

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Nikol Lihlová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Nikol Lihlová

**VLIV SOCIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ NA VZNIK PORUCH
PŘÍJMU POTRAVY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

PLZEŇ 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Nikol Lihlová

Katedra: Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv sociálního prostředí na vznik poruch příjmu potravy

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

Počet stran – číslované: 51

Počet stran – nečíslované: 18

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, perfekcionismus, vlivy prostředí, vlivy médií

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá vlivem sociálního prostředí na vznik poruch příjmu potravy (PPP). Kvalifikační práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá definicí jednotlivých PPP, rozebírá vlivy, které vedly ke vzniku onemocnění. Dále se zabývá klinickým obrazem, komplikacemi, ale také léčbou poruch příjmu potravy.

Praktická část je tvořena výzkumným šetřením pomocí rozhovoru se dvěma participantkami, které si léčí/léčily s danou problematikou a zkoumá vlivy sociálních sítí, vliv rodinného či školního prostředí, přátel a společnosti. Výstupem do zdravotnické praxe jsou dvě edukační tabulky. První se zaměřuje na změny chování u nemocného, druhý poskytuje rady pro pečující. Posledním výstupem je leták, jež upozorňuje na věty, které nemocnému rozhodně neříkat.

Abstract

Surname and name: Nikol Lihlová

Department: Department of nursing care and birth labour

Title of thesis: The influence of the social environment on the development of eating disorders

Consultant: MUDr. Lenka Luhanová

Number of pages – numbered: 51

Number of pages – unnumbered: 18

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 24

Keywords: Eating disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Perfectionism, Sociological causes, Media causes

Summary:

This thesis is concerned with the influence of social environment and the emergence of eating disorders. This qualifying thesis is divided into theoretical and practical parts.

The theoretical part is associated with defining various eating disorders, analyzing the influences that lead to their formation by clinical screening, complications of the eating disorder, its potential treatment and lastly any complications of that particular treatment.

The practical part is formed by investigative research by interviewing two female participants who were treated with such matters. The interviews will investigate the connection of having the condition with the impact of social media, family, friends, school environment and the influence of society in general. The output to medical practice are two educational tables. The first focuses on changes in the patient's behavior, the second provides advice for caregivers. The last output is the leaflet that draws attention to sentences that the caregivers should definitely not say to the patient.

Poděkování

Děkuji MUDr. Lence Luhanové za odborné vedení mé bakalářské práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále bych ráda poděkovala svým přátelům za podporu při psaní bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 DEFINICE POJMU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	14
1.1 Definice poruch příjmu potravy.....	14
1.2 Historie poruch příjmu potravy.....	14
1.2.1 Historie mentální anorexie.....	14
1.2.2 Historie mentální bulimie	15
1.3 Současný výskyt poruch příjmu potravy	15
2 MENTÁLNÍ ANOREXIE	16
2.1 Definice mentální anorexie	16
2.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)	16
2.1.2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV	17
2.2 Klinický obraz.....	17
3 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	18
3.1 Diagnostická kritéria	18
3.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)	18
3.1.2 Diagnostická kritéria dle DMS-IV	18
3.2 Klinický obraz a důsledky mentální bulimie	19
4 ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ (BULREXIE).....	21
5 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PPP	23
5.1 Ortorexie	23
5.2 Bigorexie.....	23
5.3 Drunkorexie	23
6 RIZIKOVÉ FAKTORY PŘI VZNIKU PPP	25
6.1 Antropometrické rizikové faktory.....	25
6.2 Osobnostní faktory.....	25
6.3 Rodinné faktory	26
6.4 Rizikové povahové rysy.....	26
6.5 Kult štíhlosti, diety.....	27
6.6 Životní události	27
6.7 Partnerské vztahy	27
6.8 Intimita a sex.....	27

6.9	Sociální síť.....	28
6.10	Pro-anorektické a pro-bulimické blogy.....	28
7	KOMPLIKACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	29
7.1	Kardiovaskulární komplikace	29
7.2	Renální komplikace	29
7.3	Gastrointestinální komplikace	29
7.4	Kosterní komplikace	30
7.5	Endokrinní komplikace.....	30
7.6	Neurologické komplikace	30
7.7	Metabolické komplikace.....	30
7.8	Dermatologické komplikace	31
7.9	Psychiatrické komplikace	31
8	LÉČBA PPP.....	32
8.1	Hospitalizace.....	32
8.2	Ambulantní péče	32
8.3	Svépomocná terapie	32
8.4	Rodinná terapie	33
8.5	Kognitivně-behaviorální terapie	33
8.6	Farmakoterapie	33
	PRAKTICKÁ ČÁST	34
9	FORMULACE PROBLÉMU	34
10	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
10.1	Hlavní cíl.....	35
10.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy.....	35
10.3	Výzkumné otázky.....	35
11	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	36
12	METODIKA PRÁCE	37
13	ORGANIZACE VÝZKUMU	38
14	ZPRACOVÁNÍ DAT	39
14.1	Rozhovor s participantkou č.1.....	39
14.1.1	Osobní anamnéza:.....	39
14.1.2	Rodinná anamnéza.....	40
14.1.3	Scholarita a zaměstnání	41
14.1.4	Vznik a rozvoj nemoci.....	42
14.1.5	Terapie	44
14.1.6	Komplikace a následky onemocnění	45
14.1.7	Aktuální stav.....	46

14.2	Rozhovor s participantkou č.2.....	47
14.2.1	Osobní anamnéza.....	47
14.2.2	Rodinná anamnéza.....	48
14.2.3	Scholarita a zaměstnání	49
14.2.4	Vznik a rozvoj nemoci.....	49
14.2.5	Terapie	51
14.2.6	Komplikace a následky onemocnění	52
14.2.7	Aktuální stav	53
14.3	Kategorizace.....	54
15	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	56
	DISKUZE.....	58
	ZÁVĚR.....	62
	SEZNAM LITERATURY.....	64
	SEZNAM PŘÍLOH	67
	PŘÍLOHY	68
	Příloha 1 – Edukační tabulka 1: Jak se může změnit chování člověka?	68
	Příloha 2 – Edukační tabulka 2: Rady pro pečující	69
	Příloha 3 – Leták: Co nikdy neříkat lidem s poruchami příjmu potravy.....	70

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Edukační tabulka 1: Jak se může změnit chování člověka?	68
Obrázek 2 Edukační tabulka 2: Rady pro pečující	69
Obrázek 3 Leták: Co nikdy neříkat lidem s poruchami příjmu potravy	70

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Kategorizace: Diagnostika a léčba	54
Tabulka 2 Kategorizace: Komplikace	54
Tabulka 3 Kategorizace: Rizikové faktory 1	54
Tabulka 4 Kategorizace: Rizikové faktory 2	55

SEZNAM ZKRATEK

BMI	
Body mass index.....	16
DMS	
Diagnostický a statistický manuál duševních poruch.....	16
KBT	
Kognitivně behavioární terapie	33
MA	
Mentální anorexie	16
MB	
Mentální bulimie	19
MKN	
Mezinárodní klasifikace nemocí.....	16
OCD	
Obsedantně kompulzivní porucha	25
PPP	
Poruchy příjmu potravy	4

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou momentálně velice rozšířeným tématem. Ve společnosti se, ale o psychických problémech často nemluví. Je to psychické onemocnění s narušeným příjmem potravy. Do poruch patří především mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Onemocněním netrpí pouze dospělí jedinci, ale může postihnout dospívající a menší děti. Více je postiženo ženské pohlaví, ale není výjimkou, že jsou postiženi i muži. Příčiny nejsou přesně známy, ale souhra rodinných a osobnostních faktorů, šikany, a momentálně sociálními médii. Na sociálních mediích je velice propagovaný zdravý životní styl, fitness a každý jedinec se snaží ukazovat jen v tom nejlepším možném světle, kde se pak lidé inspirují, a nezdědka tím může přispět ke vzniku PPP, které mohou končit i smrtí.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala především z důvodu vlastní zkušenosti. Měla jsem několik přátel, kteří se tímto onemocněním léčili. Dále jsem si chtěla zjistit více informací o onemocnění, které mě velice zajímá. Cílem mé práce bylo zjistit, jaké vlivy se podílely na vznik poruch příjmu potravy.

V teoretické části jsem definovala jednotlivá onemocnění, historii a popsala jsem jejich příznaky. Přišlo mi zajímavé zahrnout i nově definované poruchy příjmu potravy, které nejsou tolik známé, jako je například drunkorexie. Po jedné kapitole jsem se věnovala možným faktorům vzniku onemocnění, komplikacím a léčbě. V praktické části jsem se oslovila dvě dívky, kterým jsem pokládala stejné otázky, abych je mohla porovnávat s odpověďmi ostatních. Praktická část dále obsahuje výzkumné otázky, dílčí cíle a metodu sledovaného souboru. Na konci praktické části je popsána diskuze a závěr, kde jsou obsaženy veškeré informace z praktické části. Výstupem do zdravotnické praxe jsem připravila leták, který obsahuje věty, které by se neměly říkat lidem s PPP. Dále jsem udělala edukační plán pro rodiny pacientů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE POJMU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

1.1 Definice poruch příjmu potravy

Do nejdéle známých poruch příjmu potravy patří především mentální anorexie společně s bulimií. Přes zdánlivou odlišnost jsou si velmi podobné. Spojuje je především strach z tloušťky, nadměrná pozornost zabývající se vlastním vzhledem a tělesnou hmotností. Zatímco anorektičkám se většinou daří hubnout nebo alespoň nepřibírat, bulimičky začnou po nějaké době jíst víc, než by si přály. Následně hledají způsob jak to „odčinit“ například další dietou či drastičtější metodou jako je zvracení, projímadla, z čeho se snadno vytvoří návyk. Hladovky, zvracení a projímadla jen zvyšují riziko přejedení a dlouhodobě zhoršují problémy bulimiček (Krch, 2008). Dále řadíme do poruch příjmu potravy atypickou mentální anorexii, a atypickou mentální bulimii. U těch to diagnóz chybí jeden či více typických příznaků poruch, ale vykazují podobný klinický obraz. Příkladem může být nízká tělesná hmotnost, ale mají pravidelnou menstruaci. Další PPP je záchvatovité přejídání, kdy nemocný spořádá nadměrné množství jídla, které je následovně spojené s úzkostí (Krch, 2005).

1.2 Historie poruch příjmu potravy

1.2.1 Historie mentální anorexie

Již od starověku jsou popisovány nejrůznější formy poruch příjmu potravy. V 5.století se Hippokrates zmiňuje název „poruchy příjmu potravy“ a ve 2. století našeho letopočtu Gallén použil prvně slovo „anorexie“. První klinické obrazy, které by odpovídaly diagnóze mentální anorexie byly zaznamenány v 17.století. Francouzský lékař v 19. století popsal dva druhy anorexie - 1. typ stanovil jako poruchu trávení a při 2.formě pacienti odmítali jíst, poněvadž mozek nevysílal signály chuti k jídlu a pocit hladu. Ve 20. století byla mentální anorexie zařazena do duševních poruch (Papežová, 2010). Jednou z nejznámějších postav historie mentální anorexie byla anglická modelka Twiggy. Tato modelka pomáhala prosazovat módní ideál přehnané štíhlosti v 60. letech, takto udělala z anorexie dobrý obchod a byla tak nejspíše prvním signálem vývoje mentální anorexie (Leibold, 1995).

1.2.2 Historie mentální bulimie

Již v době antické Říma jsou sporadické zmínky a vznešených vrstvách společnosti, kde jídlo bylo konzumováno ve velkém množství. Teprve v 50. letech začalo být záchvatovitě jedliectví a zvracení uváděno jako součást mentální anorexie. Poprvé v roce 1979 britský psychiatr označil tuto poruchu jako „bulimia nervosa“, a popsal jako „Silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach z tloustnutí“. Koncem 20. století se publikuje rozsáhlé množství článků pojednávající o PPP. Vývoj se především ubírá směrem etiologie a jednotlivé subtypy (Krch, 2005).

1.3 Současný výskyt poruch příjmu potravy

Prevalence mentální anorexie u mladých žen a dívek je kolem je 0,5 % - 1,0 %. Nejčastěji se onemocnění vyskytuje na středních školách a vyšších socioekonomických vrstvách (Smolík, 1996). U mentální bulimie je nejčastější výskyt na středních a vysokých školách. Zhruba 4–15 %. Menší výskyt je u mladých dospělých a to asi 1-3 % (Papežová, 2010). U mužů je zřetelný nárůst incidence a je popisováno kolem 10 % (Smolík, 1996).

Informace o ambulantní péči byly čerpány z výkazu o činnosti psychiatrických ambulancí, kde jsou údaje sledovány podle sídla zdravotnického zařízení. Od roku 2011 se na tomto výkaze sleduje samostatně počet pacientů s PPP (dg. F50). Další zdroje můžeme čerpat z Národního registru hospitalizovaných, kde jsou pacienti sledováni podle trvalého bydliště (ÚZIS ČR, 2018).

V roce 2017 bylo v psychiatrických ambulancích léčeno s touto diagnózou 3731 pacientů, z čehož až z 90 % byly ženy. Pacienti, kteří se léčili s touto chorobou poprvé v životě, bylo z 37 % z celkového počtu těchto pacientů. Z věkové struktury bylo 12 % s dg. F50 ve věku 0-14 let, necelých 32 % ve věku 15-19 let a 56 % starších 20 let (ÚZIS ČR, 2018).

V roce 2017 bylo v lůžkových psychiatrických zařízeních hospitalizováno 454 pacientů s PPP, více jak polovina hospitalizovaných byla pro diagnózu mentální anorexie, 13% mentální bulimie a 13 % s dg. – atypická mentální anorexie. Celkový počet hospitalizovaných se od roku 2011 zvýšil a to z 339 hospitalizací v roce 2011 na 454 hospitalizací v roce 2017. Častěji byly hospitalizované ženy, muži ve sledovaném období se podíleli na 5-10 % (ÚZIS ČR, 2018).

2 MENTÁLNÍ ANOREXIE

2.1 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie byla popsána v roce 1868 Williamem Gullem. Poruchou jsou častěji postiženy dívky v dospívajícím věku a mladé ženy (Dušek a kol., 2015). Je charakterizována úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ bývá často zavádějící, protože nechutenství je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. V některých případech je doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo. Například – rádi vaří pro ostatní, sbírají recepty apod., mají zvýšenou chuť na sladké či změněnou chuť. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Jejich averze k jídlu je projevem narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce. Ačkoliv postižení MA jsou extrémně vyhublí, mají zkreslený pohled na vlastní tělo, je natolik zkreslený, že jsou přesvědčení o opaku, a připadají si příliš tlustí. Spouštěčem mentální anorexie mohou být narušené rodinné prostředí, vztahy, nevhodná poznámka na postavu či delší pobyt v zahraničí (Stárková, 2005).

DMS – IV (1994) dále rozděluje MA:

- 1) Restriktivní typ – u tohoto typu je typický snížený příjem potravin, tekutin, diety, půsty, ale také nadměrné cvičení. Nedochozí k záchvatům přejídání.
- 2) Purgativní typ – tento typ je specifický záchvaty přejídání a následná „očista“ například zvracením, laxativy či diuretik.

2.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)

- 1) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň nebo BMI pod 17,5. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- 2) Snížení hmotnosti si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům (po kterých se „tloustne“), a užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: užívání laxativ, anorektik či diuretik, nadměrné cvičení, provokované zvracení.
- 3) Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, jako neodbytná vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení se velmi nízkého hmotnostního prahu.

- 4) Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají hormonální léčbu. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, odchylky ve vylučování inzulínu a zvýšená hladina kortizolu.
- 5) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny nebo dokonce mohou být i zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí) (Krch, 2005).

2.1.2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- 1) Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň, než je pro danou věkovou skupinu a výšku nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu.
- 2) Intenzivní strach z přibírání na váze a z přibírání, a to i v případě, že jsou pacientky velice vyhublé.
- 3) Zkreslené vnímání vlastního těla (váhy i tvaru), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké hmotnosti.
- 4) U žen absence minimálně 3 za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není jiný důvod vynechání menstruace (Krch, 2005).

2.2 Klinický obraz

Klinický obraz zahrnuje výraznou podváhu (BMI pod 17,5), kterou si pacientka navodila nízkým příjmem potravy. Dalším typickým znakem je amenorea z 60-100 % dle poklesu hmotnosti. 15-30 % pacientů s MA si navozují zvracení, jejich sebekontrola je vystupňovaná. Mají pomalé jídelní tempo, jedí po malých soustech, vybíravost v jídle a nízký příjem tekutin. Po psychické stránce je výskyt depresí u 10-60 % pacientů. Počátek obtíží začíná kolem 15-20 rokem, výjimečně později, poměr mezi nemocnými ženami a muži je 10-15:1 (Nzip, 2022).

3 MENTÁLNÍ BULIMIE

Je to porucha příjmu potravy charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání, pacienti přehnaně kontrolují svoji tělesnou hmotnost. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání, někteří autoři definují, že subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly na jídlem je důležitější než zkonsumované množství. Již v roce 1979, kdy anglický psychiatr Gerard Russell publikoval článek, ve kterém použil termín „bulimia nervosa“. Po vymezení mentální bulimie navrhnul tři základní kritéria (Krch, 2005):

- 1) Silná a nepotlačitelná touha se přejídat
- 2) Snaha zabránit „tloustnutí“ vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ nebo obojím.
- 3) Chorobný strach z tloušťky

Speciální typy:

- 1) Purgativní typ – Pacient, aby zabránil zvýšení tělesné hmotnosti, často používá zvracení a zneužívá laxativa či diuretika.
- 2) Nepurgativní typ – Používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však purgativní metody.

3.1 Diagnostická kritéria

3.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)

- 1) Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců). Při nichž je v krátké době zkonsumováno velké množství jídla.
- 2) Neustálé zabývání se jídle a silná, neodolatelná touha po jídle.
- 3) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla například zneužíváním projímadel, diuretik, vyvolávaným zvracením a střídáním období hladovění.
- 4) Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí. Často je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování v jídle (Krch, 2005).

3.1.2 Diagnostická kritéria dle DMS-IV

- 1) Opakující se epizody záchvatovitého přejídání – konzumace většího množství jídla během určitého časového úseku, než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době nebo pocit ztráty kontroly nad jídlem.

- 2) Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například zneužívání laxativ, diuretik, excesivního cvičení nebo hladověk.
- 3) Minimálně dvě epizody přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- 4) Nepřiměřené sebehodnocení závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- 5) Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie (Krch, 2005).

3.2 Klinický obraz a důsledky mentální bulimie

Pacientům s mentální bulimií se může snižovat hmotnost nebo naopak mírně zvýšit. 10-30 % pacientek mohou trpět amenoreou. Většina pacientů si navozuje zvracení, činí to okolo 75-90 %. Mají oslabenou sebekontrolu, rychlejší jídelní tempo, polykají větší sousta, a obvykle mají zvýšený příjem tekutin. Po psychické stránce trpí pacienti s MB depresemi, a to až z 90 % nemocných. Abusus alkoholu je častý. Poměr nemocných mezi ženami a muži je 20:1, nejčastěji ve věku 15-30 let (Krch, 2005).

Důsledky:

Pacienti jsou citliví na změny počasí, především tedy na chlad, cítí se unavení, trpí poruchami spánku. Mají zažloutlou a praskající pleť, zvýšený růst jemného ochlupení po celém těle, řídké, suché a lámající se vlasy. Z důsledku z nedostatečné výživy a zvracení jsou náchylnější ke zvýšené kazivosti zubů (Krch, 2005).

Ze snížené mobility střev trpí na zácpy, často nepravidelnou menstruaci, záleží na udržení množství tuku v těle. Mají oslabený krevní oběh, bradykardičtí, chudokrevní a mají zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. Nedostatek živin poškozují játra, ty nejsou schopna vyrábět dostatek tělesných bílkovin (důsledkem mohou být otoky), pocity nevolnosti spojené se zmenšením žaludku (Krch, 2005).

U některých nemocných se vyskytují poruchy vědomí, závratě, mdloby, dvojité vidění nebo bolesti hlavy. Je oslabená jejich celková obranyschopnost organismu, k některých mladých dívek se může zpomalit (zastavit) růst a opozdit puberta (Krch, 2005).

Nebezpečí podvýživy a dehydratace výrazně vzrůstá s klesajícím věkem a tělesnou hmotností nemocného. Dlouhodobé hladovění a podvýživa jsou vždy spojena s tělesným a psychickým utrpením a mohou skončit smrtí (Krch, 2005).

4 ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ (BULREXIE)

Záchvatovité přejídání se řadí mezi poruchy příjmu potravy, vyznačováno tím, že postižený sní velké množství jídla za krátký časový úsek (2 hod.), než by v podobném časovém úseku snědli jiní lidé (Nzip, 2022).

Přejíst se, ale také může znamenat, že sníte větší množství jídla, než byste chtěli, sníte víc nebo něco jiného, než jste zvyklí nebo než je vám to příjemné, sníte větší množství jídla, než je obvyklé anebo také v nezvyklé kombinace, a v neposlední řadě ztrácíte během jídla kontrolu nad svým chováním. První a druhý typ přejídání je známý, zažil ho téměř každý, kdo někdy držel dietní režim. Množství jídla sněžené během záchvatu je kolem 1000–3000 kcal, není výjimkou, že některé bulimičky dokážou přijmout i 20 000 kcal. Jednou z možných cest přejídání se a k návyku na velké množství jídla bývá vegetariánská strava nebo také přejídání se sezónním ovocem. Strach z tloušťky patří především k příznakům mentální bulimie, avšak hraje i velkou roli v našem životě a jídelních zvyklostech. Obavy a strach vytváří hranice našeho chování, a jednat zcela beze strachu je nebezpečné, přičemž to nám to dodává přiměřenou sebekontrolu, jednájí přiměřeně a neohrožují ostatní (Papežová, 2010).

Pro splňování diagnózy se musí přejídání uskutečnit, ale aspoň 1x týdně po dobu tří měsíců, avšak nejsou jiným způsobem kompenzovány jako u dg. Mentální bulimie. Podle frekvence výskytu přejídání jde rozlišit na lehké (1-3x za týden), mírně (4-7x za týden), těžké (8-13x za týden), a extrémní (14x a více za týden). Onemocnění se nejčastěji vyskytuje u 2-5% populace (Papežová, 2010).

Častou příčinou záchvatovitého přejídání může do jisté míry způsobovat genetika, ukazuje se, že někteří mají vyšší citlivost dopaminu, což je hormon odpovědný za pocity slasti, odměny a radosti. Dále binge eating častěji postihuje ženy než muže. Některé studie naznačují, že dochází ke změnám struktury mozku, především silnější odpovědi na jídlo a ztrátě ovládnutí. Téměř 50 % pacientů se záchvatovitým přejídáním jsou obézní. Lidé často vnímají značně negativně své tělesné proporce, jsou nespokojeni s vlastním tělem, drží diety, které vedou k rozvoji tohoto onemocnění. Velice časté jsou příčinou stresové životné události, jako například stres ze životních událostí, nevhodné poznámky ze strany spolužáků z důvodu právě tělesné hmotnosti. Téměř u 80 %, kterým bylo diagnostikováno záchvatovité přejídání, trpí alespoň jedním dalším psychiatrickým onemocněním jako fobie, de-

prese, post-traumatická stresová porucha, bipolární porucha, úzkosti nebo zneužívání návykových látek (Vilímovský, 2019).

5 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ PPP

5.1 Ortorexie

Je patologická posedlost zdravou stravou, slovo se skládá ze dvou řeckých slov jako je „orthos“- Zdravý a „orexis“ chuť. Ortorexie je zprvu projevuje tak, že pacient je zaměřuje na zdravou stravu, obchody se zdravými potravinami, a na hledání informací, jak se tyto potraviny vyrábí, co obsahují, a tím se stává posedlost a hlavní náplň času. Roste strach z nezdravého jídla, tím se výběr potravin zužuje na minimum. Nemocný začíná ztrácet svou hmotnost a být podvyživený. Neustále musí myslet na jídlo jako při mentální anorexii, tudíž často vznikají úzkosti a deprese, které vedou pocitu osamění a skutečné izolaci. ortoretici jsou radikální odpůrci uměle hnojených a geneticky upravovaných potravin. Výhradně nakupují bio potraviny ve specializovaných obchodech. Nemocní touto nemocí si myslí, že po požití „nezdravých“ potravin mohou být otráveni nebo vážně nemocní (Ideální, 2014).

5.2 Bigorexie

Bigorexie se týká především tělesných proporcí ve smyslu posedlosti vlastním vzhledem. Je to porucha vnímání vlastního těla, kdy nemocný usiluje o dosažení často nereálných hodnot ve své fyzické zdatnosti nebo svých fyzických proporcí. Nemocní s touto poruchou si připadají slabí, nedostatečně svalově vyvinutí. Bigorektici jsou schopni postavu jako z kulturistického časopisu nebo akční filmu udělat opravdu hodně. Spousty času tráví v posilovně, zneužívají bílkovinné doplňky a látky, který podporují svalový růst. Mezi hlavní riziko patří „overuse syndrom“ - poškození pohybového aparátu dlouhodobým přetěžováním, dále přetěžování trávicího traktu především ledvin a jater. Často trpí nadváhou kvůli vyššímu příjmu energie. Z duševního hlediska trpí sociální izolací. Jejich hlavním tématem je především konverzace o posilování a stravě. Další problémy může způsobit nedostatek financí (Ideální, 2014).

5.3 Drunkorexie

Označuje opakované redukování příjmu potravy za účelem snížit příjem kalorií, a dovolit si tak pít více alkoholu. Tato posedlost vychází z faktu, že alkohol je poměrně kalorický (zejména tedy tvrdý alkohol), hlavní roli tu hraje nespokojenost svou postavou a úzkost z přibírání. Tato porucha postihuje více ženy. Hlavní nebezpečí spočívá v tom, že se alkohol v žaludku vstřebává rychleji, následovně rychleji do jater, a tudíž účinek alkoholu

je silnější a nebezpečnější. Mícháním tvrdého alkoholu s energetickými nápoji je riziko vysokého krevního tlaku a srdeční činnosti, snížení schopnosti vnímat únavu a následným kolapsem. Po psychické stránce pacienti zažívají úzkosti, „pomejdanové“ deprese, společenské strádání, podrážděnost z hladu, izolace a závislost na alkoholu. Velice často může vzniknout i závislost na alkoholu (Ideální, 2014).

6 RIZIKOVÉ FAKTORY PŘI VZNIKU PPP

6.1 Antropometrické rizikové faktory

Jedním z častých rizikových faktorů je právě pohlaví, nejčastěji jsou ohroženy ženy. Záchvatovitým přejídáním trpí především ženy 2,5x častěji než muži, anorexií a bulimií jsou ohroženy až 10x tolik. Další ze spekulací je PPP mezi muži a jejich identitou či sexuální preferencí. PPP onemocní 27 % mužů, kteří jsou homosexuálně nebo bisexuálně zaměřeni (Papežová, 2010).

Dalším z rizikových faktorů je uváděn etnický původ. Poruchy příjmu potravy, obzvláště anorexie, jsou často nazývány jako nemoc „bílých“ dívek. Některé výsledky výzkumů prováděných v USA skutečně naznačují, že Afroameričanky jsou se svým spokojenější a drží diety méně často, přestože mají průměrně vyšší BMI. Dalším psychosociálním faktorem je věk. Nejrizikovějším pro onemocnění je adolescence a časná. Pro toto období je také rizikové propuknutí i jiných duševních onemocnění, na rozdíl od předchozích dvou faktorů je věk proměnlivým znakem (Papežová, 2010).

6.2 Osobnostní faktory

Impulzivita je jedním z častých osobnostních faktorů, jedním z možných vysvětlení záchvatovitého přejídání je právě nedostatečná kontrola impulzů, existuje také silná asociace mezi zneužíváním návykových látek a pozdějším onemocněním PPP (Papežová, 2010).

Spousta lidí především dívek se pokoušela někdy v životě zhubnout, dokud je nepřinutil hlad se opět najíst. Dívky měly na sebe vždy vysoké požadavky a dostaly se k tomu, co si předsevzaly. Zvýšenou úroveň perfekcionismu nacházíme především u dívek trpících mentální anorexií. Rodinné studie našly u přímých příbuzných lidí s PPP zvýšenou míru perfekcionismu. Zdá se tedy, že OCD (obsedantně – kompulzivní porucha) nebo osobnostní rysy s ní spojené jsou dědičné perfekcionické rysy se u dívek objevují již od dětství. Snaží se mít vše přesně tak jako má být, například uklizený pokojíček apod. Riziko roste i tam, kde je nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem (Papežová, 2010).

Dále z jedním rizikových faktorů je negativní emocionalita. Byly srovnávány dívky s PPP a zdravými jedinci. Mezi dívky trpící MA byly významně nalezeny pre-morbidní poruchy osobnosti, OCD, separační úzkostí a panickou poruchou. Dívky s mentální bulimií častěji trpěly sociální úzkostí a hraniční poruchou osobnosti (Papežová, 2010).

6.3 Rodinné faktory

V dnešní době je velice častý problém s příjmem potravy ve druhé i třetí generaci, který bývá utajovaný a neléčený. Postihuje to častěji ženy (matky, babičky, tety), hraje zde roli určitá dispozice k nezdravému stravování, preference některých jídel a množství zkonsumovaného jídla. Dalším z rizikových rodinných faktorů je traumatická událost jako může například rozvod rodičů, rodinná krize, vážná ztráta, alkoholismus či jiná závislost v rodině (Papežová a Hanusová, 2012).

Většinou se pojí více rizikových faktorů, které pravděpodobně onemocnění zvyšují. Kombinace úzkostné povahy, rodiny, které apelují na výkon dítěte, touha po dokonalosti vede ke vzniku onemocnění nebo ho naopak nadále udržuje (Papežová a Hanusová, 2012).

Rodiny se často snaží najít viníka, vracejí se do minulosti, obviňují se navzájem a mají pocity viny. Nemoc se pak stává určitým organizačním principem života rodiny. Vše se podřizuje péči, jednání podle zlepšení či naopak zhoršení stavu postiženého jedince. Rodinný příslušníci pečují následovně nemají energii a čas na své vlastní potřeby, bývají unavení, podráždění, může dojít k sociální izolaci rodiny, a následovným zhoršení rodinných vztahů. Rodina by měla přijmout minulost, neobviňovat, soustředit se na současnost a uzdravení (Papežová a Hanusová, 2012).

Dalšími rodinnými faktory pro vznik poruch příjmu potravy je role rodičů při formování úspěchu, krásy a při vytváření jídelních a pohybových návyků dítěte. V neposlední řadě i nadměrná očekávání, kritičnost, vysoká autorita rodičů či naopak nedostatek jejich péče a empatie (Krch, 2022).

6.4 Rizikové povahové rysy

Jedním z rizikových povahových rysů je perfekcionismus a potřeba pozornosti, snaha být dokonalý, vyniknout mezi ostatními a tím utišit zvýšenou sebekritičnost a nízké sebevědomí. Potřeba kontroly, zranitelnost a nejistota ohledně sama sebe, zvýšená snaha zalíbit se druhým a mít situace pod kontrolou. Pacienti chtějí mít kontrolu nad jídlem, která zastupuje nestabilní instinkty a radosti, mají touhu mít morální převahu nad ostatními, morální je pro ně překonat vlastní potřeby, včetně jídla. Jsou sebetrestající za každý nevydařený pokus či nějaký problém si nevědí rady, říkají si, jak jsou špatní, a kdyby byli perfektní, tak by takové problémy neměli či by je měli pod kontrolou. Bývají méně citliví na

odměnu, a naopak přecitlivějí na potrestání, citliví na poznámky, negativní emoce odmítnutí či jakoukoli kritiku (Papežová a Hanusová, 2012).

6.5 Kult štíhlosti, diety

K nárůstu onemocnění v nynější době přispěla kultura apelující na přílišnou štíhlost v prostředí se snadným přístupem k vysoce chutným jídlům. Zdůrazňování na kost vyhublých modelek a různých diet jako vzoru normálního stravování mladých dívek nemoc dále udržuje. Internetové úpravy zevnějšku na sociálních sítích vedou k falešným představám a ideálům dokonalé štíhlosti. Významným osobnostem například herečkám mohou grafici spojit jiné, štíhlejší tělo. Tuto virtuální realitu je třeba mladým lidem hledajícím vzory objasňovat.

Diety jsou dnes obecně provozovanou aktivitou, přesto problém obezity v populaci narůstá. Diety s nedostatkem kalorií vedou postupně k porušování pravidel zdravého stravování z hladu. Neustále se zabývání tím, co jíme, zda se jedná o „zdravá“ a „tučná“ jídla se může změnit v posedlost, a to může být velmi nebezpečné (Papežová a Hanusová, 2012).

6.6 Životní události

Spouštěcími faktory mohou být různé životní události. Nejčastěji to bývají různé narážky na tělesný vzhled a tloušťku od vrstevníků či neuvážených dospělých. Což bývají často trenéři, pedagogové, sexuální zneužití, nemoci (například při infekční mononukleóze, kdy pacient musí dodržovat přísnou dietu, a u které zhubne) nebo rodinné problémy (Procházková, 2006).

6.7 Partnerské vztahy

Mezi partnery dochází k častým neshodám a nečistkám k rozchodu, to především kvůli rozdílnému pohledu na společný život, častým hádkám kvůli jídlu, náladám či neochotě partnerky se léčit. Po uzdravení již partnerka nechce být zcela submisivní, chce rozhodovat o svém životě zcela sama bez kontroly partnera. Úvahy o rozchodu může být odhalován z vděčnosti partnerky, co pro ni partner po dobu nemoci udělal, či pocitů viny z její strany (Černá, 2008).

6.8 Intimita a sex

Jedním z příznaků PPP je i narušený vztah k tělu, kdy partnerka cítí ke svému tělu nenávisť, nesnese slovní kompliment či fyzický dotyk. Především u mentální anorexie bývá

častá ztráta zájmu o pohlavní styk či jiný tělesný prožitek. Bývá to častý důsledek neuspokojeného obživného pudu. Se stupněm vyhladovění přirozeně klesá zájem o sex. U mentální anorexie se objevuje problém přijetí ženské role a dospělosti, což nezřídka vede ke strachu z pohlavního styku (Černá, 2008).

6.9 Sociální sítě

Každodenní užívání sociálních médií je stále populárnější mezi mladistvými. Jejich užíváním zejména těch médií, jež hojně pracují s fotografickým obsahem, je jedním z častých faktorů při vyvolání poruch příjmu potravy. U konzumentů tohoto obsahu, převážně dívek, vzniká nespokojenost se svým tělem, která může vést až ke stresu či depresi. Lidé mají zkreslené představy, kterých se snaží dosáhnout. Sociální média vyvolávají unikátní a konzistentní tlak na své uživatele (McClean a kol., 2017).

6.10 Pro-anorektické a pro-bulimické blogy

Tyto blogy jsou internetové skupiny, kde se dobrovolně sdružují holky trpící s poruchami příjmu potravy. Tyto blogy vyhledávají pro inspiraci, sbírají tam motivaci k hubnutí, a radí si, jak toho, co nejlépe a nejrychleji dosáhnout. Tyto webové stránky mají negativní a nebezpečný dopad na dívky (Pilářová, 2019).

7 KOMPLIKACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy způsobují řadu zdravotních komplikací, které významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti jak u mentální anorexie, tak bulimie (Krch, 2005).

7.1 Kardiovaskulární komplikace

Z 90 % nemocných PPP se můžeme setkat s kardiálními komplikacemi. Nejčastější z nich je sinusová bradykardie s frekvencí méně než 60 tepů/min. Je to způsobeno snížením metabolismu (úsporou energie) a vagovou hyperaktivitou. U obdobného počtu nemocných se můžeme setkat s hypotenzí, kde tlak klesá pod 90/60 mmHg., což způsobeno chronickým snížením objemu tekutin a ortostatickými změnami, které vedou k vertigu a náhlé ztrátě vědomí. Nadužívání diuretik či projímadel vede k narušení elektrolytové rovnováhy, a to k následnému vyvolání srdečních arytmií. Může dojít až ke smrtelné srdeční zástavě (Krch, 2005).

7.2 Renální komplikace

Renální komplikace se mohou objevit až u dvou třetin anorektiček. U pacientek, které zneužívají zvracení, diuretika či laxativa, a jsou dehydratované, mají poruchy elektrolytové rovnováhy. Dlouhodobé užívání laxativ může vést k chronickému renálnímu selhání. U lidí s PPP se setkáváme s nízkou hladinou draslíku, sodíku a chloru. Čtvrtina anorektiček je potřeba doplňovat magnezium. A u jedné pětiny vznikají otoky končetin (Krch, 2005).

7.3 Gastrointestinální komplikace

Častým příznakem (až 50 %) u mentální bulimie je benigní zduření parotických slinných žláz. Zvýšená citlivost skloviny na teplo a zvýšená kazivost zubů. V důsledku zvýšeného vytavení působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku zánětů jícnu. Zpomalení procesu vyprazdňování žaludku, které pak vyvolávají pocit plnosti a nadmutosti i po konzumaci malého množství jídla. Dále zhoršená motilita tenkého střeva, komplikace v oblasti tlustého střeva je především zácpa. U podvýživy s nedostatkem bílkovin se vyskytují abnormality funkce jater vedoucí k poruše funkce jater. Vyskytují se stavy hypoglykemie (Krch, 2005).

7.4 Kosterní komplikace

Vyžívání kostí se v období aktivní mentální anorexie zpomaluje a vývoj kostí se může zcela zastavit, když hmotnostní úbytek dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruace. Prokazatelná osteoporóza vzniká už během dvou let mentální anorexie a významně koreluje s délkou choroby a s indexem tělesné hmotnosti. Při snížené denzitě kostí výrazně roste riziko patologických zlomenin a mnoho anorektiček usilovně cvičí, i když denzitu kostí mají velmi nízkou (Krch, 2005).

7.5 Endokrinní komplikace

Charakteristickým rysem mentální anorexie je amenorea, která se objevuje při ztrátě více než 15 % optimální hmotnosti, když obsah tuku klesne pod kritickou úroveň daného jedince. Dokonce i po návratu k normální tělesné hmotnosti amenorea po nějakou dobu přetrvává až u poloviny anorektiček. Dalším známým příznakem MA je hypogonadismus, který je doprovázený nízkými bazálními plazmatickými hladinami luteinizačního a folikulo stimulačního hormonu. Celková hladina tyroxinu (T4) je nižší, než je laboratorně přijatelné. Hladina volného trijodtyroninu (T3) je však snížena na polovinu. U velmi podvyživených pacientek se jako obranný mechanismus a vlivem stresu objevuje infertilita (neschopnost otěhotnět) (Krch, 2005).

7.6 Neurologické komplikace

Akutní porucha elektrolytové rovnováhy způsobená zvracením, diuretiky může vyvolat řadu neurologických komplikací, včetně generalizovaných tonicko – klonických křečů, stavů akutní zmatenosti, tetanie, svalové slabosti a přechodných neurologických příznaků, které se podobají příznakům přechodné ischemie mozku. Více než 40 % anorektiček trpí svalovou slabostí, z méně častých komplikací jsou bolesti hlavy, náhlá ztráta vědomí, dvojité vidění a poruchy hybnosti (Krch, 2005).

7.7 Metabolické komplikace

Dalším úkazem narušení funkce hypofýzy a autonomních funkcí u pacientek s MA je zhoršení regulace tělesné teploty. Metabolismus glukózy je narušen, tudíž často v testech na glukózovou toleranci hodnoty svědčí pro diabetes. Narušení metabolismu kalcia, kdy dochází ke sníženému vstřebávání a zvýšenému výdeji močí. S tím souvisí zpomalení tvorby kostí. U 50 % anorektiček je zvýšená hladina cholesterolu v krvi. Dále zpomalení metabolismu, kdy dochází k nedostatečné přeměně tuků, sacharidů, proteinů, aminokyselin a nukleových kyselin v těle (Krch, 2005).

7.8 Dermatologické komplikace

Z nedostatečné výživy se může vyskytnout suchá šupinatá kůže, lanugo (které je především na tvářích, končetinách a trupu) a karotenodermie, což způsobuje nažloutlé zbarvení kůže. Z úmyslného zvracení například purpura, modřiny, mozoly na hřbetech rukou a kožní vyrážky z užívání projímadel a diuretik (Krčh, 2005).

7.9 Psychiatrické komplikace

U pacientů, kterým byla diagnostikována PPP, tak je mohou doprovázet úzkostné a depresivní poruchy. Obsedantně kompulzivní porucha se často vyskytuje u anorektiček a bulimiček. Rozvoj hraniční poruchy osobnosti, projevující se především závislostí na blízké osobě. Časté zneužívání, respektive závislost na návykových látkách (Kocourková a kol., 2018).

8 LÉČBA PPP

V posledních deseti letech se značně rozšířila nabídka různých léčebných a psycho-terapeutických přístupů užívaných v terapii poruch příjmu potravy (Krch, 2005). K posouzení diagnózy, zdravotních rizik a následků onemocnění a zabezpečení adekvátní následné péče. Většina pacientů přichází ke svému praktickému lékaři bez stěžování na symptomy PPP, často se za to stydí a bagatelizují dané onemocnění (Krch, 2005).

8.1 Hospitalizace

Nejčastější důvod k hospitalizaci nemocných s PPP je potřeba lékařské stabilizace, a nemocniční léčba je v těchto případech z lékařského hlediska nezbytně nutná. Při rozhodování o potřebě hospitalizace existuje několik obecných vodítek:

- 1) Nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u podvyživených pacientů.
- 2) Přerušování záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání projímadel
- 3) Zhodnocení a léčba jiných vážných zdravotních obtíží
- 4) Léčba některých přidružených stavů jako je například deprese, sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek

Délka hospitalizace je několik týdnů či měsíců. Cílem hospitalizace je získat minimálně 90 % cílové hmotnosti. Doporučená rychlost hmotnostního přírůstku je 0,5-1 kg týdně (Krch, 2005).

8.2 Ambulantní péče

Do ambulantní péče jsou zařazeni pacienti, kteří již podstoupili několik let různé formy léčby, a nakonec dospěli do situace, kdy už nechtějí podstoupit další léčbu nebo souhlasí s tím, že psychoterapie má jen velmi malou pravděpodobnost na úspěch z dané léčby. Tato forma lékařské péče se nezaměřuje na překonání PPP, ale pouze na navrácení pacientů do stabilní formy (Krch, 2005).

8.3 Svépomocná terapie

Pacienti s mírnými příznaky, a u kterých může dojít ke zlepšení nebo úplnému uzdravení na základě svépomoci nebo edukativní intervence. Léčba zaměřená na osvětu má značný vliv na chování některých pacientů, ale výsledky nejsou tak přesvědčivé jako kognitivně-behaviorální terapie (Krch, 2005).

8.4 Rodinná terapie

Rodinná terapie je léčbou první volby pro mladé pacienty a u některých pacientů žijících se svojí rodinou. V případě, kde jsou rodinné konflikty, by měla být rodinná terapie považována za vhodný doplněk k individuální terapii (Krch, 2005).

8.5 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří základy pro značnou část léčby mentální anorexie. Individuální KBT je terapií, která se doporučuje pacientkám, pro které není vhodná vzhledem k věku rodinná terapie, a mají středně těžké až vážné příznaky. KBT vytvořená Fairburnem a jeho spolupracovníkem zdůrazňuje pro mentální bulimii následující body: 1. vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, myšlenky a pocity, 2. pravidelné vážení, 3. změna schématu jídelního chování, 4. kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby, 5. zavedení prevence relapsu (Krch, 2005).

8.6 Farmakoterapie

První farmakologické terapie v oblasti PPP byly publikovány v šedesátých letech. V léčbě MA a MB se uplatňují především preparáty užívané v léčbě jiných psychických poruch, zejména antidepresiva a antipsychotika. Farmakoterapie PPP má především za úkol regulovat příjem jídla a tělesné hmotnosti, zaměřovat se na léčbu psychických poruch, zejména deprese, a odstraňovat somatické potíže zapříčiněné poruchami příjmu potravy (Krch, 2005).

PRAKTICKÁ ČÁST

Pro empirickou část byl zvolen kvalitativní výzkum prováděn pomocí rozhovoru. Tento výzkum jsem vybrala, protože je zaměřený přímo na dané jednotlivce trpící poruchami příjmu potravy. Otevírá možnost většího proniknutí do tématu, subjektivní nahlížení a seznámení se s danou problematikou. Cílem mého výzkumu bylo pomocí rozhovoru (interview) zjistit, které faktory sociálního prostředí měly vliv na vznik a rozvoj poruch příjmu potravy. Získané informace byly následovně porovnány, kde byl kladen důraz na odhalení společných znaků. Vybrány byly dívky, které se léčí či léčily s poruchami příjmu potravy.

9 FORMULACE PROBLÉMU

V dnešní době jsou psychické problémy čím dál častější, a právě poruchy příjmu potravy se řadí mezi ně. Postihují, jak muže, tak ženy v jakémkoliv věku. Velký vliv mají sociální sítě a média, na kterých je moderní řešit zdravý životní styl, fitness, veganství a vyřazování tzv. “junk food“. Na sociálních sítích se lidé snaží prezentovat, co v nejlepším možném světle a uživatelé se tak každodenně setkávají s mýtem dokonalého života. Spousta lidí si neuvědomuje, že toto onemocnění může skončit i smrtelně.

10 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

10.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit pomocí rozhovorů, jaký byl vliv sociálního prostředí (rodinný vliv, sociální sítě, škola) na vznik poruch příjmu potravy u mých respondentek.

10.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

Cíl 1. – Zjistit, jaké vlivy měly hlavní podíl na vznik poruch příjmu potravy

Cíl 2. – Zjistit, jaké důsledky měly poruchy příjmu potravy na rodinné, přátelské a partnerské vztahy.

Cíl 3. – Zjistit, jak se změnil pohled pacientek na dané vlivy.

Cíl 4. - Zjistit, jak participantky vnímaly sebe samy před onemocněním, během onemocnění a po případném vyléčení.

10.3 Výzkumné otázky

- 1) Co ovlivnilo v daném případě nejvíc vznik PPP?
- 2) Měly poruchy příjmu potravy vliv na společenské vztahy? Například s rodinou, přáteli či partnerské vztahy?
- 3) Změnil se pohled participantek na vlivy, které přispěly ke vzniku PPP?
- 4) V čem se lišilo vnímání „svého já“ před onemocněním, v průběhu a po vyléčení?

11 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr participantů byl záměrný. Dívky jsou ve věku 21–22 let. Obě dívky se léčily s poruchami příjmu potravy. Jedna dívka s mentální anorexií, a následně s mentální bulimií, a druhá dívka jen s mentální anorexií. Byly hospitalizovány na klinice pro poruchy příjmu potravy, momentálně jsou již několik let v domácím léčení. Obě dívky ústně souhlasily s rozhovorem, kde mi podaly podrobné informace o jejich onemocnění. Nepřejí si uvádět své jméno, ani jména svých příbuzných.

12 METODIKA PRÁCE

Pro mou bakalářskou práci jsme zvolily kvalitativní výzkum z důvodu podrobnějšího sběru informací o participantech. Kvalitativní výzkum využívá podrobný popis každodenních situací, lze problém velmi detailně popsat. Provádí se pomocí osobních rozhovorů. Je časově náročnější, ale ke sběru dat stačí málo respondentů.

Pro tento typ bakalářské práce byl použit ke sběru dat otevřený rozhovor, kdy mi participantky, zodpověděly na dané otázky. Otázky jsem měla předem připravené, některé se v průběhu rozhovoru měnily, podle předchozí odpovědi.

13 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal přes Microsoft Teams, z důvodu velké vzdálenosti respondentek. Oba rozhovory byly nahrávány na diktafon mobilního telefonu. S první participantkou trval minimálně tři hodiny, s druhou hodinu a půl. Rozhovor byl prováděn v měsíci únor. Praktickou část jsem začala psát v průběhu měsíce února, výzkumné cíle jsme si vztyčily již v listopadu 2021. Výzkumu jsme se věnovala téměř každý den, kdy to bylo zaměřené na rodinné, školní, internetové vlivy na vznik poruch příjmu potravy. Zahrnut byl i průběh onemocnění, komplikace a terapie.

14 ZPRACOVÁNÍ DAT

Rozhovory jsem pro účely práce upravila, vyfiltrovala jsem zbytečné pasáže a nechala pouze ty, jež v sobě nesou důležité informace. Pro zpracování kvalitativních dat jsem použila kódování a následnou kategorizaci kódů. Kódování slouží jako vyznačení důležitých informací, jež se v rozhovoru objevují, a propojení praktické a teoretické části práce. S kódy budu následně pracovat v analýze a interpretaci dat. Nakonec jsem kódy kategorizovala do jednotlivých významových kategorií, jež vycházejí z teoretické části. Tyto kategorie jsou pak pro přehlednost přiřazeny třem nad-kategoriím: Diagnostika a léčba, Komplikace a Rizikové faktory (tabulka této kategorie je pro svou rozsáhlost rozdělena do dvou částí).

14.1 Rozhovor s participantkou č.1

14.1.1 Osobní anamnéza:

Jaká je tvá současná váha a výška?

„Má současná váha je 53 kg na 169 cm, což je optimální váha k poměru mé výšce.“ (BMI v normě).

Máš nějaké zájmy či koníčky?

„Mým největším momentálním zájmem je cvičení, chození na procházky, poznávání nových míst a lidí. Dřív jsem se věnovala 9 let závodně karate, které mi zpětně velice chybí.“ (Přetrvávající nadměrný pohyb).

Vyslechla sis někdy nějaké negativní připomínky od tvého trenéra? Například na tvou postavu?

„Ne, nikdy jsem nic takového nezažila, můj trenér mě naopak vždycky podporoval“

Jak bys popsala svoje charakterové vlastnosti?

„Podle mě jsem celkem milá, a často se usmívám, snažím se na okolí přenášet dobrou náladu, a negativní emoce se snažím řešit spíše sama. Jsem celkem dost extrovertní, a nedělá mi problém začít s kýmkoli navázat konverzaci, pokud se ale ve společnosti necítím dobře jsem spíše tichá a jen naslouchám.“ (Potřeba pozornosti).

„Z těch negativních vlastností bych vyzdvihla asi to, že když mi někdo řekne něco negativního, tak si to беру osobně, a pak nad tím hodně přemýšlím, a ovlivňuje to dost moji náladu. Každopádně i s tímto se snažím pracovat.“ (Sebekritičnost).

Byla jsem v dětství nějak častěji nemocná či Ti bylo diagnostikované nějaké onemocnění?

„Od dětství jsem často trpěla akutní bronchitidou, anemií, úzkostným astmatem, později na záněty močového měchýře, jinak nic vážnějšího mi nikdy diagnostikováno nebylo.“

14.1.2 Rodinná anamnéza

Máš sourozence? Pokud ano, popiš aspoň nějaké charakterové vlastnosti, vzdělání, a podobně.

„Mám jednu vlastní sestru, je o čtyři roky mladší než já. Studuje zdravotní školu, ale studium je ukončené výučním listem. Jinak bych mou sestru popsala jako více introvertní, línou a na můj vkus je málo cílevědomá. Ale abych tu neříkala jen negativní rysy. Líbí se mi na ni to, že není lakomá, vždycky si vzpomene na mé narozeniny, a koupí nějakou maličkost, která mě mile překvapí.“ (Rodina PPP nejuje).

Jací jsou tví rodiče? Jaký máš s nimi vztah?

„Můj otec umřel, když mi byly tři roky, takže jsem ho nestihla moc poznat. Ale matně si pamatuji, jak jsem za ním byla v nemocnici, jak leží na lůžko téměř nehybně. Má matka dřív byla dřív závislá na alkoholu, a příliš se o mě nestarala, vzala si mě do péče babička z otcovo strany. Nicméně s matkou teď relativně vycházím. Když mám nějaký problém, tak se mi vždy snaží pomoci, každopádně je velmi výbušná, tudíž s ní nemůžu trávit tolik času, abychom se nijak nepohádaly.“ (Závislost v rodině, Ztráta rodiče).

A babička? Jaké měla na Tebe nároky?

„Babička se o mě starala téměř ukázkově. Byla na mě vždy hodná, ale zároveň přísná. Kladla na mě vysoké nároky ohledně školy, šetření peněz, což ve mně vyvolalo pocit, že si nemůžu nic moc koupit, abych ušetřila, a neměla výčitky, že rozhazuji peníze. V situaci ohledně otce mě moc nechtěla pouštět ven s kamarády, a spousty věcí mi často vyčítala. Například, že jsem radši s kamarády než s ní, že nevím, jak dlouho tu bude, když je stará. Což ve mně vyvolávalo také určité úzkosti, a přišla jsem si provinile. Teď už je to lepší,

spousty věcí jsme si vyjasnily, a nemůžu si na ni stěžovat, naopak jsem si uvědomila, jak jsem ji teď“ vděčná za vše, co pro mě udělala.“ (Vysoké nároky, Kritičnost).

Jaké jsou stravovací návyky ve Vaší rodině?

„Má babička vaří českou kuchyní, často vaří smažené jídlo, omáčky. Pijí se u nás sladké limonády. Nicméně v babičky domácnosti nenajdu nikdy alkoholické nápoje, a nekupují se chipsy. Má matka se také nestravuje nijak zdravě, jí jen menší porce, a každý den si dá pivo. Matky tělesná kompozice je i přes to malá, trpí podváhou. Naopak ze strany babičky mají většina nadváhu, což byl také první impuls.“ (Nezdravé stravování).

Trpěl někdo ve tvé rodině poruchami příjmu potravy?

„Nemám informace o tom, že by někdo poruchami příjmu potravy někdo trpěl. Jen si pamatuji, že jeden čas moje matka jedla jeden banán denně po traumatizující události, a zhubla na 40 kg při výšce 168 cm. Ted‘ je to zase v pořádku.“ (Rodina PPP neguje).

14.1.3 Scholarita a zaměstnání

Jaké je tvé nejvyšší dosažené vzdělání a v jakém oboru?

„Momentálně je mé nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnická škola s maturitou, pokračuji na vysoké škole v bakalářském studiu, kde navštěvuji 3. ročník. Chtěla bych dále pokračovat v magisterském oboru.“ (Zvýšená snaha).

Jaký si podle Tebe student?

„Na základní škole jsem byla považována za takzvaného šprta, kdy jsem nad tím učením trávila spousty času, bavilo mě to. Podobně to bylo až do 2.ročníku na střední školu, kde jsem téměř premiant třídy. Ve 3. a 4. ročníku mi začaly problémy s jídlem, a šlo to poznat i na mém studijním průměru. Na vysoké škole bych se zhodnotila jako průměrný student. Plním své školní povinnosti, ale snažím se si i užívat. Důležitý je podle mě balanc.“ (Perfektionismus).

Zažila jsi někdy šikanu ze strany spolužáků či učitelů?

„Ano, na základní škole do 6. třídy mi spolužáci nadávali, měli na mě různé narážky, že jsem šprt, a podobně. Bála jsem se chodit do školy, ale nikdy jsem to doma neřekla, dokud to babička na mně sama nepoznala. Ze strany učitelů bylo vždy vše v pořádku. Naopak si myslím, že jsem byla poměrně oblíbená.“ (Šikana).

14.1.4 Vznik a rozvoj nemoci

Kdy si začala hubnout?

„Pamatuji si, že to bylo ve 3. ročníku na střední škole, kdy jsem chtěla jen trochu zhubnout, protože jsem nebyla úplně spokojená se svou postavou.“ **(Zkreslený pohled na své tělo).**

Jak se to u Tebe dále rozvíjelo?

„Okolí října, kdy bylo ještě relativně teplo jsem začala lehce běhat, uběhla jsem jen 3 km, a byla jsem spokojená. Pak jsem chtěla běhat trochu víc, tak jsem to posunula na 5 km asi 2 - 3x týdně, ale stravu jsem nijak neřešila. Jedla jsem opravdu hodně a nezdravě. Ještě bych chtěla zmínit, že má váha na začátku byla 64 kg na 169 cm. Uvědomila jsem si, že bez zlepšení stravy, to nepůjde. Začala jsem se zajímat o zdravou stravu, ale nebrala to úplně striktně. Chodila jsem občas s kamarády do fast foodů, a podobně. Neviděla jsem žádné zlepšení, tak jsem se snažila dodržovat stravu trochu striktněji. Začala jsem si dělat zdravé snídaně, obědy, večeře a ve škole jsem měla zdravé svačinky. A do toho jsem stále běhala. Zhubla jsem asi na 56 kg, což se mi líbilo, protože mě všichni chválili, jak mi to sluší. Pokračovala jsem dál, začala jsem dokonce cvičit doma, a jíst míň a míň. Byla jsem posedlá tím mít denně přes deset tisíc kroků. Pokud to tak nebylo, měla jsem opravdu zkažený den.“ **(Nadměrný pohyb).**

„Okolo prosince jsem můj jídelníček vypadal asi takto: snídaně – kávé bez mléka, svačina – řecký jogurt s 0 % tuku, půlku jablka, k obědu – kuřecí maso na vodě s trochou rýže, a k večeři dva bílky. Mně na tom nepřišlo nic divného, myslela jsem si jen, že jím jen víc zdravě. Během 3 měsíců jsem zhubla 21 kilogramů, tudíž jsem se dostala na váhu 43 kg. Bála jsem se každého sousta, nejedla jsem červenou zeleninu (rajčata, papriky), protože jsem si myslela, že je více kalorická než zelená.“ **(Přísné diety).**

„O Vánocích jsem si řekla, že si dám takový volnější režim. Dala jsem si cukroví, ale měla jsem z toho takové výčitky, že jsem šla zvracet. A tímto začala moje období mentální bulimie. Kdykoliv jsem snědla něco ‚zakázaného‘, musela jsem se jít okamžitě vyprázdnit. Nejčastěji jsem využívala zvracení, kdy jsem po přejídání vypila další 2 litry vody, aby se mi přeplnil žaludek, a šlo mi lépe se vyzvracet. Jindy jsem naopak používala projímadla, kdy jsem byla schopna vypít 300 ml Lactulosity a do toho celý Guttalax. Bylo mi hrozně, brečela jsem bolestí, ale i tak jsem pokračovala. Do toho jsem intenzivně cvičila, kdy jsem cvičila

odpoledne po škole například kardio, večer jsem posilovala. O víkendu to samé. Tudiž jsem cvičila min. 10x týdně, denně 2 hodiny. Ale nehubla jsem, tím, jak jsem se přejídala, kdy jsem snědla opravdu velké množství jídla. Můj záchvat přejezení vypadal podobně: Celá čokoláda, 3 donuty, 3 sušenky, celý pytlík bonbonů, 2 rohlíky s pomazánkou, a tohle celé jsem ještě zapila 2 litry vody. Ze začátku to bylo „jen“ 3 - 4x týdně, postupem času se to zvýšilo až na 7x denně!“ (Purgativní typ)

Kdo si toho poprvé všimnul? Jak Tě upozornili?

„Úplně první, kdo to věděl byl můj přítel. Kdy jsem se jednoho dne vzbudila, zvažila se, kde mi ukázala váha 42 kg, a já běžela za ním mu to říct. Tím, jak jsem zhubla, tak si toho i dost všímalo okolí, například se mě spolužačky ptaly, jestli nejsem nějak vážně nemocná. Poté když se to přehouplo v bulimii, tak mě babička viděla poprvé zvracet na záchodě, přišla jsem si hrozně, přišla jsem za ni a ona brečela. Po jednom záchvatu přejedení ve škole mě zastavila učitelka, a zeptala se mě, co se semnou děje, dřív jsem se pořád hlásila, měla dobré známky, teď stále jen spím, a navíc jsem hrozně zhubla. Přiznala jsem se k tomu, potřebovala jsem pomoc.“ (Podezření rodiny na PPP)

Jak k tomu přistupovala rodina?

„Babička z toho byla velice špatná, za jejích dob tohle nebylo tak běžné. Jednou mi řekla, že se za mě v tomto ohledu stydí, to mě opravdu bolelo. Moje teta šla za mou obvodní lékařkou, ať si mě pozve na běžnou prohlídku, a nezapomene mě zvážit. To já jsem vůbec netušila. Jinak mi přišlo, že nikdo jiný to nijak neřešil. Jen mi občas říkali, že jsem už hodně hubená.“ (Absence podpory)

Jaký jsi v té době měla vztah s přáteli a spolužáky?

„Vždy, když si na to vzpomenu, tak se cítím provinile. Na své kamarády jsem si neudělala téměř žádný čas. Radši jsem chodila do posilovny, když už jsem s nimi náhodou šla, tak jsme museli jít na procházku, abych se necítila provinile, že nic nedělám. Pokud mi nabízel, zda s nimi půjdu na oběd, do kavárny, popovídat si do parku, vždy jsem takové pozvání odmítla. Ve škole jsem byla do sebe hodně uzavřená, chodil do třídy i můj přítel, a já se bavila jen s ním, i přes to, že jsem byla dřív dost přátelský člověk. O přestávkách i o hodinách jsem hodně spala.“ (Sociální izolace)

Jak ovlivnilo onemocnění tvůj partnerský vztah?

„Můj přítel mě neskutečně podporoval, navštěvoval mě, když jsem byla hospitalizovaná. I přes to, jak to semnou bylo těžké. Byla jsem náladová, často nepříjemná, zaneprázdněná jídlem a cvičením, a nedalo se semnou normálně mluvit. Byl semnou od začátku až do konce, kdy jsem se z toho v rámci možnosti vyléčila, a nikdy nezminil to, že by mě kvůli tomu opustil.“ **(Podpora od partnera).**

V dnešní době je trend vše sdílet na sociální sítě, lidi se tam ukazují jen v nejlepším možném světle, mělo to na Tebe nějaký vliv?

„Abych pravdu řekla, hodně jsem pozorovala různé fitness stránky, stránky o jídle, pozorovala jsem ostatní a zaměřovala se na jejich postavu. Když někdo sdílel, co jedl přes den, porovnávala jsem, jestli náhodou nejí míň než já. Přišlo mi, že všichni například na platformě Instagramu, měli dokonalé postavy. Koukala jsem často na videa na Youtube, kde jsem si pouštěla například „My anorexia story“, a byla zfascinovaná z toho, jak ty děvčata byla hubená.“ **(Sociální sítě).**

Četla si někdy Ana blogy? Chtěla ses tam inspirovat?

„Ano, Ana blogy jsem četla, a někdy mě napadlo vyzkoušet, co se tam píše. Každopádně i přes to mi to přišlo docela drastické a nevracela jsem k nim.“ **(Ana blogy bez vlivu).**

14.1.5 Terapie

Léčila ses s PPP? Byla jsi hospitalizovaná, v ambulantní péči či ses s tím dokázala vypořádat sama jen s pomocí rodiny?

„Považovali mě za závažný případ. Navštívila jsem ambulantně psychiatrického lékaře, který mi okamžitě vystavil papír k hospitalizaci, odkud mi po dvou dnech přijetí, volali, zda mohu nastoupit. Zprvu jsem to odmítla, po konverzaci s přítelem, nejlepší kamarádkou jsem se rozhodla, že léčbu podstoupím. O pár dní později nastoupila, a následovně tam strávila dva měsíce.“ **(Hospitalizace).**

Jak probíhala hospitalizace? Jaký si měla vztah s pacientkami na oddělení?

„Hospitalizace trvala dva měsíce, a já zrovna byla v maturitním ročníku, takže mě stresovalo to, že místo školy, jsem někde zavřená. Každopádně hospitalizace byla fajn, v tom smyslu, že každý z nás byl na stejné vlně, nebyly tam žádné výjimky, podporovaly jsme se navzájem. Vztah s pacienty bych hodnotila kladně, našla jsem si tam přátele, s kterými se

bavím stále. Samozřejmě se tam nešel někdo, kdo mi trochu vadil, a neměl jsem si s tím člověkem, co říct. Ohledně personálu si nemůžu stěžovat, chovali se profesionálně a byli konkrétně na mě celkem hodní. Vyzdvihla bych to, že díky dennímu programu, který většinou trval až do odpoledne jsme neměli tolik čas přemýšlet nad stravou, cvičení. Chodili jsme na různé terapie, například arteterapie, posezení s panem doktorem Krchem, relaxace apod. Odpoledne jsme měli svůj vlastní program, jezdila mě navštěvovat rodina, zpracovávala jsem si maturitní otázky a poseděli s ostatními na balkoně či večer u televize.“ (KBT)

Jaký byl tvůj stav po propuštění z hospitalizace?

„První týden po propuštění jsem se snažila navázat na stejný režim jako na klinice pro PPP. Bohužel, ale přišlo poprvé, kdy jsem se přejedla. Myslela jsem si ale, že to bude jenom jedenkrát, přece jenom už jsem byla tak dlouho bez zvracení, projímadel apod. Ale přišlo to podruhé, potřetí, a pak čím častěji, kdy se to opět vyšplhalo na 5x denně. Bála jsem se to už někomu říct, přece vždyť“ jsem se vrátila z tak dlouho léčení, to už musím být zdravá, to si, ale mysleli pouze ostatní. Psychicky jsem na tom byla ještě hůř než před hospitalizací, možná to bylo bližící se maturitou, velkým očekáváním od ostatních, a po hádkách s přítelem. Byly dny, kdy jsem jenom ležela v posteli, a nebyla jsem schopna ničeho, jenom se přejídala a plakala. Měla jsem neskutečný pocit selhání, a kolovaly ve mně myšlenky, že jsem k ničemu, nedokážu se vyléčit, to trvalo až do začátku školního roku. S přestupem na vysokou se to zlepšilo, až ale tak po půl roce. Myslím, že mi dost pomohlo to, že jsem nebyla pod neustálým dozorem, byla jsem tam sama za sebe, chodila jsem ven s přáteli, bavila mě výuka, a tohle všechno si myslím, že mi změnilo mé myšlenky, chování, a zachránilo život.“ (Ambulantní péče)

14.1.6 Komplikace a následky onemocnění

Objevily se u Tebe nějaké komplikace v průběhu onemocnění?

„Ano, v průběhu onemocnění jsem trpěla zácpou, nadýmáním, častými záněty jícnu kvůli častému zvracení a zvětšené uzliny, které bych přirovnala i k velikosti ping pongového míčku.“ (Gastrointestinální komplikace).

„Dále suchá kůže, vypadávání vlasů a lámání nehtů.“ (Dermatologické komplikace).

„Měla jsem nízký tlak i pulz (nejméně 36 pulzů/min.) a kolapsy.“ (Kardiovaskulární komplikace).

„Jednou podle laboratorních výsledků mi lékaři řekli, že hodnoty vypovídají o akutním selhání ledvin.“ (**Renální komplikace**).

„Velmi mi vadila zima, seděla jsem ve škole ve svetru, bundě, měla dvoje ponožky, a i přes to jsem mi byla zima.“ (**Metabolické komplikace**).

„Trpěla jsem úzkostí, nespavostí, neustálými vtíravými myšlenkami na jídlo, a kompulzivita ve cvičení.“ (**Psychiatrické komplikace**).

Přetrvávají stále u Tebe zmíněné následky?

„Ano, i přes úpravu stravy stále trpím na zácpy. Mám stále nízký pulz, okolo 45 pulzů za minutu. A bývá mi často zima, jinak si nevybavuji už nic jiného, co by mohlo být spojené s onemocněním.“ (**Komplikace částečně přetrvávají**)

14.1.7 Aktuální stav

Jak vnímáš svůj současný stav? Máš pocit, že jsi vyléčená?

„Nemyslím si, že se dá z toho stoprocentně vyléčit. Vždy tam budou nějaké myšlenky na jídlo, či cvičení. Já teda jím relativně normálně, jen si nedávám smažené věci jako je například řízek nebo smažený sýr. Nepiju sladké limonády, vlastně tekuté kalorie, kromě alkoholu mi dělají problém. Ale už nezvracím, ani nepoužívám projímadla. Dost ale má strava záleží na cvičení, pokud v ten den mám málo pohybu, mám z toho výčitky, a jím trochu méně než obvykle. Cvičit potřebuji, abych si vyplavila endorfiny. Naštěstí nad jídlem nepřemýšlím celý den, nemám už takovou kompulzivitu ke cvičení jako dřív. Beru nadále preventivně antidepresiva, a musím říct, že mi velice pomáhají. Netrpím úzkostnými stavy, které mě zužovaly a přijdu si šťastnější“ Navštěvuji psychiatrickou ambulanci, ale většinou si tam chodím jen pro recept, a můj lékař se mě zeptá jen na pár základních otázek. Jinou terapii nepodstupuji.“ (**Komplikace částečně přetrvávají**).

Popiš svůj současný vztah s rodinnými příslušníky.

„Náš vztah se velmi zlepšil, s babičkou už se nehádáme kvůli jídlu, já nejsem podrážděná, tudíž jsem příjemnější. Babička je teď spokojená, že si s ní dám oběd, co uvaří. Přijde mi, že se i dokážeme víc bavit o různých věcech, už je to mezi námi více přátelský. Vztah s mamkou mám asi stejný jako před tím, jezdím ji navštěvovat, popovídáme si, a druhý den ráno zase odjíždím. Myslím si, že si celkem rozumíme. Se sestrou se můj vztah taky nijak výrazně nezměnil. Tím, že je více taková uzavřená, tak nevedeme nějak dlouhé konverzace.

Dobrý vztah mám ještě s tetou, sestřenkou, a ostatní členy nijak nevidám, takže nijak více komentovat nebudu.“ (**Zlepšení rodinných vztahů**).

Jaký máš momentálně vztah s přáteli a spolužáky?

„Spousty lidí mě v období mé nemoci opustily, což na jednu stranu chápu, protože jsem na ně neměla čas, a byla více nekomunikativní, na druhou stranu si říkám, že pravý přítel by tu pro mě měl být, i když to se mnou není zrovna jednoduché a o mé nemoci ví. Tudiž mě ani nemrzí, že jsem o takové lidi přišla, protože jsem si uvědomila, že je ve svém životě nepotřebuji. Ti, co zůstali, tak s nimi mám teď skvělý vztah, snažím se s nimi vídat, jak jen často to jde, a nesmírně si jich vážím za to, že tu pro mě byli pořád. Na střední jsem měla se spolužáky průměrné vztahy, nijak extra jsem se s nimi nebavila, tudíž ani teď se s nimi nevidám. Se spolužáky na vysoké mám také průměrný vztah, ale našla jsem si tam velice dobré kamarádky.“ (**Aktivní společenský život**).

Jaký je tvůj aktuální vztah s partnerem?

„Máme stále dobrý vztah, často spolu komunikujeme, někdy podnikáme výlety, a myslím, že jde ze mě cítit, jak jsem v klidu. I on je díky tomu klidnější. Takže náš vztah se nijak výrazně nezměnil, naopak je to lepší než před tím.“ (**Podpora od partnera**).

14.2 Rozhovor s participantkou č.2

14.2.1 Osobní anamnéza

Jaká je tvá současná váha a výška?

„Má současná výška je 170 cm a váha 58 kg, BMI mám v normě.“ (**BMI v normě**).

Máš nějaké zájmy nebo koníčky?

„Momentálně ráda pečuju o svého koně s tím je i spojená jízda na něm. Je to pro mě určitý druh relaxu, jezdit s ním po lese. Dále se věnuji fitness, kdy občas cvičím doma, jindy zase ve fitness centru. Dříve jsem dělala závodně fotbal.“ (**Přetrvávající nadměrný pohyb**).

Měl na Tebe trenér či spoluhráči nějaké narážky? Například na tvou postavu?

„Ano, občas jsem si vyslechla narážky na mou postavu. Například mi říkali, že mám velký zadek.“ (**Šikana**).

Jak bys popsala své charakterové vlastnosti?

„Je pro mě celkem náročné popisovat sama sebe, ale z těch pozitivních vlastností bych řekla, že jsem cílevědomá a spolehlivá. Z těch negativních vlastností jsem někdy choleric-ká, ovlivnitelná okolím a slyším jen to, co chci.“ (Perfekcionismus).

Byla jsi v dětství nějak častěji nemocná či Ti bylo diagnostikováno nějaké onemocnění?

„Ne, nebyla jsem v dětství nějak častěji nemocná, žádné úrazy či operace jsem také nepodstoupila.“

14.2.2 Rodinná anamnéza

Máš nějaké sourozence? Pokud ano, popiš nějaké charakterové vlastnosti, vzdělání, a podobně.

„Mám dvojče, bratra. Můj bratr vystudoval střední školu zaměřenou na strojírenství, momentálně již pracuje v kanceláři pro firmu, co staví domy. Nepřijde moc pilný, flegmatik, u ničeho moc dlouho nevydrží. Je nadaný ve sportu. Aktuálně spolu vycházíme nejlépe za posledních několik let. Jako malí jsme měli často běžné sourozenecké spory.“ (Rodina PPP neguje).

Jací jsou tví rodiče? Jaký máš s nimi vztah?

„Žiji s oběma rodiči v domku se zahradou. Má matka pracuje jako účetní. S ní mám momentálně velice dobrý vztah, beru ji jako svou kamarádku. V mém nejhorším období nemoci jsme se ale často hádaly kvůli jídlu. Můj otec je truhlář. S ním vycházím také dobře.“ (Zlepšení rodinných vztahů).

Měli na Tebe rodiče vysoké nároky?

„Neřekla bych, že oni měli na mě vysoké nároky, spíš jsem je měla já sama na sebe. Nikdy po mně nechtěli, abych nosila domu samé jedničky, tohle bylo z mé vůle. Samozřejmě jsem si nemohla dělat úplně cokoli, ale nechávali mi volnou ruku s tím, že jsem rozumná, a věří mi.“ (Vysoké nároky neguje).

Jaké jsou stravovací návyky ve vaší rodině?

„Moje rodiče s bratrem se stravují klasickou českou kuchyní, o víkendu se dělají například různé omáčky. Nijak se nepřejídají, zbytečně nejdí například McDonald, chipsy, a různě. Já

si vařím sama, zdravěji a tím, že jsem vegetariánka, tak si dělám bezmasá jídla.“ (**Nezdravé stravování**).

Trpěl někdo ve Vaší rodině poruchami příjmu potravy?

„Nemám informaci o tom, že by někdo poruchami příjmu potravy u nás v rodině někdo trpěl. Můj otec je kompozičně silnější, má mírnou nadváhu. Má matka je štíhlejší, ale BMI má stále v normě.“ (**Rodina PPP neguje**).

14.2.3 Scholarita a zaměstnání

Jaké je tvé nejvyšší dosažené vzdělání a v jakém oboru?

„Momentálně mám dokončené čtyřleté gymnázium s maturitou. Pokračovala jsem dál na veterinu v Brně, studium je na 5 let, kde po úspěšném dokončení bych měla dosáhnout titulu MVDr.“ (**Zvýšená snaha**).

Jaký jsi podle Tebe student?

„Již od základní školy bych řekla, že jsem jeden z těch lepších studentů. Momentálně veterinární škola je velice náročná, naštěstí jsem zvládla třetí zkouškové bez větší újmy. Věnuji škole spousty času, protože jsem takového názoru, že je vzdělání v dnešní době důležité. Navíc mě tato škola baví a naplňuje o to lépe se mi to učí.“ (**Perfekcionismus**).

Zažila jsi někdy šikanu ze strany spolužáků či učitelů?

„Šikanu jsem ve škole naštěstí nikdy nezažila. Minimálně tu fyzickou ne, někdy jsem slyšela jen narážky na mou postavu, stejně jako od spoluhráčů z fotbalu.“ (**Šikana**).

14.2.4 Vznik a rozvoj nemoci

Kdy si začala hubnout?

„Začala jsem hubnout v únoru 2017, kdy jsem začala postupně vyřazovat potraviny, těmi potravinami bylo například pečivo, smažené věci, limonády a sladkosti. Nakonec jsem vyřadila téměř vše, a jedla především hodně zeleniny, krekry, rýžový chlebičky. V tomhle období šla váha velice rychle dolu, za půl roku jsem zhubla přes 10 kilogramů určitě.“ (**Přísné diety**).

Jak se to u Tebe dále rozvíjelo?

„Po zhubnutí deseti kil za půl roku, mě mamka vzala k doktorce, že se ji něco nezdá. Řekli mi, že tam jdu jen kvůli kontrole, jaké jsou mé laboratorní hodnoty, když jsem nejedla maso.“ (Vegetariánská strava).

„Protože můj jídelníček vypadal asi takto – snídaně: ovesná kaše, oběd: něco zeleninového a k večeři: rýžový chlebič s vegetariánskou pomazánkou. Když viděla, jak jsem zhubla, tak byla naštvaná, a nechala mě následovně hospitalizovat na dětské psychiatrii, kde jsem byla hospitalizovaná pouze týden. Nechala jsem se propustit do domácího léčení s tím, že se s tím vypořádám sama. Měla jsem i sestavený jídelníček od nutričního terapeuta, který byl na přibírání. Nebyla jsem s tím v pohodě, ale chtěla jsem, aby si ostatní mysleli, že přibírám, tak jsem se před vážením přepíjela vodou, ale i tak jsem postupně hubla. V roce 2018 mi na to přišli, protože to nešlo utajit, a má váha dosáhla 42 kilogramů.“ (Restriktivní typ).

„Lékařka mě nechala hospitalizovat na klinice pro poruchy příjmu potravy, kde jsem strávila dva měsíce. Nechtěla jsem zůstat déle, protože jsem měla pocit, že mi ta léčba víc nepřinese, navíc jsem byla v maturitním ročníku, a musela jsem se připravovat. Po příchodu z nemocnice jsem navštěvovala psychiatrii ambulantně, dostala se na zdravou váhu, ale mé myšlení stále není v pořádku. Neustálé myšlenky na jídlo a cvičení, tam jsou.“ (Kompulzivita)

Kdo si toho poprvé všimnul? Jak Tě upozornili?

„První, kdo si toho všimnul byla moje mamka, následovně potom ve škole. Nejdříve mi říkali, jak mi to sluší, když jsem zhubla. Když jsem hubla dál, tak přišly naopak negativní komentáře o tom, jak je ošklivý, že jsem zhubla, tak moc, a jak mi všude koukají pouze kosti.“ (Podezření rodiny na PPP).

Jak k tomu přistupovala rodina?

„Myslím si, že se mě snažili podporovat, ale já jsem to tak nevnímala. Hodně jsme se s rodiči hádali, především kvůli jídlu, říkali mi, co mám a nemám jíst. Takže bohužel, ale v té době jsme neměli moc dobrý vztah.“ (Absence podpory).

Jaký si v té době měla vztah s přáteli a se spolužáky?

„V té době jsem téměř ven nechodila, protože jsem na to neměla energii a ani náladu. Bratr mě často chtěl brát do společnosti, ale to jsem odmítala. Díky tomuto jsem přišla o kamarády. A vztahy se spolužáky byly podobné. Měla jsem často špatnou náladu, občas jsem i ležela a plakala na lavici, a nijak jsem nekomunikovala s mým okolím.“ (**Sociální izolace**).

Měla jsi v té době partnera? Pokud ano, ovlivnilo onemocnění tvůj partnerský vztah?

„V té době jsem neměla žádný vztah. Ani jsem žádný nevyhledávala. Myslím si, že ani oni by nechtěli být semnou, když jsem vypadala tak, jak jsem vypadala.“ (**Bez vztahu s partnerem**).

V dnešní době je trend vše sdílet na sociální sítě, lidé se tam ukazují jen v nejlepším možném světle, mělo to na Tebe nějaký vliv?

„Samozřejmě jsem si prohlížela nějaké stránky o jídle, fitness, ale nemyslím si, že by mě to nějak ovlivňovalo. Ale měla jsem jednu kamarádku, která také měla mentální anorexii, a tu jsem obdivovala, jak jí to sluší, a že bych chtěla být také takhle hubená. Ale nijak zvlášť mě to neovlivňovalo.“ (**Kamarádka s PPP**).

Četla si někdy Ana blogy? Chtěla ses tam inspirovat?

„Ana blogy znám, něco jsem i četla, ale nikdy jsem se z těchto stránek neinspirovala.“ (**Ana blogy bez vlivu**).

14.2.5 Terapie

Jak ses s léčila s PPP? Byla jsi hospitalizovaná, v ambulantní péči či ses s tím dokázala vypořádat sama jen s pomocí rodiny?

„Tím, že mě mamka poslala k té obvodní lékařce, tak jsem následovně byla hned hospitalizovaná. Vydržela jsem tam týden, a poté chodila na kontroly ohledně váhy, navštěvovala jsem psychiatrickou ambulanci, ale jinak jsem se léčila doma. To mi, ale nepomohlo, a já dále hubla, nechali mě podruhé hospitalizovat, tentokrát přímo na klinice pro poruchy příjmu potravy, kde jsem strávila dva měsíce.“ (**Hospitalizace**).

Jak probíhala hospitalizace? Jaký si měla vztah s pacientkami na oddělení?

„Hospitalizace probíhala každý den na podobné bázi, ráno jsme měli snídani, poté nějakou terapii například relaxace, dopolední svačinu, a následovala další terapie, oběd, sezení, svačina, odpolední volno, večeře a druhá večeře. Museli jsme si například připravovat jídelničky, chodit na arteterapie, muzikoterapie, relaxace, a všechno bylo povinné. Jedenkrát za týden jsme měli vycházky na pár hodin, a pokud byl náš stav, alespoň v rámci možnosti stabilizovaný, tak jsme měli propustku na víkend, kdy jsme mohli být venku od rána a vrátit se večer. Jedenkrát po dobu hospitalizace jsme jeli domu, abychom si vyzkoušeli, jak nám to půjde. Jinak myslím si, že mi hospitalizace pomohla. Líbilo se mi, že jsme na tom byli všichni stejně, museli jíst všichni to samé, podstupovat stejné terapie. Nelíbily se mi limity ohledně jídla, dávali nám na to málo času. A s pacientkami jsem měla vztah průměrný, snažila jsem se věnovat svůj volný čas především maturitním otázkám.“ (KBT).

Jaký byl tvůj stav po propuštění z hospitalizace?

„Můj stav se zlepšil jen z hlediska váhy, přibrala jsem, a měla jsem BMI v normě. Jinak na jídlo jsem stále hleděla, jedla zdravě, ale snažila jsem se jíst vícekrát denně. Jinak více detailně si to již nepamatuji.“ (Částečně úspěšná léčba).

14.2.6 Komplikace a následky onemocnění

Objevily se u Tebe nějaké komplikace v průběhu onemocnění?

„Ano, z těch nejzávažnějších bych asi řekla amenorea. Dále mi byla neustále zima. Vypadávaly mi vlasy, a zhoršila se mi kvalita zubů.“ (Endokrinní komplikace).

„Tvořily se mi modřiny. Měla jsem nízký tlak a pulz.“ (Kardiovaskulární komplikace).

„Dále se u mě objevily psychiatrické komplikace, a to především úzkosti spojené s jídlem.“ (Psychiatrické komplikace).

Přetrvávají u Tebe zmíněné následky?

„Momentálně u mě přetrvává amenorea. A to již třetím rokem. Jinak ostatní komplikace se postupně začaly zlepšovat.“ (Endokrinní komplikace).

14.2.7 Aktuální stav

Jak vnímáš svůj současný stav? Máš pocit, že jsi vyléčená?

„Neřekla bych o sobě, že jsem úplně vyléčená, protože do jisté míry to asi nejde nikdy. Po váhové stránce jsem v pořádku, nicméně to nesignalizuje psychické problémy. Stále řeším stravu, která i dost závisí na mém pohybu, pokud ho nemám tolik jím přes den miň. Jediné, v čem jsem se momentálně posunula je to, že zajdu s přítelem do restaurace. Sice si tam vždy dám něco zdravějšího, ale v mém nejhorším období jsem nechodila vůbec, protože jsem bála sníst jídlo, které mi připravil někdo jiný, nebo když jsem alespoň neviděla, jak ho připravuje. Snažím se.“ (Komplikace částečné přetrvávají).

Popiš svůj současná vztah s rodinnými příslušníky?

„Mám pocit, že je to mnohem lepší než před tím. S mamkou si rozumíme, a je to jako moje kamarádka, nevznikají doma tak často hádky kvůli jídlu. Uznali, že si můžu vařit sama zdravá jídla, ale nesmí to být malé porce, a nechťejí znovu vidět, že hubnu. I s bratrem si rozumím víc. Jde i na tátovi vidět, že se kvůli mně méně trápí.“ (Zlepšení rodinných vztahů).

Jaký máš momentálně vztah s přáteli a spolužáky?

„Samozřejmě mě spousty lidí kvůli mé nemoci opustilo, ale se současnými přáteli se vidám, pokud mám. Bohužel kvůli mému studiu je to náročné, a ještě studii daleko od mého rodného města, a když přijedu domu, tak jsem raději s rodinou nebo s přítelem. Se spolužáky mám takový neutrální vztah. Navíc tím, jak jsem více introvertní, tak mi nevádí být tolik sama. Alespoň mám čas se učit, cvičit, a další moje aktivity.“ (Částečná sociální izolace).

Zmínila jsi, že chodíš s přítelem do restaurací. Jak on Tě vnímá? Jsou u vás časté neshody?

„Bohužel se občas pohádáme. Například kvůli amenoree, kdy zmiňuje to, že by chtěl jednu děti, dále třeba mám svůj vlastní názor na svoji postavu, a on mi to vyvrací.“ (Partnerské konflikty).

„Na druhou stranu mě podporuje, snaží se, abych na to tolik nemyslela, takže podnikáme různé výlety.“ (Podpora partnera).

14.3 Kategorizace

Tabulka 1 Kategorizace: Diagnostika a léčba

Diagnostika a léčba			
Diagnostická kritéria	Typ PPP	Léčba	Současný stav
Nadměrný pohyb	Purgativní typ	Hospitalizace	BMI v normě
Zkreslený pohled na své tělo	Restriktivní typ	KBT	Aktivní společenský život
Přísné diety		Ambulantní péče	
		Částečně úspěšná léčba	

Tabulka 2 Kategorizace: Komplikace

Komplikace	
Psychiatrické komplikace	Ostatní komplikace
Přetrvávající nadměrný pohyb	Gastrointestinální komplikace
Sociální izolace	Dermatologické komplikace
Kompulzivita	Kardiovaskulární komplikace
Částečná sociální izolace	Renální komplikace
	Metabolické komplikace
	Psychiatrické komplikace
	Endokrinní komplikace
	Komplikace částečně přetrvávají

Tabulka 3 Kategorizace: Rizikové faktory 1

Rizikové faktory 1		
Životní události	Rodinné faktory	Kult štihlosti
Šikana	Rodina PPP neguje	Sociální síť
Vegetariánská strava	Závislost v rodině	Ana blogy bez vlivu
	Ztráta rodiče	Kamarádka s PPP
	Vysoké nároky	
	Kritičnost	
	Nezdravé stravování	
	Podezření rodiny na PPP	
	Absence podpory	
	Zlepšení rodinných vztahů	
	Vysoké nároky neguje	

Tabulka 4 Kategorizace: Rizikové faktory 2

Rizikové faktory 2	
Rizikové povahové rysy	Partnerské vztahy
Potřeba pozornosti	Podpora od partnera
Zvýšená snaha	Bez vztahu s partnerem
Perfekcionismus	Partnerské konflikty

15 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

U obou participantek vedla k diagnostice poruch příjmu potravy dvě kritéria MKN-10, jimiž jsou nadměrný pohyb a zkreslený pohled na své tělo a také přísné diety. Participantka č. 1 má purgativní typ mentální bulimie, zatímco druhá participantka má restriktivní typ mentální anorexie.

Rizikové faktory se u obou participantek mírně liší, přesto některé faktory mají společné. U participantky č. 1 převažují zejména rodinné faktory. Specificky ztráta rodiče, vysoké nároky a kritičnost ze strany babičky, závislost v rodině, absence podpory a snaha o vyvážení nezdravého stravování. Mezi další faktory, které dívku ovlivnily řadíme šikanu a sociální síť. U druhé participantky především převažovala šikana. Za další faktory lze dle rozhovoru považovat přechod na vegetariánskou stravu a vliv kamarádky s PPP. Obě participantky mají následující rizikové povahové rysy: zvýšená snaha a perfekcionismus. V rodinách obou participantek se PPP nejuje a vystavení Ana blogům na ně nemělo vliv. Odpovědi na první výzkumnou otázku jsou výše zmíněné faktory.

Obě participantky měly při průběhu nemocí gastrointestinální, dermatologické, kardiovaskulární, metabolické a psychiatrické komplikace. U participantky č. 1 se dále vyskytly renální komplikace, jež jsou běžně spojené právě s purgativním typem. Naopak endokrinní komplikace, které mi popsala druhá participantka, převažují u restriktivních typů. Z rozhovorů jsem zjistila, že psychiatrické komplikace jsou jedním ze značných vlivů na společenské vztahy, které byly díky PPP velmi ovlivněné. Z těchto komplikací převažovala kompulzivita a sociální izolace, jež u druhé participantky částečně přetrvává dodnes. Sociální izolace vedla k narušení přátelských vztahů, k neshodám v rodině a občasným partnerským konfliktům.

Po zpracování dat z obou rozhovorů jsem zjistila odpověď i na třetí výzkumnou otázku: „*Změnil se pohled participantek na vlivy, které přispěly k vzniku PPP?*“ Nadměrný pohyb u obou dívek stále přetrvává, ale již nedrží přísné diety. Zkreslený pohled na své tělo také můžeme stále pozorovat. Sociální izolace u první participantky vymizela a vede aktivní společenský život. BMI je u obou dívek momentálně v normě. Sociální síť dnes ani jednu z dívek negativně neovlivňuje. Oběma se navíc zlepšily i rodinné vztahy.

Obě dívky podstoupily hospitalizaci a KBT léčbu, jež ovlivnila vnímání „svého já.“ Před onemocněním byly obě dívky perfekcionistky a vykazovaly zvýšenou snahu, zejména

při studiu. První participantka měla vysokou potřebu pozornosti, jelikož se jí nedostavovala od rodičů. Po vyléčení tato potřeba odpadla, zejména díky zlepšení rodinných vztahů a aktivnímu společenskému životu. U druhé participantky přešla introvertnost do téměř úplné sociální izolace. Po vyléčení je izolace pouze částečná. Před onemocněním a primárně v průběhu nemoci obě dívky nebyly konstantně spokojené se svou postavou. První participantka je již spokojená, u druhé nespokojenost do jisté míry přetrvává, přestože má index BMI v normě.

DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zaměřili na téma vlivu sociálního prostředí na vznik poruch příjmu potravy. Hlavním cílem bylo zjistit, jaký vliv sociálního prostředí měl souvislost se vznikem poruch příjmu potravy.

Participantkám jsem položila třicet otázek a další doplňující, jež vycházely z jejich předchozích odpovědí. Rozhovor byl veden otevřenou metodou. Dívky si chtějí uchovat svou anonymitu, proto neudávám jejich jména.

POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ

Naším prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaký byl hlavní podíl na vznik poruch příjmu potravy. U participantky č.1 jsme zjistili, že hlavní vliv na to mělo rodinné prostředí, ve kterém dívka žila. Doktor Krch ve své knize popisuje, že velká četnost v rozvoji poruch příjmu potravy souvisí s rodinnými událostmi (2005). První dívka popsala, že jí otec zemřel v raném věku, a matka se o ni nestarala. Dr. Krch uvádí ve své knize, že 17 % lidí s PPP bylo vychovááno s prarodiči kvůli neuspokojivému nebo konfliktnímu vztahu s rodiči (2005). Participantka č.2 uvádí, že hlavním vlivem byla šikana ze strany okolí a její perfekcionismus, který se promítl i do stravování. Lucie Černochová ve své diplomové práci píše, že anorektičky bývají velice orientovány na výkon, což se shoduje s výpovědí mé participantky (2012).

Dalším naším cílem bylo zjistit jaké byly následky poruch příjmu potravy na rodinné, přátelské a partnerské vztahy. Participantka č.1 uvedla, že na rodinné vztahy měly PPP velký vliv, často řešila doma konflikty s babičkou ohledně jídla. V té době byla často také podrážděná, což k dobrým vztahům rozhodně nepřispělo. Na přátelské vztahy měla nemoc značný vliv, dívka řešila jen stravování a cvičení a neměla čas na své přátele. O izolaci od okolí se zmiňuje široká škála odborné literatury, například dílo profesorky Papežové či doktora Krcha. O partnerském vztahu zmínila, že to jejich vztah posílilo v důvěře, a přesvědčila se, že se na partnera může obrátit i v takto těžkých chvílích. U participantky č.2 byla situace dosti podobná. S rodiči v akutní fázi mentální anorexie měla také špatné vztahy, kdy často vznikaly hádky kvůli stravě. A to především s matkou, otec o tom tolik nevěděl. Což zmiňuje i Čejková ve své bakalářské práci, kdy dívky otec o nemoci tolik netušil (2018). Stáhla se z okolí, a s přáteli se nepotkávala, protože měla svůj denní režim, který musel být vždy striktně dodržen. Taktéž ji několik přátel opustilo. Partnera v té době

neměla. Aktuálně má přítele, který se jí snaží pomáhat, každopádně mají občasné spory kvůli následkům PPP.

Třetím cílem bylo zjistit, jak se změnil pohled pacientek na dané vlivy sociálního prostředí. Participantka č.1 uvedla, že je stále perfekcionistická, ale nedbá na věcech, tolik jako dříve. Vztahy s rodinou a přáteli se zlepšily. Na sociálních sítích přestala sledovat věci ohledně hubnutí, zdravých potravinách nebo věcí, které ji nijak neusnadňovaly vyléčit se z poruch příjmu potravy. Souhlasí s odbornou literaturou, že sociální sítě velkým spouštěčem. Participantka č.2 se stále vnímá jako perfekcionistka. Nadále se snaží mít skvělý prospěch ve škole, vše musí mít svůj řád, a nerada něco mění. Ohledně vztahů s rodiči je také značné zlepšení jako u první dívky. S přáteli se nadále tolik nevidá, protože je radši se svým přítelem. Pohled na sociální sítě pro ni nijak nezměnil. Nadále sleduje to, co sledovala před onemocněním.

Dílčím cílem č.4 bylo zjistit, jak participantky vnímaly sebe samy před onemocněním, během a po případném vyléčení. U první dívky jsme zjistili, že před onemocněním na sebe měla sklony k perfekcionismu, například ohledně školy, kdy chtěla mít vždy samé dobré známky, vysoké nároky se objevily i ohledně stravování. Chtěla se zalíbit okolí, stejný důvod v bakalářské práci Pilařové odpovědělo více jak $\frac{3}{4}$ dotazovaných (2019). V průběhu onemocnění trpěla spíše úzkostmi, které ji celodenně zužovaly. Dr. Krch popisuje, že u pacientek s PPP se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné poruchy (2005). Stále myslela jen na jídlo, jak si po škole zacvičí, nachodí desítky tisíc kroků. Často měla úzkosti z toho, že ztratí své nejbližší. Momentálně má větší chuť do života, ráda tráví čas se svým okolím, cvičí jen proto, že jí to baví, a ne proto, aby spálila kalorie. Ohledně postavy už nemá zkreslené představy, a vnímá se jako zdravá holka s optimální váhou. U druhé dívky bylo zjištěno, že před onemocněním měla taktéž na sebe vysoké nároky jako participantka č.1 a chtěla ukázat okolí, že dokáže zhubnout. Hubnout chtěla i v průběhu onemocnění, i když věděla, že je v podvázce. Aktuálně sice nehubne, ale stále hledí na to, aby jedla méně kaloricky, a měla dostatek pohybu. Změna nálad už nemívá tak časté, díky čemuž se zlepšily jak vztahy s rodiči, tak i vztah k sobě samé. Černochová ve své diplomové práci zmiňuje, že dívky PPP překonaly především vlastním úsilím a díky silné vůli (2012).

LIMITY VÝZKUMU

Limitem bylo především citlivé téma, o kterém se málokdo dokáže otevřeně bavit tak, jako mé dvě participantky. Tím, že jsem dělala kvalitativní výzkum, tak jsem potřebovala vědět podrobné informace, kvůli nimž mi můj výzkum pár lidí, které se léčí či léčili s poruchami příjmu potravy odmítlo. Dalším limitem byla pandemická situace s onemocněním Covid-19.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro snížení poruch příjmu potravy je zásadním krokem předejití rizikových faktorů, jež vedou ke vzniku nemoci. Rodiče by na své děti neměli být ustavičně kritičtí a neměli by mít příliš vysoké nároky. Všechny požadované nároky, například ty, na úspěšné studium a cílevědomost, by s dětmi měli diskutovat, vysvětlovat své důvody a dát dítěti prostor, aby se podělilo o svůj názor a společně našli vhodný kompromis. Závislost v rodině by se měla urychleně řešit a dítě by se nemělo vystavovat jejím následkům. Naprosto zásadní je komunikace. Členové rodiny se mají maximálně podporovat a rodiče by se měli zajímat, zda děti nejsou cílem šikany.

Povahové rysy jako je perfekcionismus a nadměrná snaha by se neměly brát na lehkou váhu a rodiče by o nich opět měli s dětmi diskutovat. Důležitá je i osvěta v rámci sociálních sítí a prací s internetem. Vysvětlení klamně dokonalosti na sociálních sítích, toho, že se na nich lidé prezentují v nejlepším možném světle a jejich profily rozhodně nereprezentují reálný obraz, je v dnešní době naprosto zásadní.

Dále by rodiče měli znát změny v chování člověka, jež mohou ukazovat na poruchy příjmu potravy. Mezi změny můžeme zařadit: vyhýbání se jídlu s ostatními, vykazování napětí a zlosti u jídla, častá návštěva toalety po jídle, stěžování si na zácpy a požadování laxativ, preference dietních produktů, neochota návštěvy veřejných akcí, přílišné cvičení, neustálé postávání či pochodování a neochota navštívit lékaře. Změny jsou přehledně vypsány v edukační tabulce v první příloze práce.

Při podezření onemocnění blízkého poruchou příjmu potravy by se měla vyhledat odborná pomoc. Je zásadní se informovat o PPP, komunikovat s postiženým a hledat témata i mimo PPP. V době onemocnění bychom měli být oporou jak pro nemocného, tak pro ostatní členy rodiny a ustavičně se soustředit na drobné změny, kterých bylo dosaženo. Rozhodně neviňte člověka za to, že trpí PPP a onemocnění v žádném případě nebagalizuj-

te. Snažte se společně stolovat a nastavte pravidla, která budete řádně dodržovat. Rady pro pečující jsou přehledně vypsány v edukační tabulce v druhé příloze práce. V neposlední řadě je důležité mít na paměti, jaké věci nemocnému neříkat, abychom nezhoršili pacientům zdravotní stav. Výčet nabízí leták ve třetí příloze práce.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá vlivem sociálního prostředí na vznik poruch příjmu potravy. V teoretické části jsme se zabývali historií mentální anorexie a mentální bulimie, kde jsme dále definovali dané diagnózy, a vyzdvihli jejich hlavní příznaky. Popsali jsme záchvatovité přejídání a atypické formy poruch příjmu potravy. Další kapitola byla zaměřena na rizikové faktory při vzniku onemocnění, což pro nás bylo klíčové. V neposlední řadě jsme se věnovali léčbě a komplikacím PPP.

V praktické části jsme oslovili dvě dívky, které mají zkušenosti s poruchami příjmu potravy. Pomocí rozhovoru jsme se snažili zjistit podrobné informace, ty analyzovat, interpretovat a odpovědět na stanovené cíle. Zjišťovali jsme jaké vlivy měly hlavní podíl na vznik poruch příjmu potravy. Zda se nějak zásadně změnil pohled dívek na dané vlivy, které vedly ke vzniku onemocnění. Dále nás zajímalo, jaké to mělo na dívky důsledky ohledně vztahů s rodinou a přáteli. Zajímavým cílem pro nás bylo zjistit i jak se dívky vnímaly před onemocněním, během a po vyléčení.

Z výsledku vyplývá, že obě dívky byly perfekcionistky, což se promítá i ve snaze mít dokonalou postavu, se kterou nebyla ani jedna dívka spokojena před začátkem onemocnění. U jedné z dívek měly podíl rodinné vztahy, neboť žila s prarodiči, a u druhé naopak nevhodné poznámky z okolí na její postavu. Tyto spouštěče uvádí i velké množství odborné literatury. U druhé výzkumné otázky jsme zjistili, že onemocnění mělo značný vliv na rodinné a přátelské vztahy, kdy vznikaly časté konflikty kvůli stravě a podrážděnosti dívek. Ohledně přátelských vztahů se dívky spíše uzavřely do sebe, a raději trávily čas samy. Na otázku, zda se změnil pohled dívek na vlivy, které mohly přispět ke vzniku PPP se názory dívek lišily. Odpovědi se shodují v tom, že přetrvávají u dívek stále perfekcionistické rysy, ale už ne v takové míře jako před onemocněním. Sociální média je aktuálně nijak významně neovlivňují. Participantka č.2 ale zmínila, že negativní názory od ostatních na ní mají stále značný vliv. U poslední otázky jsme se dozvěděli, že obě dívky před onemocněním měly na sebe vysoké nároky a nebyly spokojené se svou vizualizací těla. V průběhu onemocnění měly obě děvčata i přes nízkou váhu zkreslené představy. Aktuálně se názory dívek liší, participantka č.1 se je spokojena se svou postavou, druhá dívka uvedla, že i přes optimální BMI je stále nespokojena s tím, jak vypadá.

Výstupem do zdravotnické praxe je naučný leták, který obsahuje slova a věty, které by se neměly říkat lidem trpícím poruchami příjmu potravy. I přes neúmyslně špatně vyjádřené pocity mohou lidé například relapsovat či stagnovat v léčbě. Vytvořili jsme edukační tabulku, jež obsahuje výčet změn chování člověka, který prochází poruchami příjmu potravy. Tato tabulka může pomoc pečujícím se soustředit na vypsání změny. Dále jsme vytvořili edukační tabulku pro rodiče, radili jsme, jak by měli přistupovat k nemocným. Zaměřili jsme se především na to, aby rodiče byli pro nemocné oporou.

SEZNAM LITERATURY

BMI kalkulačka [online]. [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://www.bezhladoveni.cz/bmi-kalkulacka/>

ČEJKOVÁ, Marcela. *Poruchy příjmu potravy pohledem dívky s mentální anorexií a bulimií*. Brno, 2018. Bakalářská práce. MUNI.

ČERNÁ, Ria. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery* [online]. 2. vydání. Praha: Anabell, 2008 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <http://www.herial.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf>

ČERNOCHOVÁ, Lucie. *Poruchy příjmu potravy u mladých žen*. Zlín, 2012. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati.

Česká potravinová pyramida [online]. 2015 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://www.foodfiltr.cz/ceska-potravinova-pyramida-2-0/>

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících* [online]. Praha: sancedetem, 2022 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/poruchy-prijmu-potravy-u-deti-dospivajicich#vliv-rodiny>

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.

MCLEAN, Siân A., aj. *A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders* [online]. 2017. [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/eat.22708>

Mentální anorexie: co to je? [online]. 2022. Praha: nzip.cz [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/702-mentalni-anorexie-zakladni-informace>

Ortorexie, bigorexie, drunkorexie [online]. Praha: ideální.cz, 2014 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: Příručka pro pomáhající profese* [online]. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK, 2012 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/358/poruchy-prijmu-potravy-web.pdf>

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-7369-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven? Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.*

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017 [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2018 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf

PILÁŘOVÁ, Nikola. *Vliv masových medií na poruchy příjmu potravy. Plzeň, 2019. Bakalářská práce. Západočeská univerzita.*

KOCOURKOVÁ, J., a kol., *Poruchy příjmu potravy* [online]. Brno: MUNI, 2018 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/el/fss/jaro2018/PSY499/um/PPP.pdf>

PROCHÁZKOVÁ, D., 2006, Brno. Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/q30kj/Bakalarska_prace.pdf. Bakalářská práce. MUNI.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996. ISBN 80-858-0033-0.

STÁRKOVÁ, Libuše. *Poruchy příjmu potravy - psyché a soma* [online]. Olomouc: Soukromá psychiatrická ambulance, 2005 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/01/03.pdf>

VILÍMOVSKÝ, Michal. *Záchvatové přejídání: příznaky, příčiny a léčba* [online]. Praha: medlicker, 2019 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/1359-zachvatovite-prejidani>

Záchvatové přejídání: co to je? [online]. Praha: nzip.cz [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://nzip.cz/clanek/706-zachvatovite-prejidani-zakladni-informace>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – Edukační tabulka 1: Jak se může změnit chování člověka?
- Příloha 2 – Edukační tabulka 2: Rady pro pečující
- Příloha 3 – Leták: Co nikdy neříkat lidem s poruchami příjmu potravy

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Edukační tabulka 1: Jak se může změnit chování člověka?

Poruchy příjmu potravy

Jak se může změnit chování člověka?

- | | | | |
|----------|--|-----------|--|
| 1 | VYHÝBÁ SE JÍDLU S OSTATNÍMI A JÍ RADĚJI SÁM | 8 | PREFERUJE DIETNÍ PRODUKTY, RÁD VAŘÍ PRO SVÉ OKOLÍ, ALE VYHÝBÁ SE OCHUTNÁVÁNÍ |
| 2 | PROJEVUJE ZNÁMKY NAPĚTÍ, ZLOSTI A NEPŘÁTELSTVÍ BĚHEM JÍDLA | 9 | NERAD CHODÍ NA NÁVŠTĚVY ČI NĚJAKÉ AKCE |
| 3 | JÍ POMALU, KRÁJÍ JÍDLO NA MALÉ KOUŠÍČKY A SMLOUVÁ | 10 | HODNĚ MLUVÍ O DIETÁCH, HUBNUTÍ NEBO O TOM, JAK VYPADÁ |
| 4 | MÁLOKDY ZMÍNÍ, ŽE MÁ HLAD ČASTO ŘEKNE, ŽE UŽ JEDL | 11 | HODNĚ CVIČÍ A SPORTUJE, STÁLE POSTÁVÁ NEBO POCHODUJE |
| 5 | ZBAVUJE SE JÍDLA DO ODPADKŮ, DO ZÁCHODU, SCHOVÁVÁ JÍDLO V POKOJI | 12 | STUDUJE A PRACUJE VYTRVALE, ZŘÍDKA JE UNAVEN A MÁLO ODPOČÍVÁ |
| 6 | ODCHÁZÍ PO JÍDLE NA ZÁCHOD | 13 | TVRDÍ, ŽE SE CÍTÍ LÉPE NEŽ PŘEDTÍM |
| 7 | STĚŽUJE SI NA ZÁCPY, POŽADUJE LAXATIVA | 14 | NEOCHOTA NAVŠTÍVIT LÉKAŘE, PODSTOUPIT PROHLÍDKU |

Obrázek 1 Edukační tabulka 1: Jak se může změnit chování člověka?

Zdroj vlastní.

Poruchy příjmu potravy

Rady pro pečující

- 1** INFORMUJTE SE O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY
- 2** KOMUNIKUJTE, HLEDEJTE TÉMATA I MIMO PPP
- 3** BUĎTE OPOROU JAK PRO NEMOCNÉHO, TAK PRO OSTATNÍ ČLENY RODINY
- 4** SOUSTŘEĎTE SE NA DROBNÉ ZMĚNY, KTERÝCH BYLO DOSAŽENO
- 5** NEVIŇTE ČLOVĚKA ZA TO, ŽE TRPÍ PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY
- 6** NEBAGALIZUJTE ANI NEZJEDNODUŠUJTE DANÉ ONEMOCNĚNÍ
- 7** SNAŽTE SE SPOLEČNĚ STOLOVAT
- 8** NEZAPOMÍNEJTE NA ČAS SAMI PRO SEBE
- 9** NAVRHNĚTE ODBORNOU POMOC
- 10** NASTAVTE PRAVIDLA, KTERÁ BUDETE ŘÁDNĚ DODRŽOVAT
- 11** NEZAPOMÍNEJTE NA SVŮJ VLASTNÍ ŽIVOT

Obrázek 2 Edukační tabulka 2: Rady pro pečující

Zdroj: Vlastní

Příloha 3 – Leták: Co nikdy neříkat lidem s poruchami příjmu potravy



“ S Tě nebude, vem si radši M. ”

“ Vždyť nejsi tak hubená, nevypadáš jako anorektička. ”

“ Proč trápíš svoje okolí? Tě jsi tak bezohledná? ”

“ Dnes jsem se ještě nestihl/a najíst. ”

“ A tohle všechno sníš? ”

“ Tě jsi zhubla? Sluší Tě to! ”

CO NIKDY NEŘÍKAT LIDEM S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY?

Nikol Lihlová, 2022

Obrázek 3 Leták: Co nikdy neříkat lidem s poruchami příjmu potravy

Zdroj: Vlastní