svoje povinnosti a ohrozujú vlastné zdravie. Ide skrátka o posadnutosť fyzickým posilňovaním tela, má slúžiť na zlepšenie kondície a na potlačanie emócií, ktoré postihnutý nevie inak vyventilovať. Týmto spôsobom sa snaží upokojiť, chce mať pocit, že aspoň toto má pod kontrolou, zvyšuje si tým sebavedomie. Ľudia čoraz viac navštevujú posilňovne a venujú sa športu skôr pre vzhľad ako pre zdravie. Ľudia trpiaci bigorexiou trávajú cvičením celé hodiny. Neoddychujú ani keď sa zrania, alebo ochorejú. Ide o prehnajú starostlivosť, aby nepribrali na hmotnosti. Pre zdravého človeka je toľké cvičenie neprimerané. Dochádza tu k ohrozeniu fyzického, emocionálneho a psychického zdravia. Ak si takýto človek nemá možnosť zacvičiť trpí abstinenčným syndrómom, nenávidí sám seba a má obavy z pribratia. Títo ľudia bývajú inak veľmi

disciplinovaní aj v iných oblastiach svojho života (Ladishová, 2002).

Toto extrémne zameranie na svoje telo je viac rozšírené u mužov ako u žien. Za cieľ sa považuje nárast svalovej hmoty, ku ktorému si dopomáhajú rôznymi prostriedkami na zväčšenie svalovej hmoty (Hupková, 2008).

2.5 Faktory posilňujúce vznik porúch príjmu potravy

Poruchy príjmu potravy postihujú najmä mladé, atraktívne a inteligentné dievčatá a ženy. Miera postihnutia vzrastá aj medzi mužmi. Osoby náchylnejšie na stravovacie poruchy sa časti cítia osamelé. Mávajú problém s nadväzovaním kontaktov s inými ľuďmi. Buď sú hanblivé, alebo konfliktné a majú tendenciu sa uzatvárať do seba. Dôležitou charakteristikou je nedostatok asertivity. Tieto osoby majú strach z konfliktov a nedorozumení. To spôsobuje, že svoj hnev a zlosť obrátia proti sebe. Najčastejšie sa choroba vyskytne v období puberty a jej spúšťačom môže byť či už nejaká traumatická udalosť, rodinné problémy alebo zmena školy, či zamestnania. Faktorov ovplyvňujúcich vznik tejto poruchy je viacero (Ladishová, 2002).

Odborná literatúra upozorňuje na multifaktoriálnu podmienenosť porúch príjmu potravy, tzv. biopsychosociálny model. Rola niektorých faktorov je podložená dobre, a pri iných musíme ich význam brať hypoteticky až špekulatívne. Musíme rozlišovať faktory, u ktorých možno jednoznačne dokázať, že sa vyskytujú aj pred začiatkom poruchy od tých, ktoré sú sprievodnými znakmi, alebo prejavmi a následkami poruchy (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

My v práci delíme tieto faktory na biologické a genetické, rodinné, psycho-sociálne a ostatné. Delenie niektorých faktorov je náročné, keďže sa niektoré cez seba prelínajú, alebo sú jeden druhým podmienené.

Biologické a genetické faktory

Pohlavie

Jedným z najvýznamnejších rizikových faktorov je ženské pohlavie. Riziko mentálnej anorexie je desaťkrát väčšie ak ide o ženu. Telesné proporcie hrajú inú rolu v živote ženy a muža. „Ženy vždy zaujímal viac telesný tuk a krása, zatiaľ čo mužov svaly a sila“ (Krch, 2000, s. 27).

Ženy majú tendenciu priberať viac než muži a dávajú vzhľadu viac dôležitosti ako muži. Ženy však veľakrát chcú byť ešte štíhlejšie aj napriek tomu, že by mohli byť so svojou

postavou spokojné. U mužov, ktorý sa venujú kulturistike bolo zistené významne znížené sebavedomie a rastúci sklon k perfekcionizmu. Zistil sa tiež strach z dospievania a nespokojnosť s vlastným telom (Krch, 2000).

„Muži trpiaci anorexiou majú zvyčajne komplexy zo sexu aj z citových zväzkov“ (Ladishova, 2002, s. 80). Niektoré štúdia dokazujú, že ide o mužov, ktorých ostatní považovali za zženštilých, vzhľadom na ich výraz a správanie a že sa stotožňovali viac s matkou ako s otcom. Homosexuáli sú rizikovou skupinou pre vznik tohto ochorenia, ale nie je to pravidlom (Ladishová, 2002).

Pri bulímii a anorexií je podiel mužov a žien rovnaký a síce približne 1:11. (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

Vek

Pre poruchy príjmu potravy je typické, že začínajú v období adolescencie alebo rannej dospelosti. Najčastejšie býva porucha príjmu potravy diagnostikovaná vo veku pred 25 rokom života. Puberta a adolescencia predstavujú kvôli prudkým zmenám v telesnej stavbe a hmotnosti mimoriadne rizikové obdobie na vznik porúch príjmu potravy. Častosť bulímie vrcholí medzi 18 a 19 rokom a anorexie o 2 až 3 roky skôr. Existujú náznaky aj na dvojrcholový priebeh. Ťažko povedať, či incidencia týchto porúch významne narástla v priebehu posledných rokov, keďže je tu značná variácia epidemiologických údajov a použitých metód skúmania. Existujú však náznaky, že častosť výskytu mentálnej anorexie narástla vo vekovej skupine 10 až 14 rokov a v skupine 15 až 25. Počet výskumov u bulímie je ešte príliš malý. Výsledky však naznačujú, že môže ísť o nárast tejto poruchy v priebehu posledných dvoch desaťročí (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

Genetické riziko

Genetický podiel tvorí pri vzniku mentálnej anorexie 50-90%. Pri mentálnej bulímii je to 35-83%. Dedenie niektorých povahových rysov môže byť tiež predispozíciou na vznik poruchy. Niektoré povahové rysy sú totiž pre vznik poruchy rizikové. Zvýšená až abnormálna pozornosť jedlu a postave sa objavuje v niekoľkých generáciách. Z matkinej či otcovej strany existuje určitá dispozícia, kde môže ísť o preferovanie niektorých jedál, rozloženie a obsah telesného tuku a iné (Papežová, 2003).

Dedičnosť môže prispievať ku vzniku ochorenia predávaním telesnej hmotnosti. Existujú dôkazy, o tom, že dedičná zložka rozhodne do veľkej miery koľko bude človek

vážiť v dospelosti. V rodinách, kde jedno z dvojčiat trpí poruchou príjmu potravy, je pravdepodobné, že ňou bude trpieť aj druhé dvojča, pokiaľ ide o jednovaječné dvojčatá (Cooper, 1995).

„Už výskum ochorení v rodinách pacientok ukázal, že klinický obraz anorexia a bulímia nervosa sa vyskytuje v rámci jednej rodiny častejšie, čo naznačuje na možnú genetickú komponentu pri vzniku poruchy. Výskumy dvojčiat, na pároch s minimálne jedným chorým súrodencom, potvrdili túto domnienku pre obidve poruchy“ (Jacobi, Paul, Thiel, 2006, s.34).

Rodinné faktory

Už v 70-tych rokoch bol naznačený význam vplyvu rodiny na vznik mentálnej anorexie. Medzi typické patogénne interakčné štýly anorektickej rodiny boli zaradené hyperprotektivita, rigidita a vyhýbanie sa konfliktom. Existuje dostatok náznakov na narušené rodinné interakčné vzory a komunikáciu, najmä slabší kontakt s rodičmi, veľké očakávania rodičov a nevýrazný afektívny prejav (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

V rodinách pacientok môžeme často nájsť vplyv nesprávnych alebo chaotických stravovacích návykoch. Niektorí členovia rodiny sa môžu prejedat', alebo naopak držať diéty alebo prekonali poruchu príjmu potravy. Problémom býva aj vzťah medzi dcérou a matkou. Matka, ktorá má príliš veľké požiadavky na to, ako sa dcéra stravuje a ako vyzerá, môže ovplyvniť nenormálny vývoj stravovacieho režimu. Matka príliš sa zaoberajúca svojou postavou a váhou môže tieto problémy preniesť aj na dcéru (Papežová, 2003).

Je zrejmé, že aj keď je tu možnosť, že pri poruchách príjmu potravy môže ísť aj o dispozičný faktor, je na rodine a na jej výchove, či dieťa bude, alebo nebude trpieť poruchou príjmu potravy (Cooper, 1995).

U rodinných príslušníkov pacientov s poruchami príjmu potravy možno nájsť častejší výskyt afektívnych porúch a úzkostných porúch. Takisto tu môžeme nájsť v rámci jednej rodiny častejší výskyt klinického obrazu anorexie a bulímie, čo naznačuje možný genetický faktor. U príbuzných bulimických pacientok sa častejšie vyskytuje zneužívanie látok. Ďalej bola častejšie zistená prehnaná úzkosť v detstve, posttraumatické stresové poruchy a sociálna fóbia. U príbuzných anorektických pacientok sa častejšie vyskytuje obsesívno-kompuzívna porucha a kompuzívna porucha osobnosti. U príbuzných bulimických pacientok bol zistený zvýšený výskyt afektívnych

porúch (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

Okrem afektívnych a úzkostných porúch sa v rodinách pacientov s mentálnou anorexiou a bulímiou objavujú depresie. Dokonca jedna tretina samotných pacientok má za sebou epizódu depresie ešte pred vznikom poruchy príjmu potravy. Nemusí ísť len o predispozíciu. Úlohu tu hrá to, že depresívny rodič môže vytvoriť okolnosti, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť nízkeho sebavedomia dieťaťa. Toto sa potom stáva náchylnejšie na vznik poruchy príjmu potravy (Cooper, 1995).

Psycho-sociálne faktory

Médiá

V dnešnej dobe médiá a predovšetkým televízia vyvíjajú veľký tlak na predstavy a životné vzory súčasného človeka. Príliš veľa zasahujú do života ľudí a veľmi často sa hovorí o tom, kto ako vyzerá. Ideálom krásy je vychudnutý módný vzor. Štíhlosť je predstavovaná ako vstupenka k úspechu. Až príliš povrchno a jednostranne je spojená vychudnutosť so zdravím. Kladie sa veľký dôraz na fyzický výkon, sebakontrolu a súťaživosť. Spoločnosť sa až príliš orientuje na vonkajší vzhľad a na to ako kto vyzerá. Vedú sa diskusie, či to čo sa je, je zdravé, tučné, atď. Vplyv na vznik a vývoj poruchy môže mať aj prílišná súťaživosť v rodine, obezita a diéty v rodine a nevhodné jedálne návyky rodičov a súrodencov (Krch, 2002).

Stále väčšiemu tlaku médií sú vystavované ženy, ktoré presviedčajú o tom, že nielen krása, ale aj ich osobné šťastie a vlastná hodnota závisia od toho ako sú štíhle. Tieto vplyvy ohrozujú stále väčšiu časť verejnosti a sú stále deštruktívnejšie. Obyvatelia ekonomicky rozvinutých krajín stále priberajú a ideál ženskej krásy naopak chudne. Pre dievčatá, ktorým k chudnutiu nepomáha diéta, môže byť mentálna anorexia východisko (Krch, 2000).

Okrem médií, je telesná hmotnosť ležiaca pod biologicky danou hranicou podporovaná prostredníctvom módnego priemyslu a stále častejšie aj plastickou chirurgiou (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

Internet

Internet ako moderný nosič informácií v takomto prípade neprináša len poučenie. Je to hrozba týchto webových stránok pre rizikové osoby, ktoré majú poruchy príjmu potravy. Popularita sociálnych webových sietí otvorila nový svet možných inštrukcií

a to často s nebezpečnými prvkami. Skupiny jedincov, ktorí vidia svoj svet v poruchách príjmu potravy nachádzajú na týchto stránkach podporu, rady. Nebezpečenstvo pro-anorektických webových stránok spočíva aj v tom, že na ich vytváraní sa podieľajú často odborníci, ktorí na týchto stránkach podávajú záujemcom veľmi zaujímavé návody ako redukovať svoju hmotnosť a varujú pred metódami ešte drastickejšími a zdraviu viac škodlivými. Jej cieľom je rovnako ako väčšia časť takýchto organizácií, podporovať záujemcov v extrémnych diétach, brániť sa uzdraveniu, prípadne čo robiť, aby sa nedostavila remisia. Uvádza sa, že až 40% pacientok trpiacich poruchami príjmu potravy nachádza podporu na týchto stránkach.

Tieto webové stránky menia obraz skutočnosti. A sú nebezpečné hlavne z týchto dôvodov:

- dodávajú odvalu tým, ktorí si myslia, že ich správanie je škodlivé,
- vzbudzujú dojem, že poruchy príjmu potravy sú prirodzeným javom,
- webové stránky robia poruchy príjmu potravy pútavejšími,
- dodávajú mylnú predstavu, že vychudnuté telo je krásne,
- niektoré z týchto webových stránok upozorňujú svojich návštevníkov, aby ich pokiaľ trpia poruchami príjmu potravy neotvárali, ale pôsobí to presne opačne
- predovšetkým ľudia trpiaci poruchami príjmu potravy sa usilujú o kontrolu svojich emócií. Môžu takýmto spôsobom ľahko akceptovať škodlivé názory (Faltus, 2008).

Diéty

Diétu si už vyskúšali aspoň tri štvrtiny žien. Ved' sa predávajú v lekárňach a odporúčajú ju aj lekári. A pritom je preukázané, že riziko vzniku mentálnej anorexie a bulímie je významne zvyšované práve redukčnými diétami. Asi 30% redukčných diét sa v priebehu jedného až dvoch rokov stane patologickou diétou a z toho až u 20-30% žien držajúcich diétu dôjde k rozvoju príznakov poruchy príjmu potravy. Situácia už dospela podľa amerických výskumných pracovníkov tak ďaleko, že držanie redukčnej diéty prevažuje nad normálnym chovaním v stravovaní. Väčšina štúdií zatiaľ preukázala, že redukčné diéty zvyšujú riziko vzniku mentálnej anorexie alebo bulímie asi osemkrát (Krch, 2008).

Zaťažujúce životné skúsenosti

Poruchy príjmu potravy môžu byť pre niekoho hľadanie spôsobu ako sa pomocou hladovania či prejedania vyrovnáť s ťažkou životnou udalosťou, alebo situáciou. Existujú rôzne situácie a dôvody, ktoré toto hladovanie a prejedanie spúšťajú. Patria medzi napríklad úmrtie partnera, rozvod, úmrtie blízkeho člena rodiny, prepustenie z práce, problémy v sexuálnom živote, zmena životných podmienok, zmena stravovacích návykov a iné. Poruchami príjmu potravy trpia aj ľudia, ktorí prežili nejakú traumatickú životnú situáciu (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

„Problematická alebo nevhodná rodičovská starostlivosť, časté hádky a násilie medzi rodičmi, fyzické a sexuálne zneužívanie sú časté u tých, ktorí trpia poruchou príjmu potravy“ (Papežová, 2003, s.43).

Niektoré problémy môžu byť menej nápadné. Môže ísť o málo času a energie, ktorú rodičia venovali dieťaťu, o malý záujem od dieťa a o fyzickú a psychickú neprítomnosť v čase keď ich dieťa potrebovalo. Tieto skúsenosti vedú k zníženému sebavedomiu, potlačeného hnevu, depresii, rebelovaniu a neschopnosti vytvárať a mať vzťahy (Papežová, 2003).

„Poruchy príjmu potravy sú teda dôsledkom vplyvu sociálnokultúrnych faktorov, nepriaznivých životných udalostí, chronických potiažov, nedostatočných sociálnych a rozhodovacích schopností a nakoniec i biologických a genetických faktorov“ (Krch, 2008, s. 51).

3 LIEČBA PORÚCH PRÍJMU POTRAVY

Prekonanie porúch príjmu potravy vyžaduje rôznu mieru pomoci. Niektorí pacienti sa dokážu vyliečiť sami, iný potrebujú byť hospitalizovaný (Ladishová, 2002).

Podľa Říčana a Krejčířovej je väčšinu pacientov s poruchami príjmu potravy ťažké liečiť. U veľa pacientov, 20-30%, dostávajú poruchy príjmu potravy podobu chronickej choroby. Pacientky s mentálnou anorexiou sa necítia byť choré. Liečbu akceptujú len ambivalentne. Pacientky s bulímiou si častejšie hľadajú pomoc, ale spolupráca s nimi býva tiež ťažká (Říčan, Krejčířová, 1997).

Pacientky by mali byť pokiaľ možno hneď od začiatku terapie, okrem oboznámenia s pravidlami terapie, informované o telesných následkoch porúch príjmu potravy, o diétovaní, poruchách príjmu potravy, hlade a nasýtení. Ďalej o význame určitej zdravej telesnej hmotnosti, o účinnosti vracania a užívania laxatív na redukciiu telesnej hmotnosti a o sociokultúrnych vplyvoch a prístupe médií k ideálu štíhlosti. Práve tieto informácie môžu na začiatku terapie pomôcť pri motivácii pacientky (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

3.2 Psychoterapia

„Cieľom liečby nie je len zameranie na telesný stav a váhový prírastok, ale na zmenu v prežívaní a vzťahoch pacientky“ (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 186).

S pacientkami s poruchami príjmu potravy sa naozajstná spolupráca v psychoterapeutickom procese buduje ťažko. Pacientky skôr testujú kontakt s psychoterapeutom, ale jeho odporúčania odmietajú. Ak je pacientka hospitalizovaná je potrebné aby personál dobre rozumel ich vzťahovým a komunikačným problémom. Psychoterapeutická práca s rodičmi je nevyhnutná u adolescentných dievčat s poruchami príjmu potravy. Rodičia si tiež musia vyriešiť separačno-individuálne problémy, ktoré sú viazané na celú rodinu. V detskom a adolescentnom veku je optimálne skĺbenie viacerých terapeutických metód. Pri liečbe porúch príjmu potravy sa pozornosť venuje pre dispozičným, spúšťajúcim a udržiavajúcim faktorom. Do pre dispozičných faktorov zaraďujeme sociokultúrny kontext, charakteristiku rodiny a vývoj osobnosti dieťaťa., hovorí, že „riziko ochorenia stravovacou patológiou sa zväčšuje spolu s príslušnosťou k strednej, alebo vyššej triede, so životom v rodine zameranej na výkon a s príslušnosťou k spoločnosti, v ktorej je rola žien konfliktná,

mení sa a je v nej oceňovaná štíhlosť oproti obezite“ (Schwartz, in Řičan, Krejčířová, 1995, s. 185).

Pri charakteristike rodiny pacientov so stravovacími chorobami hovoríme o ich nedostatočných schopnostiach vyjadrovať priamo emócie a konflikty, poruchách hraníc v subsystemoch a o tom, že sú to rodiny nadmerne ochraňujúce a rigidné. U pacientok s anorexiou máva vývoj osobnosti rysy zvýšenej sebakontroly, vzorného chovania a chudobného vyjadrovania emócií. U bulimičiek býva popisovaná väčšia schopnosť sociálneho presadenia, ale bývajú závislé na hodnoteniach druhých, majú na seba vysoké nároky a sú perfekcionistky. Špecifické vývojové požiadavky a úlohy adolescentného obdobia môžeme pokladať ako spúšťajúce faktory. Ťažkou úlohou pre anorektičku a jej rodinu je upevnenie vlastnej identity a ženskej role, akceptácia sexuality a separačno-individuálne procesy. Zážitky spojené s narušením rodinnej rovnováhy, separačné zážitky, ohrozenie sebaocenenia a somatické choroby považujeme za ďalšie spúšťajúce faktory. Sexuálny abúzus môže mať charakter spúšťajúceho faktoru, ale aj predisponujúceho. V súčasnej dobe je veľmi zdôrazňovaný.

Udržujúce faktory choroby ovplyvňujú výsledný obraz ochorenia. Medzi udržujúce faktory zaraďujeme syndróm hladovania, zmeny v endokrínnej oblasti, oslabené ego-fungovanie a sekundárny zisk z choroby (Řičan, Krejčířová, 1997).

Motivačná terapia

Motivačná terapia kladie dôraz na ranné štádia ochorenia, keď sa postihnutý rozhoduje medzi liečbou a zotrvaním v chorobe. Nie je si istý, pojem zdravia má preňho úplne iný rozmer a neverí si, že je schopný zmeny. Zásadným bodom je empatické prispôsobenie terapeutického procesu motivačnému štádiu pacienta. Ide o bezpodmienečné prijatie v stave popierania problému a odmietania liečby. Pacientovi je poskytnutá rada, návod a podpora a pripravuje sa na ďalšie fázy v terapii. Cieľom motivačnej terapie je nájsť vnútornú motiváciu pacienta k zmene. S problematickou motiváciou sa stretávame u pacientok pre ktoré choroba predstavuje formu riešenia problematických interpersonálnych vzťahov a choroba je dôležitou súčasťou ich samých. Motivačná terapia pracuje so ziskami a stratami z choroby. Hľadá stratégie vlastné pacientke a jej blízkym. Zodpovednosť za spôsob zmeny kladie na pacienta a podporuje uňho jeho prirodzené spôsoby riešenia problému. Motivačná terapia využíva vo svojej práci paradoxné techniky.

Štádia motivačnej terapie:

- Popretie, odmietanie zmeny
- Úvahy o zmene
- Príprava na zmenu
- Akcia
- Udržanie

(Papežova, 2003)

Psychomotorická terapia

Cieľom psychomotorickej terapie je vedomá konfrontácia s vlastným telom. V rámci terapie s vlastným telom by sa mali pacientky naučiť korigovať svoje skreslené vnímanie a svoje telo viac akceptovať. Ponúka sa tu skupinová terapia, kde dotýkanie sa druhých a ich spätná väzba podporujú konfrontáciu a vyrovnanie sa s vlastným, skresleným vnímaním. V rámci skupinovej terapie možno pracovať s rozličnými metódami. Sú to napríklad rytmické cvičenia, spätná väzba z videozáznamu, alebo cvičenia zamerané na určité skupinové interakcie.

Ťažiská psychomotorickej terapie sú:

- cvičenia na nadviazanie kontaktu
- cvičenia na dôveru
- cvičenia na skúsenosť s telom
- cvičenia na telesný prejav

Okrem pozitívnych možností môže terapia orientovaná na telo pôsobiť na niektoré pacientky zaťažujúco. Stáva sa to, keď pacientka úspešne priberie a ona sa cíti príliš tučná. Psychomotorická terapia sa využíva zväčša v rámci stacionárnej liečby. Do ambulantnej terapie môžu byť tieto cvičenia zaradené len čiastočne. Skôr sa tu ponúkajú iné podnety na zlepšenie vnímania vlastného tela. Napríklad joga, relaxácia a iné jemné telesné cvičenia (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

3.3 Kognitívne – behaviorálna terapia

V kognitívno – behaviorálnej terapii terapeut pomáha pacientovi uvedomiť si svoj spôsob skresleného myslenia a dysfunkčného jednania. Toto myslenie a jednanie

pomáha terapeut hodnotiť a meniť pomocou systematického rozhovoru a štruktúrovaných behaviorálnych úloh (Kratochvíl, 2006).

Inak povedané, problémy ktoré pacientka má, sú výsledkom nesprávneho hodnotenia, nevhodných zvykov a správania, ktoré vznikli mechanizmom učenia v situáciách emotívne vypätých, alebo dlhodobým pôsobením. Terapia spočíva v naučení žiaduceho spôsobu správania a v zmene postojov a hodnotenia, ktoré sa nakoniec premietnu do rozhodovania a výsledného jednania človeka (Vymětal, 2003).

Pri poruchách príjmu potravu stojí v centre pozornosti kognitívno-behaviorálnej terapie chronické reštriktívne stravovanie a deformovaný hmotnostný ideál, vzhľadom na prehnaný význam prisudzovaný postave a váhe a znížený pocit sebahodnoty. Keďže sme už spomínali, že na vzniku poruchy sa spolupodieľa niekoľko faktorov, je nutné tieto faktory najprv identifikovať (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

Podstatnou súčasťou je kognitívno-behaviorálne vyšetrenie. To znamená presnú diagnostiku spôsobu myslenia a chovania pacientky (Kratochvíl, 2006).

„Kognitívne-behaviorálna terapia by mala bludný kruh, skladajúci sa z narušenej predstavy o ideálnej hmotnosti, diétovania, deficitného pocitu sebahodnoty príp. nedostatočných alternatívnych stratégií zvládania konfliktov, prelomiť tým, že normalizuje správanie v oblasti príjmu potravy, systematicky spochybňuje zdeformované postoje k telu a váhe, odкрýva spúšťače, pozadie a funkciu narušeného správania v oblasti príjmu potravy a v nadväznosti na to sprostredkuje nové zručnosti a stratégie zvládania konfliktov“ (Jacobi, Paul, Thiel, 2006, s.63).

Rodinná terapia

V centre rodinnej terapie nikdy nestojí pacient sám, ale vždy celá rodina. Skutočným pacientom je teda celá rodina. Bez ohľadu na to, či ide o zdravých, alebo chorých členov rodiny. Rodinná terapia zakladá na tom, že individuálne poruchy člena rodiny súvisia s celkovou dynamikou rodiny a na tom, že individuálna symptomatika je výraz narušených interpersonálnych vzťahov. Účinná zmena v rodine znamená zmenu štruktúry rodiny a zmenu spôsobu komunikácie. Rodinná terapia býva indukovaná vtedy, keď porucha u daného individua je podmienená celkovou skladbou a spôsobom života rodiny (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989).

Podstatou rodinnej terapie je práve zmena v komunikácii, v systéme rodiny a riešenia konfliktov, v narušovaní spojenectva medzi niektorými členmi rodiny, vždy s

prihliadnutím k jej špecifickým potrebám. Následkom tejto zmeny v rovnováhe rodiny, môže dôjsť k zmene osobností členov rodiny. Dôležité je pochopiť podstatu porúch prijímania potravy a nie hľadať vinníka. Nachádzať nové možnosti vzájomnej pomoci. K tomu je potrebný terapeut, ktorý pomôže rodine spoločne prekonať problémy a nájsť cestu z bezvýchodiskovosti (Švédová, 2006).

Cieľ rodinnej terapie je zameraný na vyslobodenie členov rodiny z patogénnych spôsobov vzájomného hodnotenia, komunikácie a jednania. Rodinná terapia je zameraná proti zlyhávajúcim rozdeleniam citov a moci, uviaznutiu v nevyhovujúcich normách a pravidlách rodinného spolužitia (Říčan, Krejčířová, 1997).

To, že pri mentálnej anorexii a bulímii môžu byť rodinné vzťahy jedným z rizikových faktorov spúšťajúcich toto ochorenie sme si už hovorili. Preto je rodinná terapia nenahraditeľnou súčasťou liečby týchto porúch.

3.4 Farmakoterapia

Spôsoby liečby porúch príjmu potravy sa neustále skúmajú. Sleduje a vyhodnocuje sa účinnosť psychosociálnych zásahov, ako aj používaných liekov. Prípadne aj efekt kombinácie oboch prístupov. Cieľom je zlepšiť prognózu liečby anorexie a bulímie.

Vedci zistili že apetít a metabolizmus reguluje zložitá sieť buniek. Preto sa zameriavajú na možnosť vyvinúť medikamenty, ktoré by na ne pôsobili. Tým by liečili aj stravovacie poruchy. Dnes máme široký výber rôznych liečiv. Je v kompetencii ošetrojúceho psychiatria vybrať ten najvhodnejší preparát. Ostáva na lekárovi rozhodnúť, či sa pri liečbe použijú, alebo nie (Ladishová, 2002).

Spravidla sa farmakologická liečba podáva počas hospitalizácie. Dĺžka medikamentóznej liečby je v porovnaní s psychoterapiou oveľa kratšia. Účinky rôznych liečiv sa pri mentálnej anorexii ukazujú prevažne ako slabé. Na základe farmakologických výskumov s rôznymi liekmi sa nedá predpokladať, že by mali nejaký významný vplyv na regulovanie váhy, postoje k telu, váhe a na náladu (Jacobi, Paul, Thiel, 2006). V súvislosti s liečbou bulímie sa zo všetkých liekov ukázala ako účinná len skupina antidepresív. „Priemerná dĺžka liečby bola v kontrolovaných farmakologických štúdiách kratšia (asi osem týždňov) ako pri psychoterapeutických alebo kognitívne-behaviorálnych postupoch (priemerne asi štrnásť týždňov)“ (Jacobi, Paul, Thiel, 2006, s.109).

Pre nedostatok farmakoterapeutických štúdií je stále nejasný účinný mechanizmus antidepresív, ich nedostatočne overená dlhodobá účinnosť a vedľajšie účinky a nejasnosti zostávajú aj okolo dĺžky nutnosti užívania a optimálnej dávky (Jacobi, Paul, Thiel, 2006).

3.5 Svojpomoc

„Svojpomocné skupiny sú reakciou na nedokonalé alebo chýbajúce profesionálne služby, venujú sa ľuďom v kríze a ľuďom dlhodobo duševne chorým, alebo ľuďom závislým atď.

Podstatnými prvkami ich činnosti sú:

- oslabenie pocitu izolácie ľudí s akýmkoľvek problémom, emocionálna podpora, ktorú si členovia navzájom poskytujú,
- Zvládanie ťažkostí tým, že postihnutí pomáha s rovnakým problémom niekomu inému“ (Matoušek In: Ria Černá 2005).

Klientka prichádza na skupinu z vlastného rozhodnutia a môže to byť jej prvý krok k liečbe, alebo jej skupinu odporučí ako vhodný doplnok terapie lekár alebo terapeut. Účasť v skupine, býva často klientkiným prvým kontaktom, kedy stretáva ľudí s rovnakými problémami. Tento krok býva často sprevádzaný s veľkými ambivalenciami, je odkladaný, zavrhaný a opäť zvažovaný. Jej príchod na skupinu znamená veľký zlom, pretože tým, že prichádza vlastne priznáva, že sa jej porucha príjmu potravy týka a uvedomuje si, že má problém, ktorý je potrebné riešiť. Dievčatá a ženy s poruchami príjmu potravy majú nízke sebadôvery a stojí ich to veľa síl, premáhania a odhodlania sa skupiny zúčastniť. Ďalším znakom tejto cieľovej skupiny je pretrvávajúci strach, že klientka bude len zberať miesto iným – potrebnejším, pretože ona vlastne na tom nie je až tak zle. Toto špecifikum je prejavom tohto ochorenia ako takého. Podpora sebadôvery klientok a ich silu sa z poruchy prijímania potravy vyliečiť je kľúčovou témou svojpomocnej skupiny. Svojpomocná skupina nenahrádza liečbu, nie je terapeutická môže byť moderovaná koordinátorom napríklad sociálnym pracovníkom. Je to most medzi klientkou a odbornou pomocou. Svojpomocná skupina sa nestavia do úlohy alternatívnej pomoci, ale je pred stupňom, či akýmsi doplnkom odbornej pomoci. Hlavným cieľom je nájsť ľahko dostupné miesto, kam môže klientka kedykoľvek prísť a v neformálnom prostredí hovoriť o svojich problémoch a byť podporená v úmysle liečiť sa. Koordinátor v našom prípade sociálny pracovník jej môžu

poskytnúť dôveryhodné kontakty na odborníkov zaoberajúcimi sa poruchami príjmu potravy (Černá, 2005).

Sociálny pracovník ako koordinátor skupiny

Úlohou sociálneho pracovníka ako koordinátora skupiny je zabezpečovanie zázemia, pravidelnosti stretávania, čo vyžaduje mieru angažovanosti, času, ale aj zabezpečovanie finančnej stránky. Druhým faktom je, že nie vždy je skupina optimisticky naladená, klientky sa stretávajú so stratou motivácie a chuti sa liečiť a preto je tu koordinátor, ktorý ich povzbudzuje a poukazuje na ich doterajšie úspechy. V tomto stave môže skupina sklznúť do pesimizmu, prehlbovania beznádeje a kritike odbornej pomoci. V extrémnych prípadoch môže dôjsť k výmene rád týkajúcich sa diét, stravovania a zvracania. Práve v týchto chvíľach je potrebné, aby koordinátor naštartoval klientky k zmysluplnej a perspektívnej spolupráci a aby dôsledne zastavoval proaknoretické a probulimické tendencie. Koordinátor pomáha okrem organizačných záležitostí vedenia skupiny, uľahčuje vstup pre nových členov, je spojovací článkom medzi nimi a klientkam, ktoré sa skupiny zúčastňujú dlhšie. Stará sa o dôveryhodnosť kontaktov na odborníkov, ktoré poskytuje. Koordinátor plánuje aj prípadne ďalšie spoločné akcie okrem skupinových sedení, napr. spoločne trávený víkend. Ich cieľom je ukázať klientkam aj iný život než je ten, ktorý sa spája s poruchami príjmu potravy. Mnohé z nich majú problém s náplňou voľného času a motivovať ich, aby sa pokúšali si sami vyplniť voľný čas. Koordinátor nevystupuje v skupine v roli experta na problémy dievčat. Je s nimi v rovnocennom vzťahu. Vďaka veľkej miere otvorenosti koordinátora sú vzťahy neformálne, ale je potrebné dodržiavať určité hranice tejto otvorenosti. V skupine je v úlohe toho, ktorý počúva a svoje zážitky a skúsenosti hovorí iba vtedy ak vidí, že je to v prospech skupiny. Úzke osobné vzťahy by pravdepodobne viedli k zvýšenej starostlivosti a k vzniku závislosti na koordinátorovi. Toto nebezpečenstvo hrozí hlavne v prípade, že koordinátorom je muž. Hranice koordinátora musia byť pevnejšie ako je to u koordinátorky (Černá, 2005).

4 PRIESKUM INFORMOVANOSTI VEREJNOSTI O PORUCHÁCH PRÍJMU POTRAVY

Poruchy príjmu potravy sú vážnym psychosomatickým ochorením, preto nás zaujíma či je verejnosť dostatočne informovaná o tejto problematike. Informovanosť o poruchách príjmu potravy je dôležitá, pretože poruchy príjmu potravy sa môžu dotýkať každého z nás. To nás aj motivovalo k tomu, že sme sa rozhodli preskúmať túto problematiku.

4.1 Ciele a prieskumné otázky prieskumu

Na základe preštudovanej literatúry sme stanovili *hlavný cieľ* prieskumu: Zistiť, či je verejnosť dostatočne informovaná o poruchách príjmu potravy.

Špecifikovaním hlavného cieľa sme dospeli k nasledovným čiastkovým cieľom:

C1: Zistiť názory respondentov, či diéta môže spôsobiť duševnú poruchu príjmu potravy.

C2: Zistiť, či respondenti pozorujú na sebe, alebo blízkych prejavy kompulzívneho prejedania sa.

C1: Zistiť predstavu respondentov o možnostiach riešenia porúch príjmu potravy.

C4: Zistiť, či existujú rozdiely v informovanosti o poruchách príjmu potravy vzhľadom k pohlaviu.

Nakoľko na túto tému nám nie sú známe žiadne výskumy, zvolili sme v našom prieskum preto formu prieskumných otázok. Pri stanovení prieskumných otázok sme vychádzali z preštudovanej literatúry.

O1: Považujú muži a ženy diétu za možnú príčinu vzniku porúch príjmu potravy?

O2: Aké formy kompulzívnych prejavov porúch príjmu potravy pozorujú na sebe, alebo blízkych oslovení muži a ženy?

O3: Aké formy liečby porúch príjmu potravy považujú ženy a muži za prijateľné?

O4: Existuje rozdiel v informovanosti o poruchách príjmu potravy medzi mužmi a ženami?

4.2 Metódy prieskumu

Výberový súbor

Základným kritériom prieskumného súboru bol produktívny vek respondentov. Zamerali sme sa na pracujúcich respondentov. Prieskumnú vzorku tvorilo 65 náhodne vybraných žien ($n_1=70$) a 70 náhodne vybraných mužov ($n_2=70$). Rovnaký počet respondentov sme si zvolili kvôli možnosti presného porovnania výsledkov prieskumu medzi mužmi a ženami.

Metódy

Rozhodli sme sa pre kvantitatívny prieskum a za prieskumnú metódu zberu údajov sme zvolili dotazník (príloha č. 1 – formulár dotazníka).

Hlavnou výhodou dotazníkového zberu údajov je možnosť presnej formulácie otázok, vďaka čomu môžeme nejasnosti a nedorozumenia v odpovediach respondentov znížiť na minimum. Ďalšou prednosťou tejto metódy je možnosť zhromaždenia údajov v krátkom časovom horizonte, ako aj jednoduchosť zberu údajov prostredníctvom osobného kontaktu, e-mailu alebo pošty.

Za nevýhodu pri zbere údajov prostredníctvom dotazníka považujeme to, že nie všetci respondenti venujú dostatočnú pozornosť vyplneniu dotazníka, čím vzniká riziko, že výsledky môžu byť v menšej, či väčšej miere skreslené. Počas vyhodnocovania dotazníka sme zistili, že ďalšou nevýhodou dotazníkovej formy zberu údajov je i skutočnosť, že pokiaľ respondent nevyplní v dostatočnej miere danú otázku, prípadne ju nevyplní vôbec, nie je tu prakticky žiadna možnosť opätovného kontaktu respondenta, keďže dotazník rešpektuje anonymitu. Dotazník sa zameriava na monitorovanie informovanosti širokej verejnosti na vedomosti, názory o poruchách príjmu potravy so zameraním na hodnotenie vlastných kompulzívnych prejavov, ich spúšťačov a možností riešenia porúch príjmu potravy. Štruktúrovaný dotazník bol vlastnej konštrukcie a obsahoval 3 identifikačné položky, 6 poloopených položiek, 1 otvorenú a 6 uzatvorených položiek. V úvode sa nachádzajú informácie o tom, kto sme a na aký účel budú výsledky dotazníka použité. Podstatná je formulka o rešpektovaní anonymity respondentov. Samotný dotazník obsahuje súbor identifikačných otázok (č. 1 – č. 3) zameraných na pohlavie, vek, vzdelanie respondentov. Otázky č. 4 až 10 sú zamerané na postoje, názory respondentov o možných spúšťačoch porúch príjmu

potravy so zameraním na prípadné vlastné pozorovanie niektorých symptómov porúch príjmu potravy. Otázky č. 11 až 15 sú zamerané na vedomosti o poruchách príjmu potravy a možnostiach liečby týchto porúch. V otázke č. 16 sa snažíme zistiť z akého zdroja respondenti získali informácie o poruchách príjmu potravy.

Plán prieskumu

V januári 2010 sme skonštruovali dotazník, ktorý sme na menšej vzorke pilotne overili vo februári 2010. V mesiaci marec 2010 sme rozposlali mailom 10 dotazníkov do rôznych organizácií mailom. Uvedené dotazníky boli vytlačené a porozdávané v rôznych firmách a štátnych inštitúciách. Dotazníky boli v obehu jeden týždeň. Po týždni sme dotazníky vyzbierali, pretriedili tak aby sme použili len tie dotazníky, ktoré boli úplné respektíve boli vyplnené odpovede na všetky otázky v dotazníku. Rozdaných bolo 150 dotazníkov, návratnosť predstavovala 86, 6 %, po optickej kontrole sme do spracovania mohli použiť 130 dotazníkov (n=130).

5 VÝSLEDKY

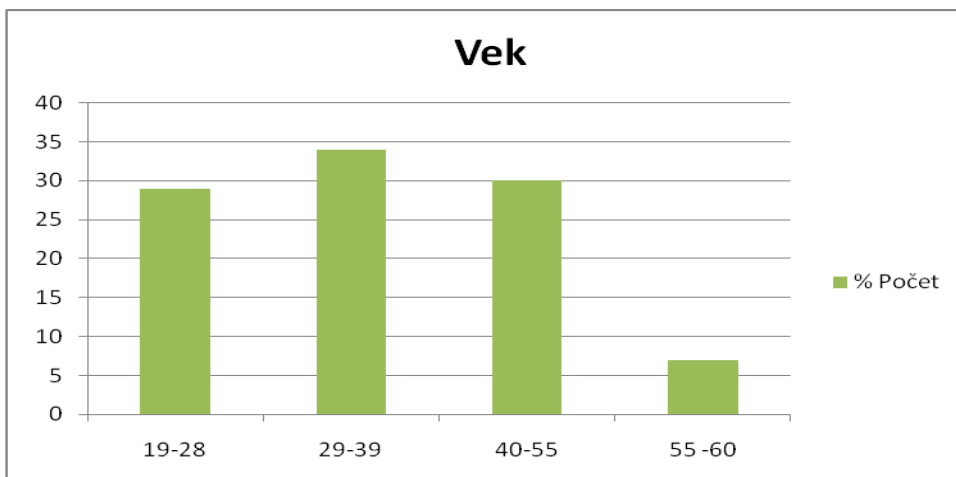
V tejto časti sa zameriavame na interpretáciu výsledkov, ktoré sme zistili použitím dotazníkovej metódy, prostredníctvom ktorej sme získavali názory, vedomosti od náhodne oslovených pracujúcich respondentov. V nasledujúcich podkapitolách prezentujeme výsledky prieskumu, pričom postupujeme podľa jednotlivých otázok dotazníka. Uvedené výsledky prieskumu v grafoch sú vyjadrené v relatívnej početnosti.

Graf 1 Štruktúra respondentov podľa pohlavia



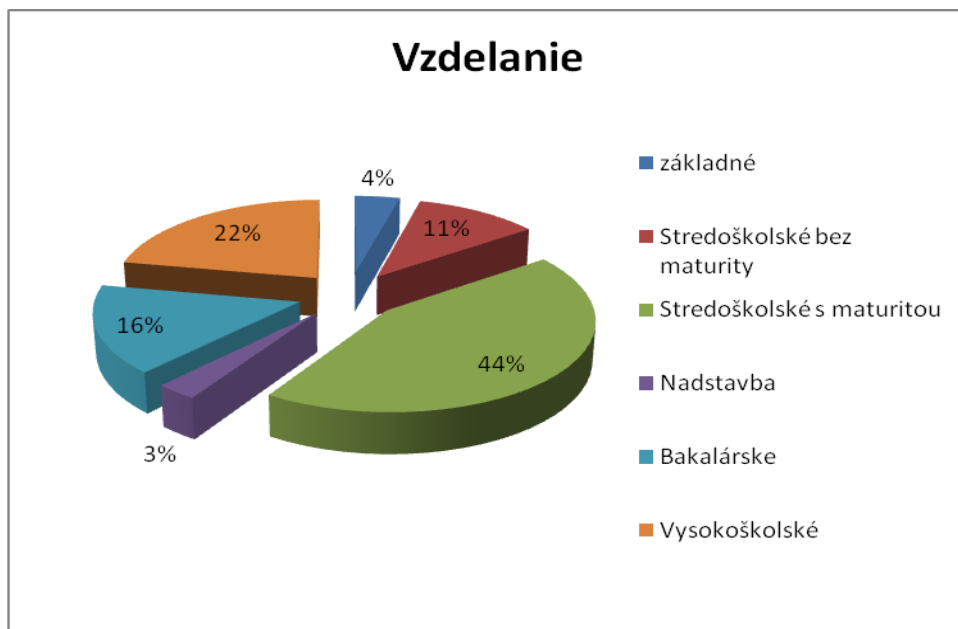
Pomer oslovených mužov a žien je rovnaký (Graf 1). Vzhľadom na skutočnosť, že porovnávame vedomosti, postoje mužov a žien považujeme za dôležité vychádzať z rovnakej vzorky populácie u oboch pohlaví. Čiže vzorku tvorí 50 % mužov a 50 % žien.

Graf 2 Štruktúra respondentov podľa veku



Z grafu č. 2 vyplýva, že najväčšie zastúpenie mali respondenti vo veku 29 až 39 rokov. Je to spôsobené tým, že sme sa sústreďovali na respondentov ekonomicky aktívnych.

Graf 3 Štruktúra respondentov podľa vzdelania

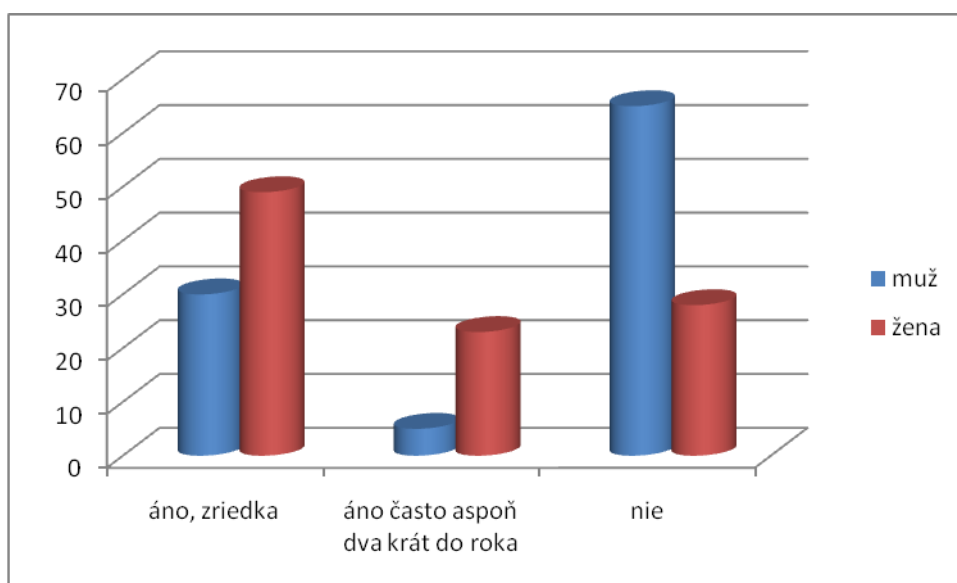


Graf č. 3 nám dokumentuje vzdelanostnú štruktúru respondentov. Zisťujeme, že respondenti majú vzdelanie prevažne stredoškolské s maturitou (44 %), ale významný počet respondentov má aj vysokoškolské vzdelanie (22 %).

5.1 Názory respondentov na príčiny vzniku duševnej poruchy príjmu potravy

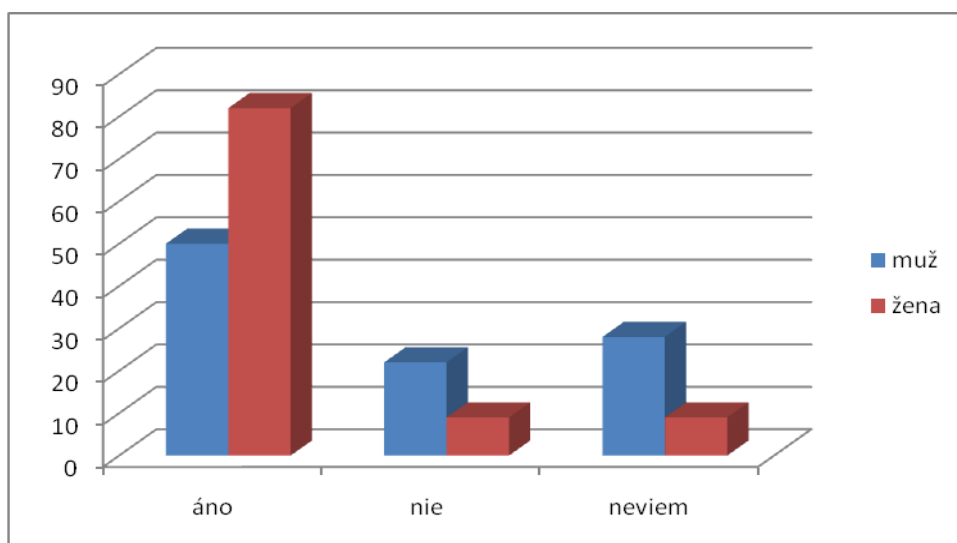
Dotazníková položka č. 4: Dodržiavali ste niekedy diétu zameranú na zníženie svojej hmotnosti?

Graf 4 Skúsenosti s dodržiavaním diéty podľa pohlavia



Z uvedeného grafu nám vyplýva, že ženy častejšie dodržiavajú diéty ako muži. Ženy sa viac zaujímajú o svoj zovňajšok sú viac náchylnejšie podriadiť sa trendom. Na otázku odpovedalo „áno, zriedka“ 49 % žien a 30 % mužov, „áno často aspoň dva krát do roka“ odpovedalo len 5 % mužov a 23 % žien. Zásadne nedodržiavajú diéty 65 % mužov a 28 % žien.

Graf 5 Názory, či diéta môže spôsobiť duševnú poruchu príjmu potravy

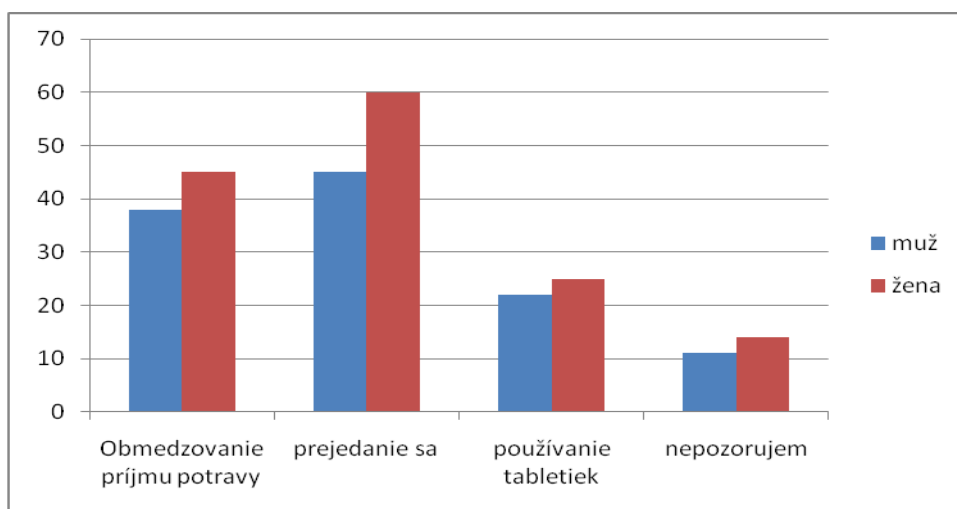


Z grafu je zrejmé, že aj muži aj ženy si myslia, že diéta môže spôsobiť duševnú poruchu

príjmu potravy. Zaujímavým zistením je, že napriek tomu, že ženy sú tohto názoru dodržiavajú často diéty určené na zníženie telesnej hmotnosti. Diétu považuje za možný spúšťač porúch príjmu potravy 50 % mužov a 82 % opýtaných žien. 22 % mužov a 9 % žien si nemyslia, žeby diéta mohla spôsobiť duševnú poruchu príjmu potravy. Prekvapujúce zistenie je že až 28 % mužov a 9 % žien sa nevedelo vyjadriť. Usudzujeme, že uvedené tvrdenie nie je jednoznačné preto značné percento mužov nevedelo na toto tvrdenie jednoznačne odpovedať.

Dotazníková položka č. 6: Pozorujete na sebe alebo blízkych jednu alebo viac z nasledovných činností?

Graf 6 Pozorovanie kompulzívnych prejavov

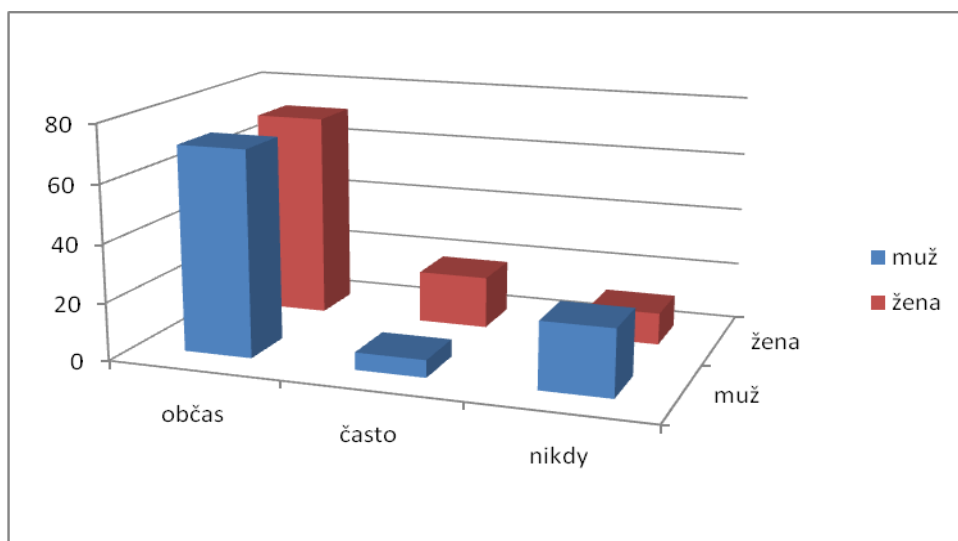


Najväčšie zastúpenie malo „prejedanie sa“, ktoré označilo 45 % mužov a 60 % žien. „Obmedzovanie príjmu potravy“ označilo 38 % mužov a 45 % žien a „používanie tabletiiek“ pozoruje 22 % mužov a 25 % žien. 11 % mužov a 14 % oslovených respondentov nepozoruje žiadnu s uvedených činností.

5.2 Zistenia o pozorovaných kompulzívnych prejavoch porúch príjmu potravy

Dotazníková položka č. 7: Jedávate aj keď nepocítujete hlad?

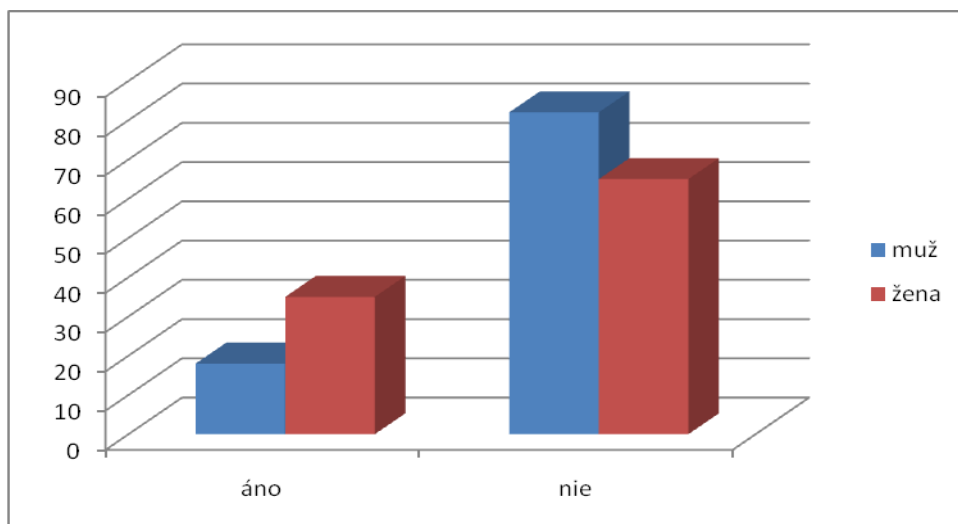
Graf 7 Zistenia o symptóme prejedania sa



Z uvedeného grafu je zrejmé, že rovnaké percento mužov aj žien (71 %) občas siaha po jedle aj keď nepociťujú hlad. Len 23 % mužov a 11 % žien označilo odpoveď „nikdy“.

Dotazníková položka č. 8: Trpíte Vy alebo Vaši blízky záchvatovým prejedaním?

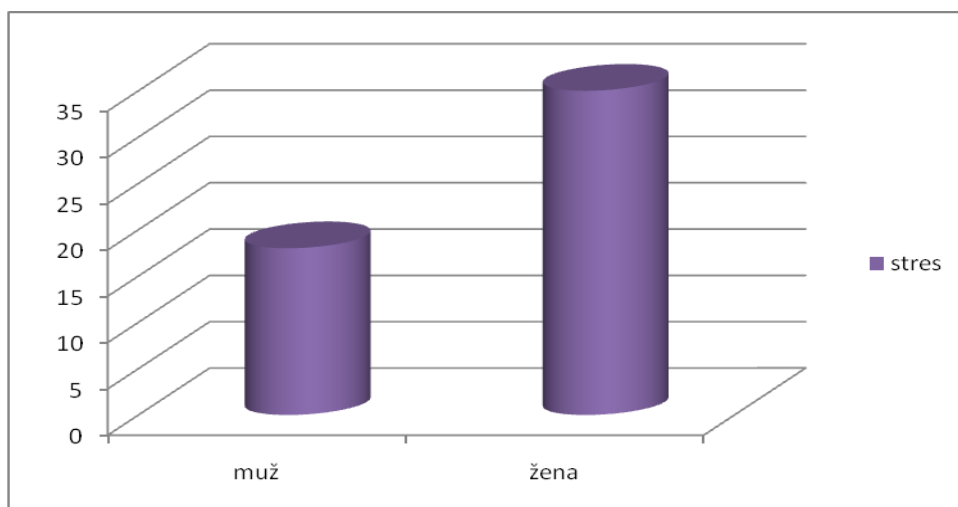
Graf 8 Pozorovania „záchvatového prejedania“



Záchvatové prejedanie pozoruje u seba alebo svojich blízkych 18 % mužov a 35 % žien. Nepozoruje prejedanie až 82 % mužov a 65 % žien.

Dotazníková položka č. 9: Ak áno v akých situáciách pozorujete prejedanie?

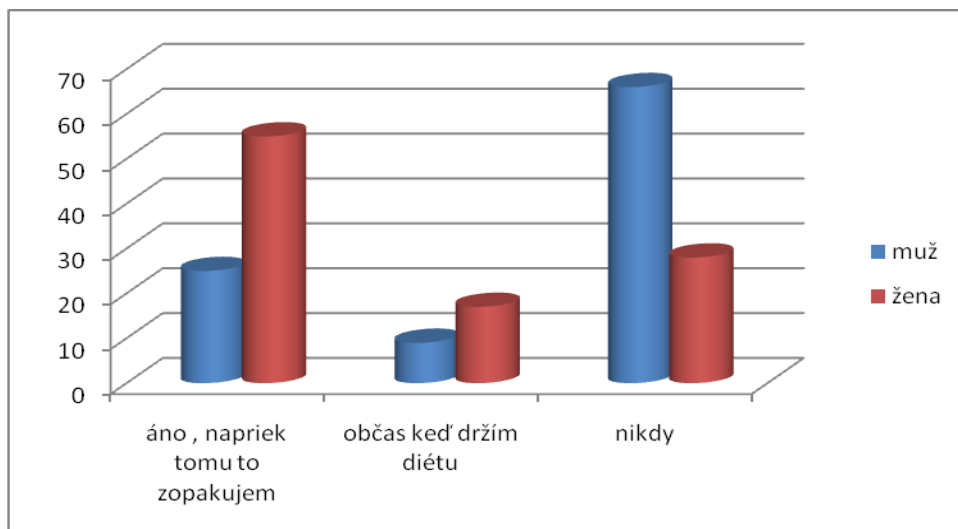
Graf 9 Zistenia o situáciach smerujúcich k prejedaniu



Z uvedeného grafu vyplýva, že respondenti označili stresujúce, emočne napäté situácie za situácie, v ktorých pozorujú prejedanie sa. Označilo tak 18 % mužov a 35 % žien.

Dotazníková položka č. 10: Mávate výčitky po prejedaní sa?

Graf 10 Výčitky po prejedaní sa

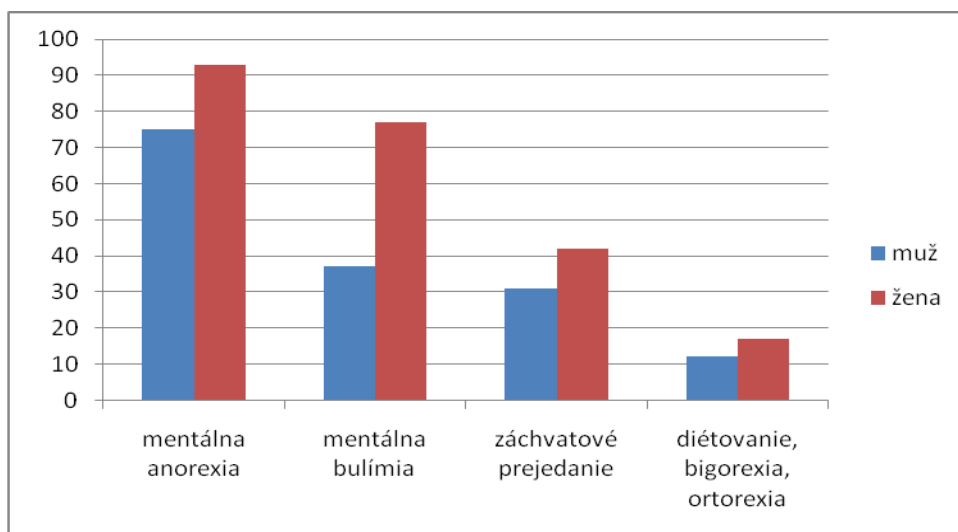


Zisťujeme, že až 66 % mužov nepocit'uje žiadne výčitky po prejedaní sa na rozdiel od len 28 % žien. Tu pozorujeme výrazný rozdiel v odpovediach mužov a žien. 55 % žien 25 % mužov mávajú výčitky no, napriek tomu prejedanie zopakujú.

5.3 Zistenia o informovanosti respondentov o poruchách príjmu potravy

Dotazníková položka č. 11: Medzi poruchy príjmu potravy patrí:

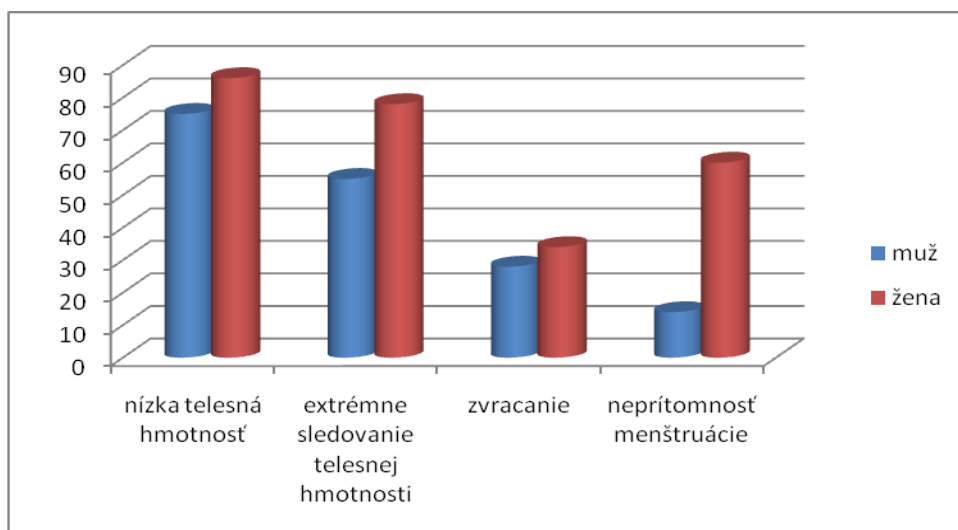
Graf 11 Poruchy príjmu potravy



Z grafu je zrejmé, že najviac respondentov označilo mentálnu anorexiu a mentálnu bulímiu za poruchy príjmu potravy. Konkrétne mentálnu anorexiu označilo 75 % mužov a 93 % žien, mentálnu bulímiu označilo 37 % mužov a 77 % žien. Prekvapujúce zistenie je, že respondenti považujú záchvatové prejedanie za poruchu príjmu potravy len 31 % mužov a 42 % žien.

Dotazníková položka č. 12: Medzi typické znaky mentálnej anorexie patrí:

Graf 12 Znaky mentálnej anorexie

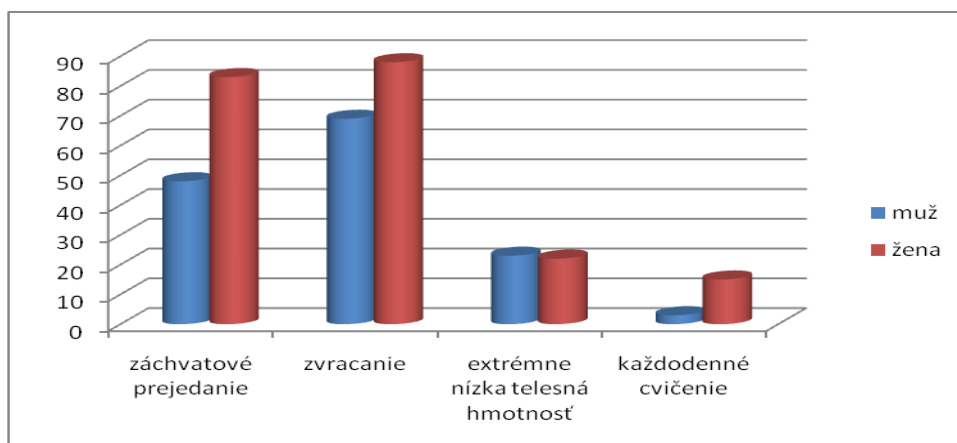


Z grafu môžeme vyčítať, že 75 % mužov a 86 % žien označilo za znak mentálnej anorexie nízku telesnú hmotnosť a 55 % mužov a 78 % žien označilo extrémne sledovanie telesnej hmotnosti. „Zvracanie“ označilo len 28 % mužov a 34 % žien,

pozoruhodné je, že neprítomnosť menštruácie označilo za znak mentálnej anorexie iba 14 % mužov zato až 60 % žien.

Dotazníková položka č. 13: Medzi typické znaky mentálnej bulímie patrí:

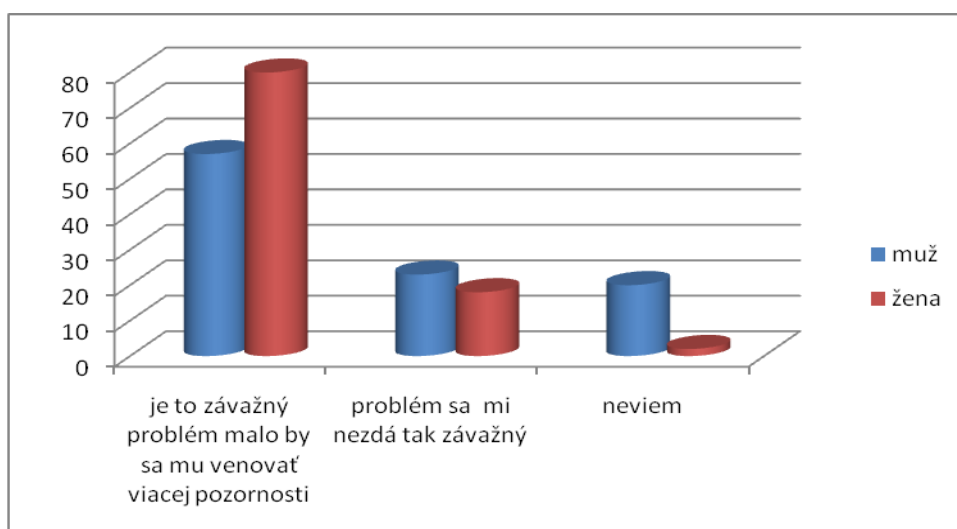
Graf 13 Znaky mentálnej bulímie



Za znaky mentálnej bulímie označilo záchvatové prejedanie 48 % mužov a 83 % žien, podobné výsledky sme postrehli aj pri znaku „zvracanie“ konkrétne ho označilo 69 % mužov a 88 % žien.

Dotazníková položka č. 14: Myslíte si, že poruchy príjmu potravy sú vážnym problémom v našej spoločnosti?

Graf 14 Názory na „závažnosť“ problému porúch príjmu potravy

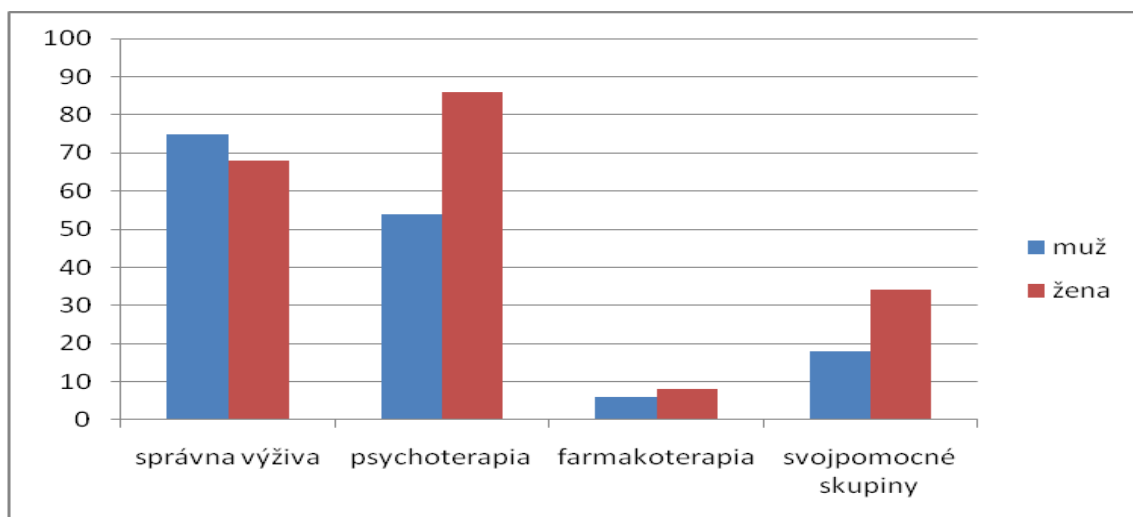


Z grafu vyplýva, že až 57 % mužov a 80 % žien považuje problematiku porúch príjmu potravy za závažný problém. Len 23 % mužov a 18 % žien nepovažujú problematiku za závažnú.

5.4 Predstavy respondentov o možnostiach riešenia porúch príjmu potravy

Dotazníková položka č. 15: Čo si myslíte aké sú možnosti liečby poruch príjmu potravy?

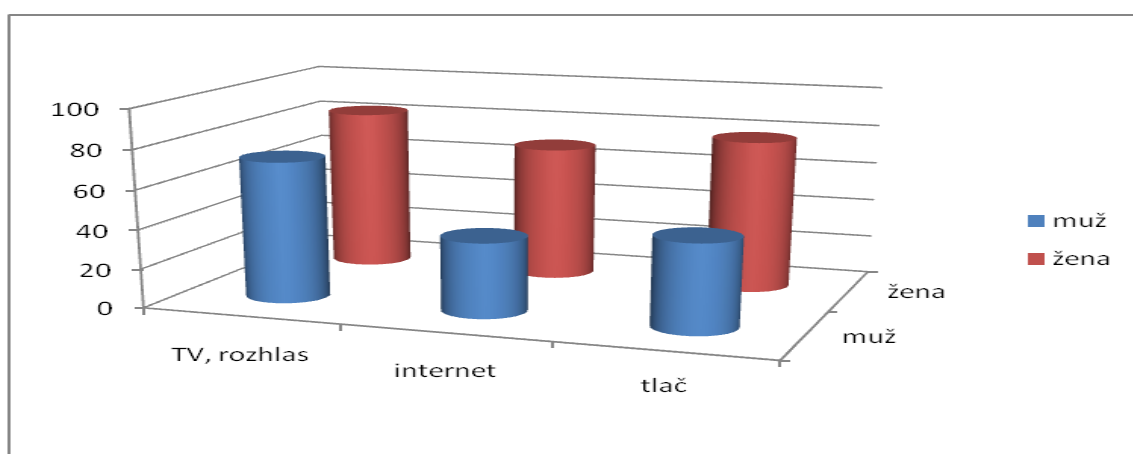
Graf 15 Možnosti liečenia porúch príjmu potravy



Z uvedeného grafu vyčítame, že až 75 % mužov a 68 % žien označilo za možnosť liečenia porúch príjmu potravy správnu výživu, psychoterapiu označilo 54 % mužov a až 86 % žien, svojpomocné skupiny označilo 18 % mužov a 34 % žien. Farmakoterapiu označilo len 6 % mužov a 8 % žien.

Dotazníková položka č. 16: Odkiaľ máte informácie o poruchách príjmu potravy?

Graf 16 Zdroj informovanosti o poruchách príjmu potravy



Z grafu je zrejmé, že najčastejším zdrojom informácií respondenti považujú televíziu a rozhlas, tento zdroj označilo 72 % mužov a 83 % žien. Tlač označilo 45 % mužov a 78 % žien. Internet označilo 38 % mužov a 69 % žien.

6 DISKUSIA

V tejto podkapitole sa vyjadrujeme, ku zisteným poznatkom z teoretickej časti, ktoré sme následne preverovali v empirickej časti v našom prieskume. Hlavným cieľom nášho prieskumu bolo zistiť informovanosť verejnosti o poruchách príjmu potravy. Zameriavali sme sa taktiež na pozorovanie kompulzívnych prejavov a možných spúšťačov.

6.1 Názory respondentov na príčiny vzniku duševnej poruchy príjmu potravy

V prvej prieskumnej položke nás zaujímalo, či oslovení muži a ženy dodržiavajú diétu. Na základe zistených odpovedí z dotazníku sme prišli k zisteniu, že ženy dodržiavajú diéty častejšie ako muži. Zriedka dodržiava diétu 49 % žien a 30 % mužov, aspoň dva krát do roka dodržiava diétu 23 % žien a len 5 % mužov a zásadne nedodržiava diétu až 65 % mužov a 23 % žien. Je zrejmé, že ženy aj na základe nášho zistenia častejšie dodržiavajú diéty, viacej sa zaoberajú vlastným telom ako muži. Keďže trend vo svete považuje štíhlosť za ideál krásy, veľa žien sa chce k tomuto trendu za každú cenu priblížiť. Ženy sú ochotné trápiť sa diétami len, aby sa priblížili k vysnívanej postave.

Dnes sú diéty v móde. Ženy, ktoré držia diétu sú ovládané myšlienkami na jedlo či už z hladu, alebo naopak si vyčítajú opätovné prejedenie sa. Sú preto citlivé, podráždené a bývajú vzťahovačné. Nehovoria o ničom inom ako len o zdraví, jedle a diétach (Sejčová, in Hupková, 2008).

V súvislosti s diétami nás v prieskumnej otázke zaujímalo, či muži a ženy považujú diétu za možnú príčinu vzniku porúch príjmu potravy. Prišli sme k zisteniu, že až 82 % žien a 50 % mužov považuje diétu za možný spúšťač porúch príjmu potravy. Zarážajúce je zistenie, že aj napriek tomu, že ženy považujú diétovanie za možný spúšťač porúch príjmu potravy sú ochotné znova dodržiavať rôzne „overené“ diéty len, aby získali vysnívaný vzhľad.

Lekárske štúdie poukazujú na to, že ľudia žijúci na diétach sú častejšie ohrozovaní depresiou, nedostatkom sebaúcty a stresom. Najväčším nebezpečenstvom však je to, že diéty môžu viesť k vážnejším poruchám príjmu potravy (Ladishová, 2002). Myslíme, že uvedené informácie nie sú verejnosti dostatočne propagované, pretože hranica medzi diétovaním a vznikom porúch príjmu je „krehká“ .

Diétu si už vyskúšali aspoň tri štvrtiny žien. A pritom je preukázané, že riziko vzniku mentálnej anorexie a bulímie je významne zvyšované práve redukčnými diétami. Asi 30% redukčných diét sa v priebehu 1 až 2 rokov stane patologickou diétou a z toho až u 20-30% dôjde k rozvoju príznakov poruchy príjmu potravy. Situácia už dospela podľa amerických výskumných pracovníkov tak ďaleko, že držanie redukčnej diéty prevažuje nad normálnym chovaním v stravovaní (Krch, 2008).

Diétu však nepovažujeme za príčinu vzniku porúch považujeme ju len za možný spúšťač. Prikláňame sa tak k nasledovnému tvrdeniu. O kultu štihlosti by sme nemali uvažovať ako o príčine porúch príjmu potravy, ale skôr ako o jeho spúšťačom mechanizme (Peggy Claude Pierii, 1998). K uvedeným tvrdeniam sa prikláňame aj na základe našich zistených výsledkov.

6.2 Zistenia o pozorovaných kompulzívnych prejavov porúch príjmu potravy

V druhej prieskumnej otázke sme sa zamerali na formy kompulzívnych prejavov porúch príjmu potravy, ktoré pozorujú respondenti na sebe, alebo svojich blízkych. Prišli sme k zisteniu, že až 60 % žien a 45 % mužov pozorujú na sebe, alebo svojich blízkych prejedanie sa. Druhé výrazné zastúpenie malo obmedzovanie príjmu potravy, ktoré označilo 38 % mužov a 45 % žien. Môžeme si všimnúť, že ženy majú vyššie percentuálne zastúpenie pri oboch spomínaných prejavoch. Používanie tabletiiek na chudnutie pozoruje u sebe alebo blízkych 22 % mužov a 25 % žien. Napriek vysokému výskytu porúch príjmu potravy v populácii prejavy porúch príjmu potravy nepozoruje na sebe a svojom okolí 11 % mužov a 14 % žien. Zaujímavým zistením bolo, keď sme sa v dotazníkovej položke č. 8 konkrétne pýtali respondentov, či pozorujú na sebe alebo blízkych záchvatové prejedanie sa. Výsledky sa nám od predchádzajúceho zistenia odlišovali. Iba 18 % mužov a 35 % žien pozoruje ne sebe, alebo svojich blízkych záchvatové prejedanie sa. Takto prekvapivé rozdielne výsledky môžu byť spôsobené aj tým, že sa respondenti obávajú priznať, žeby mohli trpieť duševnou poruchou. Čo sme spozorovali aj pri priebehu zbierania dotazníkov. Respondenti rozprávali ako sa prejedávajú, pričom sme si všimli, že v dotazníku uviedli, že nepozorujú na sebe alebo svojich blízkych prejedanie sa. Môže to byť spôsobené predsudkami ťažko sa priznáva duševná choroba. Možným ďalším dôvodom nepriznania sa k prejedaniu mohla byť skutočnosť v nasledujúcej dotazníkovej položke, kde sme sa pýtali v akých situáciách respondenti pozorujú prejedanie sa. Otázka bola otvorená, pričom nie každý má chuť

otvorene popisovať situácie, kedy sa prejedáva. Avšak zistili sme, že 18 % mužov a 35 % žien popisovalo, že k prejedaniu dochádza v emočne napätých stresových situáciach.

Na základe doteraz popisovaných zistení sa prikláňame k poznatkom Ladishovej. „Touto chorobou trpia ľudia bez toho, aby o nej vedeli. Väčšina sa bezvysledne podrobuje rôznym diétam, ktoré strieda frustrácia a následne oddanie sa jedlu s ešte väčšou náruživosťou. Kompulzívne prejedanie sa je charakteristické aj stálym zobkaním medzi hlavnými jedlami s pocitom, že sa nedá odolať. Problém je v tom, že hoci pôvodne títo ľudia nemajú v pláne jesť, neodolajú a kompulzívne sa pre jedlo rozhodnú“ (Ladishová, 2002, s. 31-33).

Kompulzívne prejedanie sa je charakterizované ako príjem potravy nezávisle od potrieb tela. Postihnutá osoba prechádza obdobiami, kedy aj napriek pocitu nasýtenia, nekontrolovane a impulzívne prijíma potravu. Zje oveľa viac, než v skutočnosti potrebuje na zasýtenie (Ladishová, 2002). Uvedená myšlienka nás inšpirovala pri zostavovaní dotazníkovej položky č. 7, v ktorej sme sa pýtali respondentov, či jedávajú aj keď nepocitujú hlad. Z výsledkov tejto položky sme boli mierne prekvapení, pretože rovnaké zastúpenie mužov a žien (71 %) občas siaha po jedle aj keď nepocituje hlad. Odpoveď, že respondenti nikdy nesiahajú po jedle, keď nepocitujú hlad označilo len 23 % mužov a 11 % žien. V ďalšej dotazníkovej položke sme sa zamerali na skutočnosť, či respondenti pocitujú výčitky po prejedení sa. Zistili sme že až 66 % mužov nepocituje žiadne výčitky po prejedení sa na rozdiel od len 28 % žien. Tu pozorujeme výrazný rozdiel v odpovediach mužov a žien. 55 % žien 25 % mužov mávajú výčitky no, napriek tomu prejedanie zopakujú. Uvedené výsledky nás nabádajú k dôležitosti dostatočnej informovanosti verejnosti o poruchách príjmu potravy, nie len o mentálnej anorexií a mentálnej bulímií, ale aj o kompulzívnom prejedení sa. Pretože je dosť možné, že mnoho ľudí trpí touto poruchou a vôbec o tom nevedia. Stravovacie návyky im prídu normálne a neskôr, keď prichádzajú zdravotné problémy tak nie je jednoduché znova nabehnúť na zdravé stravovanie. A to nevravíme o tom, že poruchy príjmu potravy sú duševné ochorenia, čo sa odzrkadľuje na psychike jednotlivca.

6.3 Zistenia o informovanosti respondentov o poruchách príjmu potravy

V ďalšej prieskumnej otázke nás zaujímalo, či existuje rozdiel v informovanosti o poruchách príjmu potravy medzi mužmi a ženami. Na uvedenú prieskumnú otázku môžeme odpovedať na základe zistení z dotazníkových položiek č. 11 až 13. V dotazníkovej položke č. 11 sme sa zamerali na zistenia, čo respondenti zaraďujú medzi poruchy príjmu potravy. Výsledky ukázali, že najviac respondentov označilo mentálnu anorexiu a mentálnu bulímiu za poruchy príjmu potravy. Konkrétne mentálnu anorexiu označilo 75 % mužov a 93 % žien, mentálnu bulímiu označilo 37 % mužov a 77 % žien. Prekvapujúce zistenie je, že respondenti považujú záchvatové prejedanie za poruchu príjmu potravy len 31 % mužov a 42 % žien. Predpokladáme, že záchvatové prejedanie nie je médiami v takom rozsahu prezentované ako mentálna anorexia a bulímia, preto sme zaznamenali výrazne nízke zastúpenie v odpovediach respondentov. V nasledovnej dotazníkovej položke nás zaujímalo, či respondenti poznajú znaky mentálnej anorexie, tým sme sa chceli presvedčiť, či opýtaní muži a ženy majú naozaj vedomosti o mentálnej anorexií. Najväčšie zastúpenie respondentov označilo za znak mentálnej anorexie nízku telesnú hmotnosť a extrémne sledovanie telesnej hmotnosti. Konkrétne 75 % mužov a 86 % žien označilo za znak mentálnej anorexie nízku telesnú hmotnosť a 55 % mužov a 78 % žien označilo extrémne sledovanie telesnej hmotnosti. „Zvracanie“ označilo len 28 % mužov a 34 % žien, pozoruhodné je, že neprítomnosť menštruácie označilo za znak mentálnej anorexie iba 14 % mužov zato až 60 % žien. V tejto otázke sme výrazne spozorovali väčšiu informovanosť o znakoch mentálnej anorexie u žien ako u mužov. Toto tvrdenie neusudzujeme len z výsledku, kde väčšie percento žien označilo neprítomnosť menštruácie za znak mentálnej anorexie, ale z celkových početností zistených výsledkov. Dotazníkovou položkou č. 13 sme zisťovali, či respondenti rozoznávajú znaky mentálnej bulímie. Za znaky mentálnej bulímie označilo záchvatové prejedanie 48 % mužov a 83 % žien, podobné výsledky sme postrehli aj pri znaku „zvracanie“ konkrétne ho označilo 69 % mužov a 88 % žien. Ostatné dva znaky ako je extrémne nízka telesná hmotnosť a každodenné cvičenie malo nízke percentuálne obsadenie. Priznávame, že nepovažujeme znak extrémne nízka telesná hmotnosť za znak bulímie. Do dotazníkovej odpovede sme ho však zaradili aby sme zistili, či respondenti rozoznávajú mentálnu anorexiu a mentálnu bulímiu. Na základe zistených výsledkov môžeme potvrdiť nižšie uvedené poznatky Krcha a Hupkovej, o ktoré sme sa opierali

pri zostavovaní dotazníkových položiek.

Mentálna bulímia je porucha charakteristická najmä opakujúcimi sa záchvatmi prejedania sa spojenými s prehnanou kontrolou telesnej hmotnosti. Pocit prejedania sa je však veľmi relatívny. Subjektívny pocit straty kontroly nad jedlom je preto významnejším znakom prejedania sa než skonzumované množstvo jedla. Prehnaná alebo extrémna kontrola hmotnosti zahŕňa i striedavé obdobie hladovania (Krch: Poruchy príjmu potravy, 2007).

Bulimici trpia pravidelnými záchvatmi prejedania, po ktorých nasledujú činnosti zabraňujúce príberaniu z jedla t.j. očisťovanie (Hupkova, 2008).

Na základe percentuálnych podielov zistených výsledkov sme výrazne spozorovali väčšiu informovanosť o poruchách príjmu potravy u žien ako u mužov. Toto tvrdenie neusudzujeme len z výsledku, kde väčšie percento žien označilo neprítomnosť menštruácie za znak mentálnej anorexie, ale z celkových početností zistených výsledkov.

Do nášho prieskumu sme zaradili aj dotazníkovú položku č. 14, v ktorej sa pokúšame zistiť názor respondentov, či považujú problematiku porúch príjmu potravy za vážny problém v našej spoločnosti. Výsledky ukázali, že 57 % mužov a 80 % žien považuje problematiku porúch príjmu potravy za závažný problém. Len 23 % mužov a 18 % žien nepovažujú problematiku za závažnú, len 20 % mužov a 2 % žien sa nevedelo k tejto otázke vyjadriť. Opäť sme spozorovali, že ženy prikladajú väčšiu vážnosť tejto problematike. Musíme si uvedomiť akú dôležitú úlohu zohráva jedlo v našom živote. Zásobuje telo dôležitými látkami a tým vplýva aj na náš zdravotný stav. Jedlo vplýva aj na našu psychiku a to každý deň. Pocit nasýtenia sa je úzko prepojený s pocitom spokojnosti. Preto myslíme, že poruchy príjmu potravy sú veľmi závažným problémom v našej spoločnosti.

6.4 Predstavy respondentov o možnostiach riešenia porúch príjmu potravy

Poslednou prieskumnou otázkou zisťujeme aké formy liečby porúch príjmu potravy považujú ženy a muži za prijateľné. Na základe výsledkov sme došli k záverom, že 75 % mužov a 68 % žien označilo za možnosť liečenia porúch príjmu potravy správnu výživu, psychoterapiu označilo 54 % mužov a až 86 % žien, svojpomocné skupiny označilo 18 % mužov a 34 % žien. Farmakoterapiu označilo len 6 % mužov a 8 % žien.

Poslednou dotazníkovou položkou sme sa pýtali respondentov odkiaľ čerpajú informácie o poruchách príjmu potravy. Keďže skúmame informovanosť verejnosti o poruchách príjmu potravy zaujímal nás najúčinnjší zdroj poskytovania informácií. Z výsledkov sme zistili, že najčastejším zdrojom informácií respondenti považujú televíziu a rozhlasu. Tento zdroj označilo 72 % mužov a 83 % žien. Tlač označilo 45 % mužov a 78 % žien. Internet označilo 38 % mužov a 69 % žien.

Pri realizácii prieskumu sme sa nestretli s vážnejšími problémami. Respondenti boli ochotní vyplňovať náš dotazník. Niektorí respondenti mali problém priznať sa k prejedaniu sa a tým pádom sa aj vyjadriť k našej otvorenej položke. Všimli sme si, že problémy robila otázka kde sa mali vyjadriť, čo považujú za poruchy príjmu potravy. Zmätočná bola možnosť kde sa nachádzali dve cudzie slova ako bigorexia a ortorexia. Respondenti nevedeli, čo tieto výrazy znamenajú preto ich neoznačovali.

Zo získaných výsledkov nám vyplývajú poznatky, ktoré odporúčame aplikovať do praxe nasledovným spôsobom.

- Vzhľadom na výskyt pozorovania kompulzívnych prejavov u respondentov a v niektorých otázkach nie celkom priaznivým výsledkom z prieskumu. Odporúčame zamerať sa na prevenciu porúch príjmu potravy. Prevencia by mala začať už v rodine.
- Jedným z najdôležitejších preventívnych opatrení zo strany rodičov by mohlo byť zvyšovanie a upevňovanie sebadôvery detí. Nízka úroveň sebadôvery môže viesť k rizikám vzniku porúch príjmu potravy. Je dôležité, aby sa dieťa akceptovalo také aké je a malo sa rado. Mať sa rád a akceptovanie seba samého sú dva z najdôležitejších prvkov v rámci prevencie porúch prijímania potravy. Je dôležité, aby vzťahy v rodine boli založené na vzájomnej dôvere a rodičia by mali podporovať komunikáciu s deťmi.
- Rodina a škola sú dva základné inštitúty, ktoré formujú osobnosť detí. Považujeme za dôležité zamerať sa na preventívne aktivity v škole. Prevencia porúch príjmu potravy na Slovensku nie je rozšírená. Vzhľadom na narastajúci počet ochorení je čas venovať sa kvalitnej prevencii na školách. Prevencia by mohla byť realizovaná formou peer programov, kde by žiaci mali možnosť dozvedieť sa o problematike na základe skúsenosti rovesníkov. Prevencia by sa mala zamerať na najširšiu informovanosť o poruchách príjmu potravy, vysvetliť

riziko diét, nevhodných stravovacích návykov, vplyv médií. Vhodným spôsobom prevencie by bolo zaradiť problematiku porúch príjmu potravy do učebných osnov.

- Keďže v našom prieskume sme zaznamenali, že najčastejším zdrojom získavania informácií o poruchách príjmu potravy je televízia a rozhlas. Vhodným spôsobom prevencie by bolo zaradiť do reklamného času mediálny spot zameraný na jasnú informovanosť o poruchách príjmu potravy a aj možnostiach, kde je možné získať bližšie informácie. Uvedené aktivity by boli financované pomocou grantov alebo z Európskeho sociálneho fondu. Keďže štát nemá zatiaľ vyčlenené finančné prostriedky smerujúce k prevencii v tejto oblasti, prevenciu by realizovali občianske združenia.

ZÁVER

Hlavným cieľom diplomovej práce bolo na základe prieskumnej analýzy zistiť, či je verejnosť dostatočne informovaná o poruchách príjmu potravy. Ďalším cieľom skúmania bolo zistiť predstavu respondentov o možnostiach riešenia porúch príjmu potravy. Zaujímali nás názory respondentov, či diéta môže spôsobiť duševnú poruchu príjmu potravy. Zamerali sme sa zistiť, či respondenti pozorujú na sebe, alebo blízkych prejavy kompulzívneho prejedania sa.

Preštudovaná literatúra nám umožnila stanoviť uvedené ciele, ktoré sme dosiahli. Pre priblíženie k cieľom práce sme si zvolili nasledovné prieskumné otázky. Považujú muži a ženy diétu za možnú príčinu vzniku porúch príjmu potravy? Aké formy kompulzívnych prejavov porúch príjmu potravy pozorujú na sebe, alebo blízkych oslovení muži a ženy? Existuje rozdiel v informovanosti o poruchách príjmu potravy medzi mužmi a ženami? Aké formy liečby porúch príjmu potravy považujú ženy a muži za prijateľné? Zistili sme, že úroveň vedomostí oslovených respondentov v oblasti problematiky porúch príjmu potravy nedosahujú vysokú úroveň. V súvislosti s diétami nás v prieskumnej otázke zaujímalo, či muži a ženy považujú diétu za možnú príčinu vzniku porúch príjmu potravy. Prišli sme k zisteniu, že až 82 % žien a 50 % mužov považuje diétu za možný spúšťač porúch príjmu potravy. Zarážajúce je zistenie, že aj napriek tomu, že ženy považujú diétovanie za možný spúšťač porúch príjmu potravy sú ochotné znova dodržiavať rôzne diéty len, aby získali vysnívaný vzhľad. V druhej prieskumnej otázke sme sa zamerali na formy kompulzívnych prejavov porúch príjmu potravy, ktoré pozorujú respondenti na sebe, alebo svojich blízkych. Prišli sme k zisteniu, že až 60 % žien a 45 % mužov pozorujú na sebe, alebo svojich blízkych prejedanie sa. Druhé výrazné zastúpenie malo obmedzovanie príjmu potravy, ktoré označilo 38 % mužov a 45 % žien. Môžeme si všimnúť, že ženy majú vyššie percentuálne zastúpenie pri oboch spomínaných prejavoch. Používanie tabletiiek na chudnutie pozoruje u sebe alebo blízkych 22 % mužov a 25 % žien. Napriek vysokému výskytu porúch príjmu potravy v populácii prejavy porúch príjmu potravy nepozoruje na sebe a svojom okolí 11 % mužov a 14 % žien. V ďalšej prieskumnej otázke sme sa zaoberali zistením, či existuje rozdiel v informovanosti o poruchách príjmu potravy medzi mužmi a ženami. Na základe percentuálnych podielov zistených výsledkov sme výrazne spozorovali väčšiu informovanosť o poruchách príjmu potravy u žien ako u mužov. Toto tvrdenie usudzujeme z celkových početností zistených výsledkov bližšie

popísaných v podkapitole Interpretácia výsledkov. Poslednou prieskumnou otázkou sme zistovali aké formy liečby porúch príjmu potravy považujú ženy a muži za prijateľné. Na základe výsledkov sme došli k záverom, že 75 % mužov a 68 % žien označilo za možnosť liečenia porúch príjmu potravy správnu výživu, psychoterapiu označilo 54 % mužov a až 86 % žien, svojpomocné skupiny označilo 18 % mužov a 34 % žien. Farmakoterapiu označilo len 6 % mužov a 8 % žien.

Celá práca je určená predovšetkým k ďalšiem šíreniu informovanosti o poruchách príjmu potravy. Sme toho názoru, že Slovenská verejnosť má stále neúplné predstavy o duševných poruchách príjmu potravy. Zdroje týchto predstáv sú nevedomosť a strach. Spôsobujú vyčlenenie ľudí s duševnou poruchou z našej spoločnosti. Pritom psychické ochorenie môže stretnúť každého, nesúvisí ani so vzdelaním ani s inteligenciou. Predsudky bránia ľuďom včas vyhľadať odbornú pomoc a dostať tak rýchlu a kvalitnú liečbu. Nesprávne informácie nedovoľujú veriť v úplné vyliečenie. Pritom vyliečiteľnosť duševných porúch je v priemere rovnaká ako aj pri iných závažných ochoreniach. Stigmatizácia a z toho plynúca diskriminácia sú jednou z najzávažnejších prekážok úspešnej liečby a často aj príčinou sociálnej izolácie. Informovanosť verejnosti vytvára priaznivejšie podmienky pre sociálnu inklúziu, pre znovu začlenenie ľudí s duševnými poruchami do života. Trpiaci má dve možnosti, buď od strachu svoje problémy tají a sťažuje si cestu k vyliečeniu až tak, že choroba môže skončiť zbytočným chronickým utrpením, alebo až smrťou. Druhá cesta ho vedie k odborníkovi a dlhodobá liečba mu môže pomôcť k vyliečeniu. Komunikáciou a informovanosťou verejnosti docielime to, že sa ľudia konečne zbavia predsudkov a začnú sa otvorene zaoberať problémami, ktoré často krát zakrývajú a časom môžu spôsobiť závažné problémy.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BENKOVIČ, Jozef: *Oniománia – chorobné nakupovanie*, in Sociálna prevencia, IV, 2009, č. 2, s. 13 ISSN 1336-9679

BENKOVIČ Jozef: Nelátkové závislosti ,[online].2007,[Cit.2009-09-05] Dostupné na internete : http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/7PSY2007_06_03.pdf, 2007

Binge eating Disorder,[online].2010,[Cit.2010-02-13] Dostupné na internete : http://www.medicinenet.com/binge_eating_disorder/page2.htm

Compulsive overeating, [online]. 2010, [Cit. 2010-04-10]. Dostupné na internete: <http://www.something-fishy.org/whatarethey/coe.php>

COOPER, P.: *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*, Olomouc: VOTOBIA, 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2

ČERNÁ, Ria: Význam svépomocných skupin na cestě k motavaci a participaci na léčbě poruch příjmu potravy. 2005. 2008 [citované 12.3.2010]. Dostupné na internete: <http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/375-vyznam-svepomocnych-skupin>

Eating Disorders , [online]. 2010, [Cit. 2010-03-15]. Dostupné na internete: <http://www.casapalmera.com/treatments/overeating-treatment.php>

EVANS, Keith: *Válka bez konce aneb Krátký smutný příběh o dlouhé válce proti drogám*. Praha : VOLVOX GLOBATOR, 2003. 110 s. ISBN 80-7207-508-X.

FALTUS František. 2008. K článku M. Nováka: E:kontroverze pro-anorektické weby, In: Česká a slovenská psychiatria. [online].104. roč. čís. 4/2008. [citované 2009-03-15]. s. 199-201. Dostupné na internete: <<http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-psychiatrie-clanek?id=1043>>.

HUPKOVÁ, Ingrid: *Chorobná závislosť od jedla ako jedna z foriem návykového, rizikového správania*, in Sociálna prevencia, 2008. ISSN 1336-9679.

KRATOCHVÍL, S.: *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. 383 s. ISBN 80-7367-122-0.

KRCH, František David: *Bulimie*. Praha: Grada, 2000. 120 s. ISBN 80-7169-946-2

KRCH, František David: *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. 234 s. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH František David a kol.: *Poruchy příjmu potravy*, Praha: Grada, 2005, 255 s. ISBN 80-247-0840-X

KRCH František: *Poruchy příjmu potravy*, [online]. 2007, [Cit. 2009-12-15] dostupné na internete: <http://www.sekceppp.eu/doc/070400.pdf>

KRCH František David: *Bulímie, jak bojovat s přejídáním*, Praha: Grada, 2008, 195 s. ISBN 978-80-247-2130-9

LADISHOVÁ, L.:2002 *Strach z jedla*. Ružomberok: EPOS, 2006. 158 s. ISBN 80-89191-44-4.

LANGMEIER, J. BALCAR, K. ŠPITZ, J.: *Dětská psychoterapie*. Praha: Avicenum, 1989. 296 s.

NEŠPOR Karel: *Prevenca nelátkových návykových chorôb*, in *Sociálna prevencia* 2/2009, Bratislava, 2009. ISSN 1336-9679

JACOBI Corinna, PAUL Thomas, THIEL Andreas: *Poruchy příjmu potravy*, Trenčín: Vydavateľstvo F, 2006. 128 s. ISBN 80-88952-35-2.

JANIAKOVÁ Danica: *Tak už dost! Východiska zo závislosti*, Bratislava: Kontakt, 2003. 220 s. ISBN 80-968985-0-7

PAPEŽOVÁ, H.: *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.

PIERRI Claude Peggy: *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*, Praha: Pragma, 1998. 263 s. ISBN 80-7205-818-5

POKORNÝ Vratislav, TELCOVÁ Jana, TOMKO Anton: *Prevenca sociálně patologických jevů, Manuál praxe*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2001. 112 s. ISBN 80-86568-03-2.

ŘÍČAN, P. KREJČÍŘOVÁ D. : *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2.

ŠTORK Alois et al., : *Lékařské repetitorium*. Praha : Avicenum, 1981. 990 s. ISBN (nemá)

ŠVĚDOVÁ J.. *Představujeme metody léčby PPP: Rodinná terapie*, In. Zpravodaj Anabell. [online], č.4/2006. [2009-11-10]. Dostupné na internete: <<http://www.anabell.cz/index.php/zpravodaj-anabell>. ISSN 1337-0006>.

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre: *Smernica č. 7/2009 o záverečných prácach*

VÁGNEROVÁ Marie: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN: 80-7178-678-0

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2003. 264 s. ISBN 80-247-0253-3.

PRÍLOHY

Príloha A Dotazník

Dobrý deň,

Volám sa Simona Hudobová, som študentka 5. ročníka Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre. Obraciam sa na Vás s prosbou o pravdivé vyplnenie tohto dotazníka. Pomôžete mi tým pri písaní mojej diplomovej práce na tému: *Informovanosť verejnosti o poruchách príjmu potravy a možnostiach ich riešenia*.

Otázky sú zamerané na postoje a názory týkajúce sa porúch príjmu potravy. Dotazník je anonymný a získané výsledky využijem v empirickej časti mojej diplomovej práce. Na otázky odpovedajte ich podčiarknutím, keď sa Vám bude zdať vhodné označiť viacero odpovedí, pokojne tak urobte.

Za Vašu ochotu, úprimnosť a strávený čas Vám veľmi pekne ďakujem.

DOTAZNÍK

1. Pohlavie:

- a) *Muž*
- b) *Žena*

2. Vek:

- a) *19- 28*
- b) *29 - 39*
- c) *40 - 55*
- d) *55-60*

3. Ukončené vzdelanie:

- a) *Základné*
- b) *Stredoškolské bez maturity*
- c) *Stredoškolské s maturitou*
- d) *Nadstavba*
- e) *Bakalárske*
- f) *Vysokoškolské*

4. Dodržiavali ste niekedy diétu zameranú na zníženie svojej hmotnosti?

- a) *áno , zriedka*
- b) *áno často aspoň dva krát do roka*
- c) *nie*

5. Myslíte si, že diéta môže zapríčiniť duševnú poruchu príjmu potravy?

- a) *áno*
- b) *nie*
- c) *neviem*
- d) *Iné (uved'te)*

6. Pozorujete na sebe alebo blízkych jednu alebo viac z nasledovných činností ?

- a) obmedzovanie príjmu potravy
- b) prejedanie sa (konzumácia väčšieho množstva potravín v krátkom časovom období)
- c) používanie tabletiiek na chudnutie, prípadne užívanie preháňadiel
- d) iné.....

7. Jedávate aj keď nepocítujete hlad ?

- a) občas
- b) často
- c) nikdy

8. Trpíte Vy alebo Vaši blízky záchvatovým prejedaním ?

- a) áno
- b) nie

9. Ak áno v akých situáciách pozorujete prejedanie ?

Prosím popíšte

.....

10. Mávate výčitky po prejedení sa ?

- a) áno napriek tomu to zopakujem
- b) občas keď držím diету
- c) nikdy

11. Medzi poruchy príjmu potravy patrí :

- a) mentálna anorexia
- b) mentálna bulímia
- c) záchvatové prejedanie
- d) diétovanie, bigorexia, ortorexia

12. Medzi typické znaky mentálnej anorexie patrí :

- a) nízka telesná hmotnosť
- b) extrémne sledovanie telesnej hmotnosti
- c) zvracanie
- d) neprítomnosť menštruácie
- e) iné uveďte.....

13. Medzi typické znaky mentálnej bulímie patrí :

- a) *záchvatové prejedanie*
- b) *zvracanie*
- c) *extrémne nízka telesná hmotnosť*
- d) *každodenné cvičenie*
- e) *iné uveďte.....*

14. Myslíte si, že poruchy príjmu potravy sú vážnym problémom v našej spoločnosti ?

- a) *je to závažný problém malo by sa mu venovať viacej pozornosti*
- b) *problém sa mi nezdá tak závažný*
- c) *neviem*

15. Čo si myslíte aké sú možnosti liečby porúch príjmu potravy ?

- a) *správna výživa*
- b) *psychoterapia*
- c) *farmakoterapia*
- d) *svojpomocné skupiny*
- e) *iné uveďte.....*

16. Odkiaľ máte informácie o poruchách príjmu potravy ?

- a) *Televízia, rozhlas*
- b) *internet*
- c) *tlač*
- d) *iné uveďte.....*