

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ
CENTRUM TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU**

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U SPORTUJÍCÍCH ŽEN

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Anna Charvátová

Tělesná výchova se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Kavalířová, Ph.D.

Plzeň 2020

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

Plzeň,

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Své poděkování bych chtěla vyjádřit Mgr. Gabriele Kavalířové, Ph.D. za odborné vedení a ochotu při psaní mé bakalářské práce. Dále mé poděkování patří sociální pracovníci z Kontaktního Centra Anabelle a všem respondentkám, které byly ochotné mi poskytnout cenné informace. Také děkuji mé rodině za podporu, kterou mi vyjadřovala nejen při psaní této práce.

Seznam zkratk

DMS – Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace

EDNOS – nespecifikované poruchy příjmu potravy

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

MNK – Mezinárodní klasifikace nemocí

NES – syndrom nočního přejídání

ON – ortorexie

PPP – poruchy příjmu potravy

Obsah

Úvod	8
1 Cíl, úkoly	9
1.1 Cíl práce	9
1.2 Úkoly práce	9
2 Poruchy příjmu potravy	10
2.1 Vymezení poruch příjmu potravy	11
2.1.1 Charakteristika mentální anorexie	11
2.1.2 Charakteristika mentální bulimie	13
2.1.3 Porovnání MA a MB	16
2.1.4 Charakteristika ortorexie	16
2.1.5 Atypické a nespecifické PPP	18
3 Etiologie poruch příjmu potravy	20
4 Zdravotní rizika a mortalita poruch příjmu potravy	23
4.1 Kardiovaskulární komplikace	23
4.2 Renální komplikace	23
4.3 Gastrointestinální komplikace	23
4.4 Kosterní komplikace	24
4.5 Endokrinní komplikace	24
4.6 Hematologické komplikace	24
4.7 Neurologické komplikace	24
4.8 Metabolické komplikace	24
4.9 Dermatologické komplikace	24
4.10 Mortalita u pacientů s PPP	25
5 Léčba a prevence poruch příjmu potravy	26
5.1 Ambulantní léčba	26
5.2 Svépomocné skupiny	26

5.3 Rodinná terapie	27
5.4 Kognitivně behaviorální terapie	27
5.5 Nutriční terapie	27
5.6 Farmakoterapie	27
5.7 Hospitalizace.....	28
5.8 Prevence poruch PPP	28
6 Poruchy příjmu potravy u sportujících žen.....	30
7 Metodika práce	33
7.1 Charakteristika výzkumného souboru	33
7.1.1 Dotazované ženy.....	33
7.1.2 Kontaktní Centrum Anabelle	33
7.2 Výzkumné metody.....	33
7.2.1 Metoda rozhovoru.....	34
7.2.2 Analýza publikací a video rozhovoru	34
8 Výsledky a diskuze	35
8.1 Respondentky	35
8.2 Pracovnice z Centra Anabelle.....	38
9 Závěr	44
Resumé	46
Summary.....	47
Seznam literatury	48
Seznam tabulek.....	51
Přílohy.....	52

Úvod

„Kolik úsilí stojí být krásný? Být štíhlý? Kolik slz a odříkání? Kolik dlouhých nocí a zoufalých pohledů do zrcadla? Kolik trápení se s dietou a cvičením nikoli z radosti z pohybu, ale kvůli nespokojenosti s tělesnými proporcemi a nutnosti s tím něco udělat, kterou sami sobě diktujeme? A přitom by stačilo tak málo - být se sebou spokojený, vnímat své tělo, jeho potřeby, mít laskavé vztahy s lidmi z okolí i sám se sebou, přiměřeně sportovat a radovat se ze života. Je to opravdu málo?“ (Procházková, Ševčíková, 2017, str. 5)

Ze své zkušenosti vím, že není. S touto problematikou se setkávám už od dětství. Patnáct let jsem se věnovala sportovnímu aerobiku a mnohokrát jsem se setkala s tím, že dívky kolem mě trpěly poruchou příjmu potravy. Myslím si, že v současnosti je toto téma velmi aktuální. Čím dál tím častěji slyšíme o tom, že vrcholoví sportovci bojují s nějakou poruchou příjmu potravy. Můžeme si pokládat otázky, zdali za to mohou sociální sítě, kde jsou prezentována dokonalá štíhlá těla, reklamy na diety, po kterých se hubne opravdu rychle, či nátlak trenéra nebo porota, která v esteticko-koordinačních sportech klade na vzhled veliký důraz.

„Společenským klimatem a realitou médií jsme ovlivněni všichni, ať chceme nebo ne. To, do jaké míry tyto „ideální“ vzory přejímáme, chceme být jimi, ale souvisí s tím, jak věříme sami sobě. Ten, kdo je nejistý, může napodobovat celebrity, včetně jejich „receptů na zdravou výživu a držení diet“. Zejména v období dospívání může být zvýšená sebekritičnost, nejistota sebou samým až nepřijetí sama sebe významným rysem.“ (Papežová, Hanusová, 2012, str. 11)

Mohli bychom tedy říci, že lidé jsou o problému poruch příjmu potravy poměrně informovaní. Jelikož existuje mnoho publikací, kde jsou tato onemocnění popsána velmi rozsáhle. Ale poté, co jsem procházela několik odborných článků a literaturu, jsem zjistila, že informovanost o poruchách příjmu potravy (příčiny, následky a zotavení) ve sportu je velmi malá. Především u sportujících žen, u kterých se toto onemocnění vyskytuje častěji, nežli u mužů. Je to i z toho důvodu, že se sportovci s touto nemocí neradi svěřují a ve většině případech si to vůbec nepřipouštějí.

Důvodem výběru tohoto tématu bylo, abych upozornila na sport jako opomíjený faktor, který může podporovat vznik poruch příjmu potravy.

1 Cíl, úkoly

1.1 Cíl práce

Cílem práce je uvést a popsat nejčastější příčiny, následky a zotavení z poruch příjmu potravy u sportujících žen.

1.2 Úkoly práce

- Zjistit, v jakém druhu sportu a v jaké věkové kategorii se poruchy příjmu potravy u sportujících žen vyskytují nejčastěji.
- Zjistit, jaký druh poruch příjmu potravy se nejčastěji vyskytuje u sportujících žen.
- Popsat problematiku poruch příjmu potravy.

2 Poruchy příjmu potravy

Člověk má od narození určité fyziologické potřeby, které jsou zásadní pro přežití. Patří do nich například potřeba spánku, rozmnožování, ale především potřeba pít a přijímat potravu. Přijímání potravy je pro nás přirozené a nezbytné, proto pokud si začneme z nějakého důvodu tuto potřebu odepírat, naše tělo začne strádat a postupem času se začne objevovat mnoho zdravotních komplikací.

Dle Krcha (2005) je od nepaměti jídlo zásadním a nenahraditelným zdrojem živin, pokud dojde k jejich nedostatku, mohou stát za vznikem závažných poruch. Zatímco změny příjmu potravy, chuti a tělesné hmotnosti, mohou naznačovat rozvoj somatické nebo duševní poruchy od banální bolesti hlavy až po závažná onemocnění. Krch (2005) také upozorňuje na význam jídla v průběhu života, kde je potrava brána jako odměna, únik před samotou nebo způsob komunikace.

Vymezení, která by nám přesně charakterizovala poruchy příjmu potravy (dále jen PPP), nejsou definována. Jak uvádějí Middleton a Smith (2013), důvodem je rozdílnost v definicích tohoto onemocnění. Většina odborníků charakterizuje PPP tím, že je jakýmkoli způsobem narušeno zdravé stravování, což má vliv na psychické i fyzické zdraví člověka.

„Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a pro svůj chronický původ, vážné somatické, psychické a sociální důsledky i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i jejich sociálnímu okolí. Některé příznaky mentální anorexie je možné pozorovat až u 6% dívek na konci puberty. S postupem času přibývá těch, kterým se nedaří přizpůsobit se sníženému příjmu energie a začnou se přejídat. Strachem z tloušťky, nespokojeností se svým tělem, nevhodnými jídelními návyky a způsoby, jak „kontrolovat“ tělesnou hmotnost, dnes trpí mnoho dospělých žen i mužů.“ (Krch, 2005, str. 13)

Do poruch příjmu potravy neřadíme pouze mentální anorexii a mentální bulimii, například Papežová (2018) upozorňuje na další druhy této poruchy, jako je psychogenní přejídání, syndrom nočního přejídání, Adonisův komplex, obezita či ortorexie. Naopak Němečková (2007) ve svém článku klasifikuje do PPP také zvracení a onemocnění pika u dospělých jedinců. Dále uvádí, že někteří odborníci řadí syndrom nočního přejídání do již zmíněných poruch, i když toto onemocnění není doposud jednoznačně vyřešeno a uzavřeno.

V PPP se setkáváme s mnoha druhy, o kterých někteří z nás neměli doposud ani tušení. Je to například drunkorexie, pregorexie, či diabulimie. Tato bakalářská práce bude zaměřena na anorexii, bulimii a ortorexii, která se podle mého názoru začíná ve světě objevovat mnohem častěji, a to především ve sportovním odvětví.

Podle Papežové (2010) se anorexie, bulimie, psychogenní přejídání i obezita řadí do multifaktoriálních onemocnění, které je důležité posuzovat v biopsychosociálním kontextu. Tyto poruchy lze snadno diagnostikovat, pokud pacienti spolupracují a netají před lékaři problémy a symptomy (např. užívání laxativ). Důvodem nespolupráce bývá nejčastěji stud a strach. Hlavní roli v diagnostice PPP hrají praktičtí lékaři, gynekologové a pediatři. K tomu jim pomáhá Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (viz tabulka 1 a 3), která se především používá v klinické praxi. Pro výzkum a doplnění informací se používá Diagnostický a statistický manuál (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace (viz tabulka 2 a 4). Z toho důvodu se setkáváme s rozdíly v diagnostických kritériích, i když nejsou příliš zásadní, jak uvádí Papežová (2010).

2.1 Vymezení poruch příjmu potravy

2.1.1 Charakteristika mentální anorexie

Mentální anorexie (dále jen MA), také známá pod latinským názvem *anorexia nervosa* má ve světě dlouholeté kořeny. Papežová (2010) uvádí, že Falstus nastínil historii MA, jejíž dějiny sahají až do 14. století, kde se objevují první zmínky o dívce, která dobrovolně zemřela hladem.

Tato porucha je charakterizována, jako záměrné snižování tělesné hmotnosti (Navrátilová, Hamrová, 2009).

„Termín anorexie však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných.“ (Krch, 2005, str. 16)

Prvním projevem, kterého si můžeme všimnout, je odmítání potravy a držení drastických diet. Jedinci ke snížení hmotnosti také využívají nadměrnou fyzickou aktivitu, zvracení a zneužívání léků, jako jsou laxativa či diuretika (Navrátilová, Hamrová, 2009).

Obecně je pro pacienty trpící MA typická neschopnost udržet si zdravou tělesnou váhu. Přibírání na váze je pro tyto jedince děsivé a stresující, z toho důvodu se u nich často

objevují zkreslené představy a poruchy vnímání o vlastním těle (Papežová, Hanusová, 2012).

Tato porucha postihuje především dospívající dívky a mladé ženy ze střední a vyšší ekonomické vrstvy. MA se vyskytuje nejčastěji ve věku mezi 12-25 lety. V publikacích se uvádí podíl 96% žen a 4% mužů (Navrátilová, Hamrová, 2009).

Jak popisuje Němečková (2007), proces této nemoci může proběhnout jako jediná epizoda s přechodným vymezením příznaků, nebo dlouhodobým procesem, anebo ve formě epizod, které probíhají po mnoho let. Doba trvání tohoto onemocnění je přibližně 5 let, kdy může být průběh komplikován kardiovaskulárními a somatickými onemocněními, kachexií nebo vznikem depresivního syndromu s možným rizikem sebevražedných sklonů.

Tabulka 1 - Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0) (Papežová, 2018, str. 123)

(a)	Tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo Queteletův index hmoty těla (body mass index): BMI váha (kg) /výška (m) ² je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
(b)	Pacientka si snižuje váhu sama dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
(c)	Specifická psychopatologie: přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podvaze, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládané myšlenky na udržení podváhy.
(d)	Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u žen amenorea (dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí, a proto je z nových kritérií vypuštěna), u mužů ztráta sexuálního zájmu.
(e)	Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarche může být opožděna.

Tabulka 2 - Diagnostická kritéria podle DSM-5 (Krch, 2005, str. 17)

(a)	Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledek je pokles a udržení hmotnosti o 15% pod odpovídající normu), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).
(b)	Intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi hubené.
(c)	Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
(d)	U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). (Za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogeneru.)

V DSM-5 se MA dělí na specifické typy (Papežová, 2010):

- Restriktivní typ (nebulimický): během průběhu MA nedochází u pacienta k opakujícím se záchvatům přejídání, zvracení či užívání laxativ.
- Purgativní typ (bulimický): během průběhu MA dochází u pacienta k opakujícím se záchvatům přejídání, zvracení či užívání laxativ.

Krch (2007) uvádí, že při stanovení diagnózy MA, je nutné vyloučit přítomnost somatické a duševní poruchy, u které se mohou objevovat podobné příznaky, jako jsou problémy v příjmu potravy, nechutenství a snížení tělesné hmotnosti. Z toho důvodu, že se tyto příčiny objevují u depresivních poruch, při závislostech či onemocnění tuberkulózou.

2.1.2 Charakteristika mentální bulimie

Dějiny mentální bulimie (dále jen MB) jsou stejně staré, jako mentální anorexie. MB v minulosti údajně označovala zlého démona v těle, který měl znamenat velký hlad. Svůj pravý význam dostala až ve 20. století, kdy psychiatr Gerald Russel poprvé použil latinský termín *bulimia nervosa* (Papežová, 2010).

Němečková (2002) charakterizuje MB, jako poruchu, pro kterou jsou typické opakované a nezvládnutelné záchvaty přejídání, přehnaná kontrola tělesné hmotnosti s rizikem vzniku somatických komplikací a elektrolytických poruch.

MB se v populaci vyskytuje mnohem více, než samotná MA. Často se můžeme setkat s tím, že jsou tyto poruchy vzájemně propojeny, anebo přecházejí jedna ve druhou (Navrátilová, Hamrová, 2009).

MB se z většiny vyskytuje pouze u mladých dívek a žen, ve věku mezi 16-25 lety. S výskytem mladšího či staršího věku pacientů se setkáváme pouze ojediněle (Krch, 2005).

Tabulka 3 - Diagnostická kritéria podle MNK-10 (F 50.2) (Papežová, 2018, str. 123)

(a)	Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
(b)	Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním (nebo více) způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, u diabetických pacientů manipulací s inzulínovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát.
(c)	Specifická psychopatologie: chorobný strach z tloušťky, váhový práh nižší než premorbidní váha (optimální či zdravá).

Tabulka 4 - Diagnostická kritéria podle DSM-5 (Krch, 2005, str. 19)

(a)	Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge eating) charakterizuje: <ul style="list-style-type: none"> • Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době. • Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).
(b)	Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
(c)	Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
(d)	Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
(e)	Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

Specifické typy MB podle DMS-5 (Procházková, Ševčíková, 2017):

- Purgativní typ: pro snížení tělesné hmotnosti pacienti užívají laxativa, diuretika a pravidelné zvracení.
- Nepurgativní typ: pro snížení tělesné hmotnosti pacienti dodržují drastické diety, drží hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení.

„Pro stanovení diagnózy bulimie je třeba vyloučit primární poruchu horního gastrointestinálního traktu vedoucí ke zvracení a neurologickou poruchu. Nutkání se přejíst, přejídání a pocity ztráty kontroly nad jídlem se mohou objevovat u některých obsedantních pacientů a depresivních poruch. Přejídání se vyskytuje i u mánie a oligofrenie.“ (Krch, 2007, str. 420)

2.1.3 Porovnání MA a MB

Pro názornost a lepší pochopení rozdílnosti MA a MB je přiložena tabulka 5.

Tabulka 5 – Porovnání klinického obrazu a průběhu onemocnění MA a MB (Krch, 2007, str. 421)

	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	Výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	Mírný pokles nebo naopak zvýšení, časté je výrazné kolísání
Amenorea	60-100% podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	20-40%
Navozené zvracení	15-30%	75-90%
Sebekontrola	Vystupňovaná	Oslabená
Jídelní chování	Pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, málo pije	Jí spíše rychleji, větší sousta, obvykle hodně pije, často i místo jídla
Počátek obtíží	12-20 rok, výjimečně později	14-30 rok
Pohlaví pacientů (ženy: muži)	10-15:1	20:1
Prevalence (ženy, 15-30 let)	0,5-0,8%	1,5-5%
Deprese	10-60%	20-90%
Užívání alkoholu	Výjimečně	Často
Sebepoškozování	Výjimečně (u bulimického typu)	Občas, zpravidla při vzrůstu hmotnosti
Významné zlepšení	20-75%	60-85%
Úmrtnost do 10 až 20 let od počátku	2-8%	0-2%
Náhled chorobnosti	Minimální, vzrůstá s přejídáním	Zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
Motivace k léčbě	Z donucení obtížemi nebo okolím	Snaha zbavit se přejídání, snaha zhubnout

2.1.4 Charakteristika ortorexie

Ve většině odborných publikacích se uvádí jako další porucha příjmu potravy záchvatovité přejídání, které je často spojováno s mentální bulimií. Ale v této práci jsem se rozhodla přiblížit ortorexii, jako další vážný typ PPP, který se bude u sportujících žen vyskytovat mnohem častěji, nežli záchvatovité přejídání. I když ortorexie nepatří do uznaných PPP (nemá diagnostické číslo), je potřeba ji věnovat pozornost, protože se ve světě

obklopujícím zdravým životním stylem objevuje čím dál tím více. Ke zdravému životnímu stylu zásadně patří zdravé stravování. Obecně platí, že by každý měl brát všeho s mírou. Bohužel tomu tak není i u zdravého životního stylu.

Termín *ortorexia nervosa* je ve světě používán poměrně krátce. Jako první ho v roce 1996 použil lékař Steven Bratman ve své knize *Health Food Junkies*. Doslovný překlad pro *ortorexia nervosa* je posedlost „správným“ stravováním, i když Bratman nechtěl tento termín používat k diagnóze, postupem času zjistil, že tento název opravdu vymezuje problém se stravováním (McGregor, 2019).

Ortorexie (dále jen ON) je klasifikována, jako patologická posedlost zdravou výživou. Lidé odmítají sníst cokoli, co obsahuje konzervační látky, barviva, éčka, cukr, sůl nebo bílou mouku. Tito jedinci se ale také vyhýbají pití alkoholu či kávy (Procházková, Ševčíková, 2017).

Navrátilová (2017) v rozhovoru pro FN Brno popisuje ON jako poruchu, která se častěji vyskytuje u osob z vyšší ekonomické vrstvy a většinou se jedná o jedince s vyšší inteligencí, jedná se především o středoškoláky nebo vysokoškoláky s velkým všeobecným přehledem. Pokud vezme v potaz druhou skupinu obyvatel s nižší inteligencí, bude se u této sociální skupiny vyskytovat častěji obezita.

Mezi rizikové skupiny patří lidé, jejichž náplní práce je zdravý životní styl. Jedná se o výživové poradce, sportovce, operní pěvce či baletky (Vilímovský, 2020). Dále uvádí, že jedinci trpící ON se nezabývají zkonsumovaným množstvím potravy, aby snížili svou váhu, ale zabývají se pouze její „čistou“ kvalitou.

Ortorektici nemají příliš velkou snahu mít ideální váhu, jako jedinci s MA nebo MB, ale objevuje se u nich nutkavé sebezdokonalování v kvalitnějším a zdravějším stravováním. Mezi typické příznaky ON patří odmítání potravy, kdy jedinci často používají jako záminku potravinové alergie. Dalšími příznaky jsou omluvy při omezování jídla (např. některé potraviny mohou způsobovat onemocnění), kolem jídla provádějí složité rituály nebo je jedincům nepříjemné konzumovat jídlo, které uvařil někdo jiný. Jedním z důvodů proč se ON začala v populaci více vyskytovat, jsou sociální sítě a to především blogy známých osobností. Většinou nás tyto „celebrity“ nabádají k tomu, abychom žili zdravěji tzv. bez lepku, cukru a podobně (McGregor, 2019).

Zdravý životní styl se postupem času mění v posedlost, kdy jedinci obětují svůj veškerý volný čas zdravému stravování. Podobně jako u MA a MB dochází k omezení duševních a tělesných sil. Ortorektici jsou tak posedlí zdravým stravováním, že si neuvědomují důsledky svého počínání. Začínají se u nich objevovat výčitky, deprese, celkové vyčerpání, které může skončit až smrtí (Navrátilová, 2017).

2.1.5 Atypické a nespecifické PPP

Jak je již výše zmíněno, PPP mají několik druhů, které řadíme do atypických a nespecifických kategorií. Počet osob s PPP se neustále zvyšuje a věk postižených osob je stále nižší. S tím souvisí i přibývající pacienti, u kterých nejsou splněna všechna diagnostická kritéria MNK-10 a DMS-5 (Krch, 2005).

U mentální anorexie a mentální bulimie se můžeme setkat s modifikací těchto poruch, například MA spojená se záchvatovitým přejídáním (které vede k obezitě). Tyto druhy mohou vykazovat téměř stejné příznaky, ale průběh se může zcela lišit. I když se nevyskytují tak často, jako MA nebo MB, neměli bychom je brát na lehkou váhu, jelikož jsou stále pro populaci nebezpečné (Procházková, Ševčíková, 2017).

Krch (2005) uvádí pojmy atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie, které vykazují typický klinický obraz, ale chybí u nich jeden nebo více základních příznaků. Tyto možnosti diagnózy nabízí MNK-10. Pokud pacient nevykazuje typický klinický obraz a nepadá do již z výše zmiňovaných kategorií, stanovuje se diagnóza podle DSM-5. Hovoříme tedy o jinak nespecifikovaných poruchách příjmu potravy (EDNOS), které nejsou rozlišeny atypickými případy MA a MB. Za EDNOS tedy považujeme případy, kdy jsou splněna všechna kritéria MA i MB (ale k záchvatům přejídání dochází ojedinele), došlo ke snížení tělesné hmotnosti a pacient vykazuje všechna diagnostická kritéria MA, ale tělesná váha se nachází stále v normě (tedy BMI hodnota je vyšší jak 17,5 (kg/m²)).

V této práci stručně nastíním nespecifické poruchy, které mnozí z nás ani neznají, ale je důležité o nich vědět.

- Bigorexie (Adonisův komplex) = Je popisována jako posedlost dokonalým tělem, fyzickou zdatností a výkonem, abnormálními jídelními návyky a častým užíváním anabolických steroidů. Bigorexie se nejčastěji vyskytuje u mužů, především sportovců. Největším rizikem toho onemocnění je poškození pohybového aparátu, jelikož dochází k dlouhodobému přetěžování nadměrnou fyzickou aktivitou. Také se

objevuje poškození ledvin, jater a trávicího systému z užívání anabolických steroidů (Procházková, Ševčíková, 2017).

- Syndrom nočního přejídání (NES) = Papežová (2018) uvádí NES jako poruchu, která, jak již z názvu vypovídá, se projevuje nadměrnou konzumací jídla během noci, ráno dochází k nechutenství a výskytům symptomů MA a MB. Příčiny tohoto onemocnění jsou spojeny s životním stresem a držením diet, které nejsou účinné (Krch, 2005).
- Drunkorexie = Je další forma PPP, která se projevuje nárazovým pitím alkoholu. Procházková a Ševčíková (2017) popisují drunkorexii, jako záměrné snižování hmotnosti, aby mohlo docházet k většímu příjmu alkoholu, který je velmi kalorický. Tato porucha se objevuje především u mladých žen. Většina nemocných si neuvědomuje rizika, která v některých případech skončila náhlým úmrtím, jelikož došlo k selhání organismu.
- Pregorexie = V dnešní době je poměrně velmi moderní zdravý životní styl a dostatečný pohyb v těhotenství. Existuje celá řada publikací, článků a lekcí pro těhotné, které radí jakým způsobem se stravovat a sportovat, aniž by došlo k poškození plodu. Bohužel se v poslední době začaly objevovat informace o ženách, které záměrně snižují svou váhu v období gravidity. Jedná se o pregorexii, která je spojena se symptomy anorexie v těhotenství. Důsledky této poruchy mohou být fatální, jelikož může dojít k poškození až úmrtí plodu, zároveň je v ohrožení i život budoucí matky. Tyto fatální důsledky jsou zapříčiněny nedostatečnou a špatnou výživou během gravidity (Papežová, 2010).

3 Etiologie poruch příjmu potravy

Ve světě se objevuje mnoho teorií o možných příčinách PPP. Krch (2005) uvádí, že každá hypotéza či hledání příčin má svá omezení a není tedy možné vysvětlit všechny možnosti vzniku těchto poruch. A to z toho důvodu, že na rozdílnost vývoje těchto onemocnění není možné jednoduše odpovědět. Dále Krch (2005) uvádí, že v častých případech šlo o shodu poruchy a určitého jevu, který byl charakteristický pro danou věkovou skupinu populace, nebo nebylo možné rozlišit, zdali se jedná o příčinu či důsledek. Odlišnostmi těchto teorií se zabývají také Procházková a Ševčíková (2017), které upozorňují i na rozdílnost v léčebných postupech. V dané publikaci uvádějí, že v současnosti, jsou rizikové faktory, které mohou způsobit PPP rozděleny do tří celků. Toto dělení přijímá ve svých publikacích i Krch (2005) a Papežová (2010).

A. Biologické faktory

- Ženské pohlaví = Je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů PPP. Velkou roli hraje především období puberty a adolescence, kdy dívky již v mladším školním věku vnímají rozdíly vlastního těla. Pro dívky toto období znamená rychlý nárůst tělesného růstu, který je spojen s nárůstem tělesné hmotnosti a přibýváním tukových zásob. Kdežto pro chlapce fyzické dospívání znamená přiblížení se mužskému ideálu krásy. Je známo, že v pubertě klesá spokojenost dívek s tím, jak jejich tělo vypadá. Z toho hlediska se řadí ženské pohlaví k rizikovým faktorům PPP (Krch, 2005).
- Věk = Nejrizikovějším věkem je adolescence a mladá dospělost. V průběhu dospívání jsou jedinci více vnímaví a vzrůstá jejich sebevědomování. To může u některých dospívajících vést ke zranitelnosti a nižšímu sebevědomí. Například předčasně fyzicky vyvrálé dívky, které bývají obvykle menší a silnější, než jejich vrstevnice, jsou se svými těly nespokojené. S tímto souvisí strach z dalšího přibírání na váze a některé depresivní příznaky. Poukazuje se na nesoulad mezi fyzickým a emocionálním zráním (Krch, 2004). V publikacích je tento věk označován, jako nespecifický rizikový faktor pro PPP. V tomto období jsou jedinci také více náchylní k duševním onemocněním (Papežová, 2010).
- Genetické vlivy = Papežová (2019) v rozhovoru pro televizní stanici ČT Sport, hovoří o přenosu neurotransmiterů, které se nějakým způsobem zapojují do ovlivňování sytosti a hladu.

Švédová a Mičová (2010) uvádějí, že genetický podíl při vzniku MA je 50-90% a při vzniku MB 35-83%. Mohou za to dědičné povahové rysy, které jsou pro vznik PPP rizikové. Je to například úzkost, vyhýbavé rysy, impulzivita, emoční labilita nebo obsedantní a perfekcionistické rysy. Obezita je také ovlivněna dědičností a může hrát roli v rozvoji bulimie. Můžeme tedy brát v potaz, že MA a MB se předávají geneticky, ale nelze zcela určit, zda se jedná o genetickou predispozici, rizikové povahové rysy, přístup k jídlu a dietám nebo požadavky na tělesnou hmotnost ať už z okolí nebo v rodině.

B. Sociální a kulturní faktory

- Média a sociální sítě = K nárůstu PPP přispívají také média a sociální sítě, která ovlivňují zejména osoby v dětském věku a dospívající. Obecně se uvádí, že chlapci jsou méně náchylní k ovlivnění médii než dívky, ale to pouze v případě, pokud mají dostatečně vysokou sebeúctu (Procházková, Ševčíková, 2017).

V reklamách často vidáme pouze velmi štíhlé modelky a dokonalá těla, která jsou pro většinu z nás nedosažitelná. Také nás obklopují upoutávky na nové a efektivní diety, nabídky různých preparátů na hubnutí nebo rady na účinné spalování tuků. Všechny tyto propagační metody mohou být rizikovým faktorem PPP. Jelikož je dnešní moderní doba ovlivněna sociálními sítěmi, začal se v PPP objevovat nový „strašák“. Jsou jím pro-anorektické a pro-bulimické blogy, kde se sdružují zejména jedinci, kteří se nechtějí léčit a tyto poruchy si nepřipouštějí. Obsahem těchto blogů jsou fotky extrémně hubených žen nebo různé rady, jak zhubnout. Dívky, které takovéto blogy zakládají, se s ostatními navzájem podporují v tom, aby vytrvaly v hubnutí a hladovění. Motivací k navštěvování těchto blogů, je touha k získání emocionální a sociální podpory. Tyto blogy značí asi největší potenciál pro vznik a rozvoj PPP (Procházková, Ševčíková, 2017).

- Kult štíhlosti = Jak je již zmíněno, trendem dnešní doby je štíhlost, která je prezentována všude kolem nás. Právě kultura štíhlosti přispěla k nárůstu onemocnění. V období dospívání je typická sebekritičnost a nižší sebevědomí. Právě nejistota sebou samým vede k napodobování celebrit a jejich dietám (Papežová, Hanusová, 2012). Od roku 2019 nastává poměrně veliký zlom v publikování štíhlosti. Znamé světové značky, jako je Victoria's

secret přidávají do svých kolekcí X-size modelky, které mají typické ženské křivky. Také značka Mattel začala vyrábět Barbie panenky s různými tělesnými proporcemi, ať už se silnějšími stehny, kulatějším obličejem nebo menší výškou. Jde především o to, aby dívky a ženy pochopily, že každá je krásná a nikdo z nás není dokonalý.

C. Psychologické faktory

- Stresující životní události = Tyto poruchy se mohou objevovat, jako reakce na nějaké stresující události či osobní problémy. Nejčastěji to bývá sexuální zneužití, životní změna nebo problémy v rodině (Švédová, Mičová, 2010). Krch (2005) uvádí, jako další možný vznik PPP negativní sociální vztahy, které často vyústí k šikaně. Častým terčem šikany jsou nejčastěji obézní děti. Všechny tyto stresující události mohou vést k pocitům méněcennosti. Snaha k překonání těchto problémů, může vést k pocitům zdokonalování těla a možným rizikům vzniku PPP (Švédová, Mičová, 2010).
- Povahové rysy = Krch (2004) uvádí souvislosti PPP s afektivními a kognitivními poruchami, které mohou vést k rozvoji těchto onemocnění. U MA se objevuje především úzkost, vyhýbavé chování, perfekcionismus, poslušnost, vysoká sebekontrola a obsedantně-kompulzivní porucha. MB je spojována s impulzivitou, depresivní náladou či s emoční labilitou. ON, to je především výskyt úzkosti, perfekcionismu, vtíravých myšlenek, ale také neschopnost správně si vykládat různé situace (McGregor, 2019). Švédová a Mičová (2010) vysvětlují také vyšší výskyt negativních povahových rysů, jako je lhaní nebo podvádění, které souvisí s rozvojem. Nejrizikovějším povahovým rysem je perfekcionismus, jelikož zůstává u osob i po uzdravení.

4 Zdravotní rizika a mortalita poruch příjmu potravy

PPP způsobují mnoho zdravotních komplikací, které jsou zapříčiněny výrazným hmotnostním úbytkem, zvracením nebo častým užíváním laxativ a diuretik. Všechny tyto komplikace výrazně přispívají ke zvýšení úmrtnosti pacientů s PPP. Nejčastějším zdravotním rizikem MA je osteoporóza. U MB to jsou kardiovaskulární obtíže, které souvisí s narušením elektrolytové rovnováhy (Švédová, Mičová, 2010).

4.1 Kardiovaskulární komplikace

Krch (2005) uvádí výskyt kardiovaskulárních komplikací až u 90 % osob trpících PPP. Nejčastěji se setkáme se sníženou tepovou frekvencí, která má méně než 60 tepů za minutu a nízkým krevním tlakem (pod 90/60 mm Hg), který je zapříčiněn chronickým snížením objemu tělních tekutin. Důsledkem nízkého krevního tlaku jsou časté závratě a neočekávané ztráty vědomí. Jelikož pacienti s MB, někdy i MA, využívají ke snížení tělesné hmotnosti často laxativa a diuretika, dochází u nich k poruše elektrolytové rovnováhy (špatná hladina draslíku, hořčíku, vápníku a ostatních podobných látek v těle). Tou může být vyvolána srdeční arytmie, kdy se zvyšuje riziko srdeční zástavy. Němečková (2002) také zmiňuje výskyt změn na EKG, při kterých hrozí náhlé srdeční selhání.

4.2 Renální komplikace

Renální neboli ledvinové komplikace souvisejí z velké části s užíváním projímadel a diuretik. Časté poruchy elektrolytové rovnováhy způsobují hypokalemii (nízký obsah draslíku), hyponatremii (nízká hladina sodíku) nebo hypochloremii (nízká hladina chloridů). Lékaři se také setkávají u postižených PPP s vyšším rizikem vzniku močových kamenů (Švédová, Mičová, 2010). Navrátilová a Hamrová (2009) upozorňují u renálních komplikací na vyšší výskyt infekčních problémů.

4.3 Gastrointestinální komplikace

Meisnerová (2013) uvádí, že při komplikacích trávicího traktu se u nemocných MB objevují převážně praskající ústní koutky, afty, porušení zubní skloviny a vyšší kazivost, která je způsobena častým zvracením. Navrátilová a Hamrová (2009) upozorňují u MB na častý vznik žaludečních vředů a závažné poškození celé stěny jícnu, které jsou opět způsobeny nuceným zvracením. Dlouhodobé hladovění u MA způsobuje „ochrnutí“ žaludku, snížení žaludeční i pankreatické sekrece (Meisnerová, 2013). Švédová a Mičová (2010) dále uvádějí střevní komplikace a poruchy vstřebávání.

4.4 Kosterní komplikace

Jelikož osoby trpící MA přijímají minimální obsah potravy, objevuje se u nich nedostatek živin (vitamin D, tuky), který způsobuje osteopenii (úbytek hustoty kostí) a osteoporózu (řidnutí kostní tkáně). S tímto také souvisí zpomalení nebo úplné zastavení růstu v období puberty (Meisnerová, 2013).

4.5 Endokrinní komplikace

Tyto komplikace se objevují především u jedinců s MA. Nejčastějším rizikem je amenorea (ztráta menstruace), která se objevuje u dívek, které ztratily více než 15% tělesné hmotnosti (Krch, 2005). Papežová (2018) dodává, že pokud se u dívek především s MA objeví amenorea před dosažením úplné pohlavní zralosti, hrozí u nich hrubé poškození menstruačního cyklu a rozvoje sekundárních pohlavních znaků (růst prsů, nárůst podkožního tuku), které mohou mít trvalé následky. Dalšími zdravotními riziky je pokles hladiny růstového hormonu a snížená činnost štítné žlázy (Navrátilová, Hamrová, 2009).

4.6 Hematologické komplikace

U pacientů s PPP pozorujeme vyšší míru výskytu anémie (chudokrevnost), trombocytopenie (snížený počet krevních destiček v krvi) a leukopenie (snížený počet bílých krvinek), která se objevuje u 40-60% pacientů. Hovoří se tedy o změně krevního obrazu a kostní dřeni (Krch, 2005).

4.7 Neurologické komplikace

Jako nejčastější neurologická komplikace, je popisována porucha elektrolytové rovnováhy, která může mít také vliv na toniccko-klonické křeče (krátkodobé a dlouhodobé trvající křeče) a akutní zmatenost. Dalšími častými problémy jsou tetanie (kontrakce svalů, které jsou vyvolané nedostatkem hořčíku v těle) a svalová slabost (Švédová, Mičová, 2010).

4.8 Metabolické komplikace

Dalším důsledkem podvýživy je porucha termoregulace, která se projevuje zimomřivostí. Lékaři se také setkávají s vyšší hladinou cholesterolu v krvi, která se objevuje až u 50% nemocných (Krch, 2005).

4.9 Dermatologické komplikace

Kůže je u pacientů s PPP tenká, šupinatá, suchá a popraskaná z důsledku špatné výživy. Objevují se také kožní vyrážky a padání vlasů, které jsou způsobeny nadužíváním

laxativ a diuretik. Při navozování zvracení často dochází k poranění hřbetů rukou a prstů, které se projevují modřinami a mozoly (Švédová, Mičová, 2010).

4.10 Mortalita u pacientů s PPP

PPP jsou velmi závažná onemocnění, kterým je potřeba věnovat dostatečnou pozornost, jelikož důsledky těchto nemocí mohou mít fatální následky. Mortalita se především vyskytuje u MA, a to až v 10%. Nebezpečná není pouze MA, jelikož je úmrtnost pozorována také u MB a EDNOS, i když počet úmrtí není alarmující (Stárková, 2009).

„Mortalita je uváděna ve dvou hodnotách. CMR (crude mortality rate - hrubá míra úmrtnosti) vyjadřuje počet úmrtí ve studované populaci v konkrétním sledovaném období (většinou za jeden rok na 1 000 osob). SMR (standardized mortality rate - standardizovaná úmrtnost) vyjadřuje poměr počtu úmrtí ve studovaném vzorku populace k počtu očekávaných úmrtí v celkové populaci. SMR je údaj mezinárodně srovnatelný, zohledňuje věkovou strukturu dané populace, a je proto častěji používán. Hodnota SMR je také využívána pro hodnocení závažnosti nemoci. SMR vyšší než 1,0 označuje vyšší úmrtnost, než je v běžné populaci očekáváno.“ (Papežová, 2018, str. 544)

Mezi nejčastější příčiny úmrtí MA se uvádí oběhové selhání, extrémní podváha, selhání orgánů a sebevraždy. U MB jsou počty těchto úmrtí o hodně nižší, přesto se setkáváme s příčinami, jako jsou oběhové selhání, infekce a sebevraždy. Mortalita u EDNOS je velmi podobná, jako u MB (Papežová, 2018).

5 Léčba a prevence poruch příjmu potravy

Dojít k úplnému uzdravení z PPP není vůbec jednoduché. Pro pacienty je to dlouhá a obtížná cesta, kdy je nejdůležitější podpora blízkých, motivace a především víra v sebe sama. Ještě před zahájením léčby je důležité, aby si jedinci trpící PPP uvědomili závažnost těchto onemocnění a začali hledat pomoc, jelikož hledáním pomoci to všechno začíná.

Papežová (2010) uvádí, že řešení situace v primární péči (stanovení diagnózy, posouzení závažnosti onemocnění) je zásadní pro další léčebné postupy. Pokud se s léčbou začne co nejdříve, jsou mnohem větší šance na uzdravení a menší zdravotní rizika. Důležitá je i spolupráce mezi odborníky, jako je praktický lékař, psycholog, psychiatr, gynekolog a nutriční specialista.

Procházková a Ševčíková (2017) zmiňují mnoho léčebných metod, které nabízejí různé terapie a léčebné postupy. Nelze zcela určit, která z těchto metod je nejúčinnější, ale přístup by měl být vždy individuální. Výsledkem léčby by měl být zdravý jedinec, který nemá žádné závazky v jídle, nemá obavy kvůli své tělesné hmotnosti a našel „sebelásku“.

5.1 Ambulantní léčba

Uplatňuje se především při lehčích formách PPP a zaměřuje se výhradně na navrácení pacientů do stavů somatické a psychické rovnováhy (Krch, 2005). Němečková (2011) upozorňuje na uplatnění této léčby pouze v případě, pokud jedinci dobře spolupracují s lékařem a rodinou. Mezi ambulantní formy léčení patří individuální či skupinové terapie, psychoterapie, farmakoterapie, kognitivně behaviorální terapie a pro mladší jedince velmi důležitá rodinná terapie (Němečková, 2011). Většina pacientů preferuje tuto formu léčby zejména z důvodu návratu domů, ale pokud lékaři zpozorují větší úbytek tělesné hmotnosti, je nutné zahájit částečnou nebo úplnou hospitalizaci.

5.2 Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny poskytují pacientům a jejich blízkým emocionální podporu a motivaci při léčbě. Přispívají také k primární a sekundární prevenci a jsou brány jako doplňkové léčby (Papežová, Novotná, 2010). Tyto skupiny jsou především určeny pro jedince, kteří mají mírné příznaky onemocnění a mohou jim tato sezení pomoci k velkému zlepšení zdravotního stavu (Krch, 2005). Svépomocné skupiny se snaží pomoci s

překonáním sociální izolace, navázání vztahů a také usilují o to, aby se pacienti nebáli vyjádřit své pocity a zkušenosti (Procházková, Ševčíková, 2017).

5.3 Rodinná terapie

Krch (2005) uvádí, že rodinná terapie nabízí pomoc pacientům mladšího věku a jejich rodinám. Zakládá si v první řadě na práci s celou rodinou, porozumění a také na pomoci obnovení narušených vztahů v rodině či s vrstevníky. Krch (2005) také upozorňuje na rizikový faktor, kterým může být právě rodina, proto jedním z cílů rodinné terapie je změna způsobu fungování rodiny. Aby tato terapie měla výsledky, je důležité, aby rodina pacienta věděla, že jejich přítomnost v léčbě je jednou z nejdůležitějších forem pomoci.

5.4 Kognitivně behaviorální terapie

Procházková, Ševčíková (2017) uvádějí, že se jedná o formu terapie, která je brána jako účinná a nejvíce zkoumaná metoda léčby PPP. Tato terapie se doporučuje jedincům trpícím MB a zahrnuje 20 sezení v průběhu 5 měsíců. Je zaměřena na zlepšení sebepojetí, odstranění dietních omezení a především na změnu vnímání vlastního těla a tělesné váhy (Papežová, Novotná, 2010). Krch (2005) také popisuje, že je tato léčba rozdělena na tři fáze, kdy v první fázi je pacient seznámen s průběhem a cílem léčby. V konečné fázi odborníci pomáhají jedincům s jejich dalšími kroky po skončení terapie.

5.5 Nutriční terapie

Nutriční terapie pomáhá pacientům k návratu „normálního“ stravování, tedy k pravidelnému stravování 4-6x denně a zvýšení porcí. Navrácení od narušeného jídelního chování trvá velmi dlouho, proto nutriční terapeuti doporučují svým pacientům zaznamenávání zkonsumovaného jídla a poskytují jim informace o správné výživě, ale také zdravotních rizicích, způsobené častým užíváním laxativ, diuretik či zvracením (Procházková, Ševčíková, 2017).

5.6 Farmakoterapie

Němečková (2011) popisuje farmakoterapii, jako jednu z posledních možností a je brána pouze jako léčba podpůrná. Doporučuje se především u pacientů, kteří trpí MB a mají sklony k depresím, úzkostným stavům či impulzivitě. Procházková a Ševčíková (2017) uvádějí, jako nejčastěji užívané léky antidepressiva a anxiolytika (léky, které se předepisují při úzkostných stavech). Němečková (2011) dodává, že účinnou formou léčby je zapojení farmakoterapie a psychoterapie, kdy hlavně dochází ke snížení depresím, úzkostem a

nutkavých myšlenek. Léky užívané při této formě léčby jsou brány pouze, jako pomocné, nikoliv jako léky, které by měly vyléčit PPP.

5.7 Hospitalizace

Hospitalizace pacientů nastává v případě, pokud je jejich zdravotní stav vážný (velký a rychlý váhový úbytek, sebepoškození, riziko sebevražd či špatné vztahy v rodině), anebo jiný způsob léčby nebyl účinný (Procházková, Ševčíková, 2017).

„Při rozhodování o potřebě hospitalizace pacientů s PPP existuje několik obecných vodítek. Patří k nim: 1. nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušeni trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů; 2. přerušeni záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání projímadel v případě, kdy jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi nebo kdy představují vážné zdravotní ohrožení; 3. zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží; 4. léčba některých přidružených stavů, jako je těžká deprese, riziko sebepoškození nebo zneužívání psychoaktivních látek.“ (Krch, str. 125, 2005)

V případě hospitalizace záleží na závažnosti onemocnění, jelikož někteří jedinci musí být hospitalizováni na jednotce intenzivní péče. Poté následuje umístění pacientů na psychiatrické oddělení nebo specializovaných jednotkách pro léčbu PPP (Němečková, 2011). Při pobytu v nemocnici mají pacienti možnost navštěvovat režimovou léčbu, léčbu prostředím, skupinové terapie, podpůrné terapie (například muzikoterapie) a také mají svůj individuální plán (Procházková, Ševčíková, 2017). Middleton a Smith (2013) popisují hospitalizaci, jako zlomový a záchranný bod, kdy si pacienti uvědomí závažnost situace a začnou s lékaři spolupracovat. Hospitalizace trvá přibližně 2 až 3 měsíce, záleží na závažnosti a průběhu nemoci.

5.8 Prevence poruch PPP

Jak je již několikrát zmiňováno, rizikové faktory jsou prezentovány všude kolem nás. Ve své podstatě to může být cokoli od sociálních sítí, médií až po vztahy v rodině. Proto je velmi těžké proti těmto rizikům nějak bojovat a snížit výskyt PPP.

Jak vlastně předcházet PPP? To je otázka, kterou si pokládá mnoho odborníků, ale i laická veřejnost. Za základ prevence je považována rodina. Pozitivní vliv na prevenci mají dobré vztahy mezi rodinnými příslušníky, častá komunikace a především správné stravovací návyky (Švédová, Mičová, 2010). Dalším opatřením, kvůli kterému může být ovlivněn vznik PPP, je škola. V dnešní době má mnoho škol jako povinný předmět výchovu ke zdraví a rámcový program Zdravá škola, který se stará o správné a zdravé stravování žáků.

Jelikož se PPP staly součástí života mnoho slavných modelek a sportovců, začali se ve světě objevovat kampaně na podporu jedincům trpících tímto onemocněním. Papežová (2010) ve své knize zmiňuje slavného italského fotografa Toscaniho, který uspořádal kampaň v boji proti MA. V podobném kontextu jsou pořádány kampaně i u nás. Mezi nejznámější pořadatele v boji proti PPP patří Kontaktní Centrum Anabelle.

Papežová (2018) uvádí, že veliký podíl na prevenci mají také preventivní programy, které se snaží informovat a poskytnout pomoc nejen osobám trpících PPP. Tyto programy nabízejí různé akce především pro žáky základních a středních škol, jelikož jsou tyto věkové skupiny nejvíce ohroženy. Jejich cílem je zlepšení znalostí o stravování, odstranění nezdravých diet a zvýšení spokojenosti se svým tělem.

6 Poruchy příjmu potravy u sportujících žen

Ačkoliv se o PPP ve spojení se sportem příliš nemluví, výskyt těchto onemocnění ve sportovním odvětví je poměrně častý. V České republice toto téma začalo rezonovat poté, co se veřejnost dozvěděla o tom, že Gabriela Koukalová trpí právě jednou z PPP. Případ Koukalové ale není ojedinělý. PPP trpěly např. známé gymnastky Nadia Comaneciová či Simona Chytrová, dále krasobruslařky Julia Lipnická a Nancy Kerriganová nebo plavkyně Franziska van Almsicková. Sportovkyně, které měly nebo stále mají problém s tímto onemocněním, je mnoho. V České republice není toto téma tolik diskutované, jako jinde ve světě. Což může být veliký problém především u zjišťování příčin, jelikož se odborníci shodují, že by měl být sport brán jako jeden z rizikových faktorů, které mohou způsobovat vznik PPP.

Například Currie (2010) uvádí, že PPP jsou závažná a často se objevující psychická onemocnění i u sportovců, především u sportujících žen. Tyto poruchy jsou zvláště běžné ve sportech, kde hmotnost má vliv jak na výkon, tak na estetiku. Tato onemocnění vedou k významné fyzické a psychické morbiditě a zhoršeným výkonům.

Currie (2010) také uvádí tři časté důvody výskytu PPP ve sportu.

- 1) Ve vytrvalostních sportech (běh na dlouhou vzdálenost) je štíhlost spojena s výkonem ze zřejmých fyziologických důvodů. Obecně je známo, že vytrvalostní sportovci, kteří mají vyšší tělesnou hmotnost, než je jejich optimální výkonnostní váha, mají horší výsledky.
- 2) V bojových sportech (judo či box) nemohou jedinci soutěžit, pokud mají vyšší váhu, než je daný limit jejich hmotnostní kategorie. Právě tento důvod vede k častému úmyslnému snižování tělesné hmotnosti ve velmi krátkém časovém období.
- 3) Ve sportech, jako je gymnastika, krasobruslení či synchronizované plavání, se hodnotí nejen výkon, ale také vzhled soutěžících. Studie zaměřené na PPP uvádějí vyšší míru výskytu v těchto esteticko-koordinačních sportech.

Lékařka Hana Papežová (2019) v rozhovoru pro televizní stanici ČT Sport zmiňuje také individuální sporty, u kterých je vyšší riziko výskytu PPP. Jedná se o sporty jako cyklistika či atletika, které jsou zaměřené na vrcholový výkon a je žádoucí nižší hmotnost. Podle Thomsona a Shermana (2010) se právě v těchto sportech MB vyskytuje mnohem častěji. Maughan (2000) upozorňuje, že sportovci jsou mnohem rizikovější skupinou, u které

se může objevit PPP než běžná populace. Důvodem může být stres a nápor, který je kladen na výkon jedinců.

Samotný sport je brán jako jeden z rizikových faktorů. Ale pokud bychom uvažovali o tom, jaké faktory způsobují PPP u sportujících žen, zjistili bychom, že jich je několik. Papežová (2019) v již zmiňovaném rozhovoru uvádí mezi rizikovými faktory nátlak na vrcholový výkon, jak ze strany trenérů, tak i rodičů. Právě ambiciózní rodiče často ovlivňují vývoj PPP u mladších dětí. Trenéři hrají v tomto onemocnění poměrně velikou roli. V první řadě mohou vpozorovat první příznaky u jedinců trpících PPP a zabránit tak pokračování tomuto onemocnění. Bohužel, ale mohou být také těmi, kteří PPP u jedinců zapříčinili. Nejčastěji se jedná o nátlak na lepší výkon anebo snížení hmotnosti. U sportu, jako je balet či moderní gymnastika, se z estetického hlediska vyžaduje štíhlá postava, což vede k častým dietám. Maughan (2000) popisuje období puberty, jako důležité riziko nebo spouštěč faktorů, které způsobují PPP. Také uvádí, že nemusí být spouštěčem právě omezování v jídle, ale může to být situace, ve které je řečeno, aby sportovec zhubl. S tímto přístupem jsem se setkala ve sportovním aerobiku, jak ze strany trenéra, tak i ze strany poroty. Na některé jedince může mít toto chování špatný vliv. Papežová (2019) v rozhovoru dále zmiňuje vliv médií na lepší výkon, rivalitu mezi sportovci či genetické faktory, které způsobují PPP. Těchto případů se ve světě objevuje mnoho, ale než se dostanou do médií a než někdo toto téma otevře, tak to trvá dlouho. Rizikové faktory se nedají snadno poznat a u vrcholových sportů jsou skrývané mnohem více. Je to především z toho důvodu, že sport je veřejností velmi sledován a daní jedinci se mnohdy stydí vyjít s pravdou ven.

Maughan (2000) popisuje příznaky u PPP, které se nejčastěji vyskytují u sportovců. Mezi fyzickými příznaky se objevuje dehydratace, svalová slabost a svalové křeče, u žen je to ztráta menstruace, častější výskyt zranění (například svalů), snížený výkon či významná ztráta hmotnosti, která je nad rámec odpovídajícího sportovního výkonu. U psychických příznaků se často pozoruje přílišná únava přes fyzické možnosti sportovců, sportovec nadměrně cvičí ve volném čase, má sníženou koncentraci, časté změny nálad, které souvisejí s kolísáním hmotnosti, nebo úplně od sportu odejde.

Thomson a Sherman (2010) zmiňují u sportujících žen výskyt atletické triády. Jedná se o soubor třech onemocnění, která jsou zapříčiněna nedostatečným příjmem energie. Do atletické triády se řadí výskyt amenorei, osteoporózy a poruchy příjmu potravy. Všechny

tyto zdravotní problémy se dlouhodobě navzájem ovlivňují a mohou z tohoto stavu vznikat další závažnější zdravotní rizika.

Díky veřejnému přiznání Gabriely Koukalové a její knize, se i ostatní sportovci začali svěřovat, že trpí PPP. I když je toto téma choulostivé, nemělo by zůstat v ústraní. Veřejnost potřebuje, aby se o PPP více mluvilo.

7 Metodika práce

7.1 Charakteristika výzkumného souboru

K získání dostatečných informací o PPP jsem si vybrala ženy a pracovníci z Kontaktního Centra Anabelle. Většinu respondentek jsem našla zcela náhodně. A to především díky sociálním sítím, jelikož některé ze zmiňovaných žen o svých problémech píše na webových stránkách, natáčejí videa na internetovém kanále YouTube či jsou jejich známá jména spojována s PPP ve sportovním odvětví. Všechny dotazované ženy, byly vstřícné se se mnou podělit o svůj boj s tímto onemocněním. Nezaměřila jsem se pouze na ženy, které se věnují (věnovaly) vrcholovému sportu, ale také na ty, které berou sport jako rekreační aktivitu.

7.1.1 Dotazované ženy

Jak jsem již zmínila, zaměřila jsem se na ženy, které měly anebo stále mají poruchu příjmu potravy a věnují (nebo věnovaly) se nějakému sportu. Pro rozhovory byly vybrány konkrétní respondentky (n=7), kterým bylo pokládáno 12 otázek. Dotazované ženy jsou ve věkovém rozmezí od 18 do 58 let a u nejstarší dotazované respondentky se PPP začaly objevovat v 11 letech. Respondentky nebyly vybrány záměrně podle druhu sportu, ale důvodem výběru bylo jejich onemocnění.

7.1.2 Kontaktní Centrum Anabelle

Toto centrum nabízí pomoc osobám s PPP, ale nejen jim. Poskytují podporu také jejich rodinám a blízkým. Nabízejí poradenství, internetovou terapii, svépomocné skupiny, rodinnou terapii, nutriční poradenství a také telefonickou krizovou pomoc. Centrum Anabelle mi doporučila jedna z respondentek, jelikož s ním měla velmi dobré zkušenosti. Potřebné informace mi poskytla sociální pracovníce, která má s pacientkami, které trpí PPP, dlouholeté zkušenosti. Pracovníci bylo pokládáno 11 otázek.

7.2 Výzkumné metody

K výzkumnému šetření jsem využila kvalitativní výzkum. Pro získání dat jsem použila metodu nestandardizovaného rozhovoru a analýzu publikací a video rozhovoru s paní doktorkou Hanou Papežovou pro televizní stanici ČT sport. Tyto metody by měly vést k dosažení cíle bakalářské práce.

7.2.1 Metoda rozhovoru

Všechny rozhovory (jednotlivé otázky najdeme v Příloze 1 a Příloze 2), které byly uskutečněny, byly vedeny pouze s jednou respondentkou. Pouze při rozhovoru se sociální pracovníci byla přítomna jedna z respondentek, která některé pokládané otázky doplnila o svou vlastní zkušenost. Osobně jsem znala pouze jednu z respondentek, takže je minimalizované riziko subjektivity.

Všechny respondentky s rozhovory souhlasily a byly informovány o anonymitě výzkumu. Rozhovor byl veden nestandardizovanou formou, tudíž mohly být otázky pokládané v jiném pořadí, ale vedly ke stejnému záměru. Odpovědi jsem nahrávala na diktafon, abych je mohla následně zpracovat.

7.2.2 Analýza publikací a video rozhovoru

Pro tuto práci jsem si vybrala především odbornou literaturu od autorů, kteří mají s PPP dlouholeté zkušenosti a věnují se problematice tohoto onemocnění. Nejuznávanějšími odborníky v tomto oboru jsou lékaři Hana Papežová a František David Krch. I přes to, že se PPP v naší populaci objevují poměrně dlouhou dobu, tak o výskytu tohoto onemocnění ve sportovním odvětví není příliš mnoho informací a to především v České republice. Proto jsem pro teoretickou část, která se zabývala PPP u sportujících žen, musela využít informace u zahraničních autorů. Například Ron A. Thomson a Roberta Trattner Sherman jsou autoři světoznámé knihy, která pojednává o PPP ve sportu. V České republice zatím žádná takováto literatura není, proto mě při hledání informací zaujal video rozhovor s již zmiňovanou lékařkou. Tento rozhovor mi poskytl dostatek informací, abych blíže porozuměla této problematice ve sportu.

8 Výsledky a diskuze

V kapitole Výsledky a diskuze se věnuji analýze rozhovorů, které jsem vedla s již zmiňovanými respondentkami. Zaměřila jsem se na rozbor jednotlivých otázek, které byly pokládány ženám s PPP a pracovníci z Centra Anabelle.

8.1 Respondentky

- **Otázka č. 1**

Jako první otázka, která byla respondentkám pokládána, se týkala věku, kdy se u dotazovaných žen začaly objevovat první příznaky PPP. Také mě zajímalo, co tomuto onemocnění předcházelo. U pěti dotazovaných žen se tato onemocnění začala projevovat do 15 let. Zbylé dvě ženy měly první příznaky PPP až od věku 19 let. Nejčastější odpovědí na otázku, co těmto onemocněním předcházelo, je strach z tloušťky a také první změny na dívčím těle v období puberty. Jedna z respondentek uvedla, že příčinou jejího onemocnění byla touha po dokonalém těle, díky esteticko-koordináčnímu sportu, kterému se věnovala. Důvodem vzniku byl také silný podnět trenéra, který kontroloval váhy svých svěřenkyň a vyžadoval perfektní těla.

- **Otázka č. 2**

Nejčastější odpovědí na otázku, kdo dotazovaným PPP diagnostikoval, bylo praktický lékař a rodina. Dvě ženy také odpověděly, že si PPP diagnostikovaly samy, poté co byly okolím upozorněny na snížení jejich tělesné hmotnosti. K diagnostice využily odbornou literaturu a poté kontaktní centra pro osoby trpící PPP.

- **Otázka č. 3**

Šest ze sedmi respondentek trpělo MA a jedna MB a záchvatovitým přejídáním. U dvou žen se objevovalo více PPP, které se vzájemně ovlivňovaly. U první dotazované to byl výskyt MA, která přešla v ON a občasný výskyt záchvatovitého přejídání. U druhé z nich to byla MA, která se vyskytovala současně s MB.

- **Otázka č. 4**

Většina dotazovaných žen se věnovala nebo se stále věnuje, vrcholovému sportu. Některé se pyšní velkými úspěchy v MČR, ME a MS. Takže lze

předpokládat, že nejčastější odpovědí na otázku, která se zaobírala výkonem ve sportu před projevem PPP, je, že tyto ženy často podávaly vrcholové výkony s dobrými výsledky. Záměrně jsem poté navázala na sportovní výkon při výskytu PPP. Všechny ženy uvedly, že se jejich výkon ve sportu prudce snížil, neměly dostatek energie a síly. Dvě z dotazovaných také uvedly, že při nejhorším propuknutí nemoci byly nuceny ze zdravotních důvodů ukončit svou sportovní kariéru.

- **Otázka č. 5**

Tato otázka pro mě byla brána spíše jako zajímavost, jelikož každá dívka má jiné tělesné proporce. Tedy zjišťování tělesné váhy před onemocněním, během průběhu onemocnění a po vyléčení můžeme brát pouze jako informativní. Zajímalo mě především to, o kolik kilogramů se váha žen snížila během PPP. Po analýze jsem zjistila, že nejmenší snížená hmotnost byla 10 kg a nejvyšší byla extrémních 33 kg. Při ztrátě takového množství tělesné váhy se pacientky často potýkají se zdravotními problémy. Dvě respondentky se svěřily s tím, že byly ve stavu ohrožení života.

- **Otázka č. 6**

Dále jsem chtěla vědět, zdali PPP nějak ovlivnily psychický a fyzický výkon u dotazovaných žen. Všechny uvedly, že se jejich výkonnost změnila. Po fyzické stránce je onemocnění brzdilo a tělo stagnovalo. Špatný vliv PPP na jejich psychiku při sportovním výkonu se projevoval úzkostí, pláčem, ale také nechutí ke sportu.

- **Otázka č. 7**

Na dotaz, jak probíhala zotavovací fáze a případné následky, odpověděla pouze jedna žena, že byla hospitalizovaná na specializovaném pracovišti pro PPP, kde se ženy „učily“ jídelní režim. Jedly velké porce jídla v pravidelných intervalech, samotná léčba spočívala spíše v klidovém režimu na pokojích, v docházení na několik málo terapeutických skupin a také v častých relaxacích. Ostatní ženy byly pod kontrolou rodiny a svých praktických lékařů. Také docházely na terapie k psychologům anebo do kontaktních center. Respondentky se svěřují s následky, jako jsou bolesti kloubů, zhoršená kvalita vlasů a pleti, špatná imunita, trávicí problémy a zlomeniny. Jedna dotazovaná uvádí špatný spánek, který od vyléčení stále přetrvává. Většina z

nich také uvádí, jako největší následek PPP, že je toto onemocnění nikdy neopustí. Stále ho budou mít v hlavě.

- **Otázka č. 8**

Jelikož jsou PPP stále častějším psychickým onemocněním a jejich výskyt ve sportovním odvětví se zvyšuje, není divu, že všechny respondentky znají alespoň jednu ženu, která se také potýká s PPP. Jedna z respondentek uvedla, že ve vrcholovém sportu je výskyt PPP na denním pořádku, akorát že se o tomto problému tak často nemluví.

- **Otázka č. 9**

Velmi mě zajímal názor žen, které mají osobní zkušenost s PPP, na to co by poradily ostatním pacientům, kteří mají problémy s tímto onemocněním. Přeci jen budou vědět nejlépe, co jim pomohlo a čemu se naopak vyhnout. Dotazované se shodují na tom, že je důležité mít se rád, nepodceňovat se, bojovat a nevzdávat se, i když boj s PPP není jednoduchou a krátkou cestou. Za nejdůležitější považují, aby se jedinci svěřili se svými problémy a nebáli se o nich mluvit. Jedna z respondentek má na celkovou léčbu trochu odlišný pohled nežli ostatní. Doporučuje zcela se vyhnout hospitalizacím na oddělení PPP („vykrmovací oddělení“), tedy pokud není pacient ohrožen na životě. Také zmiňuje důležitý výběr psychologů a psychiatrů, jelikož nemají všichni takové odborné zkušenosti.

- **Otázka č. 10**

Na otázku, zda hraje trenér v PPP roli, odpověděly čtyři dotazované ze sedmi, že mají špatné zkušenosti s trenéry, kteří nějakým způsobem ovlivnili vznik PPP. Tři dotazované hodnotily roli trenéra pozitivně, jelikož to byl právě on, kdo jim poskytoval podporu anebo je právě na vznik PPP upozornil. Ale také musím podotknout, že z těchto třech dotazovaných, mají dvě ženy někoho známého, kdo má špatné zkušenosti s trenérem v roli PPP. Ve většině případů v mém výzkumu, a i podle mé vlastní zkušenosti, tedy převažují trenéři, kteří lpí na dokonalém těle a nižší hmotnosti, které jsou pro daný sport klíčové. Proto by se na tento přístup trenérů mělo upozornit, jelikož se jedná o možný rizikový faktor u PPP, který by se neměl podceňovat.

- **Otázka č. 11**

Hraje rodina v PPP nějakou roli? Všechny respondentky se shodly na stejné odpovědi, která zněla, že rodina v PPP hraje tu největší roli. Právě jejich rodiny jim nejvíce pomohly v boji s tímto závažným onemocněním. Také ale zároveň upozorňují na fakt, že někteří jedinci nemají takové štěstí, jelikož jsou rodiny, kde jejich ambice na výkon dětí, nebo slovní narážky na váhu mohou vést ke vzniku PPP.

- **Otázka č. 12**

V tabulce 6 uvádím přehled sportovních odvětví, kterým se jednotlivé respondentky věnovaly.

Tabulka 6 - Sport, kterému se respondentky stále věnují nebo věnovaly.

	Sport v minulosti	Sport v současnosti
Respondentka 1	Sportovní gymnastika (vrcholově)	Po PPP ukončena sportovní kariéra.
Respondentka 2	Gymnastika	Crossfit, fitness, turistika.
Respondentka 3	Atletika (republiková úroveň)	Vysokohorská turistika, atletika, kruhové tréninky.
Respondentka 4	Závodní tanec (vrcholově)	Po PPP ukončena sportovní kariéra.
Respondentka 5	Sportovní aerobik (vrcholově)	Po PPP se respondentka věnovala ještě několik let aerobiku, ale nyní už dělá pouze trenéra a věnuje se fitness.
Respondentka 6	Sportovní aerobik (vrcholově)	Po PPP ukončena sportovní kariéra.
Respondentka 7	Crossfit, fitness trenér	Fitness.

8.2 Pracovnice z Centra Anabelle

- **Otázka č. 1**

V první otázce jsem se sociální pracovnice z již zmiňovaného centra ptala na to, jaké jsou nejčastější příčiny PPP u sportujících žen. Dotazovaná udává, že se příčiny PPP takto generalizovat nedají, jelikož je mnoho faktorů, které mohou být spouštěčem, a samotný sport může být jedním z nich. Také ale zmiňuje fakt, že klientky, které navštěvují toto centrum a věnují se sportu

(udává například balet, fitness či gymnastiku), jsou pod neustálým tlakem, kvůli vzhledu a tělesné váze.

- **Otázka č. 2**

Na otázku, zdali hraje trenér v PPP nějakou roli, jsem se již ptala dotazovaných žen, ale zajímal mě v tomto směru pohled odborníka. Dotazovaná odpověděla, že se jedná o složitou otázku, na které jsou dvě různé odpovědi. Zmiňuje se o zkušenostech, kdy se jí klientky svěřily s tím, že je trenér nabádal ke snížení váhy nebo měl problém s jejich určitými partiemi těla. Také se zmiňuje o kladné zkušenosti klientky, kdy jí právě trenér pomohl v boji s PPP. Ten se i nadále snaží ve svém sportovním klubu hlídat svěřence, aby nedocházelo k dalšímu výskytu tohoto onemocnění.

- **Otázka č. 3**

Zajímalo mě, v jaké věkové kategorii se PPP u sportujících žen vyskytují nejčastěji. Respondentka odpověděla, že bude kopírován obecný trend, který platí pro necvičící pacienty s PPP. To znamená, že se věková hranice neustále snižuje. Uvádí, že se v jejich centru objevují dívky s PPP už ve věku 9 let (většinou se jedná o baletky). Také dodává, že se nejčastěji setkala se začátkem výskytu ve sportovním odvětví v období puberty (od 9 do 16 let).

- **Otázka č. 4**

V další otázce mě zajímalo, jaký druh PPP se vyskytuje u sportujících žen nejčastěji. Sociální pracovnice mi sdělila, že v jejich centru má zkušenost s až s 90% pacientek, které se věnují nějakému sportu. Tudíž jsem mohla tuto otázku dobře analyzovat. Dotazovaná uvádí, výskyt MA, MB, ON i bigorexie u sportujících žen. U bigorexie vyvracuje častější výskyt u mužů nežli u žen, jelikož do tohoto centra docházejí klientky, které s bigorexií bojují. Také uvádí výskyt záchvatovitého přejídání, které přichází až po ukončení sportovní aktivity, nebo po omezení zvracení. Proto dodává, že záchvatovité přejídání ke sportu příliš nesedí. Respondentka zmiňuje největší výskyt MA a MB a dodává, že za nižší výskyt ostatních druhů PPP může to, že si jedinci neuvědomují anebo netuší, že trpí těmito novými PPP (ON či záchvatovité přejídání). Výskyt MA a MB je uveden ve stejné rovině.

- **Otázka č. 5**

V jakém druhu sportu se PPP nejčastěji vyskytují? Dotazovaná upozorňuje na velký výskyt PPP v esteticko-koordinačních sportech (balet, gymnastika, krasobruslení či tanec). Také se setkává s ženami, které trpí PPP a věnují se fitness, závodní cyklistice či biatlonu. Zmiňuje nárůst PPP ve sportovním odvětví, jako jsou bikiny fitness či ženská kulturistika. Dále dodává, že i přesto, že v těchto sportech můžeme pozorovat větší výskyt PPP, tak esteticko-koordinační sporty jsou stále na vrcholu výskytu tohoto onemocnění.

- **Otázka č. 6**

Na dotaz ohledně zotavení odpovídá respondentka, že je průběh léčby stejný, jako u výskytu PPP u necvičících. Ale rozdíl je v práci s pacienty, kteří se vrcholově věnují sportu. Upozorňuje na práci se sportujícími ženami, při které je důležité najít rovnováhu mezi tím, aby mohly vrcholově dále sportovat, a dostatečnou výživou. V tomto centru se při léčbě u sportujících žen zaměřují především na psychiku člověka (co pro daného jedince sport znamená). Jako nejčastější léčbu uvádí nutriční terapii a psychoterapii.

- **Otázka č. 7**

V sedmé pokládané otázce jsem se zaměřovala na následky tohoto onemocnění u sportujících žen. Respondentka uvádí, že se zdravotní následky příliš neliší od následků, u běžných pacientů s PPP. Jediným rozdílem, který u klientek zpozorovala, je náchylnost k častějším úrazům, s čím mnohdy souvisí ukončování sportovních aktivit.

- **Otázka č. 8**

Otázka, která se týkala statistik vyléčených patientek, byla další pouze informativní záležitostí, která mě zajímala. Sociální pracovnice uvádí, že v jejich centru si žádné statistiky ohledně vyléčení patientek nevedou, jelikož jsou pouze sociální službou, která pomáhá především jedincům s tím, v jaké oblasti se necítí dobře (stravování či cvičení). To znamená, že nehledí na to, jakou daný jedinec dostal „nálepku“ v oblasti PPP, ale snaží se mu nabídnout pomoc z celkového hlediska.

- **Otázka č. 9**

Jaký výkon podávají ženy ve sportu, pokud trpí PPP? Zajímalo mě především to, zdali sportující ženy mohou podávat extrémní výkony ve vrcholovém sportu. Respondentka jako příklad uvedla Gabrielu Koukalovou, která trpěla MB, a i přesto podávala skvělé sportovní výkony. Dotazovaná zmiňuje zkušenosti s řadou klientek, které podávají vrcholové výkony, a to nejen ve sportu, také dosahují špičkových výsledků ve studiu. Vysvětluje, že podávání takovýchto výkonů, především tedy těch sportovních, nemůže řada lidí pochopit. A to z důvodu, že si ničím podobným neprošli a nevědí, jak těžké to pro tyto jedince je. Respondentka dále uvedla, že mnoho jejích klientek bylo na vrcholové sportovní úrovni a potýkalo se s PPP. Takže odpovědí na tuto otázku je, že ženy trpící tímto onemocněním mohou ve sportu podávat extrémní výkony, aniž by kdokoli věděl, že trpí nějakou PPP. Jako tomu bylo například u Gabriely Koukalové.

- **Otázka č. 10**

Lze zabránit vzniku PPP? Tato otázka mě zajímala ze všech nejvíce, jelikož zmínku o prevenci před PPP ve sportovním odvětví jsem v žádné dostupné literatuře nenašla. Dle respondentky je nejdůležitější prevencí ve sportovním odvětví angažování trenéra. To znamená, aby si všiml svých svěřenkyň a nabídl jim pomoc, pokud se u nich projeví PPP. Jako příklad respondentka uvádí přístup trenérů v baletu, kdy trenéři nutí své svěřenkyně do určité váhové normy, která je stanovena. Právě z těchto přístupů vznikají PPP. Dalším důležitým bodem je zmiňovaná rodina a nutriční terapeut, který by měl vyvážit stravování a množství sportovní aktivity, aby tělo bylo dostatečně vyživené a zároveň, aby daný jedinec dokázal splnit požadavky, které jsou na něj ze strany trenéra kladeny. Nápomocný by měl být také lékař, který by měl upozorovat faktory, které mohou vést k PPP.

- **Otázka č. 11**

Poslední důležitou otázkou, je zda hraje rodinné zázemí v PPP nějakou roli. Dotazovaná uvádí, že rodina hraje v tomto onemocnění zcela zásadní roli. V první řadě je zmiňována role rodiny v příčinách vzniku PPP, jelikož se respondentka často setkává s tím, že jsou rodiče vytížení a nemají na své děti čas. Jiní rodiče své děti tlačí do sportovních výkonů nebo do určitého sportu. Právě atmosféra v rodině hraje velkou roli a to hlavně v léčbě. Respondentka

uvádí zkušenosti s rodiči, kteří si nechtějí připustit, že jejich dítě má PPP. Proto nabízejí v tomto centru i terapie pro rodiče, kdy jim vysvětlují, co přesně toto onemocnění znamená, co přináší a jak je důležité, aby své děti podporovali.

I když by se podle různých výzkumů uvedených v teoretických východiscích mohlo zdát, že je populace informovaná o PPP ve sportu, stále to není dostatečné, a to i z toho důvodu, že se sportovci s tímto problémem příliš nesvěřují. Proto jsem se rozhodla vypracovat práci, která se ve výzkumu liší od ostatních. Jelikož jsem také procházela mnoho odborných prací studentů, narazila jsem nejčastěji na ty, které se zabývají PPP ve sportovním odvětví pouze dietami sportovců a jejich stravováním. V takovýchto pracích se autoři zaměřují na sportovce jako celek a nerozlišují jedince, kteří PPP trpí. Z toho důvodu jsem se zaměřila na jedince, kteří trpěli PPP, abych poukázala na fakt, že jsou sportovci náchylnější k tomuto onemocnění. Toto potvrzuje i Maughan (2000). Na tento problém upozorňuje také Vašíček (2017), který se ve své práci zabýval výskytem ON ve sportu. Ve výzkumu zjistil, že jsou sportovci náchylnější k výskytům ON, nežli běžná populace. Také Currie (2010) a Papežová (2019) v již zmiňovaném rozhovoru potvrzují mé teorie o tom, že se PPP nejčastěji vyskytují v esteticko-koordinačních sportech (především v baletu, gymnastice nebo tanci).

V rozhovorech jsem oběma skupinám respondentek pokládala otázku, která se zabývala rolí trenéra ve sportovním odvětví. Z mého výzkumu vzešlo, že trenér častěji ovlivňuje své svěřence negativním směrem, který přispívá k výskytu PPP. Naopak Rösslerová (2011) a Houbová (2017) ve své práci uvádějí opačná tvrzení. Jejich práce se také zabývaly PPP ve sportu, ale zaměřily se na diety v tomto odvětví. Zaujaly mě především jejich hypotézy. Zmiňované autorky předpokládaly, že většina jejich dotazovaných snižovala svou hmotnost, protože jim to řekl trenér. Ve výsledku Houbová (2017) udává pouze 22% respondentů, kteří drželi dietu na příkaz trenéra, a Rösslerová (2011) uvádí přibližně 20%, tudíž se jejich hypotézy nepotvrdily. Daný rozdíl může být v rozdílnosti druhů sportů. Studentky ve svých výzkumech uvádějí i jiné zastoupení sportů, nežli esteticko-koordinačních. V jejich výzkumech se objevuje hlavně fotbal, volejbal, triatlon, biatlon, běžecké lyžování či cyklistika.

Ve výzkumu jsem se také zabývala tím, zda dotazované ženy znají ve svém okolí někoho, kdo trpí PPP. Všechny uvedly, že znají minimálně jednu další osobu, která si tímto

onemocněním prošla. PPP ve sportu stále narůstají, to také potvrzují Rösslerová (2011) a Houbová (2017). Ty ve svém výzkumu potvrzují, že 70-80% dotazovaných zná ve svém okolí někoho, kdo trpí PPP.

9 Závěr

Jelikož každý člověk na tomto světě je jiný, a i když se zdá, že jsme si v některých věcech podobní, není tomu tak. V medicíně to platí dvojnásob. Proto v mé práci nenajdete konkrétní odpovědi, které by dokazovaly, že příčinou vzniku, nebo následkem PPP u sportujících žen je právě daná konkrétní věc.

Cílem práce bylo uvést a popsat nejčastější příčiny, následky a zotavení z poruch příjmu potravy u sportujících žen, což se, dle mého názoru, podařilo. Z mého výzkumu a odborné literatury vyplývá, že za nejčastější příčinu u sportujících žen lze považovat období puberty (kde dochází ke zcela zásadní změně ženského těla), které souvisí se strachem z tloušťky a také nátlakem trenéra. Tento výsledek potvrzuje také Papežová (2019) ve video rozhovoru a Maughan (2000).

PPP mají mnoho zdravotních následků, které se u pacientů mohou lišit. V mém výzkumu se nejvíce objevuje osteoporóza, bolesti kloubů, oslabená imunita a trávicí obtíže. Pokud bychom se na to podívali z psychologické stránky, tady by největším následkem byl stálý strach z toho, že se PPP znovu vrátí, jelikož toto onemocnění jedince nikdy neopustí.

Jelikož PPP způsobují značnou ztrátu tělesné hmotnosti, ve fázi zotavení je důležité se zaměřit na návrat ke správnému stravování. K tomu je za potřebí pomoc nutričního specialisty, jak uvádí sociální pracovnice z Kontaktního Centra Anabelle. Dojít k zotavení z PPP pomáhá pacientům nejčastěji rodina, praktický lékař a psychoterapie. Rodinnou terapii také doporučuje Papežová (2018), Krch (2005), Procházková a Ševčíková (2017). Jak je již zmiňováno, hospitalizace pacientů je nutná pouze v případě, že se s daným jedincem hůře pracuje a jeho zdravotní stav ohrožuje pacienta na životě.

Prvním dílčím úkolem mé práce bylo zjistit, v jakém druhu sportu a v jaké věkové kategorii se PPP vyskytují u sportujících žen nejčastěji. Dospěla jsem k závěru, že největší počet případů s PPP se objevuje v esteticko-koordinačních sportech (gymnastika, aerobik, balet nebo krasobruslení). Na začátku práce jsem očekávala, že se PPP budou objevovat v období od 15 do 20 let, a to z toho důvodu, že v tomto věku dívky často hledí na svůj vzhled a dají se snadno ovlivnit dnešní dobou. Po analýze rozhovorů a literatury jsem ale zjistila, že se výskyt tohoto onemocnění objevuje stále u mladších dívek, a to již ve věku od 9 do 15 let.

Druhým dílčím úkolem bylo zjistit, jaký druh PPP se nejčastěji vyskytuje u sportujících žen. U mých respondentek převládala MA, ale sociální pracovnice uvedla, že výskyt MA a MB je ve stejném poměru. Důvodem může být, že se tyto dvě poruchy často vzájemně propojují nebo přecházejí jedna ve druhou.

Tato práce se zabývá aktuálním tématem, který je potřeba řešit. Proto bych byla ráda, aby byla přínosem dostatečných informací o tomto závažném onemocnění pro trenéry, učitele i laickou veřejnost. Věřím, že má práce pomůže sportujícím i nespportujícím ženám, jako prevence před PPP. Taktéž bych byla ráda, aby práce sloužila k upevnění správného duševního zdraví. Osoby s PPP by si měly uvědomit, že zdraví je to nejcennější, co v životě mají.

Resumé

Bakalářská práce pojednává o poruchách příjmu potravy u sportujících žen. V práci jsou uvedeny příčiny vzniku, důsledky, způsoby léčby, ale i prevence před poruchami příjmu potravy. Práce je zaměřená především na toto onemocnění ve sportu.

Práce se dále zabývá kvalitativním výzkumem. Potřebné informace k analýze daného problému jsou získány prostřednictvím rozhovorů s vybranými respondentkami. Jeden typ rozhovoru probíhá s respondentkami, které samy měly nějakou poruchu příjmu potravy a věnují se sportu. Druhý rozhovor je veden s pracovníci z Centra Anabelle, které poskytuje pomoc a podporu osobám s poruchami příjmu potravy a jejich blízkým.

Summary

The bachelor thesis deals with eating disorders of women engaged in sport. The work shows the causes of the development, consequences, methods of treatment and the prevention of eating disorders as well. The work is mainly focused on this disease in sport.

The thesis also deals with a qualitative research. The necessary information to analyse the problem is obtained through interviews with selected respondents. One type of conversation takes place with respondents who have had some kind of eating disorder and are engaged in sports. The other interview is conducted with a worker from the Anabelle Centre, which provides assistance and support to people with eating disorders and their loved ones.

Seznam literatury

1. CURRIE, Alan. *Sport and Eating Disorders- Understanding and Managing the Risks*. Asian Journal of Sports Medicine. [online]. Jun. 2010. 1(2): 63–68. [cit. 3.2.2020]. Dostupné z: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3289170/>
2. HOUBOVÁ, ELIŠKA. 2017. Poruchy příjmu potravy ve sportu. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta. Praha.
3. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy- Rizikové faktory*. Psychiatrie pro praxi. [online]. 31. 12. 2004. 1: 14-16. [cit. 21.12.2019]. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>
4. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
5. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. Medicína pro praxi. [online]. 18. 12. 2007. 4(10): 420–422. [cit. 12.11.2019]. Dostupné z: <http://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
6. MAUGHAN, J. Ronald. *Nutrition in sport*. Malden, MA: Blackwell Science, 2000. ISBN 0-632-05094-2.
7. MCGREGOR, Renee. *Ortorexie: posedlost zdravou stravou*. Praha: Dobrovský, 2019. ISBN 978-80-7390-968-0.
8. MEISNEROVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty*. Interní medicína pro praxi. [online]. 1. 10. 2013. 15(8–9): 266–268. [cit. 20.12.2019]. Dostupné z: <http://internimedicina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>
9. MIDDLETON, Kate a Jane Smith. *První krok z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron, 2013. ISBN978-80-7297-115-2.
10. NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. *Co přesně znamená ortorexie?*. Fakultní nemocnice Brno. [online]. 30. 10. 2017. [cit. 7.12.2019]. Dostupné z: <http://fnbrno.cz/co-presne-znamená-ortorexie/t6052>
11. NAVRÁTILOVÁ, Miroslava a Michaela Hamrová. *Realimentace u závažných poruch příjmu potravy- mentální anorexie a bulimie*. [online]. 2009. 1–2(4): 22-36. [cit. 5.11.2019]. Dostupné z: http://neumm.cz/public/img/neumm_09_1-2/pdf/navratilova_hamrova_bulimie.pdf

12. NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Poruchy příjmu potravy*. Psychiatrie ve zkratce. [online]. 31. 12. 2002. 3: 124-128. [cit. 10.11.2019]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/psy/2002/03/08.pdf>
13. NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Poruchy příjmu potravy*. Psychiatrie pro praxi. [online]. 20. 7. 2007. 4: 155–157. [cit. 5.11.2019]. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/04/02.pdf>
14. NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Poruchy příjmu potravy*. Medicína pro praxi. [online]. 1. 1. 2011. 8(11): 459–462. [cit. 25.1.2020]. Dostupné z: <http://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/04.pdf>
15. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
16. PAPEŽOVÁ, Hana, (ed). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4904-7.
17. PAPEŽOVÁ, Hana. *Poruchy příjmu potravy u sportovců*. Česká televize. [online]. 5. 3. 2019 13:35. [cit. 11.11.2019]. Dostupné z: <http://ceskatelevize.cz/ivysilani/10127554193-tema-pro-hosty-ct-sport/219471290230010/diskuse>
18. PAPEŽOVÁ, Hana a Jana Hanusová. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-98-9.
19. PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana Sladká- Ševčíková. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.
20. RÖSSLEROVÁ, Zuzana. 2011. Mentální anorexie ve sportu. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta. Praha.
21. STÁRKOVÁ, Libuše. *Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy*. Pediatrie pro praxi. [online]. 1. 12. 2009 10(5): 299–304. [cit. 14.1.2020]. Dostupné z: <http://pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2009/05/04.pdf>
22. ŠVÉDOVÁ, Jarmila a Lenka Mičová. *Poruchy příjmu potravy-Manuál pro pedagogy*. [online]. 2010. [cit. 20.3.2020]. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace/product/view/1/9>.

23. THOMPSON, Ron A. a Roberta Trattner Sherman. *Eating disorders in sport*. New York: Routledge, 2010. ISBN 9780415998369.
24. VAŠÍČEK, Michal. 2017. Ortorexia a vybrané sportovní činnosti. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Fakulta sportovních studií. Brno.
25. VILÍMOVSKÝ, Michal. *Ortorexie aneb když se zdravé stravování stane úchylkou*. Medlicker. [online]. 6. 2. 2020 19:20. [cit. 10.2.2020]. Dostupné z: <http://cs.medlicker.com/1174-ortorexie>

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0) (Papežová, 2018, str. 123).....	12
Tabulka 2 - Diagnostická kritéria podle DSM-5 (Krch, 2005, str. 17)	13
Tabulka 3 - Diagnostická kritéria podle MNK-10 (F 50.2) (Papežová, 2018, str. 123).....	14
Tabulka 4 - Diagnostická kritéria podle DSM-5 (Krch, 2005, str. 19)	15
Tabulka 5 – Porovnání klinického obrazu a průběhu onemocnění MA a MB (Krch, 2007, str. 421).....	16
Tabulka 6 - Sport, kterému se respondentky stále věnují nebo věnovaly.	38

Přílohy

Příloha 1 - Otázky pro sportující ženy s PPP

- 1) V kolika letech se u tebe začaly objevovat první příznaky PPP a co jím předcházelo?
- 2) Kdo ti PPP diagnostikoval?
- 3) Jakou PPP jsi trpěla?
- 4) Jaký byl tvůj výkon ve sportu před tím, než jsi začala mít problémy s PPP, a jaký byl následně?
- 5) Jaká byla tvá tělesná hmotnost před začátkem PPP a jaká je následně?
- 6) Ovlivnila nějak PPP tvůj fyzický a psychický výkon ve sportu?
- 7) Jak probíhala fáze zotavovacího procesu a případné následky?
- 8) Znáš někoho dalšího ve sportovním odvětví, kdo s těmito problémy bojuje?
- 9) Co bys poradila dívkám, které s touto nemocí bojují?
- 10) Myslíš si, že hraje trenér nějakou roli v PPP?
- 11) Hraje rodinné zázemí v PPP nějakou roli?
- 12) Jakému sportu se věnuješ, nebo ses věnovala?

Příloha 2 - Otázky pro pracovníci z Centra Anabelle

- 1) Co je nejčastější příčinou PPP u sportujících žen?
- 2) Jakou roli hraje trenér v PPP?
- 3) V jaké věkové kategorii se PPP u sportujících žen vyskytují nejčastěji?
- 4) Jaký druh PPP se u sportujících žen vyskytuje nejčastěji?
- 5) V jakém druhu sportu se PPP vyskytují nejčastěji?
- 6) Jak probíhá léčba?
- 7) Jaké jsou nejčastější následky PPP (ve sportu)?
- 8) Jsou nějaké statistiky, které zaznamenávají, kolik procent žen se vyléčí?
- 9) Jaké jsou sportovní výkony nemocných žen?
- 10) Jak zabránit vzniku PPP?
- 11) Hraje rodinné zázemí v PPP nějakou roli?