



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

Bakalářská práce

Poruchy příjmu potravy u dětí jako sociální a společenské téma

Vypracovala: Petra Blahoutová
Vedoucí práce: Mgr. Veronika Benešová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlašuji,

že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích dne 30. června 2023

Petra Blahoutová

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla velice poděkovat Mgr. Veronice Benešové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce. Poděkování patří i respondentkám, které mi poskytli potřebné informace k realizaci praktické části práce.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy u dětí v sociálním a společenském kontextu. Teoretická část je zaměřena na obecné vymezení poruch příjmu potravy, a jejich dopad na tělesnou a psychickou stránku jedince. Dále je zaměřena na příčiny, příznaky a možné léčebné postupy a metody. Teoretická část neopomene prevenci poruch příjmu potravy u dětí. Prvním cílem je zjistit míru sebehodnocení jedinců s poruchou příjmu potravy, kteří mají s nemocí zkušenosti ve věku 13–18 ti let. Druhým cílem je zmapování dopadu poruch příjmu potravy na osobní a společenský život jedinců. Praktická část je zpracovávána metodou kvalitativního výzkumu, součástí jsou výzkumné otázky, které směřují k cílům bakalářské práce. Sběr dat proběhl na základě rozhovorů s jednotlivci, pozorováním a pořizováním audiozáznamu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Poruchy příjmu potravy; rodina; děti; prevence; léčba; společnost

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with eating disorders in children regarding their social and societal context. The theoretical part is focused on the general definition of eating disorders and its causes, symptoms and possible treatment procedures and methods. The theoretical part does not neglect the prevention of eating disorders in children. The first goal is to determine the level of self-evaluation of individuals who have experienced eating disorder between the age of 13 and 18. Another aim is to map the impact of eating disorders on the personal and social life of individuals. The practical part uses qualitative research method including research questions that lead to the goals of the bachelor's thesis. Data collection was based on interviews with individuals, observation, and audio recording.

KEY WORDS:

Eating disorders; family; children; prevention; therapy; company

Obsah

Úvod	7
1 Charakteristika poruch příjmu potravy	8
1.1 Historie poruch příjmu potravy	8
2 Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících	10
3 Vymezení pojmu poruch příjmu potravy	12
3.1 Mentální anorexie	13
3.2 Mentální bulimie	14
3.3 Psychogenní přejídání	14
4 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy	16
5 Příznaky poruch příjmu potravy	18
6 Zdravotní problémy spojené s poruchami příjmu potravy	20
6.1 Psychické problémy	20
6.2 Fyzické problémy	21
6.3 Sociální problémy	22
7 Faktory ovlivňující výskyt poruch příjmu potravy	23
7.1 Biologické faktory	23
7.2 Sociokulturní faktory	24
7.3 Osobnost a psychické faktory	24
8 Léčba poruch příjmu potravy	26
8.1 Nová léčebná metoda	26
8.2 Možnosti léčby poruch příjmu potravy	27
8.3 Kam se obrátit	28
9 Prevence poruch příjmu potravy u dětí	30
10 Praktická část	32
10.1 Metoda výzkumu	32
10.2 Cíle práce, výzkumné otázky	33
10.3 Cíle práce	33
10.4 Výzkumné otázky	33
11 Výsledky	34
11.1 Rozhovor s respondentkami, které si prošly poruchou příjmu potravy	34
11.2 Kategorizace získaných dat	41
12 Diskuze	46
13 Závěr	51
Seznam použitých zdrojů	53
14 Seznam příloh	55

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou vážným tématem, které se v současné době stává stále významnějším uvědoměním společnosti. Navzdory množství odborných lékařů a pracovníků z jiných oborů, je veřejnost nedostatečně informována o této problematice, která se týká stále více obyvatelstva. Poruchy stravování postihují děti i dospělé a jsou závažným psychickým onemocněním, které může vést k smrti. Tento problém se netýká pouze dětí, u nichž se v důsledku pandemie COVID-19 výrazně zhoršila situace. Dospělí jsou také zasaženi touto problematikou. Stravovací návyky v naší společnosti jsou velmi problematické. Jednotlivec je ovlivňován mnoha faktory, které na něj působí. Stále více se klade důraz na vzhled místo toho, co si druzí myslí, jak zapadáme do společnosti, a hlavně jak vnímáme sami sebe. Zapomínáme, že lidská hodnota se neměří tím, kolik jedinec váží, ale tím, jaký je to člověk. Dnešní doba je digitalizovaná a lidé mají přístup k mnoha materiálům, které je ovlivňují. Sociální sítě a fotografie, kde každý má zdánlivě dokonalý život a postavu, mají zejména na děti v období dospívání velký vliv, ovlivňují jejich vlastní hodnoty a sebevědomí. Také přibývají studie, které upínají pozornost k problémům, které začínají v rodině. Z rodiny si odnášíme vzorce, které přejímáme v dětství a neseme si je do dospělosti.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou vysvětleny charakteristiky poruch příjmu potravy, příznaky, faktory a následky onemocnění, které se mohou vyloučit včasnou léčbou. Jsou zde uvedeny léčebné postupy a možnosti v léčbě. Popsána je i prevence poruch příjmu potravy.

Praktická část je zpracována kvalitativním výzkumem, metodou rozhovoru. Rozhovory probíhaly osobně s předem připravenými otázkami a s možností volných odpovědí. Rozhovory nebyly časově limitovány, respondenti měli k odpovědím čas podle potřeb. Výzkumné otázky jsou situovány na vytyčené cíle. Cílem práce je zjistit, jak jedinci hodnotí sami sebe při poruše příjmu potravy. Druhý cílem je zmapovat vliv poruch příjmu potravy na osobní a společenský život jedinců.

V teoretické části byly použity odborné knižní zdroje, internetové stránky a odborné články. Text je utvářen pomocí parafrázování a citací.

1 Charakteristika poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou označovány jako soubor psychických poruch. Tyto poruchy jsou charakterizovány určitou neschopností či poruchou přijímat dostatečné množství potravy. Někteří lidé trpí hladověním, zatímco druzí se snaží dosáhnout dokonalého těla extrémním cvičením a následným zvracením. Společným znakem všech těchto problémů je jídlo, zkreslené představy o vnímání svého těla a touha po dokonalosti. Může se zdát, že se jedná pouze o snahu o snížení váhy. Nicméně, hranice mezi zdravým hubnutím a nebezpečným vystavováním se psychickému a fyzickému zdraví je velmi tenká (Kubešová, 2022).

Přijímání potravy zahrnuje aspekty osobnostně psychologické, vývojově -psychologické a sociálně-psychologické. Jde o nemoc, která zahrnuje biologické, psychologické a sociální faktory, přičemž psychika a prostředí jedince hrají klíčovou roli (Hadaš, 2007).

Krch (2003) uvádí, že lidský život je stále více ovládán nevhodnými jídelními návyky. Příjem potravy se stává nesrozumitelným, složitým procesem pro lidskou potřebu. Papežová et al. (2018) ve své knize zdůrazňuje, že výskyt různých forem poruch příjmu potravy, jejich průběh a diagnostika se rychle vyvíjí. Často se lékaři setkávají s chronickým a dlouhodobě utajovaným problémem s jídlem, v důsledku čehož pak následuje komplikovaná léčba. Problém se netýká pouze jedince s poruchou příjmu potravy, ale ovlivňuje a zasahuje celou jeho rodinu, případně okolí.

Krch a Richterová (1998) ve své knize zmiňují větu vévodkyně z Windsoru, která prohlásila: „Žena nemůže být nikdy příliš bohatá ani příliš štíhlá“, zajisté si nebyla vědoma, že její slova se přeberou do dob dnešní společnosti, tzv. zlidoví.

1.1 Historie poruch příjmu potravy

Papežová et al. (2018) zmiňuje lékaře Faltuse, který uvádí, že problémy s příjmem potravy mají dlouhou historii. Už v 5. století př. n. l. se o nich zmiňuje záznam, kdy Hippokrates tuto poruchu nazval asithia. O mnoho století později, v 2. století n. l., popsal Galén jako první nemoc pod názvem anorexie. Sv. Kateřina ze Sienny, která zemřela dobrovolně hladem, se stala první zaznamenanou obětí této poruchy v 14. století. Pojem mentální anorexie byl zaveden až na konci 19. století. Bulimie byla v literatuře popsána jen sporadicky, jak uvádí Faltus. V antickém Římě se však ve vyšších vrstvách

konzumovalo jídlo v nadměrném množství a obžerství panstva je často zaznamenáno v kronikách. V minulosti bylo takové chování mezi společenskou elitou běžné jak ve starověku, tak i ve středověku. Již od nepaměti bylo nadměrné přejídání středem pozornosti. V 50. letech začalo být součástí mentální anorexie jedlictví a zvracení. Britský psychiatr Gerald Russel v roce 1979 oficiálně použil termín bulimia nervosa.

2 Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících

Papežová et al. (2018) zmiňuje, že mezi základní potřeby už od novorozeneckého věku patří jídlo, spánek a komunikace. Dítě úzce navazuje vztah s osobou při krmení nebo kojení. Dětská zkušenost s uspokojováním základních potřeb a navázáním vztahu, nejčastěji s matkou, ovlivňuje celoživotní postoj dítěte k okolnímu světu. Následně má bezpečnou či nejistou vazbu. Negativismus se typicky objevuje v období sebeuvědomění, kdy dítě zkouší své dovednosti a hranice při různých činnostech včetně jídla. V tomto období rodiče mohou nevědomky vytvářet jídelní zlozvyky, pokud na dítě vyvířejí tlak, kdy dítě musí vše dojíst. Používají jídlo jako nástroj k manipulaci a citovému vydírání.

Častým problémem u dětí předškolního a mladšího školního věku je nechutenství. V menší míře se u dětí jedná o symptomy emoční či behaviorální poruchy, to se musí vyloučit při prvním kontaktu s rodinou, aby mohla proběhnout správná diagnostika. Objevují se i případy, kdy dítě odmítáním jídla vyjadřuje své problémy v jiných aspektech ve vztahu s rodiči (Říčan et al., 2006).

Poruchy stravování nejčastěji vznikají v období adolescence, tedy v období přibližně mezi 13 a 15 lety věku. Většinou se vyskytují u dospívajících dívek a žen a to v 90 až 95 % případů. U mladých chlapců a mužů je výskyt mnohem nižší, pohybuje se mezi 5 a 10 %. S těmito problémy se ale stále častěji setkáváme i u dívek v pozdějších věkových skupinách a u starších žen to již není výjimkou. Mentální bulimie se vyskytuje později než mentální anorexie. Téměř polovina lidí uvádí, že před vznikem mentální bulimie trpěli mentální anorexií (Bullová, 2023).

Vágnerová (2012) hovoří o proměnách těla a významu puberty. Během adolescence se výrazně mění fyzický vzhled jedince. Tyto změny jsou klíčovou součástí identity a často jsou vnímány mnohem intenzivněji vzhledem k vnějším projevům. Transformace těla v období dospívání ovlivňuje také chování jedince v interakci s ostatními. Sociální odezva na změny v těle může vést k nejistotě a snížení sebevědomí. Negativní chování druhých může být jedním z důvodů těchto následků. Během pozdní adolescence se jedinec snaží být přitažlivý pro sebe i ostatní a tím potvrzovat svou hodnotu. S pomocí udržování esteticky příjemného vzhledu se aktivně snaží zlepšovat. Toho dosahuje cvičením,

posilováním a dodržováním diet. Vnímání krásy je v této fázi života obzvláště důležité pro dívky, ale také pro chlapce.

3 Vymezení pojmu poruch příjmu potravy

Grogan (2000) v knize hovoří o poruchách stravování a použití tohoto pojmu pro chování, které se liší od normálu. Autor popisuje, že psychologické a sociologické studie naznačují, že určitá skupina lidí má větší obavy o svou postavu než zbytek populace.

Krch (1999) identifikuje dva hlavní syndromy poruch stravování - mentální anorexii a mentální bulimii. Tyto poruchy jsou si podobné v tom, že obě mají vztah k problémům s jídlem. Avšak, rozdíl spočívá v tom, že příznaky se liší v závažnosti podvýživy a metodách kontroly váhy. Poruchy příjmu potravy mohou být pozorovány již v raném dětství, ale jsou častější u adolescentů. V poslední době se více studií zaměřuje na výskyt poruch příjmu potravy v raném dětství a na to, že tyto problémy mohou přetrvávat až do dospělosti.

Nejvíce rozšířenými poruchami příjmu potravy jsou mentální anorexie a mentální bulimie. V poslední době se však větší pozornosti dostává i psychogennímu přejídání. Kritéria pro diagnostikování těchto poruch příjmu potravy se používají v klinické praxi i výzkumu a lze je najít v 10. verzi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (Papežová et al., 2010).

Podle dosavadních informací by v červnu 2023 měla být česká verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) a koncem roku 2023 by měla proběhnout aktualizace české verze MKN-11 (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2023).

Orientačním měřítkem pro přiměřenost mezi tělesnou hmotností a výškou se používá výpočet indexu tělesné hmotnosti (angl. body mass index) – BMI. Výpočet pro dospělou populaci se liší od výpočtu dětí a dospívajících, kde je zohledněn věk a pohlaví. Samotný výpočet není identifikující pro škatulkování do dané skupiny. Vzhledem k tomu, že výpočet nevypovídá a nemá přesné hodnoty o tělesné stavbě daného člověka (Národní zdravotnický informační portál, 2023). To zdůrazňuje i Papežová et al. (2018), že výpočet podle BMI je vhodný jen u dospělých, protože diagnostika pro stanovení diagnózy poruch příjmu potravy u dětí je složitější než u dospělých. Také se zmiňuje o obtížnosti při zjištění dětské nespokojenosti se svým tělem a i o určení dalších emocí. Identifikace emocí je nelehký úkol pro řadu dospělých osob.

3.1 Mentální anorexie

Kód pro mentální anorexii je F50.0, podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Anorexie je definována jako záměrné hubnutí, které pacient sám vyvolává a udržuje. Toto onemocnění souvisí s psychopatologií, kdy vtíravé myšlenky ovlivňují jedince a nutí ho k aktivnímu hubnutí kvůli obavám z nadváhy. Toto onemocnění se nejčastěji vyskytuje u dívek v adolescenci a u mladých žen, ale postihuje i chlapce a mladé muže. Mezi příznaky patří omezení výběru jídel, vyvolávání zvracení a průjmu, a užívání anorektik a diuretik (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023).

Krch (2002) uvádí, že osoby trpící mentální anorexií nejedí proto, že by neměli chuť, ale jídlo odmítají, protože nechtějí jíst. Oslabené chutě nebo pocity nechutenství jsou spojené s hladověním. Zahrnuje 3 základní kritéria pro diagnostiku:

- Udržování nízké tělesné hmotnosti s ohledem na věk a výšku. U starších dívek je to váha nižší než 17,5 BMI.
- I přes dlouhodobě nízkou váhu mají stále velké obavy z tloušťky.
- Pokud nejsou podávány hormonální přípravky, dochází u žen k poruchám menstruačního cyklu.

Strach z tloušťky může být popírán a bagatelizován zastíráním snahou o zdravé stravování. Obavy ohledně přibírání na váze je spojen i zkresleným vnímáním o svém těle. Podvýživa může u dětí zpozdit nebo zastavit tělesný růst. U dívek se přestanou vyvíjet prsa a u chlapců zůstávají dětské genitály. Podvýživa v dětství může být obzvlášť nebezpečná a to v důsledku s trvalými následky (Krch, 2002).

Poruchy příjmu potravy jsou typickou poruchou v období dospívání, ale počátky mentální anorexie se vyskytují ještě před 14. rokem věku. Lékařská pomoc by se měla vyhledat co nejrychleji, aby se dalo zabránit těžkým následkům nedostatečně vyživeného těla. Jsou zdokumentovány příznaky mentální anorexie již u dětí mladších 10 let. Dítě, které je nemocné v období formování osobnosti a při vytváření pohledu na okolní svět, má vyšší riziko narušení psychosociálního zrání (Krch, 2002). Papežová et al. (2018) uvádí, že ve většině případů je nástup nemoci ve věku 12-13 let.

3.2 Mentální bulimie

Kód pro mentální bulimii je F50.2, podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Typickými znaky jsou opakované záchvaty přejídání, kontrola tělesné váhy, která je nadměrná a s tím spojené další záchvaty přejídání a následné užívání projímadel. Mentální bulimie je v mnohých ohledech podobná mentální anorexii. Opakované zvracení představuje velké riziko pro vznik poruchy elektrolytové rovnováhy a somatických komplikací. Při diagnostice mentální bulimie se často v záznamech objevuje v řádech několika měsíců až let mentální anorexie (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023).

Krch (1999) také uvádí určité znaky chování, které jsou dány pro diagnostiku mentální bulimie. Rozděluje to na 3 hlavní znaky. Mezi první znaky řadí přejídání a opakující se intervaly, jedná se o ztrátu kontroly nad jídlem. Přitom důsledek ztráty kontroly či sněžení většího množství jídla může být pouze následkem předešlé restrikce stravy. Již kontrola váhy, která hraničí s extrémním pozorováním tělesné hmotnosti, či kompenzace konzumace jídla nadměrnou cvičením, splňuje podmínky pro určení diagnózy a nemusí být přítomna kompenzace pomocí zvracení nebo použití diuretik. Dalším znakem je nadměrný zájem o vzhled a tělesné proporce, podle toho daný jedinec určuje sebehodnocení. Krch (2003) popisuje přejedení jako normální stav, kterým si projde během života každý, co není vnímáno jako normální, je vyvolávané zvracení z důvodu vykompenzování přijaté stravy. Důsledkem zvracení nebo kompenzací jídla nadměrnou fyzickou aktivitou jsou psychické problémy. Ty jsou v podobě úzkostí, smutku, pocitech viny.

3.3 Psychogenní přejídání

Kód pro psychogenní přejídání je F50.5, který podle mezinárodní klasifikace je řazen pod názvem: Přejídání spojené s psychologickými poruchami, charakterizované jako přejídání, které je způsobeno stresujícími událostmi (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023).

Papežová et al. (2018) uvádí, že neexistují přesná kritéria v MKN-10 pro definici přejídání nebo četnost epizod přejídání. Přirovnává toto onemocnění k podobnosti s touhou po drogách. Jedinec neustále myslí na jídlo a má silnou touhu po něm, což vede k záchvatům přejídání. Lidé s touto nemocí konzumují nadměrné množství jídla, i když jsou již

nasycení, což může vést až k nesnesitelným bolestem břicha. Takové chování může mít negativní dopad na psychiku jedince, když se objevují pocity viny a znechucení ze sebe samotného, což může vést k depresi. Psychogenní přejídání má podobné charakteristické znaky jako u pacientů s bulimií, ale odlišuje se hlavně v tom, že nepoužívá vylučovací metody jako je zvracení, projímadla nebo nadměrné cvičení, které jsou běžné u bulimie, ale ne v kritériích psychogenního přejídání.

4 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

V důsledku narůstajícího množství pacientů, kde se vyskytují odlišnosti od základních kritérií pro stanovení těchto onemocnění, se věnuje pozornost také atypickým a nespecifickým poruchám. Diagnostika atypických poruch příjmu potravy u dětí je velmi důležitá, protože ovlivňuje tělesný růst a celkový vývoj. Trvání délky onemocnění je důležitým faktorem při vymezení atypických poruch příjmu potravy. Mezi příznaky patří pokles hmotnosti a zastavení tělesného růstu, doprovázené emočními problémy (Krch et al., 1999).

Papežová et al. (2018) zmiňuje, že atypické formy mentální anorexie a mentální bulimie se od klasických kritérií liší v základních bodech při určování diagnostiky. Atypické formy mají dopad na psychiku a fyzickou stránku jedince, stejně jako u specifických poruch příjmu potravy. Nezáleží, zda jedinec má atypickou či specifickou formu poruch příjmu potravy, na léčbu a průběh uzdravování je kladen stejný důraz.

Kubešová (2022) popisuje nespecifické poruchy, která nesplňují podstatná kritéria pro diagnostiku, ale závažnost a následky by neměly být opomíjeny.

Mezi nespecifické poruchy řadíme:

- Purgativní porucha – užívání diuretik, zvracení ve snaze snížit váhu, oproti bulimii je rozdíl v předešlém nadměrném příjmu potravy, to je kritériem pro bulimii.
- Syndrom nočního přejídání – jedinec zkonsumuje vysoké množství po večeři nebo v noci. Následkem je narušený spánek, fyziologické bolesti a nárůst hmotnosti. Může být spojeno s mentální anorexií nebo mentální bulimií, které se projevují během dne.
- Ortorexie – závislost na konzumaci zdravých potravin a vyřazování tzv. špatných potravin. Jedná se o mánii spojenou se zdravou výživou a strachem z nezdravých potravin. Zabírá většinu volného času, může vést k podvázce.
- Bigorexie – přehnaná snaha o vypracované tělo, posedlost vlastním tělem, cvičením a užíváním steroidů nebo jiných návykových látek. Ve větší míře je výskyt u mužů.

- Drunkorexie – způsob chování spojuje obavu z nabírání na váze a touhu po větším množství alkoholu. Proto pacienti záměrně omezují příjem potravy, aby snížili příjem energie a mohli si dovolit vypít více kalorického alkoholu (Kubešová, 2022).

5 Příznaky poruch příjmu potravy

Extrémně upjatá pozornost na vzhled, tělesnou hmotnost a nadměrný strach z tloušťky, držení hladovek a redukčních diet, či naopak pocity přejedení jsou příznaky nejen pro poruchy příjmu potravy, ale také spadají do psychologických faktorů. Jedinec tím směřuje k rozvoji a udržení problémů se stravováním. Jsou prokazatelné studie, které se velmi liší, týkající se hranice vymezení pojmu diet, spojených s vymezením jejich frekvence (Krch, 1999).

Mladší generace může být motivována k zájmu o specifické potraviny nebo k hubnutí z různých důvodů, včetně jiných zdravotních nebo fyzických obtíží. Je podstatné nechat si veškeré obavy ověřit odborníkem z oblasti zdravotnictví. Některá varovná znamení, která by mohla naznačovat, že mladý jedinec trpí poruchou příjmu potravy, a která by měla být podrobněji prozkoumána, aby se usnadnila diagnóza:

- rychlé snižování nebo zvyšování hmotnosti
- modifikace tvaru těla, pocity nespokojenosti s tvarem a velikostí těla nebo určitými oblastmi těla
- velký strach z přibírání na váze
- popření pocitu hladu, vyhýbání se nebo nezájem o jídlo
- lhaní ohledně jídla, vyhazování nebo skrývání potravin
- vynechání určitých skupin potravin, jako je maso nebo mléčné výrobky, pokud je jedinec zkonzumuje, jsou nepřiměřené reakce
- vyhazování svačín, nechození na obědy
- vyhýbání se jídlu ve společnosti, raději jedí o samotě, nechťejí jíst na veřejnosti, na oslavách
- nadměrná fyzická aktivita, která dříve nebyla a s tím spojené nutkavé cvičení a potřeba být neustále aktivní, i když se necítí dobře
- vytváření potravinových rituálů, používání stejných příborů, talířů, příprava a konzumace jídla ve stejném čase
- krájení jídla na malé kousky nebo velmi pomalé jzení
- nízké sebevědomí, podrážděnost a špatná nálada, které se abnormálně střídá, projevy úzkosti

- změny chování – jako je sociální izolace nebo neúčast na aktivitách, na které se dříve těšili
- problémy se spánkem a častá únava (BetterHealthChannel, 2023).

6 Zdravotní problémy spojené s poruchami příjmu potravy

Papežová et al. (2018) ve své knize zmiňuje Štorka, který popisuje jednotlivé změny na těle, které jsou u mentální anorexie a mentální bulimie časté. Poukazuje na kožní problémy, při kterých se dá rozeznat, zda se jedinec potýká s určitým typem poruchy stravování. Mentální anorexie má mnohem více nápadných znaků na kůži než mentální bulimie. Dále zmiňuje Yamatovou, která se se vyjadřuje k bolesti a to vnímání bolesti u jedince s poruchou příjmu potravy. Během aktivní fáze mentální anorexie nebo mentální bulimie je zvýšený práh bolesti. Vnímáno hladovění jako stresoru, který vyvolává u nemocných větší práh bolesti. Krch (1999) zmiňuje zdravotní komplikace, kterou mohou vést k úmrtí. V diagnóze u psychických nemocí vede mentální anorexie ke zvýšené úmrtnosti. Vliv mentální anorexie a bulimie je zaznamenán i po emocionální stránce, kdy psychika jedince je ovlivněna a ve většině případech se objevují úzkosti a deprese. Je prokazatelně uváděno, že negativní postoje a nálady vedou k rozvoji poruch příjmu potravy.

6.1 Psychické problémy

Psychické problémy spojené s poruchami příjmu potravy jsou u mentální anorexie a mentální bulimie podobné. V začátcích se nemocní cítí dobře, mají pocit většího sebevědomí, jsou si jistější. To jim dává uspokojivé pocity, že mají vše pod kontrolou. Vliv na to má i okolí, které se klaní tomu, co dotyčná osoba zvládne vydržet, a že je vytrvalá při restrikci jídla. To nemocného jedince ještě více podpoří. Jsou fáze, kdy ale nemocní ztrácejí kontrolu nad jídlem a přichází první známky stresu, frustrace a destruktivního chování. Iluzí může být, že se jedinec cítí lépe, než když přijímá stravu. Jedná se o velmi závažné věci, které mají výrazný dopad na psychiku jedince. Často jsou přítomny i úzkostné poruchy vedoucí do deprese, které mohou být doprovázeny sebepoškozováním, kdy tlak osoby s poruchou příjmu potravy na sebe samotného je silný a ublížení si, je cestou z emočního přepětí (Papežová & Hanesová 2012).

Papežová et al. (2018) uvádí kognitivní změny u mentální anorexie, jedinci při snižování hmotnosti a hladovění pociťují převážně negativní emoce, neumí se radovat a užívat si příjemné okamžiky. Nejčastěji se objevuje strach, stud, pocity viny ale také naštvaní. Vzhledem k převaze negativních postojů je obtížné zahájit léčbu, a to z důvodu absence

motivace pro změnu. Zhoršené je vnímání a řešení stresových situací, je ovlivněno psychické i fyzické zranění a to, především u adolescentů, vede k poškození kognitivních funkcí.

Krch (2003) také uvádí, že některé psychické a sociální potíže jsou u nemocného příznakem onemocnění. U bulimie jsou provázeny střídáním nálad, podrážděností, pocity viny. Nálady a společenské chování závisí na míře spokojenosti se svým tělem, zda se daří hubnout či nikoliv. Myšlenky na jídlo jsou s rozvíjející se nemocí častější, až daný jedinec nemyslí na nic jiného. Špatně se orientují ve svých pocitech, má to vliv na koncentraci a snižuje se zájem o dění kolem nich.

6.2 Fyzické problémy

Krch (2002) neopomíná zdůraznit problémy fyzického směru, které má osoba trpící poruchou příjmu potravy. Nedostatečná strava, nebo neustálý kolotoč přejídání, zvracení a hladovek má nebezpečné následky na zdravotní stav jedince. Projevy nedostatečné výživy:

- poruchy spánku a celková únava, svalová slabost
- citlivost na chlad a oslabení celkového obranyschopnosti organismu
- projevy na kůži v podobě zažloutlé a praskající pleti, suché vlasy a zvýšený růst ochlupení po celém těle
- kazivost zubů
- zpomalení funkce střev, oslabený močový měchýř a nepravidelná menstruace
- závažným důsledkem mohou být i srdeční vady (bradykardie a arytmie), které mohou vést až k zástavě srdce
- nedostatečná výživa vede k odvápnění kostí

Krch (2003) poukazuje na obtíže, které souvisejí se zvracením a vedou k problémům spojeným s nemocí, jako jsou otoky slinných žláz, zadržování tekutin a narušená rovnováha tělesných tekutin. U užívání projímadel a diuretik mohou nastat vážné zdravotní následky, což vyžaduje dohled odborných lékařů. Důsledkem hubnutí a nevyvážené stravy může dojít k nedostatku mnoha vitamínů a minerálů.

6.3 Sociální problémy

S ohledem na dopad sociálního prostředí je velmi důležité, jak společnost kolem nemocného jedná, jak ho vnímá a jak se staví k problému. Poruchy příjmu potravy jsou vnímány jako citlivé téma v sociálním kontextu. Tyto poruchy také ovlivňují sexuální život a vztahy. Může dojít ke snížení libida kvůli psychickým změnám, ale také k tendencím vedoucím k promiskuitě. Při bulimii hraje roli i prostředí, ve kterém se konzumuje alkohol. Lidé s aktivní poruchou příjmu potravy jsou častěji náchylní k závislostem na různých drogách. Mezi další problémy, které se často objevují při bulimii, patří nadměrné utrácení a krádeže. Kvůli přejídání a opakovaným nákupům jídla se mohou lidé s bulimií dostat do finančních potíží (Krch, 2003).

7 Faktory ovlivňující výskyt poruch příjmu potravy

Říčan et al. (2006) se zmiňuje, že na vliv rozvoje psychosomatických poruch, mezi které patří i poruchy příjmu potravy, se podílejí i neodžité emoce. Citové prožívání se postupem času a s přibývajícím věkem přenáší i do fyzické oblasti těla. Děti jsou emočně zranitelnější. Pokud zažívají především záporné emoce, bývají více náchylné k psychickým onemocněním.

Podle psychologů se jedná o kombinaci více faktorů, které poukazují na možné příčiny vzniku poruch příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy jsou pomalu vyvíjející se nemocí, která nepřichází náhle. Nejvýše uvedenými faktory pro vznik poruch příjmu potravy jsou biologické, sociokulturní, rodinné ale i individuální, kdy záleží na osobnosti člověka. Existují již studie, které se zabývají možnými genetickými predispozicemi pro rozvoj poruchy příjmu potravy (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Grogan (2000) popisuje vliv na pozitivní způsob vnímání vlastního těla: Studie u osob s mimořádně nízkou spokojeností s tělem nám pomáhají pochopit, jaké faktory predikují pozitivní způsob vnímání vlastního těla. Výzkum u skupin žen a mužů, kteří mají sklony k epizodám anorexie a bulimie, nadměrnému cvičení či opakovaným dietám ukázal, že nízké sebevědomí a pocit nedostatečné sebekontroly jdou ruku v ruce s nespokojeností s vlastním tělem (s. 151).

7.1 Biologické faktory

Podle Krcha (1999) stačí být ženou, aby se zvýšilo riziko poruch příjmu potravy, zejména v případě mentální anorexie, a to až desetkrát. Během puberty, kdy se tělo mění a většinou roste tělesná hmotnost, se často zvyšuje nespokojenost se svým tělem, zejména u žen. To znamená vysoké riziko hubnutí a vývoje bulimie. Zkušenosti pacientek ukazují, že porucha příjmu potravy se může rozvinout po přibrání hmotnosti z hormonální antikoncepce nebo v období 3 - 6 měsíců po porodu, kdy se objevují špatné stravovací návyky. V souladu je i Papežová et al. (2018), která uvádí, že rizika pro rozvoj poruch příjmu potravy mohou vznikat již při vývoji chuti a s ohledem na stravovací návyky rodičů.

7.2 Sociokulturní faktory

Mezi významné role patří také kulturní vlivy, kdy se v některých zemích upřednostňuje štíhlost. Tam se zvyšuje riziko vzniku poruch příjmu potravy, jako je anorexie nebo bulimie. Působení různých kulturních skupin na své příslušníky je zřejmé, bílé heterosexuální ženy častěji trpí nespokojeností se svým tělem (Grogan, 2000).

Na to navazují sociokulturní faktory, které ovlivňují ideály tvarů a velikostí těla. Mezi kulturní a společenské tendence patří posuzování vzhledu ostatních lidí, jak ze strany vrstevníků nebo blízkého okolí. Nelze opomenout ani profese nebo aktivity, které kladou důraz na vzhled a proporce těla (BetterHealthChannel, 2023).

Papežová et al. (2018) se shoduje, že velký vliv na dětské stravování je ovlivněno sociokulturním prostředím. V raném dětství je mnohem více ovlivňován postoj k jídlu, negativní reakce nebo konflikty během jídla mohou vést k predispozicím pro rozvoj mentální anorexie.

7.3 Osobnost a psychické faktory

Zkušenosti hrají klíčovou roli při rozvoji psychických poruch, vliv na osobnost jedince nesmí být opomenuta. Důležité je, na jaké úrovni osobnosti se daná osoba nachází, kde se projevují mentální charakteristiky a dynamika. Interakce s ostatními lidmi, reakce na různé situace a vliv na vnitřní procesy, zejména mentální a tělesné, jsou také důležitými faktory. Nadměrné nároky na dítě mohou mít negativní dopad na jeho psychosomatiku, a to jak po stránce výkonové, tak citové. Problémy, které v dětství vznikají, jsou vnitřní boje dítěte, rozpor mezi tím, co musí udělat podle okolí a tím, co cítí sám (Říčan et al., 2006).

Příčinou rozvoje poruch příjmu potravy mohou být psychologické faktory. Hlavně nízké sebevědomí, kdy jedinec trpí nejistotami a rozpaky. To má vliv na postoj jednotlivce k sobě samému. Dalšími faktory jsou úzkostné nebo depresivní stavy a schopnost zvládat stres. Zde se opět projevuje emoční prožívání a to, jak je jedinec emočně nastavený a co dokáže zvládnout (BetterHealthChannel, 2023).

Podle Krcha (2003) u jedinců trpících poruchami příjmu potravy se objevují prvky kodependence, což znamená poruchu vznikající z nedostatku sebeúcty. Tato porucha se

projevuje tím, jak jedinec vnímá sebe sama skrze oči ostatních. Často se stává, že se jedinec staví do role oběti, mučedníka nebo se snaží být zachráncem a uspokojovat potřeby ostatních na úkor svých vlastních.

8 Léčba poruch příjmu potravy

Papežová et al. (2018) vysvětluje terapeutický postup při poruchách příjmu potravy prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Při těžké podvaze by měla být léčba postupná a doporučuje se rodinná terapie namísto individuální, která je méně účinná. Terapie dětských pacientů vychází z kognitivně-behaviorální psychoterapie, stejně jako u dospělých. Hlavním cílem léčby je regulace hmotnosti a souvisejících stravovacích návyků. Důležité je také upravit somatické zdraví a vnímání vlastního sebehodnocení. Léčba u dětí je obtížnější, protože většina dětské populace není do léčby motivována a personál nese zodpovědnost za nemotivované dětské pacienty. Děti a dospívající se často brání léčbě, protože již trpí symptomy úzkosti při vzniku poruchy příjmu potravy. Vzhledem k emoční nezralosti jsou vzdorovitější než dospělí. Dospělý jedinec se většinou rozhodne pro léčbu sám z vlastního přesvědčení. V léčbě je důležité stanovit hranice a jasná pravidla a jejich dodržování spojit s důsledky. Rodina má velký podíl na léčbě a může být ohrožena, protože často dochází ke konfliktům mezi nemocným a ostatními členy rodiny. Krch (1999) považuje za zásadní v léčebném procesu všechny aspekty, vnímání jedince jako biopsychosociální entity. Terapie by měla být zaměřena na fyzické i emoční oživení a významnou úlohu při léčbě hrají rodiče a další členové rodiny. Důležité je, aby byli rodiče dostatečně poučeni. S tím je ztotožněn názor v knize Papežové et al. (2018), léčba by měla probíhat jako komplexní pojetí a nahlížení na osobu trpící poruchou příjmu potravy. Důležitost klade na informovanost o nebezpečí, které je spojené s následky při zahájení pozdější léčby.

Krch (2007) uvádí, že výchozím bodem pro začínající léčbu u osob s podvýživou je v první řadě zvýšení hmotnosti. Vzhledem k vyhublosti jsou ovlivňovány kognitivní funkce. Papežová et al. (2018) v knize vyjadřuje nedostatečnou informovanost a specializaci ohledně psychického a kognitivního vývoje následkem poruch příjmu potravy.

8.1 Nová léčebná metoda

Během konference, která se uskutečnila v Praze (30. 3. - 1. 4. 2023), byly projednávány nové léčebné postupy založené na nových moderních poznatcích. Podle Papežové se rychle rozvíjí nárůst poruch příjmu potravy a nových diagnóz. Toto onemocnění neovlivňuje pouze jedince, ale i celé rodiny, které může být přenášeno z generace na

generaci. Předávání duševních obtíží z jedné generace na další bylo v minulosti opomíjeno v Česku, ale situace se mění. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy ve spolupráci s partnery přináší a ověřuje zahraniční metodu ChildTalks+, která podporuje psychické zdraví dětí a dospívajících z rodin postižených psychickou nemocí rodičů. Podle současných výzkumů žije v rodinách s psychickým onemocněním rodičů zhruba každé šesté dítě. Tyto děti často trpí emoční nestabilitou svých rodičů způsobenou jejich psychickým onemocněním, stigmatem psychiatrické diagnózy a společenskou izolací rodiny. U dětí s psychicky nemocnými rodiči je až 50% pravděpodobnost, že se u nich vyvine psychické onemocnění. Psychické obtíže prožívá až 75% těchto dětí, přičemž nejčastější jsou pocity viny, studu a úzkosti. U dětí, jejichž rodiče trpí poruchami stravování, se často vyskytuje narušené stravovací chování a přehnaná fixace na vzhled a hmotnost. Toto chování může být důsledkem přejímání rodičovských vzorů. Rodičům bude poskytnut program, který jim pomůže hovořit s dětmi o jejich onemocnění, získají doporučení na další odbornou pomoc. Projekt ChildTalks+ bude k dispozici pro 80 rodin z České republiky, jejichž děti jsou ve věku 6-18 let a mají jednoho nebo oba rodiče s jakýmkoliv duševním onemocněním. Projekt poskytne podporu prostřednictvím zdravotnických, sociálních a školských zařízení a jeho cílem je zabránit rozvoji psychopatologie u dětí. Dále bude poskytovat adekvátní informace o duševním onemocnění rodičů v souladu s věkem dítěte a také emoční a sociální podporu (Pharmaprofit, 2023).

8.2 Možnosti léčby poruch příjmu potravy

Obvykle se první žádost o odbornou pomoc obrací na praktického lékaře, který posoudí fyzický a psychický stav pacienta a navrhne vhodné léčebné postupy, odborníky a pracoviště pro danou léčbu. Lékař může také doporučit odbornou literaturu týkající se dané problematiky, internetové stránky nebo podpůrné skupiny. Není vhodné hledat inspiraci pro léčbu v příbězích od lidí, kteří prošli poruchou příjmu potravy, protože to může vést ke zkreslení, jednostrannému vnímání nebo příliš dramatickému popisu. To spíše demotivuje nemocného k zahájení léčby (Krch, 2007).

Krch et al. (1999) uvádí možné způsoby terapie, které jsou vhodné pro pacienta v závislosti na závažnosti a průběhu diagnostikované poruchy. Pokud jsou příznaky mírné a existuje naděje na zlepšení nebo úplné vyléčení, může být zvolena samoléčba nebo

řízená samoléčba. U dětí a adolescentů se k individuální terapii přidává rodinná terapie, to je pro léčbu důležitý postup, který umožňuje zjistit rodinnou situaci, která může ovlivnit léčbu. Je třeba si uvědomit, že příčiny poruch příjmu potravy jsou často zapříčiněné domácím prostředím, ve kterém se dítě pohybuje. Rodiče mohou dítě výrazně podpořit a být mu oporou. Rodinná terapie je zahrnuta do dlouhodobého plánování léčby. U starších pacientů se zejména využívá kognitivně-behaviorální terapie (KBT), protože rodinná terapie není vhodná pro jejich věk. Tato metoda se používá u pacientů se středně těžkými až život ohrožujícími příznaky. V neposlední řadě se při zjišťování závažnosti nemoci hovoří o hospitalizaci nebo částečné hospitalizaci. Lékař určí, zda je hospitalizace nezbytná, v závislosti na závažnosti a ohrožení života pacienta.

Zcela totožný článek pojednává o léčebných metodách, kde se hovoří o terapii duševních poruch a o možnostech léčby, které závisí na závažnosti onemocnění. V závislosti na tom se také může používat farmakoterapie, která se využívá v případech, kdy duševní stavy výrazně ovlivňují možnosti léčby. Léky tak plní roli podpůrné léčby v rámci celkové léčby. Poruchy příjmu potravy mohou totiž probíhat zcela nenápadně, pacienta však často ohrožují na životě (Kubešová, 2022).

V roce 2017 bylo léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních s diagnózami F50.0 - F50.9 (poruchy příjmu potravy) 3 731 pacientů a v psychiatrických lůžkových zařízeních bylo hospitalizováno celkem 454 případů (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018).

8.3 Kam se obrátit

Univerzita Karlova v Praze má specializované oddělení na léčbu poruch příjmu potravy a je dělena na tři části (1. lékařská fakulta Univerzita Karlova, 2023):

1. Lůžkové specializované oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy
2. Denní stacionář pro pacienty s poruchou příjmu potravy
3. Specializovaná ambulantní péče

Vybrané kontakty pro pomoc (ideální.cz, 2015):

- Fakultní nemocnice Brno, oddělení dětské klinické psychologie a psychiatrie
- Centrum Anabell

- Healthy and Free

9 Prevence poruch příjmu potravy u dětí

V knize Papežové et al. (2018) se hovoří o MUDr. Uhlíkové a její zmínce o poruchách stravování u dětí, které se řadí mezi závažné psychické poruchy. Nejeefektivnější prevencí těchto poruch je role rodičů již v období předškolního věku, kdy se vytvářejí základní postoje a hodnoty, které mají na děti největší vliv. Důraz je kladen na jiné hodnoty než na váhu a vzhled, a to prostřednictvím rozvíjení zdravého sebevědomí a vytvářením vhodných stravovacích návyků.

Tři typy prevence:

- **Primární prevence** spočívá především ve výchově v rodině, působení společenských vlivů, kultury a stravování. Prokazatelný vliv mají média a kulturní vzory, tím se může míra sebehodnocení u dětí a dospívajících velmi ovlivnit.
- **Sekundární prevence**, která zjišťuje ovlivnitelnost ohrožených skupin. Děti, které mají zájmové aktivity spojené s důrazem na váhu a vzhled. Patří sem modeling, gymnastika, tanec a další. Mezi ohrožené skupiny patří i děti, které jsou léčeny pro obezitu, somatické onemocnění spojené s držením diet a hubnutím.
- **Terciární prevence**, zaměřena na relaps a obnovení plného zdraví. V posledních letech se také zaměřuje na zamezení přenosu špatných jídelních návyků na další generace, kde se tyto problémy mohou dále cyklit (Papežová et al., 2018).

Další dospělí, jako například pedagogové, mohou také ovlivnit prevenci tím, že pomohou dětem a mládeži rozvíjet pozitivní vztah k jejich tělu. Podpora zdravého stravování hraje klíčovou roli v prevenci a měla by být poskytována již od dětství. Aby se pěstoval dobrý vztah k jídlu, mělo by se vyhnout označování a kategorizaci jídla jako dobrého nebo špatného, protože to může vyvolat pocity viny nebo selhání, když jedinec konzumuje "špatné" jídlo a potřebuje kompenzaci. Trestání dětí pomocí jídla, uplácení nebo používání jídla jako odměny může vést k pocitu, že si jedinec jídlo musí zasloužit. Mezi další rizikové faktory patří postoje a návyky rodičů k jídlu a způsob, jakým se vyjadřují ke své postavě a každodenním stravovacím návykům před dětmi. Je důležité, aby dítě samo poznalo, kdy je syté a kdy má stále hlad, což se nazývá intuitivní stravování. Děti by neměly být úmyslně nuceny do dojídaní všeho jídla, které dostanou, pokud se stravují během dne optimálně. Podpora dobrého vztahu k sobě samému a svému tělu je dalším

pozitivním krokem, kdy se děti učí o fungování těla jako celku. Děti by neměly být kritizovány za vzhled a váhu. Být vzorem pro zdravé stravování, mít vztah k pohybu a fyzickým aktivitám, ne jako trest, ale jako zdroj radosti a potěšení pro sebe samého (BetterHealthChannel, 2023).

10 Praktická část

Bakalářská práce se v teoretické části soustředila především na anorexii, bulimii a záchvatovité přejídání. Jsou zde také vysvětleny pojmy, symptomy, možné původy a terapie pro osoby trpící poruchou příjmu potravy. Práce na to navazuje v praktické části, kdy se v případě s teoretickou částí udělá vyhodnocení zjištěných informací.

10.1 Metoda výzkumu

Pro bakalářskou práci byl zvolen kvalitativní výzkum s metodou polostrukturovaných rozhovorů. Tento typ výzkumu byl zvolen s cílem získat co nejpresnější pohledy osob, které se potýkaly s poruchou příjmu potravy a mohly potvrdit nebo vyvrátit aspekty této nemoci. Výzkum se prováděl pomocí sběru dat z rozhovorů a pozorování respondentů při rozhovoru. Byl vybrán polostrukturovaný rozhovor, který byl proveden se čtyřmi dívkami, které spadaly do věkové kategorie 20 - 34 let a prošly si poruchou příjmu potravy ve věku 13 - 18 let. Rozhovory byly nahrávány a bezprostředně přepisovány. Rozhovory proběhly individuálně s každou dotázanou. Otázky byly předem připraveny, pokládány a doplněny otázkami s ohledem na průběh rozhovoru. Kritéria pro výběr respondentů byl dán věkovou kategorií, ve které si respondentky poruchou příjmu potravy prošly, nebyla zde podmínka pro vedení rozhovoru s určitým pohlavím ani typem poruch příjmu potravy. I když podle zdrojů víme, že se porucha příjmu potravy týká i mužské populace, rozhovor se zástupcem tohoto pohlaví na poslední chvíli neproběhl. **Vyjádření bylo takové: „Těžko se mi o tom mluví, nejsem z toho furt venku, mám psychické problémy“ (anonym). Problémy trvaly zhruba od 12 let věku chlapce, diagnostika proběhla v 16 letech.**

Švaříček et al. (2007) uvádí: kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený a hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu (s. 17).

Kvalitativní rozhovor byl veden otázkami, které byly předem připravené, ale mohly být v průběhu rozhovoru doplňovány či měněny.

10.2 Cíle práce, výzkumné otázky

Cílem praktické části je dosáhnout dvou výsledků. Získat informace od jedinců, kteří trpí poruchou příjmu potravy v rizikovém věku, a porovnat je s teoretickými poznatky z odborné literatury. Tím se vyhodnotí úspěšnost bakalářské práce.

10.3 Cíle práce

Cíl 1 : Zjistit, jak jedinci hodnotí sami sebe při poruše příjmu potravy.

Cíl 2 : Zmapovat vliv poruchy příjmu potravy na osobní a společenský život jedinců.

10.4 Výzkumné otázky

1. Jaké byly spouštěče poruch příjmu potravy u respondentů?
2. Co bylo nejtěžší během léčby poruch příjmu potravy?
3. Do jaké míry byla léčba poruch příjmu potravy u respondentů úspěšná?
4. Jaké oblasti života byly u respondentů nejvíce ovlivněny?

11 Výsledky

11.1 Rozhovor s respondentkami, které si prošly poruchou příjmu potravy

Rozhovor s respondentkou 1

Věk: 24 let

Studentka vysoké školy, 3. lékařská fakulta v Praze

Úplná rodina

Svobodná/bezdětná

První problém, který se s jídlem vyskytl, byl v mých 15 letech. Do té doby si nevzpomínám, že bych pozornost upínala na jídlo. Byla mi diagnostikována mentální anorexie a to mi bylo už 16 let. Věnovala jsem se orientačnímu běhu, neměla jsem špatné výsledky a běh mě bavil, ráda jsem tam chodila. Bylo nám často připomínáno a kladeno s důrazem, že je důležitá zdravá strava a s tím spojená i fyzická stránka. Jedno odpoledne po tréninku, když opět přišla tato věta, jsem se šla zvážit, abych věděla, jak na tom vlastně s váhou jsem. Bylo tam určité číslo, které mi přišlo jako super a chtěla jsem si takové číslo udržet (přesná váha nezazněla, z důvodu možného ovlivnění neúčastněných). Upřímně si nemyslím a nevnímám, že rozvojem pro mentální anorexii byl orientační běh, ale to že jsem se zaměřila pouze na zdravou stravu. Tedy myslela jsem si, že potraviny, které jím a to, jak jím, je vhodné a pro tělo prospěšné.

Upozornění na to, že se mnou něco je, přišlo právě od trenérů z orientačního běhu. Měla jsem špatné výsledky, byla jsem unavená, neměla jsem sílu. Vzali mě ke sportovnímu lékaři, který upozornil na špatné zdravotní výsledky, prý tohle dlouho neviděli. Dali mi měsíční pauzu, během které jsem se měla dát dohromady. Změna nepřišla po měsíční pauze a s během jsem přestala.

Moje mamka to z rodiny začala řešit jako první a to tím, že mě objednala k psychiatrice. Ta mě chtěla odeslat do Motola, vzhledem k tomu, že to bylo před prázdninami a moje mamka byla přes léto doma, slíbily jsme si, že to zkusíme spolu. Chvilku to šlo, ale kdykoliv váha vylezla nahoru, měla jsem hrozné pocity. I když jídlo mám ráda. Nemyslela jsem si, že mám nějaký problém nebo spíš asi závažnost problému, až vlastně potom, co mi to řekla psychiatricka, ale stejně mi to trvalo až do 18 let. To jsem nastoupila na

lůžkové oddělení do Prahy na „Karlák“. Nastoupila jsem, protože to chtěli rodiče, já si myslela, že to zvládnou a vlastně zvládám. Léčba od té doby probíhala opakovaně, zkusila jsem i denní stacionář. Chodila jsem krátce i k psychologce, ale to nevnímám, že by mi nějak pomohlo. Léčba v lůžkové části probíhala hlavně na zaměření s jídlem, museli jsme vše dojídat, pravidelné vážení, skupinové terapie, byla možnost mluvit i individuálně. Bylo mi vždycky hrozně, když jsem viděla tu váhu. Měla jsem nízké BMI, takže jsem neměla ani povolené vycházky.

Rodiče doma nevěděli, co to je porucha příjmu potravy, museli si dohledat články, ani si nevybavuji, že by u nás v rodině někdo měl problémy s jídlem, nebo trpěl jednou z některých diagnóz.

Mezi mé koníčky patřil všeobecně sport, jezdila jsem lyžovat a na různé výlety. Vlastně si vybavuji, že jsme byli jednou na horách, byla jsem asi ve třetí třídě a pozorovala jsem se v zrcadle, dívala jsem se na břicho, přišlo mi hrozně nafouknuté. I když mi všichni říkali, jak jsem hubená a vysportovaná. Nesnášela jsem věci na tělo, raději volnější, aby nebylo vidět břicho. Sporty jsem omezila, nebo se tomu přestala věnovat úplně. Neměla jsem na to sílu, ani náladu. Doma se situace také ovlivnila a změnila. Vše se točilo kolem jídla, byly časté konflikty, špatná komunikace, byla jsem nepříjemná na rodiče. Nebyla jsem na tom psychicky dobře, měla jsem konflikty i ve škole a celkově v mezilidských vztazích. Uvědomuji si, že mě úsměv stál mnoho sil, nebylo to od srdce, přišla jsem si jak v propasti. Vlastně doteď se málokdy ze srdce usměju. Zlepšil se vztah doma, když jsem odešla na školu a šla jsem na kolej.

Myslím si, že doma jíme normálně. Spíše zeleninu a ovoce. Moje mamka jí míň, že to nestíhá kvůli práci. Pamatuji si, že poslední jídlo má tak do 17:00. Jí specificky, ráno se nasnídá, a pak většinou až když přijde z práce, ale nemyslím si, že by se omezovala, sní i sladké, brambůrky ale v menším množství.

Vnímám nepropojenost léčby s ohledem na psychiku. Musela jsem jíst jídla, co mi nechutnala, nemyslím si, že by mě naučili jíst. Co mi v určitých chvílích při uvědomění si pomohlo, tak to byly skupinové léčby. Slyšela jsem příběhy ostatních, zkušenosti a třeba i způsoby, které jiným proběhly. Občas jsem ale měla tendenci, že jsem nad tím přemýšlela, co a jak kdo dělá.

Vnímám, že jsem měla hodně ústupků, co se týče jídla, vybírání si. Doma mi hodně ustupovali a myslím si, že to bylo špatně. V jednu chvíli se mi hodně podřizovali a jednali se mnou, jak s nemocnou a i mě tak vnímali. Bylo to horší.

Aktuální stav: Nemoc stále přetrvává, dochází k nutriční poradkyni, nespolupráce, nepřijde jí navázaný kontakt. Ví, že není v pořádku, i když se snaží jíst. Váha jí stále ovlivňuje způsob myšlení nad sama sebou.

Rozhovor s respondentkou 2

Věk: 22 let

Vystudovala střední školu obchodní s maturitní zkouškou

Nyní pracuje v kavárně

Sama/bezdětná

Neúplná rodina

Nevím, zda odpovím správně, protože si vybavuji, že jsem měla problémy s jídlem od malička, ale mentální anorexie mi byla diagnostikována v 15 letech. Já si uvědomovala, že asi není normální, když furt cvičím, i když jsem byla nemocná, nebo neměla čas. Já si chtěla najít psycholožku, ale přišla jsem si jak blázen. Já se odmala nesnášela, měla jsem nízké sebevědomí, vím, že jsem se porovnávala už ve školce i s ostatními dětmi. Nejvíce jsem upínala pozornost na břicho. Pamatuju si, že když jsem jezdila k otci, tak se mě ptal, jak kdo ve školce vypadá, a jestli je tam někdo tlustý. Můj táta je totiž posedlý sám sebou a tím, jak vypadá. Nedávno jsem se dozvěděla, že jeho přítelkyně, se kterou byl, když se naši rozvedli, také trpěla mentální anorexií, protože ji k tomu dohnal. Mamka mi zas v 11 letech řekla, že nemám být po kom hubená, jako moje sestra (ta je o 6 let mladší).

Největší zlom přišel asi na třináctileté prohlídce, kdy mi doktorka řekla, že podle tabulek mám nadváhu, první moje myšlenky byly na to, jak zhubnu. Už v té době mi vadilo, jak vypadám. V období 14 až 15 let bylo vidět, že jsem zhubla, doma mě chválili, ve škole a i okolí si toho celkově všímalo. Dělalo mi to radost.

První všimnutí přišlo od třídní učitelky, která se mě při pomoci na maturitním plese zeptala, zda jsem nezhubla, zda nemám nějaké problémy. Poté na to upozornila i ředitelka, která mě převažovala v ředitelně.

Mamka to jako první začala řešit s dětskou lékařkou, že mám zřejmě problém s jídlem. Doktorka mi diagnostikovala mentální anorexii a mamka tomu nechtěla věřit, tvrdila doktorce, že jen málo jím. Protože ty holky, co mají mentální anorexii, jsou vyhublé na kost a to já ještě nebyla. Takže to začala řešit tím, že začnu víc jíst, ale budu do toho cvičit. Doktorka mi předepisovala nutridrinky, ale stejně jsem dál hubla, a proto mě poslala do nemocnice.

V 15 jsem byla prvně hospitalizována na dětském oddělení v Pardubicích, tam jsem byla jen týden a čekala jsem na místo v Motole. To jsem doma byla asi dva týdny, než se uvolnilo místo na oddělení dětské psychiatrie v pražském Motole. Měsíc jsem byla v Motole, kde jsem přibrala zhruba 10 kg. Nijak tam se mnou na psychické úrovni nepracovali, i když tam psycholožka byla. Hlídala mě jen, abych jedla a snědla vše, co mi dají. Po propuštění jsem zas vše zhubla. Po té jsem ambulantně docházela k psycholožce, psychiatrice, využila jsem i Anabell. Poté jsem byla na tříměsíčním pobytu na „Karláku“. Při léčbě mi chyběla pomoc psychická. Všichni řešili jen problém s jídlem a nikdo neřešil, proč se vlastně nemám ráda.

Koníčky jsem žádné neměla ani před anorexií, jen mě bavil sport, ale jen do té doby, dokud jsem nepřestala jíst. Vlastně se mi s klesající váhou změnilo celkové vnímání všeho. Čím méně jsem vážila, tím mi bylo hůř.

Ovlivnilo mě to v hodně věcech. Snažila jsem se zapadnout a zalíbit se ostatním, dělala jsem věci, které jsem nechtěla, a nepřišly mi správné. Tím se má psychika ještě víc zhoršila. Přišla jsem i o nejlepší kamarádku a to v období, když jsem byla hospitalizovaná. Potom jsem se nechtěla ani s nikým vídat, byla jsem hodně uzavřená, stydlivá. Měla jsem velký problém mluvit s kluky, vystupovat na veřejnosti. Přemýšlela jsem nad tím, jak vypadám, jestli jim nepřiřdu tlustá. Myslela jsem si, že všichni řeší to, jak vypadám, ale zpětně vím, že tomu tak nebylo. Byl to jen můj pocit. Doma jsme se s mamkou hodně hádali, řešila jen jídlo, nic jiného ji nezajímalo. Raději jsem trávila čas o samotě v pokoji, abych se nemusela doma dohadovat.

Dozvěděla jsem se od mamky, že prababička z otcovy strany měla problémy s jídlem a strejda měl bulimii.

Vnímám problém, že mě všichni viděli jako „ten problém s jídlem“. Nikdo neposlouchal, co říkám, dělali si své názory. Já jsem si i kolikrát přála, abych od mamky neměla takové ústupky, ale nikdy jsem jí to neřekla, nešlo mi to říct nahlas. Chtěla jsem, aby mě vzala do restaurace, co chce ona, abych si nevybírala jen já a pro mě „bezpečná jídla“. To si myslím, že jsem neměla mít takové ústupky.

Aktuální stav: Ve fázi přijetí, přibrala a nevadí jí to a vlastně je spokojená, že má nějaké tvary. Občas má dny, kdy se necítí dobře, ale snaží se to přijmout, že to k tomu patří. Chodí cvičit a baví ji to, našla si tam kamarádku a nebojí se navazovat kontakty. Pomáhá, když sní jídlo na veřejnosti. V této fázi je více než rok.

Rozhovor s respondentkou 3

Věk: 34 let

Vystudovala ČZU v Praze – obor kvalita potravin

Neúplná rodina

Vdaná/ 2 děti

Myslím si, že mi bylo zhruba 14 let, když jsem měla anorexii, ale nebyla jsem u lékaře, který by mi ji diagnostikoval. Nebyla jsem nikdy úplně hubená, v 11 letech jsem byla silnější a má dětská lékařka mi to stále předhazovala. Ve věku 12 – 13 let mě lékařka poslala na redukční program do lázní. Váhu jsem si chvíli držela, a pak jsem opět přibrala.

Začala jsem pak běhat a víc sportovat, abych zhubla. Jídlo, co jsem jedla, jsem se snažila potom vycvičit. Do cvičení mě vždycky nutil nevlastní otec, říkal mi, ať zhubnu, že mám velký zadek. Nutil mě jezdit na kole, i když mě tato aktivita nebavila.

Mamka si všimla toho, že odmítám jídlo a výrazně jsem zhubla. Začala jsem omdlívat, byla jsem často nemocná. Lékařce to nepřišlo zvláštní, říkala, že jsem hezky zhubla a alespoň jsem to po těch lázních vydržela na rozdíl od ostatních, kteří opět přibrali. Chválili mě i v rodině, že jsem dokázala takto zhubnout. Mamka z toho byla nešťastná, měla jsem pravidelné dohledy nad tím, co jsem snědla. Nikam mě k žádnému specialistovi nevzala, ani to víc neřešila.

Vlastně si zpětně uvědomuji, že naše stravovací návyky doma nebyly moc vhodné. Mamka mi hodně vařila, dávala mi plno sladkého.

Hodně mě to ovlivnilo i ve společnosti, kam jsem chodila ráda, když jsem byla „hubená“. Při pocitech, že jsem „tlustá“, jsem se zavírala doma a nechtěla nikam chodit. Myslela jsem si, že když jsem hubená, rovná se to tomu, že jsem oblíbená a lidi mě mají rádi. I když jsem se sama psychicky dobře necítila. Zlom u mě přišel v 16 letech, kdy jsem měla přítele, začala jsem s ním jíst a přibrala jsem. Od té doby jsem opakovaně držela dietu. Ve 20 letech jsem si našla specialistku na výživu, se kterou jsem se zas dostala na normální váhu a i psychicky jsem na tom byla lépe.

Nemohu úplně léčbu posoudit, ale to, jak semnou jednala dětská lékařka, mě hodně poznamenalo a myslím, že by lékař měl být profesionál a určitému chování se vyvarovat, hlavně v případě dětí, protože vím, jak mě to ovlivnilo.

Na mé problémy reagovala jen mamka. Nevlastní otec to nepobíral, a můj otec zemřel z důvodu alkoholu, alkohol v naší rodině hraje velkou roli, protože i otcovi tři bratři také zemřeli z důvodu závislosti na alkoholu. Táta zemřel, když mi bylo 7 let, vybavuji si to matně a hlavně úseky, kdy doma probíhalo domácí násilí. Teta a sestřenice ze strany otce mají anorexiu a má sestra (o 9 let mladší) si anorexií prochází.

Aktuální stav: Přetrvávající problémy s psychikou, epizody jezení a diet. Tzv. emoční jezení, pokud je psychický nátlak, zajídá to. Vnímání sebe samotné špatně. Cítí se tlustá.

Rozhovor s respondentkou 4

Věk: 20 let

Studentka právnické fakulty UP v Olomouci

Přítel/bezdětná

Neúplná rodina

Já jsem měla normální váhu, ale od dětství jsem držela diety, zkoušela jsem nejíst vůbec, nebo jsem vyřazovala potraviny.

Diagnostikována mi byla mentální anorexie a mentální bulimie ve 13 letech, to jsem byla v 7. třídě. Ve třídě probíhala šikana ze strany spolužáků ke mně a ještě k mojí nejlepší kamarádce. Smáli se mi za to, jak vypadám, a na ten popud jsem se rozhodla, že přestanu jíst. Pamatuji si, že jsem jedla třeba jedno jablko denně a k tomu pár piškotů.

Uvědomuji si, že mi bylo asi 10 let, když jsem přemýšlela nad tím, že nechci mít postavu jako moje mamka. Byla po třech dětech a zpětně vidím, že měla postavu normální, ale nepřišlo mi to.

Mamka byla samoživitelka a vždy jsme měli velké porce na hlavní jídla, abychom vydrželi a neměli hlad. Kolikrát jsme jedli i tři dny stejné jídlo, a když už jsem nemohla a nechtěla jíst, tak se mamka zlobila. Určitá jídla se mi zprotivila a nemám celkově k jídlu dobrý vztah. O jídle jsem lhala, chodila jsem zvracet, nebo si brala projímadla.

Jako první si toho všimla právě má nejlepší kamarádka, protože jsem přestala nosit do školy svačiny, které jsem vždy měla. Ptala se mě na to, ale nic víc neřešila.

Z naší rodiny o tom ví pouze mamka a mé dvě starší sestry (o 7 a 10) let. Naši jsou rozvedení a s otcem jsem se již nevidala a od 6 třídy se s ním vidím tak zhruba 3x do roka. Nemáme dobrý vztah, on chtěl totiž vždycky syna a toho pak měl u nové přítelkyně, a tak si myslím, že si užíval nové rodiny a zájem neprojevoval. Až teď má občas snahu, ale asi nechápe, že už je to docela pozdě a já k němu nemám takový vztah. Mamka se snažila, co mohla, hlídala, jestli jím, vážila mě a snažila si sama hledat nějakou literaturu. Nejstarší sestra žila již mimo domov a ta druhá se mi snažila být oporou. Z mamky strany mi chybělo pochopení, nikdo se mě nezeptal, proč to dělám, co mě trápí. Řešilo se jen to, proč nejím.

Byla jsem hospitalizována ze strany lékařky ale jen dva týdny, neměla jsem totiž prokazatelné hodnoty, které by byly závažné pro hospitalizaci.

Chodila jsem ve škole na spoustu kroužků před poruchou příjmu potravy (tanec, dramatický kroužek, hraní na flétnu, výtvarka). Musela jsem pak se vším přestat, nemohla jsem se soustředit, neměla jsem energii, zhoršil se mi prospěch ve škole. Neměla jsem ani náladu nikam chodit, byla jsem vyčerpaná, náladová a stále skleslá.

Hodně mě to ovlivnilo a hlavně ve vztahu ke mně samotné a to, jak jsem k sobě přistupovala. Neměla jsem se ráda. Sociální život mi to omezilo hlavně, co se týká navazování vztahů a užívání si s přáteli. Měla jsem strach si něco dát v restauraci, že na mě všichni budou koukat. Žiju nyní dva roky s přítelem, začátky byly hodně těžké. Styděla jsem se před ním jíst, takže jsem jedla jen ovoce a zeleninu, protože mi to přišlo, že to není špatná potravina a nebudu vypadat blbě, že třeba jím něco jiného.

Já se osobně nesetkala se špatným přístupem lékařů, protože jsem byla hospitalizována jen chvíli, ale i tam mi chybělo, že doktoři řešili jen fyzickou stránku, ale po psychické stránce se nic neřešilo. Myslím si, že toto onemocnění by mělo být provázáno psychologickou podporou.

Aktuální stav: Má problémy jíst na veřejnosti, ale snaží se to změnit, jinak žije s přítelem a cítí se dobře. Jídlo jí tolik neovlivňuje život.

11.2 Kategorizace získaných dat

Schéma 1: Spouštěče poruch příjmu potravy u respondentek

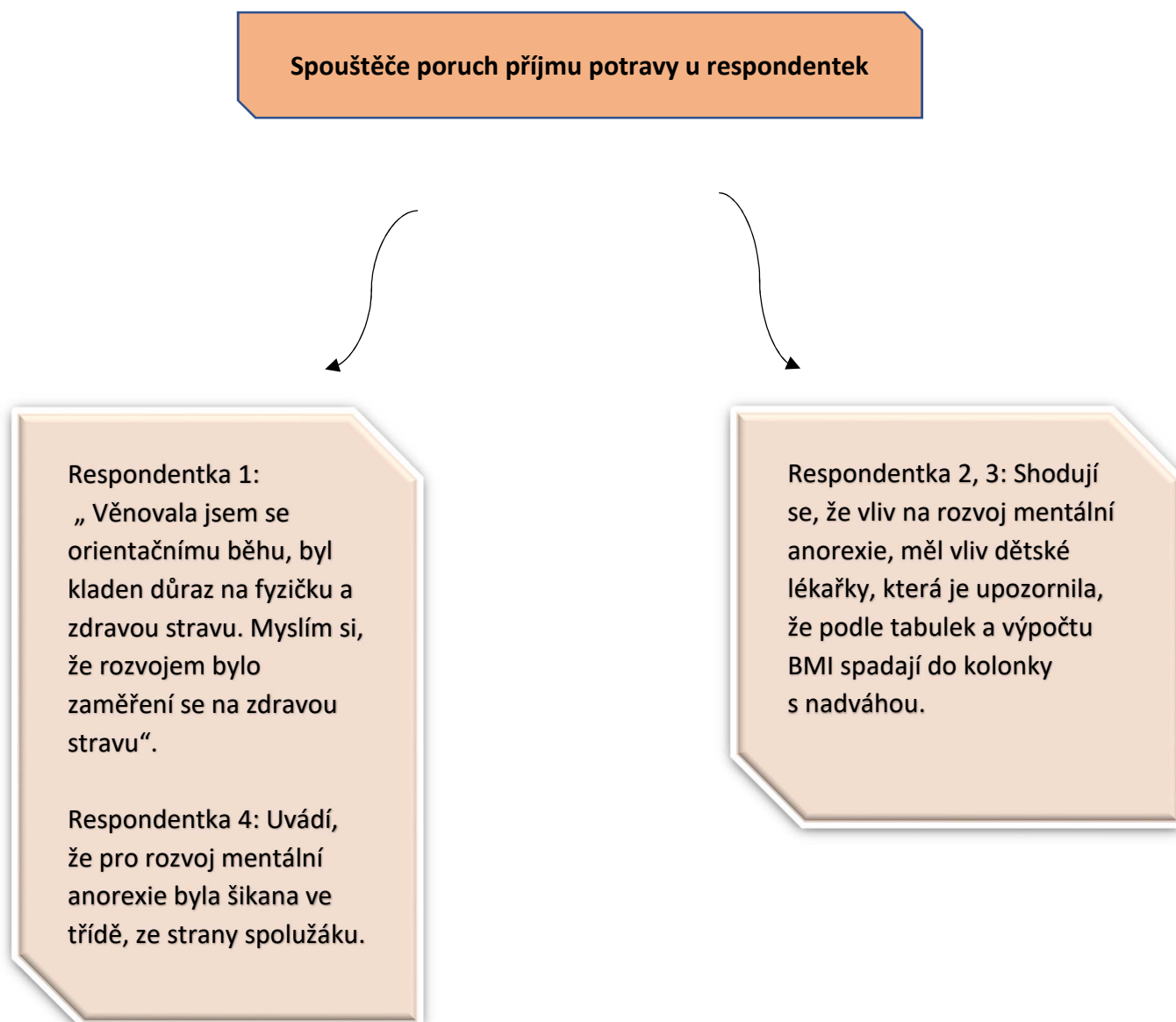


Schéma 2: První příznaky nespokojenosti se svým tělem

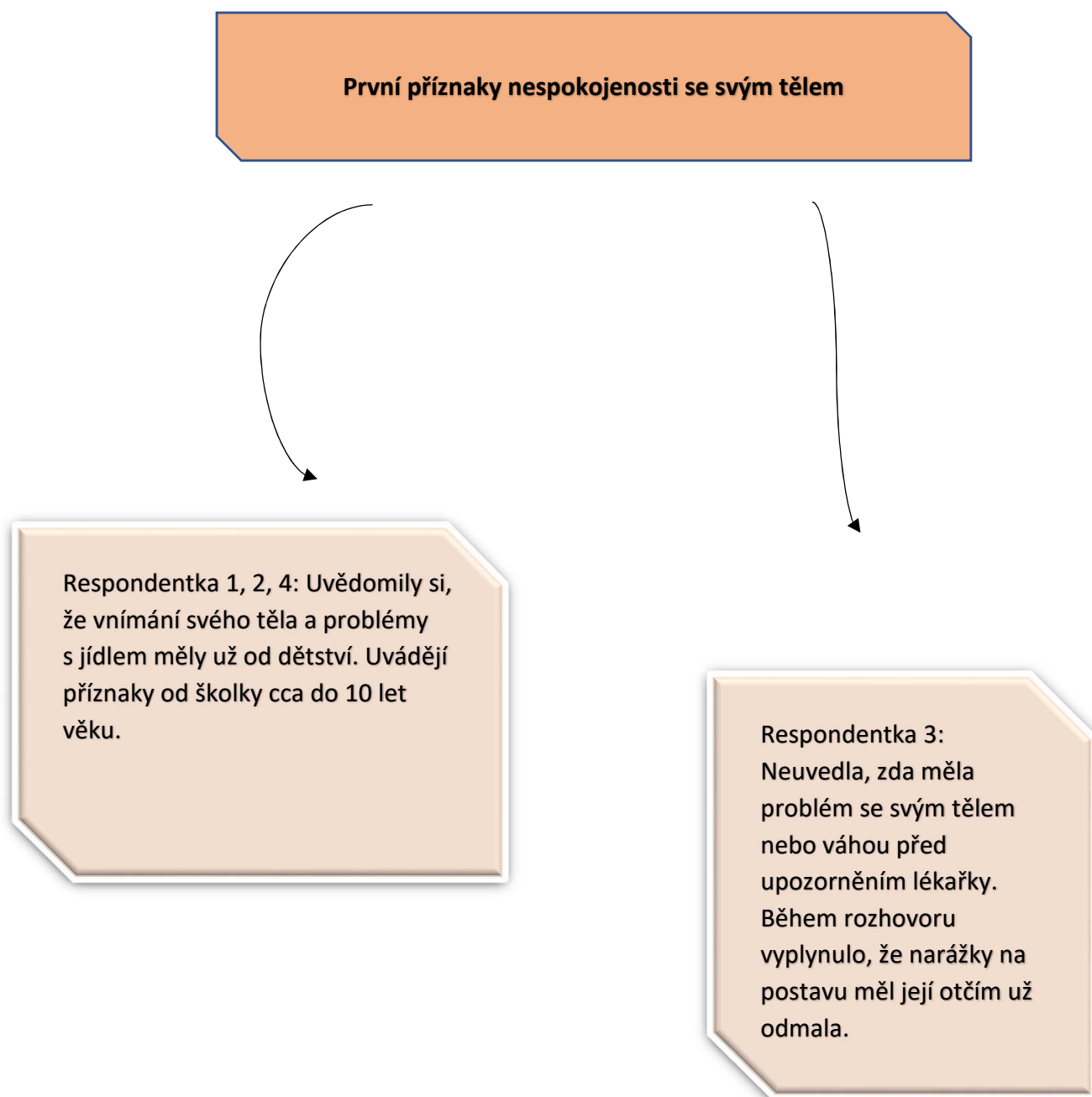


Schéma 3: Rodinná situace u respondentek s poruchou příjmu potravy

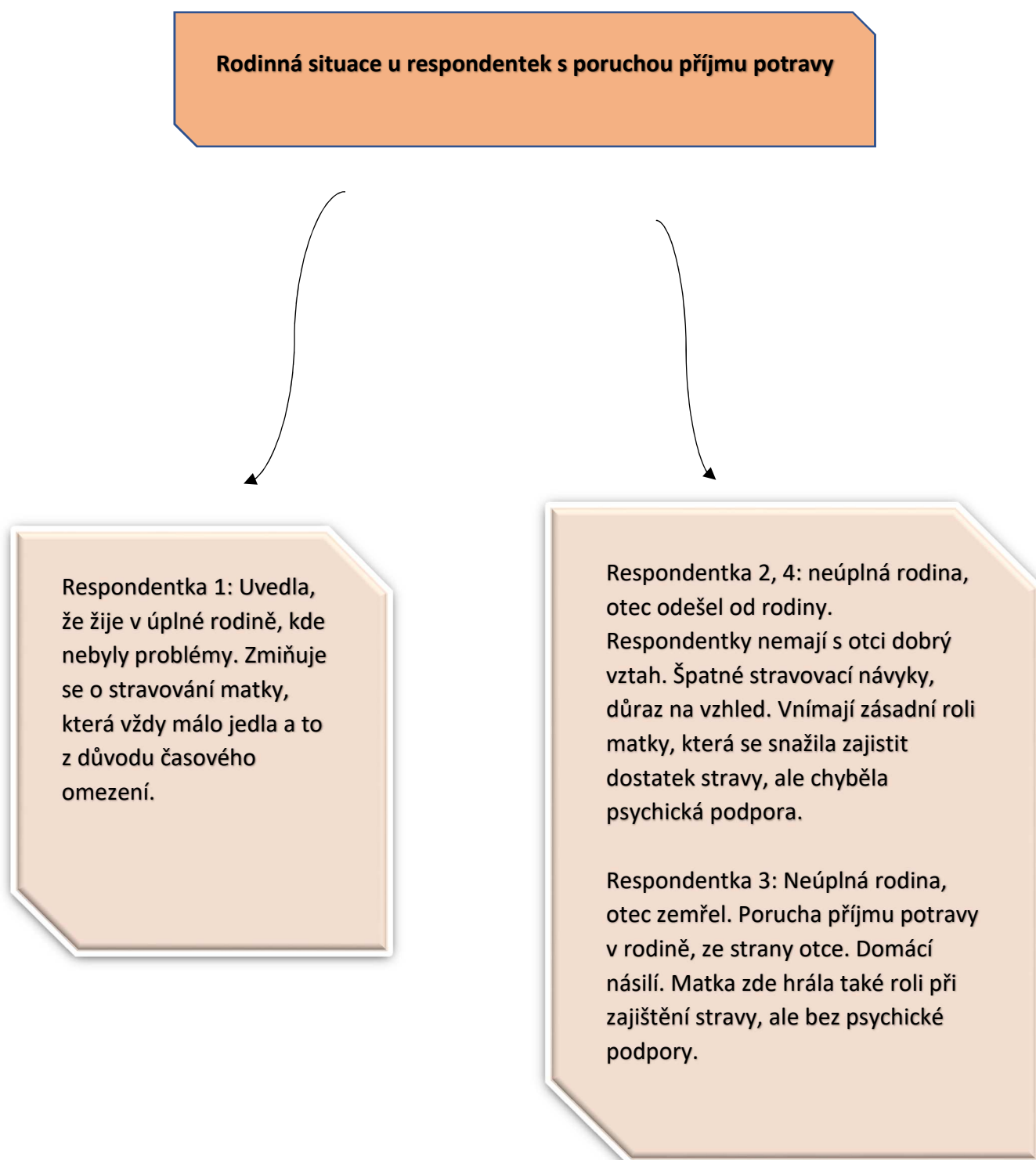


Schéma 4: Sociální dopad na život respondentek s poruchou příjmu potravy

Sociální dopad na život respondentek s poruchou příjmu potravy

Respondentka 1, 2, 3, 4: Shodně sdělily informace o dopadu poruch příjmu potravy na sociální život a vztahy. Byly uzavřené, stydlivé, nechtěly chodit do společnosti. Problém najít se ve společnosti, vyhýbání se činnostem spojených s jídlem. Pociťování nátlaku a nepochopení, ztráta kamarádek. Úbytek energie, nálady. Ztráta zájmu o okolní aktivitu, koníčky ustaly s příchodem nemoci. Stupňování hádek doma. „Doma jsme se hádali, protože se řešilo jen jídlo, nic jiného nikoho nezajímalo“.

Schéma 5: Léčba u respondentek s poruchou příjmu potravy a aktuální stav

Léčba u respondentek s poruchou příjmu potravy a aktuální stav

Respondentka 1: Léčba proběhla u psychologa, psychiatra, v denním stacionáři, hospitalizace na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, výživový poradce.
U respondentky jsou přetrvávající potíže, pokračující mentální anorexie.

Respondentka 2: Léčba na dětském oddělení v Pardubicích, dětská psychiatrie Motol, psycholog, psychiatr, organizace Anabell. Hospitalizace na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN.
Došlo ke zlepšení psychického i fyzického stavu, přes rok ve fázi uzdravování, přijetí se.

Respondentka 3: Léčba s odborníky neproběhla, nikdo to řešil. Začátek pouze redukční program v lázních, v období, kdy nepociťovala nespokojenost se svým tělem. Výživový poradce v dospělosti. Psychologická pomoc neproběhla. Psychické problémy přetrvávající dodnes, etapy jezení a držení diet.

Respondentka 4: Léčba dvoutýdenní v nemocnici, nebyly závažné zdravotní hodnoty pro delší léčbu. Psychologická pomoc neproběhla. Nyní fáze uzdravování se a pracování na stravování, přetrvává strach jíst na veřejnosti.

12 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak jedinec hodnotí sám sebe, když trpí poruchou příjmu potravy, jak vnímá své tělo. Druhým cílem bylo prozkoumat, jak poruchy příjmu potravy ovlivňují osobní a sociální život. K těmto cílům byly položeny čtyři výzkumné otázky. Dále stanovit spouštěče poruch příjmu potravy u respondentů, zjistit náročnost a léčbu u respondentů s poruchou příjmu potravy, jaké oblasti života u respondentů byly ovlivněny.

K výzkumnému šetření byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Z důvodu získat co nejvíce vystihující odpovědi, s ohledem na průběh rozhovoru, kdy se respondentky měly možnost více ponořit do problémů, které zažívaly, a mohly z toho vyplynout další skutečnosti.

Výzkumné šetření proběhlo se čtyřmi respondentkami, které jednotlivě odpovídaly na otázky. Problematika se týkala poruch příjmu potravy u dětí, které si prošly onemocněním ve věku 13 – 18 let. Pro rozhovor byly vybrány dívky, které se dobrovolně přihlásily, aby sdělily své zkušenosti. Respondentky jsou nyní ve věkové kategorii 20 – 34 let.

Zjišťovány byly spouštěče diagnózy poruch příjmu potravy, které si respondentky vybavují, pro vznik nebo rozvoj onemocnění. Odpovědi byly v podstatě problému téměř shodné, kdy jedna respondentka uvedla, že pro rozvoj mentální anorexie byl spouštěčem výkonnostní sport, kde byl kladen důraz na fyzickou stránku a zdravou stravu, byla ponořena do věnování pozornosti jídlu. Zdravá strava, cvičení a hlídání váhy ji dostalo do kritérií shodných pro diagnózu mentální anorexie. To ve své knize popisuje Krch et al. (1999), že narušené postoje a vliv na rozvoj poruch příjmu potravy mají rizikové zájmy. Upozorňuje na jídelní poruchy a patologické diety u sportovců, které mohou být příčinou vážného zdravotního a psychického stavu. Studie podkládá nároky na štíhlost a soutěživost za zvyšující se riziko pro rozvoj poruch příjmu potravy.

Respondentky 2 a 3 uvedly, že u pediatra při preventivní prohlídce, jim bylo oznámeno, že podle výpočtu BMI spadají tabulkově do kategorie nadváhy. Tím se rozběhlo přemýšlení o svém těle a následná snaha zhubnout. Papežová et al. (2018) se vyjadřuje o výpočtu BMI jako o nepřesném kritériu, který by se neměl u dětí používat pro diagnózu

poruch příjmu potravy, protože není zohledněn psychický stav dítěte. Výpočet BMI doporučuje u dospělého jedince.

Dalším spouštěčem rozvoje mentální anorexie byla šikana u respondentky 4, která byla šikanována ve své třídě. To přispělo k rozvoji poruchy, ovlivnilo to její vnímání sebe samé, jako té špatné. Mohlo by se zdát, že spouštěče jsou odlišné, ale podle toho, co již víme z teorie, jsou faktory sociální a psychické důvodem pro rozvoj poruch příjmu potravy.

Vzhledem k průběhu rozhovorů s respondentkami, jsem navázala na první příznaky nespokojenosti se svým tělem u respondentek, zda je nezačaly vnímat ještě před spouštěči nebo určením diagnózy poruch příjmu potravy (Schéma 2). Tři ze čtyř respondentek uvedly nespokojenost se svým tělem ještě před třináctým rokem. Respondentka 1 si je vědoma pozorování svého těla, přesněji v oblasti břicha, se kterým byla nespokojena již ve třetí třídě na základní škole. Úmyslně nosila volné oblečení a nesnesla na sobě nic upnutého, i když, jak sama uvedla, „byla jsem hubená“. U respondentky 2 začalo vnímání nespokojenosti sama se sebou již v mateřské škole, příčinou mohly být otcovy časté narážky na vzhled dotazované, dětí ve školce nebo upozorňování na svůj vzhled. Respondentka 3 neuvedla, zda sama pociťovala špatný vztah ke svému tělu ještě před spouštěčem. Zmínila se o nevlastním otci, který ji ustavičně upozorňoval na „velký zadek“ a říkal jí, ať se sebou něco dělá. U respondentky 4 se objevily pokusy s jídlem ještě před diagnózou mentální anorexie, kdy nechtěla být „tlustá“. Uvedla, že v 10 letech si řekla, že nechce vypadat jako její matka. Vede to k zamyšlení, zda u jedinců trpících poruchou příjmu potravy by se neměly zohlednit první příznaky a vnímání svého těla v dětském věku pro práci s nimi. Vzhledem k odpovědím je zřejmé, že problémy se stravou a vnímáním sebehodnocení, jsou záležitostí brzkého dětského věku. Zde už může začínat rozvoj poruch příjmu potravy. Papežová et al.(2018) ve své knize zmiňuje Uhlíkovou, která popisuje již důležitou roli při procesu krmení dětí a psychického vývoje u dětí. Upozorňuje, že v období sebeuvědomování můžeme v dětech nevědomky vytvořit špatné jídelní návyky.

Navazující je otázka rodinné situace u respondentek s poruchou příjmu potravy (Schéma 3). Rodina byla definována jako skupina osob spjatých navzájem svazkem manželství, příbuzenstvím nebo adopcí, které spolu dlouhodobě žijí a dospělí jsou zodpovědní za

výchovu dětí. Nefunkční rodina či rodinné situace, ovlivněné různými aspekty, mohou mít následky na zdárný vývoj dítěte. To vyplývá i ze zkoumaného šetření, kdy respondentky 2, 3, a 4 jsou z neúplné rodiny. Respondentka 2 a 4 je z rozvedené rodiny. Otec odešel za novým vztahem, obě dívky byly v předškolním věku a s otci nemají ani v období dospělosti dobrý vztah. Vztah byl špatný, chování ze strany otců vůči dětem bylo odmítavé, shazující bez projevů lásky. Respondentka 3 uvedla patologické chování otce (alkohol) s následkem úmrtí, bylo zde i domácí násilí. Dívce bylo 7 let, když otec zemřel. Poté špatný vztah i ze strany nevlastního otce, nenavázání se. U všech třech zmíněných se v rodině vyskytovala již dříve porucha příjmu potravy nebo sociálně patologické jevy. Respondentka 1 je z úplné rodiny, v rozhovoru uvedla bezproblémové rodinné prostředí se zmínkou o matce a jejím postojům k jídlu. Matka sama málo jí a to prý z důvodu omezení času. Jak uvádí Vágnerová (2012), bezprostřední vliv na dítě má prostředí, ve kterém vyrůstá. Psychický vývoj je ovlivněn všemi složkami prostředí. Nápodoba a identifikace určitého jednání osoby souvisí s přejímáním názorů, postojů a chování.

Sociální dopad na život s poruchou příjmu potravy byl u dotazovaných citlivé téma. Jsou si vědomy projevů svého chování, které bylo zapříčiněné nemocí. Dotazované uvedly totožnost v chování a prožívání různých situací. Nejčastějšími dopady bylo stranění se kolektivu, ztráta kamarádů, zhoršený prospěch ve škole. Dále náladové chování s projevy úzkosti a nechutí cokoli dělat, tím byly ovlivněny koníčky a zájmy. Ztráta energie a chuti do života. Vyhýbání se činnostem, které byly spojeny s jídlem. Cítily nátlak a nepochopení, časté škatulkování. Dopad byl i v domácím prostředí, jídlo se stávalo středem pozornosti, nikdo se o nic jiného nezajímal, než o to, aby dotyčná jedla. Byl to ubíjející pocit, že jsou vnímány jako „ten problém“, jakoby nic jiného už nebyly (Schéma 4). Problémy s prožíváním a vnímáním okolí vysvětluje Papežová et al. (2018), spojitostí s hladověním a nízkou váhou redukcí psychických pocitů. Pacientky nejsou schopné prožívat pozitivní emoce, těšit se z příjemných zážitků, je zde snížená motivace. Pokud má dítě dlouhodobé problémy s jídlem, odráží se od toho návrat do společnosti a navázání kontaktů s okolím a se svými vrstevníky.

Velmi podstatnou a významnou částí v této problematice je pomoc jedincům s poruchou příjmu potravy. Pokud prevence proti vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy není

úspěšná, přichází léčba. Je to důležitý a náročný krok nejen pro pacienta, ale také pro jeho rodinu a blízké okolí. U dětí je léčba náročnější vzhledem k tomu, že rodiče nesou plnou zodpovědnost za dítě, které se i přes značné zdravotní problémy nechce léčit. S ohledem na psychické potíže, které jsou vlivem nemoci rozvíjeny, je dotyčný málokdy schopen posoudit závažnost problému. Prvním krokem je většinou návštěva lékaře, ten může posoudit míru nebezpečí z pohledu zdravotního vyšetření. Poté přicházejí na řadu specialisti jako je psycholog nebo psychiatr a v neposlední řadě přichází hospitalizace. V Praze je také možnost chodit do stacionáře, který funguje od rána do odpoledních hodin a je specializován na poruchy příjmu potravy. Možností jsou i organizace, které nabízejí poradenství, výživového poradce, rodinné poradenství a externí odborníky. Jednou z takových organizací je Anabell.

Léčba je z dlouhodobého hlediska často opomíjena a nemyslím si, že je vždy vhodně nastavena. Proto jsem do výzkumného šetření zaevidovala názor respondentek s poruchou příjmu potravy a jejich léčbu, jak probíhala, jak ji vnímaly.

Respondentka 1, 2 měli totožný léčebný postup a odbornou pomoc. Návštěvy ambulantních psychologů a psychiatrů. Hospitalizace na psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, respondentka 1 docházela v krátkém období i do stacionáře. Respondentka 2 byla hospitalizována na dětské psychiatrii v Motole. Oproti respondentkám 3, 4 léčba probíhala pouze v rámci domácího prostředí. Respondentka 4 byla hospitalizována pouze na dvoutýdenním pobytu. Po stránce psychické s nimi nikdo nepracoval. Rodina neměla o problematice poruch příjmu potravy tušení, ani jedna z uvedených respondentek neuvedla, že by rodiče a blízké okolí vědělo, o jak závažné onemocnění se jedná. Pokus ze strany rodičů proběhl na úrovni hledání si informací o problematice, ale stejně nechápali a kladli si otázku: Proč?

Respondentka 1, 2 uvedly, že zpětně vnímají od rodičů velké ústupky s jídlem, podřizovali se jim a myslí si, že by to tak být nemělo, i když je to pro nemocného náročné.

Problém, který vnímaly u léčby, je přístup na úrovni plošného léčení. Principy a způsoby jsou dány a podle nich se lékaři řídili, nebrali každou z nich jako individuální bytost. Dále vnímají problém, že nebyly současně psychicky léčeny, když nastala léčba s jídlem. Jednotně se shodly, že léčba by měla být lépe nastavena podle individuality jedince a více se zaměřit na psychické postavení osob s poruchou příjmu potravy. Uvádějí, že když

se léčit nechtěly a byly dotlačeny ze strany rodiny nebo blízkého okolí, neměla léčba smysl. Nedělaly to pro sebe, ale pro ostatní, a ještě více se tím zhoršil jejich psychický stav a tím i problémy s jídlem.

Během rozhovoru se respondentky zmínily, že nikdo neposlouchal, co říkají. Rodina, okolí nebo i lékaři si dělali své názory.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že ženy s poruchou příjmu potravy, která se u nich objevila ve věku 13 – 18 let, již v dětském věku pociťovaly první známky nespokojenosti se svým tělem a vnímáním sama sebe. Mezi spouštěči se objevilo domácí prostředí, sport a šikana, tyto oblasti měly na poruchy příjmu potravy velký vliv. Vliv nemoci se jednoznačně prolínal do všech oblastí života. Respondentky se stranily společnosti a aktivitám, které se odehrávaly mezi dalšími lidmi. Také reakce od okolí nebyla přívětivá. Během rozhovoru bylo zjištěno, že okolí mělo nevhodné narážky, nechápali situaci. Snažili se nemoc zlehčovat, bagatelizovat. Často slyšeli narážky typu: „Proč se normálně nenajíš?“ „To je ta dnešní mládež.“ „ Ty nevypadáš jako anorektička, ty jsou vyhublé na kost“. Vnímám z vlastních zkušeností, že problém poruch příjmu potravy je velmi závažné téma a přitom je z velké části nepochopeno a nevnímáno jako problém, že je zapotřebí se tomuto tématu věnovat více a do hloubky. Téma poruch příjmu potravy by se mělo dostat více mezi lidi, aby byli dostatečně informováni a aby třeba nevědomky nemohli druhým ublížit nevhodnou poznámkou a tím podpořit rozvoj nemoci u svých blízkých.

13 Závěr

V teoretické části bakalářské práce bylo vymezeno pojetí pojmů poruch příjmu potravy, podrobněji byly vysvětleny poruchy jako mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání. Na tyto diagnózy navazují i nespecifické poruchy, které jsou také poměrně známé. Dále byly popsány možné příčiny a s tím spojené následky, které mohou být fyzického i psychického charakteru. Práce se zaměřila na prevenci poruch příjmu potravy u dětí a na léčbu, která je neoddělitelnou součástí. U léčby jsou uvedeny i případná místa a kontakty, kde se odborně poruchám příjmu potravy věnují.

Praktická část bakalářské práce byla zpracována kvalitativním výzkumem, s použitím metody polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory s respondentkami proběhly osobně a otázky byly předem připraveny, s ohledem na průběh rozhovoru byly otázky doplňovány. Pro bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle. Dále byly zhotoveny čtyři výzkumné otázky, které se věnovaly spouštěčům poruch příjmu potravy s návazností na léčbu, náročnost léčby a úspěšnost podstoupené léčby. Nebyl opomenut ani život respondentů a vliv nemoci.

Prvním cílem bylo zjistit sebehodnocení jedinců s poruchou příjmu potravy. Respondentky odpovídaly téměř totožně. U třech ze čtyř dotazovaných bylo negativní vnímání sebe sama a svého těla již v dětském věku. Projevy onemocnění přišly postupem času, zejména ve věkovém rozmezí 13 – 15 let. Důvodem bylo upozornění od okolí nebo nevhodný postoj k jídlu, který respondentky měly. Negativní vnímání sebe samotné se s rozvíjející nemocí zhoršovalo. Objevily se značné fyzické změny, které vedly k onemocnění, únavě a bezprostředně ke zhoršení psychického stavu. Podle výpovědi respondentek bylo zjištěno, že vnímáno sebe samotné a postoj sama k sobě přetrvává i po léčbě, kdy o sobě dotyčné stále pochybují. Sebepřijetí je stále těžké, opakovaně se objevují pochybnosti o svém těle, strach z nevládnutí a obavy z určitých situací, které se týkají jídla a společnosti. Věta, která zaznívala během rozhovoru, byla paradoxně ve vztahu k mentální anorexii zajímavá a výstižná. Čím menší váha člověka je, tím více je ovlivněno chování, myšlení, pozornost a touha po hubnutí. Věta zněla: „Čím více jsem hubla, tím méně jsem byla se sebou spokojená, a bylo mi hůř“. Vzhledem k osobním zkušenostem jsem pociťovala z této věty respekt, že osoba byla schopná si takovou

skutečnost přiznat a říct nahlas. Protože začátky hubnutí a obdivu jsou povětšinou uspokojivé, než přijde propsat, ze které není jednoduché se dostat.

Druhým cílem bylo zmapovat vliv poruch příjmu potravy na osobní a společenský život, kdy se opět respondentky shodly. Osobní život byl ovlivněn a propojen se společenským životem. Dopad to mělo na vztahy v rodině, vztahy s přáteli. Koníčky a zájmy během nemoci přestaly, z důvodu úbytku energie a stagnace nálad. Školní prospěch byl značně zhoršen a to i vztahy ve škole. Respondentky se stranily společnosti, raději bývaly o samotě. Měly pocit, že je každý vidí jako problém. Hůře navazovaly kontakty a nové známosti.

Výsledky bakalářské práce potvrdily totožnost s teoretickou částí a ovlivnitelnými prvky. V rozporu vnímám léčebné postupy, které by měly vést k modernizaci a zkoumání vzniklých problémů. Také je na pováženou uvědomění si, že vliv rodiny je mnohem větší, než se doposud mohlo znát.

Doporučení, vzhledem k mé bakalářské práci, je, aby se nepodceňovaly psychické poruchy a nebyly bagatelizovány problémy s jídlem a aby byla společnost o této problematice více informována.

Seznam použitých zdrojů

- BetterHealthChannel (2023). *Eating disorders in children and young people*.
Dostupné z <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/eating-disorders-children-and-young-people>
- Bullová, J. (2023). *Poruchy příjmu potravy*. Unilabs Slovensko, s. r. o. Dostupné z <https://www.unilabs.sk/clanky-invito/poruchy-prijmu-potravy>
- Grogan, S. (2000). *Body Image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.
- Hadaš, L. (2007). *Poruchy příjmu potravy: Psychosociální přístup rodinné terapie*. Disertační práce, Masarykova univerzita. Archiv závěrečných prací Muni. Dostupné z https://is.muni.cz/th/fiqlc/Disertacni_prace.pdf
- Ideální (2015). Dostupné z <https://www.idealni.cz/kontakty-na-pomoc/>
- Krch, F. (2003). *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada.
- Krch, F. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- Krch, F., & Richterová, I. (1998). *Chci ještě trochu zhubnout. Jak rozpoznat a zvládnout bulimii a anorexii*. Praha: Motto.
- Krch, F. et al. (1999). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Krch, F. (2007). *Poruchy příjmu potravy. Mezioborové přehledy poruchy příjmu potravy, medicína pro praxi*. Dostupné z <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
- Kubešová, B. (2022). *Poruchy příjmu potravy mohou probíhat velmi nenápadně. Pacienta však často ohrožují na životě*. Dostupné z <https://zdravi.euro.cz/clanky/poruchy-prijmu-potravy/>

- NZIP (2023). *Poruchy příjmu potravy: co to je?* Dostupné z <https://www.nzip.cz/clanek/699-poruchy-prijmu-potravy-zakladni-informace>
- Papežová, H. et al. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.
- Papežová, H. et al. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy, interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.
- Papežová, H., & Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy, příručka pro pomáhající profese*. Dostupné z http://www.prevence-praha.cz/images/Autorske_texty/PORUCHY_PRIJMU_POTRAVY_web.pdf
- Pharmaprofit (2023). *Poruch příjmu potravin přibývá*. Dostupné z <https://www.pharmaprofit.cz/2023/04/03/poruch-prijmu-potravy-pribyva/>
- Říčan, P. et al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada.
- Švaříček, R. et al. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie, dětství a dospívání*. 2. rozšířené přepracované vydání. Praha: Karolinum.
- ÚZIS ČR (2023). *MKN- 10*. Dostupné z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#ceska-verze13>.
- ÚZIS ČR (2018). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017*. Dostupné z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--vyznamna-temata--poruchy-prijmu-potravy>
- 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova (2023). Dostupné z <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/informace-o-oddelenich-psychiatricke-kliniky>

14 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky pro rozhovor s respondentkami

PŘÍLOHA 1

Otázky pro rozhovor s respondentkami

1. Kolik Vám bylo let, když se poprvé objevila porucha příjmu potravy?
2. Jaká forma Vám byla diagnostikována?
3. Co přesně se stalo, když přišla první myšlenka změnit způsob stravování?
4. Kdo si jako první všiml změny ve stravování, změn dalšího charakteru?
5. Jak reagovala rodina na situaci?
6. Jaké byly stravovací návyky ve vaší rodině?
7. Jaké byly koníčky před nemocí a po nemoci, jaké byly změny?
8. Co porucha příjmu potravy ovlivnila ve Vašem životě?
9. Kdo se postaral o léčbu a jak probíhala?
10. Vnímáte nedostatky při léčbě, jaké?