MASARYKOVA UNIVERZITA
Lékařská Fakulta
Katedra ošetřovatelství

ROZHOVORY S DĚTMI A MLADISTVÝMI S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Hana Pinkavová

Autorka:
Barbora Jonová
obor Ošetřovatelství

Brno, květen 2017

OBSAH BIBLIOGRAFICKÉ IDENTIFIKACE

Příjmení a jméno autora: Jonová Barbora

Název bakalářské práce: Rozhovory s dětmi a mladistvými s poruchami příjmu potravy

Název bakalářské práce: Interviews with children and adolescents with eating disorders

Pracoviště: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Pinkavová

Rok obhajoby bakalářské práce: 2017

Souhrn:

Bakalářská práce s názvem „Rozhovory s dětmi a mladistvými s poruchami příjmu potravy“ se zabývá stravováním dětí ve věku 11 až 17 let s poruchou příjmu potravy. Skládá se z části teoretické. Poruchy příjmu potravy jsou rozděleny a charakterizovány. V části empirické jsou analyzovány rozhovory získané od informantů a následně vyhodnoceny.

Klíčová slova: děti, výživa, poruchy příjmu potravy, rozhovory, stravování

Summary:

The Bachelor thesis entitled "Interviews with children and adolescents with eating disorders" is engaged in alimentation of children aged 11-17 years with an eating disorder. It consists of a theoretical part. The eating disorders are splited up and characterized. In the empirical part, the interviews are analyzed obtained from informants and their evaluation afterwards.

Key words: children, nutrition, eating disorders, interviews, alimentation

Souhlasím, aby práce byla půjčována ke studijním účelům a byla citována dle platných norem.

V Brně dne …… ……

podpis autora

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Hany Pinkavové s využitím zdrojů uvedených v soupisu literatury.

V Brně dne……. ……

podpis autora

Chtěla bych poděkovat svým blízkým a přátelům za podporu a cenné rady, svým informantům, kteří mi ochotně pomohli v realizaci výzkumného šetření. V neposlední řadě velmi děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Haně Pinkavové za trpělivost, odborné vedení i cenné rady, které mi vždy ochotně poskytla.

.....

podpis autora

OBSAH

Úvod 8
1 Výživa v dětském věku 10
1.1 Základní složky potravy 10
1.2 Rozdělení dětského věku 12
1.3 Výživa v jednotlivých obdobích dětského věku 13
Výživa školáků 13
Výživa adolescentů 14
2 Poruchy příjmu potravy 15
2.1 Mentální anorexie (Anorexia Nervosa) 15
Charakteristika 15
Diagnostika 15
Etiologie 17
Zdravotní komplikace 17
2.2 Atypické formy poruch příjmu potravy 19
Charakteristika 19
Diagnostika 20
Zdravotní komplikace 20
3 Léčba poruch příjmu potravy 21
3.1 Realimentace 21
3.2 Psychoterapie 22
3.3 Farmakoterapie 22
3.4 Nutriční poradenství 23
3.5 Další terapeutické techniky 23
3.6 Centra podpory pro nemocné s poruchami příjmu potravy 23
4 Prevence poruch příjmu potravy 25
5 Cíl práce a výzkumné otázky 26
6 Metodologie 27
6.1 Metoda a organizace sběru dat 27
6.2 Výběr vzorku a charakteristika informantů 28
6.3 Výběr prostředí a jeho příprava 28

6.4 Pilotní studie 28
6.5 Metodika zpracování získaných dat 29
6.6 Přínos výzkumu 29
7 Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření 30
7.1 Demografická data 30
7.2 Příčinné podmínky vzniku onemocnění 31
7.3 Strategie jednání a interakce 33
7.3.1 Reakce okolí 34
7.3.2 Problematika stravování informantů 37
Pitný režim 39
Pocity hladu a jejich řešení 41
Důvod omezování 42
Oblíbené jídlo 44
7.3.3 Výčitky svědomí a vypořádání se s nimi 44
7.3.4 Vnímání sebe sama 47
7.3.5 Vnímání obrazu vlastního těla 48
7.3.6 Omezení v běžném životě 50
7.3.7 Vyrovnávání se se změnami provázející onemocnění 53
8 Diskuze 58
9 Návrhy na řešení 64
10 Závěr 65
11 Seznam použité literatury a pramenů 67
Přílohy 71

Úvod

V dnešní době jsou poruchy příjmu potravy medializované téma, o kterém všichni něco ví, o kterém každý slyšel. Je to jeden z největších problémů týkající se školáků a adolescentů. Na jedné straně mluvíme o stále se zvyšujícím procentu obezity u dětí, ale v kontrastu s tímto fenoménem přichází na řadu i poruchy příjmu potravy. Ty postihují stále širší skupinu lidí. Mediální tlak je tak velký, že dnes nejsou poruchy příjmu potravy výsadou pubertálních dívek. Zvyšuje se procento chlapců, kteří se uchylují k radikálním řešením, protože nejsou spokojeni s vlastním tělem. Věková hranice dětí s poruchou výživy se také snižuje, hovoří se už o osmiletých dětech.

Předkládaná práce se zabývá stravováním, prožíváním a vztahovou problematikou dětí a mladistvých s poruchami příjmu potravy. Velmi mě zajímaly důvody, proč některé děti tak zoufale chtějí měnit svůj vzhled, že se uchýlí ke stravovacím patologiím. Dalším důvodem pro výběr tohoto tématu bylo i to, že se mnoho lidí nezabývá tím, co tyto děti konzumují, a jaký je jejich vztah k jídlu, jak to prožívají.

Výběr věkové skupiny byl nasnadě, poruchy příjmu potravy stále nejvíce postihují děti ve školním věku a adolescenty. V tomto věku jsou lidé velmi citliví na to, co o nich říká jejich blízké okolí. Pokud jsou reakce negativní, vede je to k tomu, že se snaží změnit jejich názor tím, že změní sami sebe. Proto jsem zvolila věkovou kategorii staršího školního věku a dorostu, přesněji 11–17 let.

S těmito dětmi jsem se rozhodla osobně setkat a data posbírat formou rozhovorů. Vzhledem k citlivosti tématu je rozhovor variantou, kdy můžeme přímo reagovat na to, co nám dotyčný vypráví. Validita dat se zvyšuje právě s osobním kontaktem. Informanti mohou sdělit širší okolnosti daného tématu, ze kterých mohou vyplynout další informace.

První část obsahuje teoretickou základnu výše zmíněné problematiky. Je rozebrána výživa v jednotlivých obdobích vývoje dětí, dále jsou rozděleny a charakterizovány jednotlivé poruchy příjmu potravy včetně diagnostiky. Jsou uvedeny základní zdravotní komplikace, možné léčebné postupy a preventivní opatření. Tato teoretická část se opírá o uvedené literární a internetové zdroje.

Druhá část je empirická. Zabývá se metodologií a analýzou získaných rozhovorů. Tyto rozhovory byly pořizovány přímo na klinice, kde byli jednotliví informanti hospitalizovaní v době sběru dat. Zaměřovala jsem se především na jejich názory a pocity související se stravováním a pitným režimem.

Uvedená bakalářská práce by měla sloužit jako možný rozšiřující materiál k tématu poruch příjmu potravy. Výzkumné šetření bylo provedeno na malém vzorku a data z něj získaná jsou tedy platná pouze pro tuto konkrétní skupinu. Nastiňuje možné příčiny vzniku tohoto onemocnění, a tudíž by mohla posloužit rodičům a blízkým rizikových dětí jako inspirace, čemu se vyvarovat nebo alespoň poskytnout některé zdroje, kde se o této problematice dozvědí více nebo kde jim mohou pomoci, pokud už tento problém v rodině mají.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Výživa v dětském věku

Výživa je předpokladem ke správné funkci celého těla i duševního zdraví v každém věku. V dětství je však ještě důležitější. Dítě má před sebou celý život, a tudíž je dětství ideální dobou pro ovlivnění výživy a prožívání ve vztahu k jídlu. Špatné návyky si s sebou neseme právě od dětství. Z toho v dospělosti vznikají zdravotní komplikace jako vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční, nádory nebo samotná obezita.

1.1 Základní složky potravy

Energie je pohonem pro metabolické pochody a tělo ji získává z potravy. Obvykle se užívají jednotky kilokalorií (kcal) nebo kJ – 1 kcal = 4,18 kJ. Energetická potřeba se liší v každém období života. Největším zdrojem energie pro lidské tělo jsou sacharidy, na druhém místě jsou tuky a po spotřebování těchto dvou živin bere tělo energii z bílkovin.[1]

Voda je naprostým základem pro existenci živých organismů, neboť její absence vede nevyhnutelně k smrti. Dětský organismus je z větší části tvořen vodou, a proto mají děti větší potřebu vody než dospělí. Navíc je kůže v útlém dětství propustnější a voda se z těla ztrácí rychleji, snáze pak dochází k dehydrataci.[2]

Bílkoviny jsou základní stavební jednotkou lidského těla. Jedná se o makromolekuly, které se skládají z aminokyselin. Známe základních 24 aminokyselin a dělíme je na esenciální, kterých je 9, jsou nezbytné pro náš organismus a sami je neumíme syntetizovat, a neesenciální. Bílkoviny můžeme přijímat rostlinné a živočišné, na jejich poměru záleží i potřeba bílkovin. Dlouhodobé omezení příjmu bílkovin může vést až ke zpomalení růstu, špatnému hojení ran a snížené imunitě.[3]

Sacharidy jsou hlavním zdrojem energie. Dělíme je na složité polysacharidy, oligosacharidy a jednoduché monosacharidy. Vzhledem k tomu, že se sacharidy ukládají v podobě zásobního glykogenu, jejich nadměrný příjem může vést k obezitě. Naopak nedostatečný přísun vede ke spalování tuků a tvorbě acidózy.[4]

Tuky neboli lipidy jsou často mylně považovány za špatné, naopak. Tuky tvoří buněčné membrány, jsou nezbytné pro transport a utilizaci některých vitaminů, jsou nutné pro růst, reprodukci nebo ochranu orgánů. V potravě by měly převažovat nenasycené mastné

[1] Srov. MICHÁLEK, J. *Pediatrická propedeutika: vybrané kapitoly*. s. 40
[2] Srov. tamtéž. s. 40-41
[3] Srov. tamtéž. s. 41
[4] Srov. tamtéž. s. 41

kyseliny, které našemu tělu prospívají, nasycené mastné kyseliny by naopak měly tvořit minimum z přijatých tuků.[5]

Minerální látky jsou indikátorem stavu vnitřního prostředí organismu. Energii z nich nezískáváme, ale udržují osmotický tlak a acidobazickou rovnováhu. Vápník je důležitý pro stavbu kostí, působí v synergii s vitaminem D a najdeme ho například v mléčných výrobcích. Hořčík se vyskytuje ve svalech a skeletu, jeho nedostatek se nejčastěji projeví svalovou křečí, z potravy jej přijímáme ze zeleniny, mléka a masa. Sodík čerpáme z kuchyňské soli, jeho nadbytek však způsobuje dehydrataci a otoky, nedostatek nám naznačuje nedostatečnou funkci ledvin. Draslík se podílí mimo jiné na stavbě tkání, získáváme jej ze zeleniny, ovoce, masa a mléka. Hypokalémie se objevuje u průjmů a zvracení, naopak hyperkalémii registrujeme u šokových stavů. Fosfor je stejně jako vápník důležitý pro stavu skeletu, také působí v synergii s vitaminem D, velký podíl fosforu je v mléce, mase, luštěninách a obilí. Chlor je podobně jako sodík velmi důležitým minerálem a najdeme ho také v kuchyňské soli. Síra je podstatná pro metabolismus bílkovin, protože je součástí některých aminokyselin, najdeme ji v chrupavkách, šlachách, pojivových tkáních a mozku. Železo je obsaženo v hemoglobinu a myoglobinu, jeho vstřebávání závisí na přítomnosti kyseliny chlorovodíkové, působí též synergicky s vitaminem C a najdeme ho v mase, játrech, vaječném žloutku, cereáliích či zelenině. Nedostatek železa vede k anémii. Měď je stopovým prvkem a najdeme ji převážně v játrech. Zinek je součástí enzymů a hormonů, získáváme ho z živočišné potravy. Kobalt a mangan úzce souvisí s některými enzymy, kobalt navíc ovlivňuje krvetvorbu jako součást molekuly vitaminu B_{12}. Jod je důležitý pro tvorbu hormonů štítné žlázy, jeho nedostatek vede k hypotyreóze, mentální retardaci, jeho nadbytek pak k hypertyreóze, vzniku strumy a dalším závažným obtížím, vysoký obsah jodu je v mořských rybách nebo v jodované soli. Fluor je důležitý pro dobrý stav kostí a skloviny zubů, proto se často fluoridují zubní pasty.[6]

Vitaminy nezbytně potřebujeme pro správný růst a vývoj. Dělíme je na vitaminy rozpustné v tucích a vitaminy rozpustné ve vodě. Vitaminy rozpustné v tucích máme čtyři: vitamin A, vitamin D, vitamin E a vitamin K. Vitamin A přijímáme z živočišných potravin (mléko, máslo, žloutek, játra, rybí tuk) a ve formě β-karotenu z rostlinných zdrojů (mrkev, rajčata, špenát), jeho nedostatek vede k šerosleposti. Vitamin D vzniká v kůži působením UV záření. Z potravy ho můžeme získat z mléka, jater a živočišných tuků, působí synergicky

[5] Srov. MICHÁLEK, J. *Pediatrická propedeutika: vybrané kapitoly*. s. 42
[6] Srov. tamtéž. s. 42-44

s Ca a P, jeho nedostatek vede k rachitis. Zdrojem vitaminu E jsou rostliny. Vitamin K je nezbytný pro krevní srážlivost, jeho nedostatek se objeví při dlouhé antibiotické léčbě.

Mezi vitaminy rozpustné ve vodě řadíme vitamin C a vitaminy skupiny B. Vitamin C neboli kyselina L-askorbová je důležitým antioxidantem obsaženým v čerstvém ovoci a zelenině, tepelnou úpravou se však ztrácí. Hypovitaminóza se projeví bledostí a sníženou imunitou, avitaminóza se projeví jako skorbut. Vitamin B_1 neboli thiamin se podílí na metabolismu sacharidů, najdeme ho v mléce, mase, kvasnicích, žloutku, cereáliích a zelenině, avitaminóza se projevuje nemocí beri-beri, která se však u nás nevyskytuje. Vitamin B_2 neboli riboflavin se účastní metabolických pochodů, najdeme ho v mléce, vejcích, zelenině, játrech či ovoci, nedostatek se projevuje na oční rohovce nebo ragádami na kůži. Vitamin B_6 neboli pyridoxin se vyskytuje v kvasnicích, játrech, mase, žloutku a mléce, avšak sterilizací mléka v autoklávu se většina pyridoxinu zničí. Niacinová avitaminóza (pelagra) se u nás nevyskytuje, zdrojem niacinu jsou kvasnice, játra, maso, vejce, zelenina i ovoce. Nedostatek kyseliny pantotenové vyvolává alopecii, nervové poruchy a změny sliznic dýchacího systému. Biotin neboli vitamin H je zastoupen ve velkém množství v mateřském mléce nebo vaječném bílku, lépe se vstřebává z bílku vařeného. Bez kyseliny listové by nebylo možné správné dělení buněk, její nedostatek v těhotenství může vést až k potratu, proto je důležité, aby matka jedla dostatek listové zeleniny, fazolí, červené řepy, celozrnného chleba, vajec a ryb. Vitamin B_{12} se významně podílí na metabolismu bílkovin, získáváme ho z jater, ryb, masa, vajec, mléka, sýrů a jogurtů, jeho nedostatek vede k anémii, kterou jsou ohroženi hlavně vegetariáni.[7]

1.2 Rozdělení dětského věku

Dětský věk dělíme na šest základních období, která se dále rozlišují:

Novorozenecké období – užší (první 7 dní života) a širší (prvních 28 dní života)

Kojenecké období – mladší kojenecké (1.–6. měsíc) a starší kojenecké (7.–12. měsíc)

Batolecí období – mladší batole (12–24 měsíců věku) a starší batole (25–36 měsíců věku)

Předškolní období – zde další dělení není potřebné, 3–6 let věku dítěte

Školní období – mladší školní věk (6–11 let) a starší školní věk (do 15 let)

Období adolescence – dorost (14–19 let) a mládež (19–24 let)

[7] Srov. MICHÁLEK, J. *Pediatrická propedeutika: vybrané kapitoly*. s. 44-46

Školní období a adolescence se mnohdy překrývají. V období staršího školního věku dochází k velkým změnám v organismu v důsledku puberty, která u každého jedince začíná různě. To samé platí i o adolescentním období.[8]

1.3 Výživa v jednotlivých obdobích dětského věku

Z důvodu zaměření své práce na období školní docházky a adolescence v teoretické části uvádím výživu pouze těchto dvou kategorií, výživa mladších dětí je uvedena v příloze č. 1.

Výživa školáků

Školní období je charakteristické snížením aktivity. To je dáno tím, že většinu dne stráví děti ve školních lavicích. Dochází k velkým změnám a nastupuje puberta. Ta je spojena se vzdorem a upozorňováním na sebe sama. Tímto upozorňováním může být i rozvoj poruch příjmu potravy.

Výživa školáků je prakticky stejná jako u dospělých jedinců. Děti často přejímají jídelní zvyky svých spolužáků a kamarádů, objevují se zdánlivé změny chutí a ritualizace jídla. Jedinec se osamostatňuje, chlapci častěji navštěvují tzv. fast foody a snáze se objeví obezita. Naopak dívky se více pozorují, porovnávají svou postavu se svými vrstevnicemi a modelkami v dámských magazínech a snaží se tyto trendy napodobit. Z toho vznikají časté konflikty s rodinnými příslušníky.

Energetická potřeba v tomto věku dosahuje i 2500 kcal za den. Dochází k prudkému růstu a bílkoviny jsou zvlášť důležitou součástí stravy. Z důvodu rychlého růstu kostra potřebuje více vápníku. Tuky by naopak neměly překročit třetinu energetického příjmu, přednost dáváme tukům rostlinným. Sacharidy zastupují největší zdroj energie, měly by tvořit až dvě třetiny příjmu. Dle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) by sacharidy ze sladkostí, bílého pečiva a slazených nápojů neměl překročit 10 % z přijatých sacharidů. Zvýšenou pozornost bychom měli věnovat i vitaminům, nedostatečný bývá přísun vitaminů C, A a B_{12}. Pitný režim je také shodný s tím pro dospělé. Někteří pubertální jedinci jej snadno splní, ale ze slazených nápojů. Jiní naopak v pitném režimu výrazně zaostávají. Jídlo by stejně jako u dospělých jedinců mělo být 4 - 6x za den v pravidelných intervalech a v klidném prostředí.[9,10,11]

[8] Srov. MICHÁLEK, J. *Pediatrická propedeutika: vybrané kapitoly*. s. 4-7
[9] Srov. NEVORAL, J. a kol. *Výživa v dětském věku*. s. 125-133
[10] Srov. RUSKOVÁ, J. Specifika výživy dospívajících. *Občanské sdružení Výživa dětí*. http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2011/04/15.pdf.
[11] Srov. VALÁŠKOVÁ, M. *Bababook*. s. 45-55

Výživa adolescentů

V období adolescence se zpomaluje růst, avšak energetická potřeba stoupá. U chlapců může dosáhnout až 3000 kcal/den, u dívek je o něco nižší. Potřeba bílkovin stoupá jen velmi mírně, záleží na množství svalové hmoty. Výrazně však vzrůstá potřeba vlákniny až na dvojnásobek. Hrazení tekutin je také náročnější, v průměru se pohybuje kolem tří litrů na den. Vše samozřejmě závisí na tělesné hmotnosti, stavbě těla a fyzické aktivitě.[12]

Dívky by měly dbát na dostatečný příjem železa, kyseliny listové a vitaminů řady B. Menstruací se jich velké množství ztrácí a pacientky tak často trpí anémií. Nedostatek vitaminů C, E a A je daný nízkým příjmem ovoce a zeleniny, a to zvláště v zimním období. Denní potřeba vápníku a hořčíku v tomto věku nebývá dostatečně pokryta, to způsobuje únavu a svalové křeče. Zinek adolescenty ochraňuje před vznikem alergií, kožních problémů či nádorovým bujením. Vitaminy skupiny B zase zlepšují kondici vlasů, nehtů či pokožky.[13]

Doporučený příjem potravin skvěle vystihuje pyramida potravin, která je známá po celém světě. Základ pyramidy tvoří přílohy. Tam volíme celozrnné potraviny s vyšším podílem vlákniny, vitaminů i minerálů, další volbou jsou luštěniny či ořechy. Druhým stupněm pyramidy je ovoce a zelenina. Zelenina by měla převažovat, je vhodné ji přikládat ke každému dennímu jídlu. Třetí stupeň zahrnuje potraviny živočišného původu. Tady volíme spíše bílé maso a takové mléčné výrobky, které jsou přírodní, neobsahují sladidla a velké množství cukrů nebo tuků. Na samém vrcholu potravinové pyramidy jsou potraviny, které by měly být konzumovány ve velmi omezeném množství. Řadíme sem živočišné tuky, sladkosti, přidané cukry, sůl a slané pochutiny. Díky dodržování těchto doporučení dosáhneme pestré a vyvážené stravy nejen pro dospívajícího jedince, ale i dospělé.[14]

---

[12] Srov. RUSKOVÁ, J. Specifika výživy dospívajících. *Občanské sdružení Výživa dětí*. http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2011/04/15.pdf.

[13] Srov. GRYGÁRKOVÁ, S. Zdraví v dospívání. *CELOSTNIMEDICINA.CZ* informační server o ZDRAVÍ a alternativní medicína. https://www.celostnimedicina.cz/zdravi-v-dospivani.htm

[14] Srov. KŘÍŽOVÁ, M. Výživa dětí staršího školního věku. *Zdravotnické noviny.* zdravi.euro.cz - Zdravotnictví a medicína. http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/vyziva-deti-starsiho-skolniho-veku-430130?category=profesni-aktualit

2 Poruchy příjmu potravy

„Poruchy příjmu potravy patří k závažným psychiatrickým onemocněním, která se vyskytují od útlého dětství až do dospělosti.“[15] Jedná se o třetí nejčastější psychiatrická onemocnění v době dospívání, ale vyloučeny nejsou ani výrazně mladší či starší skupiny pacientů.[16]

Mezi poruchy příjmu potravy (PPP) dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) řadíme mentální anorexii, mentální bulimii a jejich atypické formy. Pro předkládanou práci byly do teoretické části vybrány pouze mentální anorexie a atypické formy poruch příjmu potravy vzhledem k vybrané věkové skupině, kde se mentální bulimie vyskytuje jen zřídka. Mentální bulimie je uvedena v příloze č. 2.

2.1 Mentální anorexie (Anorexia Nervosa)

Charakteristika

Mentální anorexii lze popsat jako psycho-somatickou poruchu, pro kterou je charakteristické záměrné ubývání na váze a psychopatologické obavy z tloušťky. Tyto obavy pacienta ovládají, nedokáže se jim bránit. *„Následně vzniká podvýživa, sekundární endokrinní a metabolické změny a narušení tělesných funkcí.“*[17] Často se setkáváme s enormním zájmem o jídlo, pacienti rádi vaří, ačkoliv sami jídlo nejí, sbírají nové recepty a na jídlo myslí prakticky neustále.[18]

U mentální anorexie rozeznáváme dle Americké klasifikace Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) dva typy: typ restriktivní, kdy se nízké hmotnosti dosahuje omezováním jídla až úplným hladověním a nevyskytují se zde opakované záchvaty přejídání, a typ purgativní, kdy se opakují epizody hladovění a záchvatovitého přejídání.[19]

Diagnostika

Pokud se pacient s extrémně nízkou hmotností dostane do rukou specialistů, je nejprve nutné vyloučit jakékoliv onemocnění somatické, které by bylo příčinou ubývání na váze jako například endokrinní poruchy, těžké infekce, zhoubné nádory, somatická a funkční postižení GIT, ale i další psychické poruchy jako deprese nebo schizofrenie. K vyloučení těchto nemocí je důležité komplexní interní vyšetření, u žen navíc gynekologické

[15] PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. s. 134
[16] Srov. PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. s. 134
[17] NAVRÁTILOVÁ, M., SOBOTKA, L., ČEŠKOVÁ, E. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. s. 154
[18] Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. s. 16
[19] Srov. tamtéž. s. 17

a laboratorní vyšetření krve a moči. Dalšími možnostmi jsou endoskopické metody, denzitometrie, kalorimetrie či neurologické vyšetření. [20]

Velmi často se také používají antropometrická vyšetření tělesné hmotnosti, která se vztahuje na věk a výšku. Body mass index (BMI) zohledňuje výšku a váhu, kdy norma se udává od 19 do 25. Hodnocení obvodu a objemu paže sleduje tloušťku kožní řasy a vypovídá to o množství svalové hmoty. Vyšetření tloušťky kožní řasy kaliperem nám udává množství podkožního tuku.[21]

Pro úplné stanovení diagnózy mentální anorexie jsou u nás užívána diagnostická kritéria podle MKN-10, kdy musí být přítomny alespoň některé z následujících známek.

A. *„Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo u dospělých BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.*
B. *Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.*
C. *Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.*
D. *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 náhradní hormonální léčbu.*
E. *Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.“*[22]

Diagnostika u dětí a mladistvých je ovšem složitější než u dospělých.

U prepubertálních dívek nelze použít amenorrhoeu jako diagnostické kritérium. Bývá zde typický zpomalený tělesný vývoj, děti často popírají jakékoli příznaky poruchy. V dětském věku se také častěji objevují úzkostné či afektivní poruchy, symptomy obsedantně kompulzivní poruchy nebo sebepoškozování i formou tetování a piercingu. Dalšími ukazateli jsou poruchy nálad, podrážděnost, nesoustředěnost a s tím spojené zhoršení prospěchu.

---

[20] Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., SOBOTKA, L. a ČEŠKOVÁ, E. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. s. 60-69
[21] Srov. tamtéž. s. 70-71
[22] Srov. KRCH, F. D. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi.* http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf

Ke zhodnocení stavu dítěte je ideální antropometrické vyšetření zohledňující vývojovou dynamiku. Naopak BMI je k hodnocení stavu výživy u dětí nevhodné. Využívaným přístupem je auxologie – růstová diagnostika, která bere v úvahu kalendářní a biologický věk dítěte.[23]

Etiologie

Mnoho autorů se shoduje na multifaktoriální teorii vzniku mentální anorexie.

Mluví se o možném genetickém vlivu[24], zatím potvrzenými predisponujícími faktory jsou pohlaví, kdy bývají dívky postiženy asi v poměru 10:1 vůči chlapcům a věková kategorie, která se ovšem v poslední době značně změnila. Dříve to byla manifestace mezi 13. a 25. rokem života[25], dnes se tato hranice díky sociálnímu a kulturnímu tlaku posouvá až k 10. roku života, či naopak dochází ke stanovení diagnózy anorexia nervosa u lidí kolem 40. roku. Je to pravděpodobně dáno tím, že v dřívějších letech bylo toto téma tabuizováno a nyní, když se o poruchách příjmu potravy veřejně hovoří, a dokonce se lidé vzájemně podporují, se lidé středního věku jakoby vracejí do doby svého dospívání.

Jak už bylo zmíněno, svou roli tu hrají i sociální a kulturní zvyklosti. Takzvaný ideál krásy už se netýká pouze žen, ale začíná se značně dotýkat i mužské části populace. Módní průmysl, filmy a média ukazují lidské kvality na tvaru postavy.[26] Papežová (2010) tento fenomén pojmenovala jako kult štíhlosti.

Dalším rizikovým faktorem je rodina. Postiženy bývají často děti zámožných rodičů, rodičů hyperprotektivních, v rodinách s komunikační rigiditou a neschopností řešit konfliktní situace.[27] Na děti jsou kladeny obrovské nároky, to může vést k perfekcionismu až k obsedantně-kompulsivní poruše a následně k některým formám poruch příjmu potravy.[28]

Zdravotní komplikace

Jak už bylo řečeno, mentální anorexie není pouhým psychickým problémem. Tato porucha má zásadní dopady na fyzično pacienta.

Z kardiovaskulárních komplikací můžeme uvést bradykardii, která se vyskytuje u naprosté většiny pacientek s mentální anorexií. Je to způsobeno snížením hmoty myokardu či zvýšenou fyzickou aktivitou. U lidí trpících mentální anorexií objevujeme změny na EKG, které vypovídají o maligních arytmiích. Můžeme pozorovat i hypotenzi či echokardiografické

[23] Srov. PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. s. 136-138
[24] Srov. tamtéž. s. 56
[25] Srov. KELLER, U., MEIER, R. a BERTOLI, S. *Klinická výživa*. s. 157
[26] Srov. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. s. 175
[27] Srov. KELLER, U., MEIER, R. a BERTOLI, S. *Klinická výživa*. s. 157
[28] Srov. PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup.* s. 39

změny, jako např. perikardiální výpotek, pokles srdečního výdeje, ztenčení stěny levé komory, dysfunkce levé komory nebo pokles ejekční frakce.[29]

Mezi endokrinní změny řadíme amenorrhoeu, která vzniká po narušení sekrece hormonu uvolňujícího gonadotropiny. To spustí kaskádu snižování FSH a LH a sekundárně klesne i hladina estrogenů a progesteronu. Pokud k tomu dojde před menarché, zpožďuje se dospívání, nevyvíjí se sekundární pohlavní znaky a pacientky mají infantilní vzhled. U mužů probíhá podobná kaskáda, která vede ke snížení zájmu o sex. Diagnostikovat můžeme i zdánlivou hypotyreózu, ačkoliv TSH i tyroxin jsou v normě. Je to způsobeno hladověním, kdy nedochází ke konverzi tyroxinu na trijodtyronin v periferii. V některých případech se vyskytuje snížená hladina růstového hormonu. Dlouhodobé hladovění vyvolává také pokles sekrece inzulinu a častější je postprandiální hypoglykémie. Pro dětský věk je důležitá hladina IGF-1. Tento hormon navozuje proteosyntézu a buněčnou proliferaci. Jeho nedostatek v dětství vlivem mentální anorexie vede ke značnému zpomalení růstu a výsledná dospělá výška postavy je menší.[30]

Postižení zubů a kostí je dáno vlivem nedostatečného přívodu vápníku ze stravy. Pozorujeme kariézní chrup, osteopenii či osteoporózu. V době puberty se tvoří kostní rezervy pro období menopauzy, kdy kosti řídnou. U mentální anorexie tato rezerva nevzniká a v pozdějším věku dochází k častějšímu výskytu patologických zlomenin.[31]

Ledviny reagují na mentální anorexii a chování s tím spojené přechodnou retencí tekutin, což pacienti řeší nadužíváním diuretik. *„Tubulární postižení se projeví sníženou koncentrační schopností ledvin, polyurií a polydipsií.“*[32] Polyurie a polydipsie je však často nemocnými zneužívána jako projev zdánlivé spolupráce, nadměrným příjmem tekutin zvyšují tělesnou váhu, aby byli dříve propuštěni a nebyli sledováni. To ale vede k zvýšené diuréze a ztrátě elektrolytů. V případě omezení příjmu tekutin nastává rychle dehydratace, nemocní mohou i excesivně zvracet. Dehydratací se sníží objem cirkulující krve, nastává hypotenze a kolaps. Další komplikací dehydratace je vznik infekcí a lithiázy močových cest.[33]

---

[29] Srov. PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup.* s. 170-174.
[30] Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., SOBOTKA, L., ČEŠKOVÁ, E. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. s. 163-164
[31] Srov. tamtéž. s. 164 a 166.
[32] NAVRÁTILOVÁ, M., SOBOTKA, L., ČEŠKOVÁ, E. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. s. 165
[33] Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., SOBOTKA, L., ČEŠKOVÁ, E. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. s. 165

Častými hematologickými změnami jsou anémie z nedostatku železa a mědi, trombocytopenie v důsledku hladovění a leukopenie.[34]

Mezi závažné zdravotní komplikace patří porucha metabolismu elektrolytů. Nejčastěji dochází k deficitu sodíku a chloridů u purgativní mentální anorexie. Tělo je kompenzuje vylučováním draslíku a fosforu močí. Následkem je metabolická alkalóza a paradoxní acidurie, která značí život ohrožující stav.[35]

Společně s kožními změnami, jako je např. ztenčení kůže, úbytek vlasů, lámavé nehty, petechie či hematomy, zjišťujeme i poruchy termoregulace. Pacientky jsou zimomřivé, mají chladné ruce a nohy, na zádech se zejména v zimním období objevuje lanugo.[36]

Gastrointestinální trakt bývá postižen prakticky celý. V dutině ústní atrofují chuťové pohárky a dochází k poruše chuti. V souvislosti s gastroduodenem nemocní často uvádějí pocity přesycenosti, nadýmání a bolestí břicha. Střevo je postiženo sníženou motilitou a zácpou, která souvisí jak s hladověním, tak s abúzem laxativ. Morfologicky se tlusté střevo podobá megacolon. Střevní sliznice je atrofovaná. Tento stav může vyústit až v malabsorpční syndrom. Výjimečně se setkáváme s insuficiencí pankreatu, která imituje chronickou pankreatitidu. U mentální anorexie se častěji setkáváme s jaterní steatózou i virovými hepatitidami, což může být způsobeno sníženou aktivitou imunitního systému.[37]

2.2 Atypické formy poruch příjmu potravy

Charakteristika

Atypické formy poruch příjmu potravy lze definovat jako určitou subklinickou formu mentální anorexie či bulimie, kdy se nemusí vyskytovat všechny příznaky dle diagnostických kritérií.[38]

Atypické formy ať už mentální anorexie, nebo mentální bulimie jsou skupinou poruch, kam se řadí nemalé množství pacientů. Bývají často opomíjeny, ačkoliv několik studií potvrdilo, že v průběhu několika let se onemocnění manifestuje kompletními symptomy.[39]

---

[34] Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., SOBOTKA, L., ČEŠKOVÁ, E. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. s. 162-163
[35] Srov. tamtéž. s. 159
[36] Srov. tamtéž. s. 159-161
[37] Srov. tamtéž. s. 160 a 162
[38] Srov. KOHOUT, P., RUŠAVÝ, Z., ŠERCLOVÁ, Z. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. s. 166
[39] Srov. KING, A. *The natural history of eating pathology in attenders to primary medical care*. International Journal of Eating Disorders. s. 379-387

Bunnellův výzkum v roce 1990 zdůraznil, že pacient trpící atypickou mentální anorexií má stejně závažný psychický problém jako pacient s typickou mentální anorexií.[40]

Diagnostika

Podobně jako u mentální anorexie a mentální bulimie máme možnost dvojích diagnostických kritérií. U nás užívané MKN-10 rozlišuje atypickou mentální anorexii a atypickou mentální bulimii, popř. jiné poruchy jídla. DSM-5 nerozlišuje atypickou mentální anorexii a atypickou mentální bulimii, ale užívá souhrnnou diagnózu jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy (Eating Disorders Otherwise Specified – EDNOS).

Jako EDNOS označujeme případy, kdy:

1. *„Jsou splněna všechna kritéria mentální anorexie a nemocná má pravidelnou menstruaci.*
2. *Došlo k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, jsou splněna všechna kritéria mentální anorexie, ale tělesná hmotnost stále odpovídá normě.*
3. *Jsou splněna všechna kritéria mentální bulimie, ale k záchvatům přejídání dochází méně často, nebo jedinec jen jídlo žvýká a vyplivuje, ale nepolyká.“*[41]

Dle Krcha lze do EDNOS zařadit i opakované přejídání bez hladovění či purgativních metod, což je typické pro mentální bulimii, nebo případy, které nesou všechny znaky poruchy příjmu potravy, ale je zde malá frekvence některého z charakteristických příznaků.[42] Papežová (2010) uvádí i další případy, kdy je možné, že se jedná o EDNOS:

„Ty, kteří pravidelně používají neadekvátní kompenzační mechanismy po požití malého množství jídla (ne po záchvatu přejídání) a mají normální váhu (např. vyvolají si zvracení po konzumaci dvou sušenek).“[43]

Zdravotní komplikace

Zdravotní komplikace a následky atypických forem poruch příjmu potravy se prakticky neliší od těch typických. Bývají velmi podobné těm plně vyjádřeným formám, a proto je důležitý včasný záchyt.

Stejně důležité je pacientům a pacientkám zdůraznit, že ačkoliv se jedná o atypickou formu dané PPP, na průběh léčby a jejich režim to nemá absolutně žádný vliv. Vyhneme se tak zbytečným diskuzím a smlouvání ze strany pacienta.

---

[40] Srov. BUNNELL, D. W. et al. *Subclinical versus formal eating disorders: Differentiating psychological features*. International Journal of Eating Disorders. s. 357-362
[41] KRCH, F. D., a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 21
[42] Srov. KRCH, F. D., a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy*. s. 21
[43] PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. s. 127

3 Léčba poruch příjmu potravy

Terapie poruch příjmu potravy je poměrně složitá, neboť se jedná o onemocnění postihující psychiku i tělo pacienta. Úspěch léčby tudíž vyžaduje komplexní multidisciplinární péči, která respektuje rozdílnosti jednotlivých nemocných.

Hlavním cílem terapie je změna jídelního chování, normalizace hmotnosti a navrácení somatického zdraví.

„Léčba dospělých je založená na dobrovolné spolupráci a motivaci k léčbě.“[44] Děti si ovšem často neuvědomují svou chorobu, trpí úzkostmi, se kterými se nedovedou vypořádat, a proto je navázání spolupráce s dítětem o to složitější. Je důležité spolupracovat nejen s nemocným, ale i s jeho zákonnými zástupci a dalšími členy rodiny.[45]

Vždy je nutné posoudit, zda postačí péče ambulantní nebo je třeba hospitalizace dítěte. Pro toto rozhodnutí nám slouží Kritéria pro hospitalizaci dětí s PPP podle Remschmidta:

1. *„Medicínská*
    a. *Úbytek hmotnosti pod 75 % váhy odpovídající věku a výšce*
    b. *Somatické komplikace: metabolický rozvrat, dehydratace, bradykardie, přetrvávající zvracení*
    c. *Depresivní syndrom, riziko suicidia*
2. *Psychosociální*
    a. *Rigidní rodinná konstelace*
    b. *Sociální izolace*
    c. *Značně omezená výkonnost v běžném životě*
3. *Psychoterapeutická*
    a. *Selhání ambulantní terapie*
    b. *Chybění terapeutické alternativy k hospitalizaci.“*[46]

3.1 Realimentace

Pokud dítěti diagnostikujeme mentální anorexii s malnutricí, metabolickým rozvratem nebo s orgánovým selháním, terapie začíná na jednotce intenzivní psychiatrické péče, kde nemocného realimentujeme. Realimentace je možná třemi způsoby – perorální, která je nejpřirozenější, ale často nemocným není akceptována; enterální pomocí nasogastrické či nasojejunální sondy, kdy je výhodnější nasojejunální sonda přímo do tenkého střeva, aby se zabránilo zvracení nebo městnání výživy v žaludku kvůli gastroparéze;

[44] PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. s. 138.
[45] Srov. PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. s. 138.
[46] KOUTEK, J. *Poruchy příjmu potravy.* s. 263-283.

a parenterální přímo do žíly, k tomu užíváme periferní nebo centrální žilní katetr dle stavu cév nemocného.[47] U diagnózy mentální bulimie je realimentace prakticky stejná. Více však záleží na laboratorních výsledcích.[48]

3.2 Psychoterapie

Po stabilizaci pacienta a úpravě vnitřního prostředí navazuje neméně důležitá psychoterapie. Nejčastěji používaná metoda je kognitivně-behaviorální terapie, rodinná a individuální psychoterapie, psychoedukace nemocných i zákonných zástupců.[49] Rodinná terapie bývá často klíčem úspěchu v léčbě poruch příjmu potravy u dětí, jejím cílem je zajistit nemocnému jeho místo v rodině, aniž by na sebe musel upozorňovat nemocí.[50] Individuální psychoterapie je významnou pomocí pro starší adolescenty. U mladších dětí může být přínosem, pokud selže terapie rodinná. Dobré je rodičům poskytnout dostatek informací nejen ústní formou při poradenství pro rodiče, ale dát jim domů brožury, doporučit literaturu, kde se mohou dočíst vše o onemocnění jako takovém, jak vzniká, jak se léčí a proč je jeho léčba důležitá. Rodiče se tak zbaví pocitů viny a selhání ve výchově a pomůže jim to pochopit komplexnost problému.[51] Z výše zmíněných metod je pro mentální anorexii ideální rodinná terapie dle evropských standardů, naopak pro mentální bulimii je metodou první volby adaptovaná kognitivně-behaviorální terapie s účastí rodiny.[52] U mírnějších forem mentální bulimie někdy postačí svépomoc a psychoedukace. Pro tento účel bylo vydáno již mnoho knih, příruček a brožur, z nichž je jich mnoho volně přístupných i na internetu.[53]

3.3 Farmakoterapie

Dalším nástrojem léčby je farmakoterapie. Ta se uplatňuje však spíše jako doplňková u komorbidit. V případě výskytu deprese či úzkostí je možné podávat antidepresiva nebo neuroleptika. *„Farmakoterapie PPP u dětí a adolescentů není podpořena dostatkem kvalitních studií.“*[54]

[47] Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., SOBOTKA L., ČEŠKOVÁ, E. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. s. 171-172.
[48] Srov. tamtéž. s. 178.
[49] Srov. PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. s. 139.
[50] Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. s. 120.
[51] Srov. tamtéž. s. 118.
[52] Srov. PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. s. 140.
[53] Srov. KOHOUT, P., RUŠAVÝ, Z., ŠERCLOVÁ, Z. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. s. 168.
[54] PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. s. 140.

3.4 Nutriční poradenství

Velmi důležitou součástí úspěšné léčby poruch příjmu potravy je spolupráce s nutričním terapeutem. Ten s pacientem provede dietní anamnézu, aby posoudil jídelní vzorce a postoj k jídlu jak pacienta, tak jeho rodiny.

Nutriční specialista by měl nemocnému vysvětlit důležitost pravidelného stravování, nabídnout široký výběr normálních jídel. Na výživovém poradci je rovněž vysvětlení relativnosti tzv. „racionální" výživy, nevhodnosti potravin s nízkým obsahem tuku a umělými sladidly.[55]

V rámci rodiny jsou vhodná doporučení a rady jako např. vyhnout se konfliktům při jídle, pravidelná a společná jídla, u jídla neprobírat potíže nemocného a snažit se jakkoliv jídlo zpříjemnit, ať už pozitivní atmosférou či vábností jídla.

3.5 Další terapeutické techniky

Jako další možnosti terapie můžeme uvést terapii orientovanou na tělo. Jejím cílem je uvědomění si vlastních proporcí a naučení se mít rád své tělo. Pacientky často skrývají své tělo do velkého oblečení, nikdy se před nikým nepřevlékají a tím tají svůj problém. Jedním z prostředků této metody je obkreslování vlastní postavy ve spodním prádle či plavkách na velký papír. Poté sledují svůj obrys, na kterém vidí své skutečné tělesné proporce.

Využívá se též respirační fyzioterapie pro ulehčení vnímání vlastního těla, relaxační a aktivační masáže či pasivní mobilizace končetin pro relaxaci a vnímání těla. V rámci hospitalizace se užívá i hraní rolí, neaerobní sporty a protahování, tanec či řízené představy. Pro uvědomění si vztahu mezi tělesnými vjemy a duševními pocity je užíváno cvičení smyslového vnímání.[56]

V případě atypických forem poruch příjmu potravy je důležité pacientům zdůraznit, že léčba je naprosto shodná s typickými formami. Tím se vyhneme zbytečným diskuzím a smlouvání pacienta.

3.6 Centra podpory pro nemocné s poruchami příjmu potravy

Centrum Anabell je pravděpodobně nejznámější a nejviditelnější středisko zaměřující se na léčbu a prevenci poruch příjmu potravy. Anabell má svou ústřednu v Brně a další pobočky v Praze a Ostravě. Jedná se o občanské sdružení zaměřující se na odbornou pomoc

[55] Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. s. 162.
[56] Srov. tamtéž. s. 168-175.

pacientům s poruchami příjmu potravy a jejich rodinám a blízkým. Věnují se také prevenci a osvětě v oblasti patologického stravování. V jejich týmu se nachází lékaři, sociální pracovníci, nutriční terapeuti i psychologové, kteří ochotně nabízí pomocnou ruku každému, kdo přichází s výše zmíněnými potížemi. V případě, že má nemocný daleko do jednoho z center Občanského sdružení Anabell, poskytují i pomoc na krizové telefonické lince či formou internetového poradenství.[57]

Další možností pro pacienty s PPP či jejich blízké v Jihomoravském kraji je návštěva Fakultní nemocnice Brno-Bohunice. Působí zde lékař-nutricionista pan Doc. MUDr. Milan Dastych z Gastroenterologické kliniky. V bohunické nemocnici jsou rovněž Jednotky pro léčbu poruch příjmu potravy při Psychiatrické klinice.

Samozřejmě existují i další možnosti pomoci, jako jsou například soukromé psychologické i psychiatrické poradny či nutriční specialisté s vlastní praxí po celé České republice.[58]

[57] Srov. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL. *Centrum Anabell*. http://www.centrum-anabell.cz/

[58] Srov. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL. *Kontaktník pomoci.* http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/kontaktnikpomoci.pdf

4 Prevence poruch příjmu potravy

Zdaleka nejpřínosnější a nejlepší variantou je prevence primární, tedy zabránit vůbec vzniku poruchy příjmu potravy. Co je tedy důležité nedělat? Jako první je to manipulace dítětem pomocí jídla. Pokud rodiče kladou velký důraz na odměňování či trestání dítěte jídlem, jdou této problematice kupředu. Naopak společné stolování a příjemná atmosféra u stolu naopak dítěti vštěpuje důležitost jídla a času stráveného s rodinou. Dítě by nemělo být do jídla nuceno, pokud nesní celou porci, nenutíme jej, ale nesmí se poté dojídat sladkostmi. Dále by jídlo nemělo sloužit jako prostředek k uklidnění dítěte či naopak jako výhružka. Děti si tak snadno utvoří dojem, že každý problém lze vyřešit jídlem nebo naopak hladovkou. Dalším nástrojem je zvýšení informovanosti laické veřejnosti. Časopisy a magazíny neustále publikují různé mýty a omyly v oblasti zdravého stravování a zázračných diet. Není pak divu, že si to mnozí přebírají do svého osobního života.[59]

Sekundární prevence má za úkol cíleně vyhledávat a ovlivňovat ohrožené skupiny lidí. Mezi tyto skupiny řadíme děti, které se léčí s obezitou, děti, které mají somatické onemocnění vyžadující dietu a hubnutí, a děti, které se věnují zájmovým aktivitám, kde je důležitá váha a vzhled – gymnastika, tanec, balet, modeling a další.[60]

Terciární prevence se zabývá „vyléčenými“ pacienty, aby u nich nedošlo k relapsu nebo nepřenášeli tyto jídelní patologie na své potomky.[61]

Do preventivních opatření je možné zahrnout i rodičovskou kontrolu v rodinných počítačích. Děti často navštěvují internetové stránky, které je mohou i v tomto ohledu negativně ovlivnit. Jedním příkladem za všechny jsou blogy, které si píší především mladé slečny, které anorexii či bulimii vyznávají jako životní styl (viz. příloha č. 3).

[59] Srov. JSŠ. Primární prevence na školách. *Zpravodaj Anabell.* http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/cislo_22.pdf
[60] Srov. PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. s. 140.
[61] Srov. tamtéž. s. 140.

5 Cíl práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem práce bylo:

- Zjistit, jaké jsou problémy dětí a mladistvých s poruchami příjmu potravy.

K tomuto cíli byly formulovány výzkumné otázky, rozdělené do 5 kategorií:

1. Demografické složení zkoumané skupiny

- **Výzkumná otázka:** Jaké je věkové složení informantů s poruchami příjmu potravy?

2. Příčinné podmínky, které vedly ke vzniku nemoci.

- **Výzkumná otázka:** Jaké jsou příčiny vzniku poruch příjmu potravy u dětí a mladistvých?

3. Reakce okolí, se kterými se informanti setkali po změně svého životního stylu.

- **Výzkumná otázka:** Jaké byly reakce okolí informantů po změnách v životním stylu?

4. Problematika stravování informantů v době nemoci

- **Výzkumná otázka:** Jaký byl stravovací režim informantů v době nemoci?
- **Výzkumná otázka:** Jaký byl pitný režim informantů v době nemoci?
- **Výzkumná otázka:** Vyskytují se podobnosti v chuťových preferencích informantů?
- **Výzkumná otázka:** Cítí informanti hlad při omezování stravy, a jak hlad řešili?

5. Prožívání a dopady nemoci na informanty

- **Výzkumná otázka:** Vyskytly se výčitky svědomí, a jak se jich informanti zbavili?
- **Výzkumná otázka:** Jaký je subjektivní názor informantů na sebe sama v době trvání nemoci?
- **Výzkumná otázka:** Vyskytuje se u informantů změněný obraz těla?
- **Výzkumná otázka:** Omezovala informanty nemoc v běžném životě?
- **Výzkumná otázka:** Jaké fyzické a psychické změny nastaly v souvislosti s onemocněním?

6 Metodologie

Předmětem metodologie je předložení postupu získání dat v rámci šetření a objasnit výběr výzkumné metody. Budou popsány jednotlivé dílčí kroky výzkumného šetření a postupy při analýze získaných dat.

6.1 Metoda a organizace sběru dat

Pro sběr dat byl zvolen kvalitativní výzkum, který analyzuje základní prvky a hledá vztahy mezi jevy.

Metoda zakotvené teorie patří mezi klasické kvalitativní metody. *„Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné.“*[62] Cílem je tedy rozklíčování získaných dat. Tento klíč označujeme jako kódování. V tomto případě bylo použito otevřené kódování a v textu byly stanoveny indikátory, tj. úryvky textu s podanými informacemi.

Metoda zakotvené teorie byla zvolena, protože je ideální pro získávání informací o tom, jak se dotazovaní cítí, čemu věří či na co myslí.[63] Dalším důvodem této volby byla citlivost samotného tématu práce, kdy by interpretace dat získaných např. z dotazníků byla velmi obtížná a data by nemusela být relevantní. Přímý kontakt s informanty navíc dovoluje reagovat na jejich odpovědi a zjistit tak větší množství informací a proniknout hlouběji do problému. Další nespornou výhodou je i to, že můžeme zaznamenávat diktafonem i to, co bylo, a máme kontrolu nad situací během vedení rozhovoru.[64] Velkou nevýhodou této metody je *„nepřímá informace, filtrovaná informantem“*[65], kdy nám informant může vědomě podávat nepravdivé či nekompletní informace. S touto chybou tudíž musíme počítat, vzhledem k tomu, že nemáme prostředky k její eliminaci.

Bylo navrženo schéma rozhovoru obsahující 4 stěžejní oblasti:

- demografické údaje
- stravování
- psychologický dopad nemoci
- vztahová problematika

Před samotným sběrem dat bylo velmi důležité navázání kontaktu s informantem a získání jeho důvěry, proto mu bylo sděleno jméno výzkumníka a důvod návštěvy

[62] STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu.* s. 14
[63] Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. s. 166
[64] Srov. tamtéž. s. 166
[65] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* s. 166

a k čemu budou data využita. Rozhovor probíhal vždy v soukromí. Každý informant byl ujištěn o cíli a anonymitě celého výzkumu. Dále byli všichni seznámeni s důvodem konání rozhovoru a upozorněni na skutečnost, že pokud jim bude nějaká otázka nepříjemná, nemusí na ni odpovídat. Zápis a nahrávka celého rozhovoru byla provedena se souhlasem každého z informantů.

První část rozhovoru obsahovala demografické otázky jako je věk a pohlaví informanta, diagnóza, se kterou je hospitalizován, a dosavadní doba léčení.

Druhá část se věnovala problematice stravování a pitnému režimu před nemocí i během nemoci a změn stravovacích návyků.

Třetí část zahrnovala prožívání a pocity informantů vůči sobě dnes a během nemoci.

Čtvrtá část objasňovala vztahovou problematiku v době nemoci. Rozhovor byl nahráván na diktafon se souhlasem každého informanta a zapisován do záznamového archu (Příloha č. 5) z důvodu zpětné kontroly obsahu rozhovoru. Rozhovory trvaly v průměru 20 až 30 minut podle ochoty informanta mluvit o svém onemocnění.

6.2 Výběr vzorku a charakteristika informantů

K výběru vzorku jsme stanovili kritéria, pomocí kterých jsme informanty oslovili. Na příslušnou kliniku jsme odeslali Žádost o povolení sběru dat (Příloha č. 4). Pro zařazení informantů do průzkumného šetření byla stanovena tato kritéria:

- dobrovolný podklad
- diagnózy poruch příjmu potravy
- hospitalizace v určeném časovém období
- věková skupina od 11 do 17 let

Výzkumný vzorek vznikl na dobrovolném podkladu.

6.3 Výběr prostředí a jeho příprava

Záznamy rozhovoru byly pořizovány v soukromí – nejčastěji tak, aby bylo zajištěno maximální pohodlí a klid pro kvalitní audio záznam.

Rozhovory byly prováděny individuálně v herně na klinice. Byl zajištěn klid a pohodlí v prostředí, které informanti dobře znají. V úvodu bylo nutné společné seznámení a motivovat informanta, aby rozhovor byl otevřený v podávání informací.

6.4 Pilotní studie

Pilotní studie byla provedena za účelem ověření srozumitelnosti použitého schématu a správném metodickém postupu.

Rozhovor byl veden v několika částech. První část se týkala demografických údajů. V druhé části jsme se zaměřovali na problematiku stravování. Třetí část obsahovala psychologický dopad nemoci na běžný život informantů. Čtvrtá část se zabývala vztahovou problematikou v době nemoci.

Výše zmíněné schéma se ukázalo jako nedostatečné, proto bylo toto schéma přepracováno.

Skupina informantů dosahovala průměrného věku 14,8 let. Jména byla z důvodu anonymity změněna.

6.5 Metodika zpracování získaných dat

Metoda zakotvené teorie se ukázala být vhodnou pro toto šetření. Z indikátorů byly vytvořeny koncepty, které byly následně roztříděny do skupin:

- demografická data
- příčinné podmínky vzniku onemocnění
- reakce okolí, se kterými se informanti setkali po změně svého životního stylu
- problematika stravování informantů v době nemoci
- prožívání a dopady nemoci na informanty

Bylo provedeno celkem 11 rozhovorů, jeden rozhovor nebyl použit z důvodu přerušení rozhovoru na přání informanta.

Pro textové zpracování dat byl použit program Microsoft Office Word 2016, pro zpracování grafů jsme využili Microsoft Office Excel 2016.

6.6 Přínos výzkumu

Výzkum odhaluje skutečné problémy, se kterými se dětští pacienti s poruchami příjmu potravy potýkají. Ukazuje rozdíly mezi literární teorií a praxí, které jsou platné pouze pro danou skupinu informantů. Dalším přínosem je práce s českým i cizojazyčným odborným textem a vyhledávání informací.

7 Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření

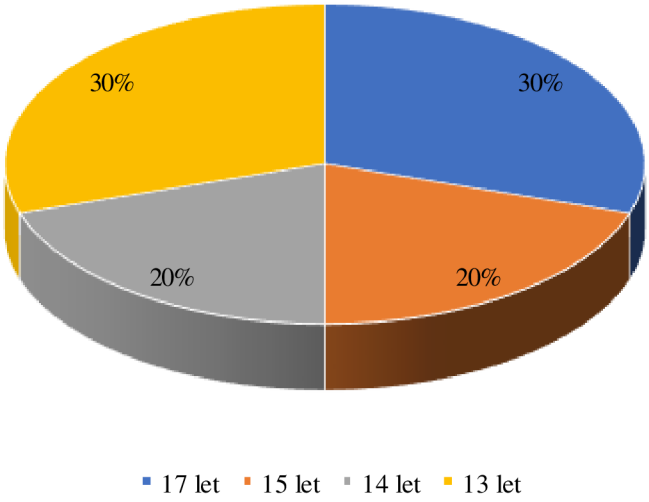
7.1 Demografická data

Demografická data získaná od informantů jsou pro přehlednost shrnuta v tabulce č. 1. Ta je doplněna grafem č. 1. Jsou uvedena následující data: pohlaví, věková kategorie, povolání, diagnóza, délka nemoci, doba hospitalizace a případný relaps u jednotlivých informantů.

Tab. 1 Přehled jednotlivých informantů

Informant	Pohlaví	Věk	Povolání	Diagnóza	Délka onemocnění	Den hospitalizace	Relaps	BMI
Č. 1	Žena	17	Student	MA	24 měsíců	92.	Ne	12,8
Č. 2	Žena	15	Student	MA	24 měsíců	6.	Ano	13,1
Č. 3	Žena	13	Student	MA	60 měsíců	118.	Ne	11,0
Č. 4	Žena	13	Student	MA	12 měsíců	62.	Ano	12,1
Č. 5	Žena	14	Student	MA	8 měsíců	13.	Ne	12,5
Č. 6	Žena	15	Student	MA	6 měsíců	46.	Ano	12,5
Č. 7	Žena	13	Student	MA	48 měsíců	8.	Ne	11,6
Č. 8	Žena	17	Student	MA	Nedokáže říct	1.	Ne	Neuvedla
Č. 9	Žena	14	Student	MA	24 měsíců	35.	Ne	15,6
Č. 10	Žena	17	Student	MA	12 měsíců	29.	Ne	15,2

Graf č. 1 Zastoupení věku informantů



7.2 Příčinné podmínky vzniku onemocnění

Tato kapitola se zaměřuje na faktory vzniku nemoci u jednotlivých informantů.

Č. 1: *„**Já jsem se chtěla spíš tak jako nějak tak vypracovat**, protože jsem měla tak jako kámošky, který jsem viděla, tak jsem si vedle nich připadala prostě jako takový… tak oni byly prostě vysoký a hubený a já jsem byla menší, a tak jsem si řekla, že se tak jako nějak vypracuju no, tak asi tak no.“*

Č. 2: *„Já jsem nikdy nebyla jakoby nějaká tlustá nebo tak, ale **vždycky jsem jako chtěla zhubnout**, že se mi zdálo, že by to trochu jako chtělo.“*

Č. 3: *„No tak ono to, no tak ono na to mělo velký vliv jako, že **mamka jako řekla, já nevím už přesně co, jen mi to prostě nějak vadilo**. Já nevím, prostě si to přesně nepamatuju, a pak už jsem to tak nějak měla prostě pořád.“*

Č. 4: *„Tak to bylo jakože způsobené tím, že jsem přestala jíst pečivo, sýry a cukry. Jako měla jsem normální jídelníček, ale **hodně věcí mi přestalo chutnat**.“*

Č. 5: *„Spouštěč, bych řekla, že byly asi **bolesti břicha**, kvůli kterým jsem nemohla pořádně jíst no.“*

Č. 6: *„Jsem přestala jíst a pít, protože taťku mi zavřeli a **já z lítosti jsem přestala jest**.“*

Č. 7: *„No asi, že…že **mi kamarádka jakože řekla, že jsem tlustá**. Bylo to ve 4. třídě. Takže jsme se pohádaly. Ona byla moje jakože nejlepší kamarádka, a potom jakože jsme spolu měli takový problémy a ona mě začala pomlouvat, vlastně mezi jakože různě lidma, a oni mi pak taky začali jakože třeba nadávat, a tak různě říkali… **prostě říkali mně***

jako že hodně o mé postavě. *Nebylo to jakože přímo: „Ty seš tlustá," ale prostě řešili moji postavu."*

Č. 8: *„Jako měla jsem hodně kamarádek,* ***ale kluci se mi vždycky smáli.*** *A to dost jako škaredě a bylo to strašně nepříjemné, ale nějak se mi dařilo to nevnímat, a potom jsem vlastně po páté třídě šla na osmiletý gympl, a bylo to i kdyby jako, že jsem chtěla, aby se to neopakovalo, jako že se mi budou zase smát. Taky jsem prostě měla strach, že se nebudu ani jako nikomu líbit, že budu prostě taková ta hnusná tlusťoška, ale hlavně taky proto,* ***že jsem taky sama chtěla.***"

Č. 9: *„...jsem to jídlo omezovala, přestávala jsem jíst, ale jako že nebylo to, že bych jako měla nějakou špatnou váhu nebo tak, že. To začínalo všechno tak v té hlavě, jak se to postupně jako rozvíjelo, že jsem jako to jídlo omezovala a že* ***jsem postupem času začala nějak hodně sportovat.***"

Č. 10: *„Já jsem asi před rokem* ***začala cvičit a prostě zdravěji*** *jíst a tak, to bylo v pohodě, takový zdravý normální hubnutí, a pak v létě už se to začalo lámat, a tak jako mi došlo že je to špatně."*

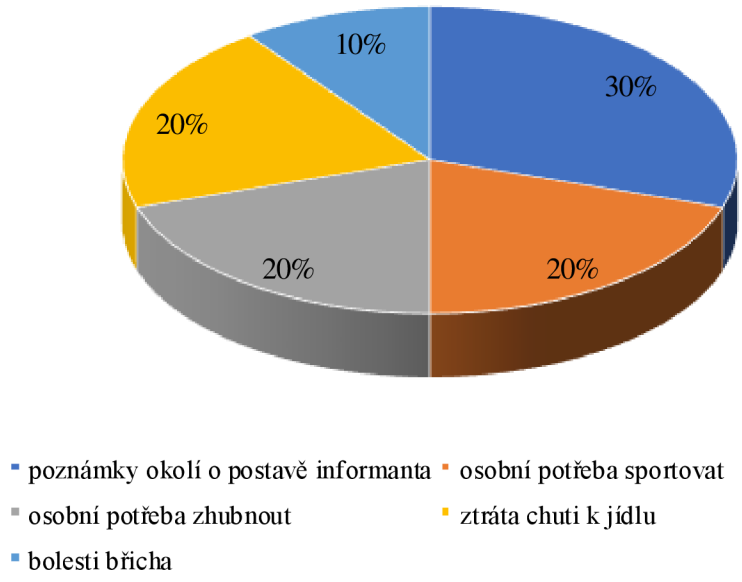
Komentář výzkumníků:

Informanti nebyli spokojeni se svou postavou a cítili potřebu její změny (konkrétně informanti č. 1, 2, 3, 7, 8, 9 a 10). Nejvýznamnější příčinou jsou poznámky okolí o postavě informanta (informanti č. 3, 7 a 8), informant č. 1 a 9 chtěli sami od sebe více sportovat, informant č. 2 a 10 cítili přímo potřebu snížení váhy. Informanti č. 4 a 6 uvedli, že ztráceli chuť k jídlu, informant č. 5 uvádí jako příčinu bolesti břicha. Všechny příčiny jsou uvedeny v tabulce č. 2 na další straně.

Tab. 2 Příčiny vzniku nemoci

Příčiny vzniku nemoci	Informanti
Poznámky okolí o postavě informanta	Č. 3
	Č. 7
	Č. 8
Vlastní potřeba sportovat	Č. 1
	Č. 9
Vlastní potřeba zhubnout	Č. 2
	Č. 10
Ztráta chuti k jídlu	Č. 4
	Č. 6
Bolesti břicha	Č. 5

Graf č. 2 Příčiny vzniku nemoci



7.3 Strategie jednání a interakce

Tato kapitola zahrnuje následující sledované oblasti: reakce okolí, problematika stravování informantů, kde jsme sledovali stravování, pitný režim, pocity hladu a jejich řešení, důvod omezování stravy a oblíbené jídlo. Dále jsme se zaměřili na výčitky svědomí a vypořádání se s nimi, vnímání sebe sama, vnímání obrazu vlastního těla, omezení v běžném životě a vyrovnávání se se změnami provázející onemocnění.

7.3.1 Reakce okolí

Sledovaly se reakce rodin, přátel a blízkých informantů na změny související s nemocí.

Č. 1: *„Nejspíš když už jsem pak začala omezovat to jídlo, tak, když to mamka zjistila, tak to bylo blbý, protože jsem třeba nechodila ani na obědy do školy, a tak to bylo takový, že doma to bylo takový dost divoký no… **Jsme se často hádali** kvůli tomu nebo tak, **spíš s mamkou**. Jo, mám ségru starší a ona se do toho nechtěla nějak tak jako zapojovat. Jen mě občas tak mrzelo, že prostě musí být v tom prostředí, když se hádáme nebo tak, ona taky maturovala, tak vůči ní to bylo takový…“*

Č. 2: *„**S kamarádkama**, to jsem se jako **hodně hádala**, ale **rodiče** se mě jako samozřejmě snažili nějak jako, **abych víc jedla nebo tak**, ale hlavně jako, když jsem to měla prvně, tak jsem fakt jako skoro nic nejedla, takže to mě mamka prostě jen učila jíst.“*

Č. 3: *„No tak mamka si toho všimla tak po pěti dnech a jako **kamarádi si toho vůbec nevšimli** ani, nebo mi nic neříkali, jo. Já jsem nechtěla jíst hlavně večer a **mamka**, ona to do mě prostě, jako nutila mi to, tak jsme se **někdy pohádali**. My jsme byli jako v Řecku, takže i tam byly taky ty naše **konflikty**.“*

Č. 4: *„No tak rodiče s tím neměli problém, byli spokojení se mnou, a pak mně už to přišlo jako hodně že jím a tak. A tak to šlo a **rodiče v podstatě nic moc nezjistili**, protože já jsem třeba na oběd chodila do školní jídelny, ale tam to bylo vlastně, tam jsem jedla to stejný. Tak to jsem tak to, mamka jak vařila, ale ona totiž vaří v jídelně, kam jsem chodila, ale já jsem většinou seděla někde jinde, tak že jako, aby mě neviděla no. …začalo to jaro, tak jsem vlastně nosila třeba mikinu a rifle mi padaly, co jsem měla třeba den a tak. Tak už teda, že něco není v pohodě, protože ono to nebylo na obličeji, jako že bych hubla přes obličej. Já jsem ho měla fakt jako kulatý, ale hlavně přes ruce a nohy. Tak si toho začali všímat vzhledem k tělocviku, teda hlavně holky…“*

Č. 5: *„Tak **rodiče**, když si toho všimli, tak s tím **nebyli spokojení** a já jsem taky nebyla spokojená.“*

Č. 6: *„Špatně, **brečeli**.“*

Č. 7: *„No tak ze začátku vlastně teta mi řekla, že jsem jakože, že teď vypadám hezky, že když jsem zhubla, že takle bych mohla přesně jako být, že mám hezčí postavu než dřív. A potom mi **rodiče začali říkat, že jsem nějak hodně zhubla** asi nějak a vlastně jsem nejvíc zhubla přes prázdniny, takže oni mě jakože **spolužáci neviděli průběžně**, jak hubnu, takže tím,*

jak na to pak reagovali docela hodně jakože „ty jo, tys zhubla jakože hodně, jestli náhodou nedržíš dietu…“ nebo tak.“

Č. 8: *„Ani jako dřív si toho **ani moc nevšimli** nebo takhle. Si mysleli, že akorát tak jako víc sportuju a cvičím, abych byla v kondici, že normálně jím a tak. To jsem samozřejmě všem říkala, že to tak je, a asi jsem tomu i sama věřila. A to jako potom už to začalo být na mě vidět, tak říkali: „No tak už stačí.“ a já, tak já jsem říkala: „Jo, v pohodě, však jenom cvičím,“ a to, to už bylo takové divné a vlastně **doma jsem to tajila**, že jsem třeba řekla, že jdu ven s kamarádkou a tak. Jsem šla hned po škole třeba ven a řekla jsem, že svačinu jsem si koupila, večeři jsem si koupila, a tím jsem vlastně jídlo mohla vynechat a tak. Jako naši mě upozorňovali potom už jako v tom dalším stádiu jakoby, že: „Máš menší porce. Zmenšuješ si to, víš o tom?“ A já říkám: „Jo.“, ale hlavně jako: „Musíš jíst, když cvičíš.“ a tak. A já úplně: „Jo, jo, jo.“ A pořád jsem si to dělala tak jako po svém a naši to asi jako viděli, ale nenapadlo je asi, že by to bylo tohle nebo tak. A vlastně ten moment, kdy na to naši přišli, byl ten, že už jsem nemohla vůbec pozřít jídlo jakoby. Jsme byli na rodinné oslavě a já jsem tam jako něco snědla, aby to jako vypadalo, že ok, ale stejně jsem nebyla schopná to přijímat, takže jsem to všechno vyzvracela. Málem jsem zkolabovala, prostě protože jsem asi dva týdny nejedla, takže jsem dostala průjem, zvracení. Tak na to naši jako přišli, že to není asi úplně v pohodě…“*

Č. 9: *„A to už mě mamka vlastně s taťkou odvezli do nemocnice na jipku. Tam jsem to, jsem vůbec nevěděla, jak dlouho tam budu, ale hlavně to, já jsem to vůbec netušila, že tam jedu. Oni mi řekli, že to bude nějaký vyšetření, takže jsem pak byla na všechny naštvaná… Takže já jsem prostě pořád jenom chodila, s ostatníma jsem se jako pořádně nebavila, takže **okolí jako nic moc neříkalo**, jenom **rodiče, že jsem jako moc hubená** a takhle hodně no. No spíš mamka asi no. No taťka mi dával spíš jako takové rady jako, že taťka to bere tak jako víc, já nevím, v pohodě. A spíš mi radil a říkal mi svůj názor. Takže jako **spíš s mamkou jsme se tak jako hádaly**, taťka to řešil hodně jako klidně, ale viděla jsem, že se jako asi taky bojí, ale řešil to fakt jako s takovým dobrým přístupem. Sestra je taková jako hodně upřímná, takže ta mi jako od podlahy řekla prostě, že jsem moc hubená a jako co. Tak nějak mi to jako řekla, ale nějak jsme to extrémně nerozebíraly.*

Č. 10: *„Tak určitě, potom jako třeba **mamka** chtěla, abych si dala ještě něco navíc, jako když jsem se léčila. Tak jako že chtěla, abych si dala něco přes ten svůj rámec a já jsem to prostě neustála, a pak byla nějaká občas ta **hádka**. **Kámoši jako se mi snažili pomoct**,*

podpořit mě. Tam jako nebyl žádnej problém, spíš se mě třeba snažili vytáhnout do kavárny a do cukrárny na nějakej zákusek…"

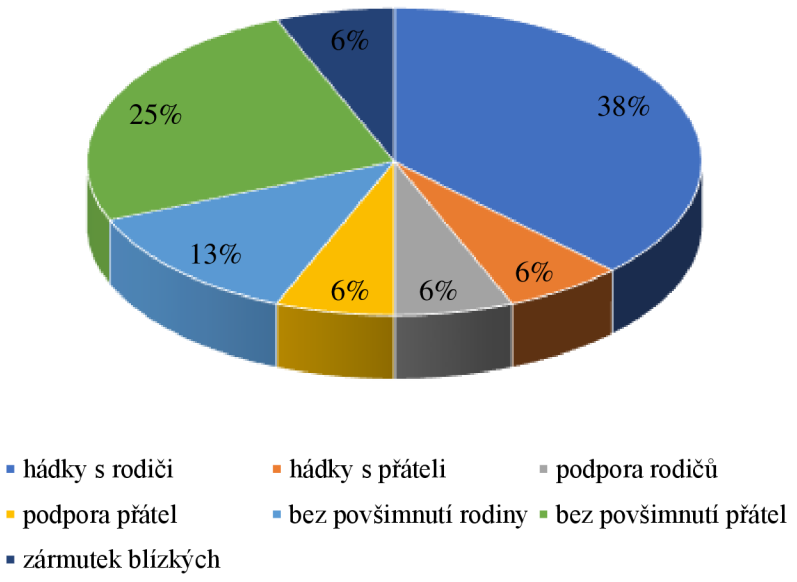
Komentář výzkumníka:

Informantů uvádí, že se setkali s negativní reakcí. Uváděli několik možností: hádky a konflikty či nespokojenost druhých kvůli změnám ve svém životním stylu, nejčastěji uváděly své matky. Reakce okolí jsou přehledně uvedeny v tabulce č. 3, doplněné grafem č. 3.

Tab. 3 Reakce okolí

	Č. 1	Č. 2	Č. 3	Č. 4	Č. 5	Č. 6	Č. 7	Č. 8	Č. 9	Č. 10
Hádky s rodiči (hádky, konflikty, nespokojenost)	×		×		×		×		×	×
Hádky s přáteli		×								
Podpora rodiny		×								
Podpora přátel (pomoc)										×
Bez povšimnutí rodiny				×				×		
Bez povšimnutí přátel			×				×	×	×	
Zármutek blízkých						×				

Graf č. 3 Reakce okolí



7.3.2 Problematika stravování informantů

Zde byly sledovány následující jevy: stravování a nejčastěji konzumované potraviny, pitný režim, pocity hladu a jeho řešení, důvody omezování stravy a oblíbená jídla informantů.

Č. 1: *„No to jsem třeba měla, nevím, třeba **za den jsem měla jabko, nějakej jogurt a večer, tak jsem jedla dvakrát, třikrát denně**. No, hlavně asi ten bílej jogurt jsem si dala, nebo jsem si dala třeba nějaký **nízkotučný mlíko** nebo tak. No to je právě asi to, kde to začalo, jsem měla za ten den třeba jen jablko a ten jogurt. Někdy jsem si třeba večer dala ještě ten **chleba** nebo tak, ale jinak nic moc no, a když jsem se ráno doma… my jsme nejídávali doma spolu, tak jsem nesnídala, pak na celý den do školy, kde jsem přišla třeba ve čtyři domů, tak jsem si vzala, třeba jsem si nakrájela jedno jabko na celý den, doma jsem si dala ten jogurt nebo tak.“*

Č. 2: *„Jsem třeba **snědla půlku chleba s medem** jako tak, a potom když jsem se chtěla držet váhu, tak jsem tak jako **málo jedla, třeba pětkrát denně, ale jako menší porce**. Třeba i zdravější jídlo a tak. No to ne, to jsem asi jako jedla víckrát, ale jedla jsem fakt jako hodně málo, že prostě, já nevím, tak nezbytně všechno. Třeba když jsem měla oběd, tak jsem se v tom povrtala, skoro nic nesnědla a já jsem spíš jedla hodně jako **ovoce**. Já jsem se právě hodně snažila vybírat takový **ty nízkokalorický potraviny**, zkoumala jsem složení a tak. Když to bylo nejhorší, tak ono už je to docela dlouho, ale já třeba vím, že jsem si k snídani krájela takový úplně **průhledný krajíčky chleba**, prostě nevím ani, jak jsem to zvládla ukrojit. No a k tomu, já nevím, třeba **půl plátku sýra**. A to mi třeba vydrželo na dopoledne, potom jsem… jako obědy podle toho, kde jsem obědvala, jestli když v jídelně, tak jsem to občas jako nesnědla, a jestli doma, tak jsem… tak jsem něco snědla, aby jako rodiče něco neřekli, a pak jsem jako asi jsem jedla, ale jako **3x denně**, a pak to bylo **jako fakt malinký porce**.“*

Č. 3: *„Já jsem jako by jedla všechno kromě obědu ve škole a jedla jsem takhle, jako že docela dost málo. No tak na snídani jsem většinou měla nějakej jako **jogurt** nebo něco takového, pak jsem měla svačinu ve škole, třeba nějaký **jabko nebo nějaký pečivo** nebo něco takového klidně i dohromady. Ale to jsem si jako že hlídala, aby to… aby to nebylo nic jako extrémně velkého. Pak jsem **oběd nejedla**, pak jsem přišla domů, tam jsem si dala **müsli s mlékem**, pak jsem měla večeři, ale to jsem měla většinou **ovesnou kaši nebo nějaký namazaný chleba**. To záleželo, co bylo doma.“*

Č. 4: *„Když to bylo nejhorší, tak to bylo asi teď v prosinci. To jsem jedla na snídani* ***60 g sušenek, takových těch plněných Nutellou****, že. Potom jsem k obědu měla většinou* ***polévku****, ale tu už jsem pak taky odmítala. Takže to byl pak takový žufánek* ***menší rýže a menší žufánek omáčky****, a potom k večeři jsem měla, jsem si uvařila čaj, a to jsem vypila tak asi 150 ml, a to jsem měla většinou, buď* ***jogurt jakoby 150gramovej, nebo potom jablečný pyré, to je myslím 120 g****. Víc to podle mě nemělo, to v takových těch kapsličkách.“*

Č. 5: *„Tak* ***5x denně****. No to je těžký. Ne, nic nepřevažovalo.“*

Č. 6: *„Jsem snědla třeba* ***snídani a oběd****…* ***omáčky, polívky****…“*

Č. 7: *„No, když jako vážně chtěla zhubnout, tak to* ***jsem jedla 3x denně****, to jsem si hlídala. Já jsem vlastně snídala tak* ***2 lžíce ovesných vloček zalitých vodou****, to je asi všechno. Možná* ***pár ořechů*** *někdy. A oběd, to jsem musela vždycky jíst něco s rodičema, takže klasickej –* ***polívka, hlavní jídlo*** *a toho jsem se snažila vždycky sníst* ***co nejmíň****. Pak na večeři jsem měla většinou* ***půl rohlíku s netučnou Activií a jabko, nebo mlíko sojový s nějakýma cereáliemi****.“*

Č. 8: *„Většinou to* ***jabko a jogurt*** *za den jsem snědla, a potom přišlo takové období strašně, že jsem měla strašný hlad, třeba přišly nějaké stresy ve škole, tak jsem přišla domů a potřebovala jsem hlavně cukry, protože jsem potřebovala rychlou energii, takže jsem se třeba jako najedla, že jsem si vzala třeba nějaké… třeba čokoládu, to jsem ji snědla a nemohla jsem to zastavit, protože prostě už jsem ji nechtěla jíst, ale nešlo to zastavit, dokud jsem ji prostě nesnědla, tak jsem to v podstatě nemohla zastavit.“*

Č. 9: *„Tak já jsem jedla přes den trošku* ***ovoce****. Nevím, kolikrát to mohlo být, tak* ***jednou, možná dvakrát denně****, ale bylo to jako* ***dost málo*** *asi, ale já vlastně potom večer jako jsem nějak neřešila, co jím. Bylo mi to vcelku jedno. A pak jsem šla všechno zvracet a vlastně hned po tom zvracení přišly takový ty myšlenky, že jestli tam něco prošlo, tak to šlo prostě ven. No jako když nepočítám to večer, jako* ***večer to mi bylo vcelku jedno, co sním****, takže jako ne, že bych se přejedla ovoce nebo tak, a pak šla zvracet, ale bylo to vcelku jedno, co si dám. Jako spíš to byly takové trochu, takové ty záchvaty, ne úplně, ale jako… jedla jsem to v klidu, ne, že bych to do sebe nějak rvala, ale prostě pak jsem šla na záchod a vyzvracela jsem to, takže mi vlastně bylo vcelku jedno, co sním a jako neřešila jsem to vůbec. No to, co ve mně zůstalo, tak ovoce no. To ne, tak to už byly klidně i čokolády, protože jsem prostě věděla, že to vyzvracím.“*

Č. 10: *„**Čtyřikrát až pětkrát denně**. Já jsem jako vždycky ten počet dodržovala, ale fakt ty **porce byly hrozně malý**. **Ovoce, zeleninu, mléčné výrobky**…“*

Komentář výzkumníka:

Informanti udávali jako hlavní potravinu, kterou konzumovali během dne, jablko s mléčnými výrobky. Informanti č. 3 a 7 do svého jídelníčku zařadili ovesné vločky. Pečivo konzumovali informanti č. 1, 2, 3 a 7.

Pitný režim

Sledováno bylo množství tekutin vypitých za den a jejich charakter.

Č. 1: *„**Vodu**, tak k těm **2 litrům**.“*

Č. 2: *„Tak já jsem dřív pila tak **normálně šťávu**. Jako já jsem se s pitím nějak nezalamovala, to bylo jedno. Já jsem prostě jako nikdy nepila Colu nebo takhle. Já nevím, tak **jeden a půl litru**. Já myslím, že piju jako normálně.“*

Č. 3: *„**Vodu**, já jsem jakože moc nepila. Já jsem vypila **tak litr, litr a půl**. Takže tak to bylo to jako i dřív jsem pila jakože vodu.“*

Č. 4: *„Nejčastějc **čaje**, a pak **tu jalovou meltu**, ale to se nedá ani považovat za meltu, že. Takových **200 mililitrů asi**, jako víc toho nebylo.“*

Č. 5: *„Třeba **vodu**. Já jsem pila tak normálně. Tak **asi 2 litry**.“*

Č. 6: *„**Čaj. 3, 4 hrnky**.“*

Č. 7: *„**Vodu**, vlastně já jsem vlastně neřešila ani moc pití, takže to jsem vypila klidně i **minerálku**. To byl asi takovej jedinej můj zdroj energie. Tak **kolem litru a půl asi**.“*

Č. 8: *„No já jsem hlavně ani nepila. Takže já jsem třeba cvičila 3 hodiny denně a vypila jsem **třeba 200 ml vody** nebo tak, **čistou nebo zelený čaj**, protože se po něm hubne, že jo.“*

Č. 9: *„Já jsem celkově pila asi dost málo, to jako vím, že jsem pila asi jenom **ráno sklenku vody nebo džus** a přes ten den jsem na to vlastně úplně zapomínala.“*

Č. 10: *„Třeba **vodu** hodně. Jasně, jako dřív jsem měla problém s tím, že jsem nedodržovala pitnej režim, takže jsem si stáhla aplikaci, tak jsem to začala dodržovat.“*

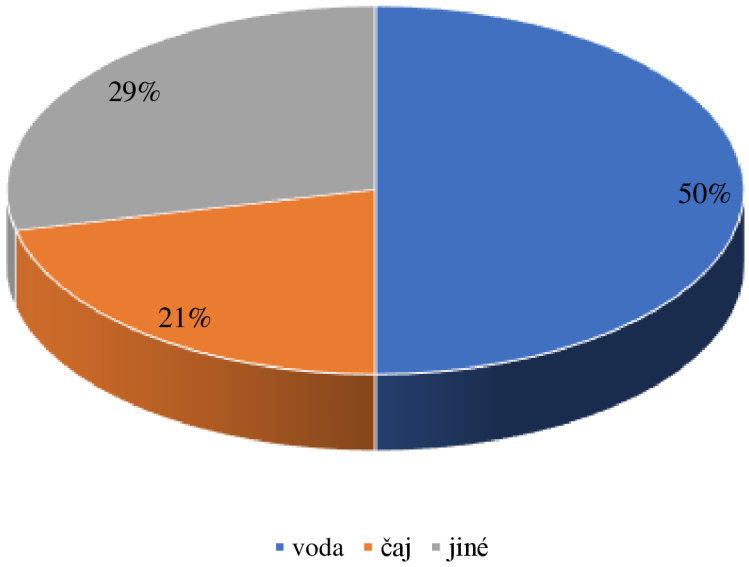
Komentář výzkumníka:

Informanti udávali, že pili nejčastěji vodu. Vyskytuje se i nedostatečný pitný režim, kterého si jsou informanti vědomi. Charakter přijímaných tekutin shrnuje tabulka č. 4 a graf č. 4. Množství tekutin je uvedeno v tabulce č. 5.

Tab. 4 Charakter přijímaných tekutin

	Č. 1	Č. 2	Č. 3	Č. 4	Č. 5	Č. 6	Č. 7	Č. 8	Č. 9	Č. 10
Voda	×		×		×		×	×	×	×
Čaj				×		×		×		
Jiné (minerálka, džus, melta, šťáva)		×		×			×		×	

Graf č. 4 Přijímané tekutiny



Tab. 5 Množství tekutin

	Č. 1	Č. 2	Č. 3	Č. 4	Č. 5	Č. 6	Č. 7	Č. 8	Č. 9	Č. 10
200 ml				×				×	×	
1500 ml		×	×			×	×			
2000 ml	×				×					
neví										×

Pocity hladu a jejich řešení

Zde jsme se zaměřovali na to, zda informanti cítili hlad během omezování stravy a jak ho případně řešili.

Č. 1: *„No já jsem se na to asi tak nějak nesoustředila no,* ***že ani nevím, jestli jsem měla hlad.*** *Je to teď lepší, protože teď mívám to jídlo celkem pravidelně, tak když mám teď nějakou delší pauzu nebo tak, tak už mám hlad a jdu si něco dát.“*

Č. 2: *„No* ***ze začátku jako úplně jsem měla hlad, ale potom, jak jsem to nějak překonala****, tak už jsem pak hlad vůbec necítila, že mi to prostě nějak asi nevadilo. A ze začátku prostě jsem to chtěla dodržovat, tak jsem prostě řekla, že jest prostě nebudu, že to vydržím.* ***To jsem si vzala třeba nějaký kukuřičný plátky.*** *“*

Č. 3: *„No nevím jako. Někdy mě bolelo břicho.* ***Ale jako nevím, jestli to byl úplně hlad,*** *spíš že mě prostě bolelo.* ***Já jsem si udělala jako že ten čaj, abych do sebe dostala nějaké tekutiny,*** *takže kdyby to byl hlad, tak aby mi to jako zapláclo ten žaludek, a kdyby to bylo něco jiného tak třeba, ať se mi to propláchne nebo tak jako, čekala jsem, až to přestane.“*

Č. 4: ***„Já už jsem to pak ke konci ani necítila.*** *To jako by ten týden předtím jsem to vždycky zahnala třeba tím, že jsem obědvala třeba v 11, a potom, když už to bylo kritický třeba v ty 3 hodiny, jsem si říkala ještě dvě hodiny nemůžu jíst****, tak jsem šla třeba do vany horký****, a to mi tak nějak zahnalo ten hlad celkově, že jsem si vždycky radši lehla do vany, než abych se šla najíst vždycky.“*

Č. 5: *„****Ne****, to ne.“*

Č. 6: *„****Ne****.“*

Č. 7: *„No, já jsem si to,* ***já jsem nad tím jakože moc nepřemýšlela****, já jsem se* ***to snažila prostě úplně jakože je mi fajn*** *a tak.“*

Č. 8: *„Ze začátku jo, hodně* ***hodně velký****, ale měla jsem z toho jak kdyby jakoby radost, že když jsem šla spát a kručelo mi v břiše.* ***Tak jsem si říkala, že to je správně****, že takhle to je prostě, že jsem to prostě zvládla ten den, že jsem si nedala nic do toho žaludku, a že prostě jsem měla to jablko a jakože snažila jsem se no.“*

Č. 9: *„Tak jsem* ***vlastně ani ten hlad, ani tu žízeň nějak necítila****. Možná si to jenom tak nalhávám, ale mám pocit, že jsem ho jako vůbec necítila, že možná, když jsem viděla něco, tak jsem možná měla jakože chuť, ale nebyl to vyloženě jakoby ten hlad.“*

Č. 10: *„****Ani moc ne****.“*

Komentář výzkumníka:

Nelze jednoznačně posoudit, zda častěji hlad pociťovali či ne. Informanti č. 1, 5, 6, 9 a 10 uvedli, že hlad necítili. Naopak informanti č. 2, 3, 4, 7 a 8 pociťovali hlad nebo něco, o čem se domnívali, že by mohl být hlad. Jejich kompenzační mechanismy se různí: „zaplácnout žaludek" u informanta č. 2 kukuřičnými plátky a u informanta č. 3 teplým nápojem, relaxace v horké vaně u informanta č. 4, vůle vydržet a přesvědčit sebe sama o tom, že je správné mít hlad, se vyskytly u informantů č. 7 a 8. Tabulka č. 6 vystihuje výskyt pocitu hladu u jednotlivých informantů.

Tab. 6 Pocity hladu při omezování stravy

	Č. 1	Č. 2	Č. 3	Č. 4	Č. 5	Č. 6	Č. 7	Č. 8	Č. 9	Č. 10
Ano, cítila jsem hlad		×	×	×			×	×		
Ne, necítila jsem hlad	×				×	×			×	×

Důvod omezování

Sledovali jsme možné důvody, proč se informanti rozhodli omezit příjem potravy.

Č. 1: *„Cvičila jsem, tak to byl prostě nějaký režim, a pak jsem **teda nesměla cvičit** a ještě chtěli, abych najednou začala hrozně moc jíst, takže to mi prostě bylo hodně nepříjemný. **To, že bych ztratila to, na čem jsem minimálně rok makala, takže to jsem se zase snažila omezovat to jídlo dál.**"*

Č. 2: Nedokáže říct.

Č. 3: *„**No to bylo jako prostě takový blok, že jsem si řekla: „Takhle je můj režim a já nesmím, protože stejně dřív nebo později jdu jíst zase, tak proč bych si to měla vyplýtvat už teďka." Že jsem měla takové limity, a ty jsem nemohla překročit.**"*

Č. 4: *„Já už jsem **pak ke konci měla jakože strach, že ze všeho přiberu**, že prostě si to nechcu pokazit to, co jsem dokázala jakože, když jsem viděla, jak hrozně vypadám – prostě zelená, kruhy pod očima, svítilo se přese mě prostě, mně to nedocházelo, že, a prostě jsem si říkala, že jako je zbytečný jest jakože, jako do tý nemocnice nemusím chodit, že ať mě radši někdo klepne pánvičkou, než abych tam musela být… ke konci, jak už mi to nemyslelo, tak už mi to bylo tak fakt jedno, takže tak to bylo. **Já už jsem měla strach úplně ze všeho, napít se vody, 200 ml vody pro mě bylo moc.**"*

Č. 5: *„**Bolesti břicha**, kvůli kterým jsem nemohla pořádně jíst."*

Č. 6: *„**Já jsem se nechápala, co dělám.**"*

Č. 7: *„Protože já jsem jakože měla,* ***já jsem si říkala, že bych zklamala sama sebe****, jakože pro mě to byla taková* ***výzva ukázat té kamarádce, že nemá právo mi takhle ubližovat,*** *a že jí ukážu, že nemá ona důvod, aby mi ubližovala.“*

Č. 8: *„****Jo, že přiberu prostě ze všeho, i z vody.*** *Prostě jsem* ***měla strach,*** *že prostě, když vypiju 200 ml, tak je to 200 g, takže to půjde nahoru a vůbec jsem prostě nebrala v potaz, ani jsem si to prostě neuvědomovala,* ***nepřemýšlela nad tím, že se člověk potí, že čůrá a tak, takže to bylo prostě jedno, a že čím víc cvičení, tím líp, že to tělo to prostě nějak spálí****.“*

Č. 9: *„Už to pak bylo ze zvyku určitě, ale jako bylo to určitě jako, že jsem věděla, že když* ***nebudu jíst, tak bych měla zhubnout*** *a tak. Jsem měla taky úplně takový* ***strašně úžasný pocit toho prázdného žaludku,*** *že to bylo potom zvracení takový, že to je návyk, že to byl jako hrozně dobrý pocit, že z toho žaludku vlastně jako něco vytahuju, co tam nechci mít, něco špatného, takže jako už jenom* ***taková závislost na tom pocitu zvracení****.“*

Č. 10: *„Ani moc ne, to je spíš takový hodně těžký popsat. Ze začátku nebo určitě* ***já už jsem totiž v létě neměla čas cvičit****, takže to bylo jako* ***nemám takovej výdej, tak musím snížit příjem****, a potom to bylo takový, že jsem si dala, třeba jsem si dělala večeři, a teď jsem si tak říkala: „Ne, to už jako stačí, tolik by bylo prostě moc pro tebe.“*

Komentář výzkumníka:

Zde se vyskytuje strach ze zklamání sebe sama a nárůstu hmotnosti (informanti č. 4 a 8) a nemožnost pohybové aktivity (informanti č. 1, 7 a 10). Dále se vyskytují: psychický blok (informant č. 3), bolesti břicha (informant č. 5), nechápání vlastního jednání (informant č. 6), dobré pocity po zvracení (informant č. 9). Tabulka č. 7 tyto důvody shrnuje.

Tab. 7 Důvody omezování stravy

	Č. 1	Č. 2	Č. 3	Č. 4	Č. 5	Č. 6	Č. 7	Č. 8	Č. 9	Č. 10
Strach (zklamání sebe sama, nárůst hmotnosti)				×				×		
Nemožnost pohybové aktivity (nedostatek času, zákaz od rodičů)	×						×			×
Jiné (bolesti břicha, nechápání vlastního jednání, dobré pocity po zvracení, psychický blok)			×		×	×			×	
Nedokáže říct		×								

Oblíbené jídlo

Zde jsme se snažili nalézt podobnosti mezi chuťovými preferencemi jednotlivých informantů.

Č. 1: *„Mám hodně ráda **mořský plody a ryby**. Já jsem takovej docela gurmán a hodně ráda vařím, mám aji ráda sladký, jako že nějaký **oříšky** a tak. A **ovoce** taky.“*

Č. 2: *„To je těžký, asi **kuskus se zeleninou, s kuřecím**.“*

Č. 3: *„Já nevím, já mám ráda **těstoviny**.“*

Č. 4: *„Ty jo, to je těžký. Já mám takle jako hodně ráda jídlo, nebo takle ráda vařím celkově, ale asi nejvíc mi chutnají jako **těstoviny, jakože salát se surimi, nějakej hrášek v tom**.“*

Č. 5: *„Asi **hranolky**.“*

Č. 6: *„**Pizza**.“*

Č. 7: *„Já nevím, asi já mám hodně ráda **čínskou kuchyni**, takže asi ňáký takový jakože takový **pálivý spíš věci**, taky mám ráda **avokádo**, **pečivo** mám ráda jakože chleba, když je fakt dobrej, já jsem **spíš na slaný teda**, ale sladký mám ráda zase takový jakože spíš **buchty** než ňáký dezerty.“*

Č. 8: *„Asi **bílý jogurt nízkotučný**.“*

Č. 9: Nedokáže říct.

Č. 10: *„Asi **palačinky na slano**.“*

Komentář výzkumníka:

Podle získaných dat můžeme vidět, že chuťové preference se liší u každého jednoho jedince a nevyskytují se žádné podobnosti.

7.3.3 Výčitky svědomí a vypořádání se s nimi

Sledován byl výskyt výčitek svědomí po konzumaci jídla a jejich následné řešení.

Č. 1: *„Jo, tak když jsem si třeba něco dala, když jsme byli na návštěvě, tak jsem si **občas něco zobla** no, ale pak jsme přišli domů a já jsem každý den večer cvičila, k večeru kolem páté, šesté, takže jsem si říkala: „**Ježiš, to jsem si dala tamto, tak musím ještě víc cvičit**,“ a tak.“*

Č. 2: *„Jakože já jsem jedla ty stejný jídla, co rodina, ale fakt jsem jako jedla malinký porce. No jako že pro mě hodně, a potom ten poslední půl rok, jak jsem se jako by už snažila, že s tím chci něco dělat, tak už jsem jako výčitky neměla. **Já jsem spíš měla problém, to jakože vůbec sníst**, jako že já, když už jsem to snědla, tak jsem jakoby ty výčitky neměla,*

ale měla jsem prostě hrozný problém to nějak do sebe dostat. Já jsem si třeba řekla, že ***už si ten den nic nedám. Prostě nějak si to vykompenzovat, že jsem jako by zhřešila****, takže už si nedám něco jiného.“*

Č. 3: *„Jinak bych z toho* ***měla jako že ty výčitky*** *a tak. No tak* ***já jsem to jako, někdy jsem si jako něco dala, tak já jsem to pak kompenzovala něčím jiným****. Třeba, když jsem doma vzala, jsem si třeba, já nevím, třeba řadu čokolády, tak jsem si pak nedala třeba tu svačinu. Já jsem si třeba takhle, jsem si to za něco vyměňovala, že jsem pak nejedla oboje.“*

Č. 4: *„No tam jako těžko říct, já jsem za tu dobu nic takovýho nejedla,* ***ale ty výčitky jsem měla asi jakože ze všeho****, jakože ze suchýho chleba jsem byla schopná říct, že toho bylo moc prostě, že tam už fakt****, já už jsem si vyčítala všechno, co jím****, ale věděla jsem, že něco jíst musím, jinak bych zdechla prostě z minuty na minutu, protože já už jsem fakt byla jakože chodící smrt no. No já jsem se v tom ten poslední týden topila jakože celej den, ale* ***když mi to něco jako fakt zahnalo, tak asi mobil****, že když jsem byla na mobilu a třeba jsem poslouchala písničky nebo nějaký videa a* ***vyšívání*** *teda, do toho, když jsem se zabrala, tak to za prvý hrozně utíkalo, a za druhý jsem nemusela myslet na to, že za dvě hodiny budu obědvat a tak.“*

Č. 5: *„****Ne.****“*

Č. 6: *„****Ne.****“*

Č. 7: *„Já jsem právě že měla spíš problém s chutěma než s tím hladem. S tím jsem ňák dokázala jako se sžít, takže já jsem, mně se staly i dny, kdy jsem prostě přišla a snědla jsem, jak jsem byla vyhladovělá, tak* ***jsem do sebe dokázala nacpat půlku buchty, jako z ničeho nic, ale to se mi stalo tak první dva týdny, a pak jsem z toho měla hrozný výčitky a tak.*** *No většinou, že* ***jsem začala brečet****. A připadala jsem si, že život nemá cenu. A pak byl druhej den a třeba jsem se,* ***jsem něčeho snědla ještě míň****, než jsem chtěla a tak. Nebo že jsem pak* ***striktně dodržovala měsíc v kuse ten svůj režim****.“*

Č. 8: *„Jako jedla jsem ho,* ***ale stejně jsem měla pocit, že je toho moc, a že i ten bych měla ubrat*** *a nevěděla jsem, že potom by docházelo k tomu přejídání nebo tak, takže jsem si ho třeba jako dala. Jak kdy, někdy prostě hlavně na tom začátku to bylo,* ***že jsem byla fakt agresivní vůči sobě, že jsem se zavřela do pokoje a prostě třeba jsem si trhala vlasy. Jo, a taky jsem se strašně škrábala****. Já jsem se nikdy moc neřezala, ale tím, že mám nehty*

takové ostřejší, tak ***jsem se hrozně škrábala úplně do krve, většinou tady na rukách. A párkrát jsem se teda jako i řízla, ale nemám nějaké hluboké jizvy nebo tak, jo, žiletkou****.“*

Č. 9: *„Já jsem totiž většinou ráno pak prostě stávala brzo, aby v té kuchyni ještě nikdo nebyl, tak jsem si nějaké to ovoce dala, pak jsem šla nahoru a běhala jsem asi hodinu po pokoji a spálila jsem třeba 400 kalorií nebo tak a jako celkově jsem za den, když to bylo jako se sportem úplně v tom největším vrcholu, tak jsem prochodila třeba 2000 kalorií.* ***Jsem měla krokoměr a mám tam jako třeba takové extrémy jako 57000 kroků nebo 45 km*** *a takové hrozné čísla, ale potom jsem začala být jako že hodně unavená, tak jsem si to jako zkrouhla, ale pořád se to tak drželo kolem toho tisíce, ale* ***to já už jsem pak ty výčitky, si říkala, že jako že v pohodě, že stejně budu zvracet.*** *Takže takhle nějak.“*

Č. 10: *„Ale jo,* ***měla****. Jako nejčastěji jsem se snažila říkat si: „V tu chvilku mi to chutnalo, že to bylo fakt dobrý,“ a že když tam byly ty kámošky, takže mi pomohl ten moment, že jsem si to užila. Vždycky ne,* ***jsem měla výčitky no, a pak jsem si to jako nebo ta nemoc mi to vyrovnávala tím, že když jsem si najednou přidala, tak pak na dalším jídle jsem si ubrala****.“*

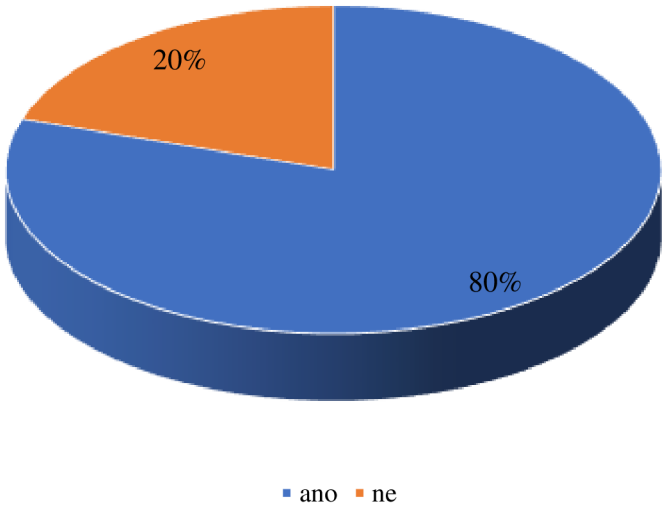
Komentář výzkumníka:

Informanti uvádí, že výčitky svědomí měli (konkrétně informanti č. 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10). Můžeme pozorovat uvádění následujících kompenzačních mechanismů: více sportu u informantů č. 1 a 9, častěji zmenšování dalších porcí jídla (informanti č. 2, 3, 4, 7 a 10), sebepoškozování (informant č. 8), zvracení (informant č. 9), rozptýlení (informant č. 4), pláč (informant č. 7). Tyto informace jsou pro přehlednost uvedeny v tabulce č. 8 a doplněné grafem č. 5 na další straně.

Tab. 8 Výskyt výčitek svědomí a kompenzační mechanismy

		Č. 1	Č. 2	Č. 3	Č. 4	Č. 5	Č. 6	Č. 7	Č. 8	Č. 9	Č. 10
Ano	Zmenšování dalších porcí jídla		×	×	×			×			×
	Více pohybu	×								×	
	Sebepoškozování								×		
	Zvracení									×	
	Jiné (rozptýlení mobilem, vyšívání, pláč)				×			×			
Ne						×	×				

Graf č. 5 Výskyt výčitek svědomí



7.3.4 Vnímání sebe sama

Sledovali jsme, jak informanti vnímají sebe samé a jak se hodnotí.

Č. 1: *„…a tak teď to beru tak, že když se na sebe podívám, tak to beru tak, že* ***je to lepší****…“*

Č. 2: *„No tak to záleží a teď někdy třeba, když někam jdeme, tak se hezky namaluju nebo tak, tak si třeba řeknu, že mi to sluší, ale* ***poslední dobou už se tak jako sobě vůbec nelíbím****.“*

Č. 3: *„…takhle no, já nevím. Ono to je oboje takový, že kdybych zhubla, tak bych byla zase tady, a kdybych přibrala tak by zase…* ***no já nevím****.“*

Č. 4: *„****Já už jsem pak ze sebe měla i jako strach*** *ke konci, že prostě to je hrozný.“*

Č. 5: *„Jo, to jo,* ***mám se ráda****.“*

Č. 6: *„Jo,* ***mám se ráda****.“*

Č. 7: *„No asi jo, jakože já nevím,* ***já nechci jakože právě o sobě říkat, že jsem jako, že se nemám ráda, protože mi to přijde takový jakože každej se musí mít nějakým způsobem vlastně rád****, protože pak by tady vlastně nemohl být, že, ale že já většinu věcí, který dělám, nedělám pro sebe, takže to vždycky, když* ***něco udělám, tak to chci dělat pro někoho jinýho****.“*

Č. 8: *„Jako* ***podceňuju se****, to vím, protože mi to říkají ostatní a jako když mi někdo řekne, že jsem pěkná, tak* ***neumím to přijmout, ten kompliment****, že nedokážu říct, že já třeba řeknu: „Děkuji,“ protože to už jsem se třeba naučila, ale nevím, jak to mám jako brát.*

Jako, co se týče obličeje, tak si jako řeknu: „Jo, dneska to jako jde," nebo tak, ***ale není to vyloženě, že bych si řekla: „Ty jo, dneska mi to fakt sluší, jsem krásná."*** *Prostě si řeknu jako: „No lepší už to asi nebude," nebo prostě že se s tím dá žít jako že takové… Mám třeba ráda svoje vlasy nebo tak a baví mě se třeba malovat a tak."*

Č. 9: *„…**asi ještě ne, nedokážu se ocenit**…"*

Č. 10: *„Jsem **hodně kritická vůči sobě**, ale myslím si taky, že jsem **hodně sebevědomá** jakože, jak v čem jako, že **dokážu se pochválit**, ale dokážu se hodnotit a **špatně snáším, když něco nezvládnu, takže ty prohry** jakože nebo hodně věcí beru jako prohru."*

Komentář výzkumníka:

Informanti č. 1, 5, 6 a 7 uvádí, že se mají rádi, že se jejich vztah k vlastní osobě zlepšil nebo že se vlastně „musí" mít rádi. Spokojenost se sebou samými z jejich slov a tónu hlasu ale nevyplývá. Informant č. 4 měl ze sebe samého strach, informanti č. 2, 8 a 10 nachází nějaká pozitiva, ale stále převažují negativní emoce vůči vlastní osobě. Informant č. 3 se nedokáže zhodnotit a informant č. 9 se nedokáže ocenit a vyzdvihnout svoje kvality.

7.3.5 Vnímání obrazu vlastního těla

Informanti hodnotili svou postavu a spokojenost s ní, pátrali jsme po změněném obrazu vlastního těla.

Č. 1: *„Tak teď to beru tak, že když se na sebe podívám, tak to beru tak, že je to lepší, ale v téhle době už jsem si to uvědomovala, že **když se podívám na nějaké ty starší fotky, že to bylo fakt jako extrém**, že už to bylo moc, jak mi lezlo to všechno, ty kosti na ramenech a všechno, ale zase v té době, když jsem byla předtím, **tak jsem to na sobě vlastně vůbec neviděla**. Už jsem si prostě **nepřipadala a necítila jsem se nějak blbě** nebo tak. No já to, **nikdy jsem si nepřipadala tlustá, ale prostě já jsem prostě chtěla být vypracovaná.** Já jsem moc malá, aby to bylo vidět a tak."*

Č. 2: *„Jo, už mi přijde, že je to, **že už se prostě stydím za své tělo**, a předtím, jak jsem jakoby zhubla na tu váhu těch 50 kg nebo tak, **to jsem si připadala jako by líp než předtím**, ale pořád **jsem jakoby se sebou nebyla spokojená** a já jsem sama se sebou nebyla spokojená tak dlouho, dokud jsem pak zase nebyla spokojená s tím, že **jsem vychrtlá**, takže jsem si prostě nějak nikdy nepřiznávala, že se mnou něco je, a **pak jsem si připadala, že jsem moc tlustá**,*

a pak, když jsem si přiznala, že se mnou něco je, tak ***už jsem si zase připadala moc vychrtlá****, takže jsem nikdy se sebou nebyla pořádně spokojená no.“*

Č. 3: *„Já nevím, ale je to takový, že* ***já se na sebe raději ani nekoukám, že bych pak zase akorát zkoumala, co je špatně*** *a takhle. No já nevím. Ono to je oboje takový, že kdybych zhubla, tak bych byla zase tady, a kdybych přibrala tak by zase… No jako já nevím,* ***já bych si asi chtěla tu váhu udržet****, akorát jako hodně sportovat.“*

Č. 4: *„****Teď si připadám tak jako normálně*** *vzhledem k tomu, jak jsem vypadala předtím, tak si připadám tak jako normálně, že* ***už se jako nebojím podívat do zrcadla*** *třeba nebo tak.“*

Č. 5: *„No* ***teď jsem se sebou nespokojená, protože už jsem moc hubená****. Kdybych přibrala, byla bych radši, mít pár kilo navíc.“*

Č. 6: *„****Že jsem chudá moc****.“*

Č. 7: *„No* ***nevidím se tlustá*** *třeba, to jako vůbec už, ale vidím se prostě…* ***nelíbím se sama sobě. Vidím se strašně****, vidím se jako ňákej duch prostě, něco, čeho si nevšimnete, jako stín, co projde.“*

Č. 8: *„Co se týče třeba těla nebo postavy, to už je zas něco jiného. No,* ***protože mám pocit, že jsem tlustá, že zabírám strašně moc místa, a že si všichni okolo mě myslí, že jsem tlustá****, že prostě když se na mě někdo podívá, třeba když se na mě lidi dívali, že jsem moc hubená nebo tak, tak já jsem si to vyložila tak, že se na mě koukají jako: „Ježiš, ta je tlustá! Ta by měla zhubnout.“ Že prostě takové domněnky.“*

Č. 9: *„****Vidím se tlustě, to jako dost. A hlavně strašně, já se furt musím takhle srovnávat s ostatními, i když třeba fakt už někoho takového při těle, tlustšího, tak se s ním furt srovnávám, srovnávám si… co jí oni, co jím já, jestli náhodou nesnědli o něco míň, než já, jestli… prostě řeším to no****.“*

Č. 10: *„****Teď už jako líp, ale hnusila jsem se sama sobě tím, jak jsem byla hubená, a myslím si, že jsem jako nikdy nebyla tlustá****.“*

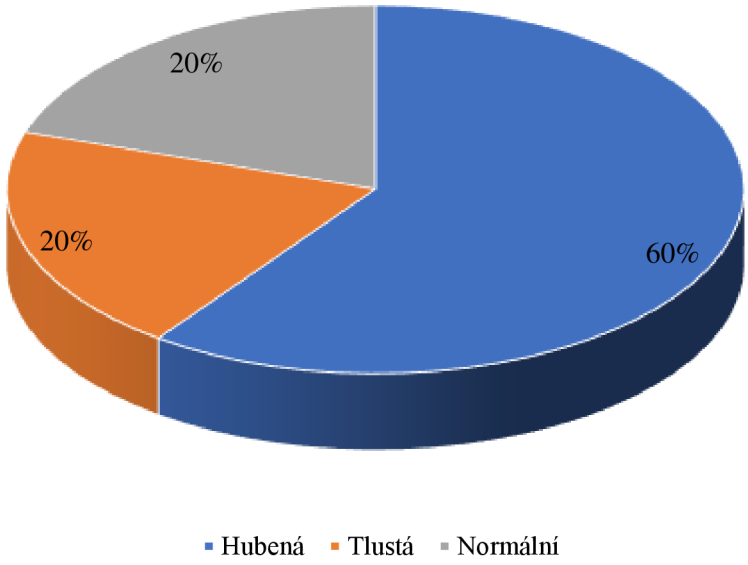
Komentář výzkumníka:

Žádný informant není spokojený se svou postavou. Informanti uvádí, že jim vadí jejich podváha (informanti č. 1, 2, 5, 6, 7, 10). Informanti č. 8 a 9 mají změněný obraz těla a vidí se tlustí, informanti č. 3 a 4 hodnotí svou postavu jako normální. Pro přehlednost je uvedena tabulka č. 9 a graf č. 6 na další straně.

Tab. 9 Obraz vlastního těla

	Č. 1	Č. 2	Č. 3	Č. 4	Č. 5	Č. 6	Č. 7	Č. 8	Č. 9	Č. 10
Vidím se moc hubená	×	×			×	×	×			×
Vidím se moc tlustá								×	×	
Připadám si normálně			×	×						

Graf č. 6 Obraz vlastního těla



7.3.6 Omezení v běžném životě

Informanti sdělovali problémy, které se vyskytly po změnách životního stylu, a sami je určili jako omezující.

Č. 1: *„No tak určitě. Mamka mně nedovolila všechno a třeba to mi začalo hodně vadit, že* ***jsem nesměla cvičit a žádný pohyb****, i ve škole jsem měla vlastně omezení v tělocviku, a pak jsem měla chvilu ve škole i individuální režim, jeden týden jsem chodila na ranní hodiny, další týden na odpolední nebo tak. Nebo když jsme zase někam šli, tak* ***mamka chtěla, abych měla vždycky nějaký to jídlo, tak to bylo takový nepříjemný, pořád s tím jídlem****. Jo, někdy právě jsem přišla, že, někdy jsem přišla domů a vzala bych si něco, ale* ***jak mi to furt nutili, tak jsem si říkala: „Ježiš, tak teď mě mamka nevidí, tak to si něco vezmu a jen, co přijde, tak si budu muset vzít něco dalšího****…“*

Č. 2: *„No určitě, protože furt se někdo ptal, tak jsem říkala, že mně tohle nechutná a tak.* ***Jsem různě říkala nějaké výmluvy, že. Prostě abych si to nemusela dát, a pak jakoby už jsem ani nechodila moc do společnosti, protože tam se to tak jako rozebíralo. A taky už jsem tak nějak ani neměla chuť na to se někam bavit…*** *“*

Č. 3: *„No já jsem si nastavila ty limity, ale já jsem se prostě bála je překračovat, že by se to pak, že by pak ten očekávaný výsledek nebyl takový, jaký bych chtěla. Já jsem se toho radši držela, abych měla jistotu, že to bude takový, jaký to já chci. No tak myslím, že* ***ani moc ne, nebo takhle aspoň o ničem nevím****, já jsem vlastně akorát moc nejedla.“*

Č. 4: *„Určitě, protože já jsem docela ztřeštidlo, co se týče jakoby, že musím furt něco dělat, někde být, někam chodit, jo, a prostě teď najednou my jsme jezdili každý měsíc do Olympie a mě to strašně bavilo, že si můžu koupit něco na sebe nebo pro někoho nebo si nějak vybavit pokojíček a tak, a* ***prostě teď najednou na to nebyla síla, ani energie prostě, vůbec nic. Jít do toho auta, nechat se tam odvýzt nebo tak, takže tohle mě hodně omezovalo, nemohla jsem chodit do města, nemohla jsem chodit ven do parku, na procházku*** *nebo třeba jakoby, já hodně ráda hraju na kytaru a zpívám a* ***já už jsem pak nemohla ani mluvit doma, že tam už to jako bylo vidět, že jsem úplně mimo skrz ten problém****.“*

Č. 5: *„No ty* ***bolesti břicha****…“*

Č. 6: *„No* ***ztratila jsem chuť****.“*

Č. 7: *„Že já jsem nad tím až tolik nepřemýšlela, ale poslední dobou třeba já bych řekla, že* ***poslední rok jsem třeba nežila v podstatě****. Že já jsem byla jenom ovládaná tou nemocí no. Že jsem hodně myslela na to, jakože na jídlo a já* ***jsem furt myslela na to, co budu jíst a jestli nebudu muset sníst něco špatnýho*** *a tak. A vlastně i s těma kamarádama, že oni mi, když už to na mě bylo hodně jako vidět jako, že jsem fakt hodně hubená, tak prostě jediný, co mi říkali moji kamarádi bylo… já jsem vlastně přešla na jinou školu a ti, co mě znali vlastně jako trošku jakože zdravou holku,* ***tak ti mě teďka jakože nepoznávali, jakože se na mě i dívali jak kdyby na někoho jinýho jenom proto, že jsem vypadala jakože jinak, jakože špatně, tak asi měli strach,*** *že. Ale zase ti, co mě znali z té školy, co jsem přešla, pak na gymplu, ti už mě znali jako hubenou, ale je pravda, že ten poslední půlrok jsem fakt už vypadala asi i pro ně hrozně.* ***Sport, určitě sport****. Já jsem začala dělat atletiku, ale musela jsem hned skončit, protože jsem nemohla. Ale pak jsem začala trénovat jakože trošku sama,*

ale to jsem, jakože to mně rodiče, ***vlastně jsem si to musela vždycky vysloužit, jako že můžu jít trénovat. Já strašně miluju sport, a to je věc, kterou jsem vlastně úplně ztratila.*** *Já jsem se nikdy nepřestala úplně hýbat, jakože to mě právě vždycky rodiče, když jsem přibrala, pustili někam, ale na vrcholové úrovni bysem to dělat nemohla.“*

Č. 8: *„Jo, hodně.* ***Hodně mě to omezovalo. Přišla jsem o strašně moc kamarádů****.*
A jakmile jsem poznala nové lidi, který mě poznali už vlastně jako anorektičku, tak mě vzali takovou, jaká jsem, a jsou lidi, kteří se s tím srovnali. Třeba spolužáci se srovnali s tím, že mají prostě, ve třídě mají holku s anorexií, že to tak prostě je. Berou mě takovou, jaká jsem, takže já jsem jim řekla, kam jedu a všechno. A to jsem se setkala s podporou, což jsem jako nečekala a strašně moc mě to ovlivnilo na tom sociálním životě jako takhle, protože já vlastně na tom začátku jsem celý rok, ***jsem v podstatě nechodila nikam. Měla jsem problém chodit do školy. Prostě ráno jsem nebyla schopna dojít do školy, takže některé dny prostě… A když už jsem tam došla, tak jsem tam někdy nebyla schopná vydržet, prostě mezi lidmi a tak, takže v tom mě to jako hodně omezovalo****.“*

Č. 9: *„Já jsem už pak v podstatě nic jiného nedělala. Já jsem ráno po snídani… jsem snídala asi během pěti minut, pak jsem běhala, pak jsem teda nějak přežívala ve škole. To jsem zase chodila o přestávkách, pak skončila škola, já jsem chodila po městě, vrátila jsem se hodně pozdě domů většinou. To jsem pak chodila po pokojíku nebo po venku. Já jsem ten život už ani neměla.* ***Jako šla jsem třeba do houslí, ale to byla už taková povinnost, že nějak jsem to přežila. Pak už mi to ani nešlo, protože jsem do toho nestíhala cvičit, do toho, co já jsem dělala, se nedaly zahrnout obyčejné věci. Já jsem furt jenom chodila a chodila*** *a neřešila to. Já jsem vlastně* ***skoro vůbec nechodila ven****. No oni mě jako teďka, když jsem byla na zkoušky domů a jako tak, tak oni mě berou pořád tak jako dobře. Furt se se mnou baví a tak, jako jak kdyby to ani nevnímali, že jsem se s nima nebavila, ale spíš se tak jako, že je to od nich nebylo, jako že by mě odkopli, ale já jsem se s nima nebavila asi jako že úmyslně, a jako že, když jsem přišla a bavila jsem se, tak se se mnou jako normálně bavili, takže spíš jde o to, abych přišla, ale* ***určitě jsem teď o dost víc jako i ráda sama, že se ze mě stal takový jako větší samotář, než jsem bývala, a je to už takové, že se do toho spíš tak jako tlačím****, že si říkám jako: „Pak to bude dobré.“*

Č. 10: *„****V hlavě mám jako nějaký hlas, který mi to jako by zakazoval, že by to mohlo, že by to bylo moc, že bych mohla přibrat****. Jo, jako občas s ním dokážu vést ten dialog. Určitě, asi jo, ale myslím, že některé holky víc, že jsem to třeba na sobě nedala ani nějak moc*

vidět, jsem na to nemyslela až tak, že všichni o anorexii říkaj, že myslí jenom na to jídlo. To zase u mě nebylo. Ale ***třeba rozhodnout se, co si dám a takhle, tak tohle byl spíš problém. Nebo to jídlo jako najíst se nad ten rámec těch jídel. Dám si klidně zákusek, ale musí to bejt jako svačina. Jako nedokážu si dát svačinu, a potom ještě něco k jídlu****. Právě, když jsem to jako neměla naplánovaný, nedej bože, kdybych si měla dát dvě svačiny! Tak to už prostě neskousnu. Já jsem to spíš dělala tak, abych si to všechno naplánovala, aby mi to dělalo co nejmenší problémy, ale tak, abych si nevybírala nebo snažila jsem se…"*

Komentář výzkumníka:

Informanti nejčastěji uváděli jako hlavní omezení ztrátu sociálního života a narušení sociálních vztahů (informanti č. 2, 4, 7, 8 a 9) a ztrátu možnosti pohybových aktivit (informanti č. 1 a 7). Dále můžeme pozorovat negativní změny ve volnočasových aktivitách informantů (informant č. 4), bolesti břicha (informant č. 5), ztrátu chuti k jídlu (informant č. 6) a obtěžující hlas v hlavě, který informantovi č. 10 přikazuje, co smí a nesmí jíst.

7.3.7 Vyrovnávání se se změnami provázející onemocnění

Sledovány byly fyzické a psychické změny přicházející s nemocí, které na sobě informanti sami pozorovali.

Č. 1: *„To právě ne, to vůbec, tady tohle takové ty příznaky.* ***Jako že se zhoršila pleť', nehty na těch rukách****, tak to bylo asi i vlivem té podvýživy, ale že bych měla nějaký vážný problém, to ne."*

Č. 2: *„…a už jsem byla taková, jako že už jsem nad ničím moc nepřemýšlela, a pak už jsem byla i taková ke konci, taková* ***hodně unavená****, protože už jsem byla taková, bylo toho moc no. No tak jako, že je mi teď* ***hodně zima****, jako že mám takovou jako že i* ***sušší kůži, popraskanou****. Že třeba stačí jenom, když je zima, tak už mám takovou jako… Já mám taky dost často* ***modré nehty*** *jako že z té zimy asi. No taky asi jako* ***chlupy, jich mám víc, že jsou hustší****."*

Č. 3: *„Ne to ne.* ***Mně se takhle nestalo nic. Já jsem byla podrážděná, když mi nutili to jídlo****."*

Č. 4: *„Tak kromě toho, že jsem* ***byla unavená, mi padaly věci,*** *oblečení, neunesla jsem, já nevím, sešit skoro už, takže tam to bylo taky to…zlý, furt mě jako* ***bolely záda*** *nebo co, celkově lopatky a tak, jinak takhle asi nic. Spát jsem vydržela, že jsem šla spát třeba až v deset, ale naopak* ***jsem nemohla usnout,*** *že jsem byla fakt do jedný vzhůru a nemohla*

jsem spát, takže tam mě to ovlivnilo hodně. Mně právě přijde, že dřív se mi hrozně lámaly nehty, aji pleť jako prostě, prostě najednou jsem ji měla jak dětský zadek, a prostě úplně takhle i nehty jakože. Že tady z týdle tý strany mi přijde, že mě to nějak jako… Já si myslím, že ***celkově asi ta psychika****, že prostě já vím, a jak po prvý, tak po druhý, já bych to doma nezvládla, prostě jako sama od sebe, abych přibrala, prostě tohlento bylo pro mě nejhorší, abych přibrala.“*

Č. 5: *„No ono je to pokaždé tak nějak jinak. Někdy jsou takový spíš horší a někdy jsou to taky* ***křeče****. Byla jsem na vyšetření. No něco se našlo, ale já vůbec nevím co.“*

Č. 6: *„Jsem byla třeba* ***hodně unavená****, šla* ***jsem spát pořád. Vypadávání vlasů, náladová, naštvaná.“***

Č. 7: *„No, to ani bych neřekla, i když teďka třeba jsem měla jakože* ***únavu****, ale to je pořád ta anorexie, ale třeba, že bych byla náchylnější na nemoci, já jsem, to jsem ráda, protože kdybych dostala třeba chřipku, tak jdu s kilama ještě víc dolů, tak právě za ty 3 roky, co to řeším, jsem nebyla vůbec nemocná. Nějaký angíny, nic. No tím, jak mám* ***málo energie*** *a já jsem tam byla v době, kdy jsem dělala tu atletiku, tak to taky byl nápor, tak* ***mně vlastně začalo zpomalovat*** **(srdce)**. *Takže já jsem třeba v noci měla někdy i, že mě měřili, dali mi i toho, i Holtera no a já jsem měla třeba i zástavu v noci, že mi úplně přestalo pracovat. Tak samozřejmě, když mám* ***krevní testy, tak mám nějaký věci zvýšený a snížený****, ale to jsou všechno věci, co maj normálně anorektičky a jinak možná, když si tak vzpomínám, jenom ňáký* ***kožní problémy*** *by z toho mohly být, že já jsem vlastně od malička trpěla na ekzémy a tak, že mám* ***sušší kůži****, ale to asi taky ne. Asi* ***zimomřivost****, ale jinak takle myslím nic, ne.“*

Č. 8: *„…a byla jsem pořád strašně* ***unavená, bez energie****. Pořád se mi* ***motala hlava****, pořád mi bylo* ***špatně****… Vlastně už je to docela dlouho, takže už mi to udělalo i nějaké* ***ty změny na mozku*** *a vlastně mi nedochází věci některé,* ***že jsem hloupější, než jsem byla. Že třeba ve škole nedocházejí mi prostě souvislosti, třeba matematika, fyzika a chemie****. …a určitě, že* ***se mi hůř učí****. Jo, jo,* ***vlasy mi začaly hrozně vypadávat****…, ale padají dost.* ***Nehty*** *mám fakt odporné, protože se mi* ***třepí, lámou****.* ***Kůže je hodně suchá****. Pořád se mi dělají* ***modřiny****, třeba i když jenom ležím, tak mám modřiny a vlastně jsem hrozně* ***náchylná na všechny nemoci****… A hodně prostě, když se něco stane, jako člověk, když spadne, tak se zvedne a je to ok jako při nějakém normálním pádu, ale já se jako při normálním pádu nezvednu a* ***mám třeba něco s ramenem, a nebo mám nějakou zlomeninu*** *nebo něco,*

protože prostě to tělo… To jo, střeva a žaludek. ***Střeva mi přestaly úplně pracovat****, že třeba nejdu dva týdny na záchod nebo tak,* ***střídá se prostě průjem a zácpa****… Mám strašné* ***křeče jako přímo těch orgánů*** *jakože úplně cítím, že mě bolí střeva a žaludek a všechny tady ty věci. Hodně se mi* ***zhoršily záda****. Já jsem vždycky měla problémy se zády, ale to se ještě hodně zhoršilo…a já jsem měla jakoby štěstí v tomhle, co se týče kluků, že jsem pořád byla jako schopná se poznat s klukem a chodit s ním a mít s ním styk a všechno…"*

Č. 9: *„****Unavená*** *ke konci jsem byla hodně, ale tak to bylo tím, že já jsem* ***hrozně málo spala****, protože ten krokoměr měřil do 12 a já, když jsem ještě mívala energii, tak jsem jako chtěla mít co nejvíc kroků… No ale jako* ***vlasy padaly*** *spíš tak, když jsem si je umyla, ale potom jako víc padaly, ale ne jako úplně nějak moc. …, ale měla jsem jako* ***strašně extrémně suché ruce nebo hrozné, celkově jsem měla suchou pokožku. Suchá kůže byl fakt problém. No už asi rok a půl nemám měsíčky****. Jakoby ne, ale mívala jsem hrozně* ***rozdrásaný jazyk a ty afty*** *a takhle. Ale jak kdy, to bylo spíš pak po těch Vánocích, prostě protože Vánoce jsem vlastně celé prozvracela.* ***Čtrnáct dní v kuse, třeba třikrát jsem zvracela, takže o Vánocích to bylo s tím jazykem a s tou pusou takový hodně blbý, ale pak když jsem zvracela třeba jednou, tak to nevadilo****, to už bylo v pohodě docela. Strašně pomalu se mi všecko hojilo… No ještě se mi hrozně* ***motala hlava a zatmívání před očima furt****. Jenom stačilo vstát ze židle a úplně černo před očima a zamotala se mi hlava. No, já si to nepamatuju, ale já jsem jednou vylezla ze sprchy, a pak si to nepamatuji a jako je to možné, že* ***jsem zkolabovala, ale já to mám takové strašně rozmazané****. No nevím, je to možné, že jsem zkolabovala, ale nejsem si tím úplně jistá."*

Č. 10: *„****Vlasy mi teda hodně padají****, ale nejsou jako nějaké zničené. Já jsem vždycky měla zdravé vlasy. A jinak mám podle mě docela štěstí, že mi nic neodešlo, žádný orgán, že mám hodně svalů, ale samozřejmě mně* ***chybí hrozně moc minerálů*** *a věcí, které musím doplňovat…selen, zinek, Q10… No, jakože* ***ochlupení zvýšený****.* ***Jo, to taky no*** **(amenorhoea).** *Ne, vůbec. Jako ta únava… všichni říkali, že* ***jsem vypadala unaveně****, ale já jsem takový člověk, který pořád něco dělá a do poslední chvilky byl pořád vytíženej, takže jsem to ani tolik neviděla, ale asi ta únava taky nejspíš."*

Komentář výzkumníka:

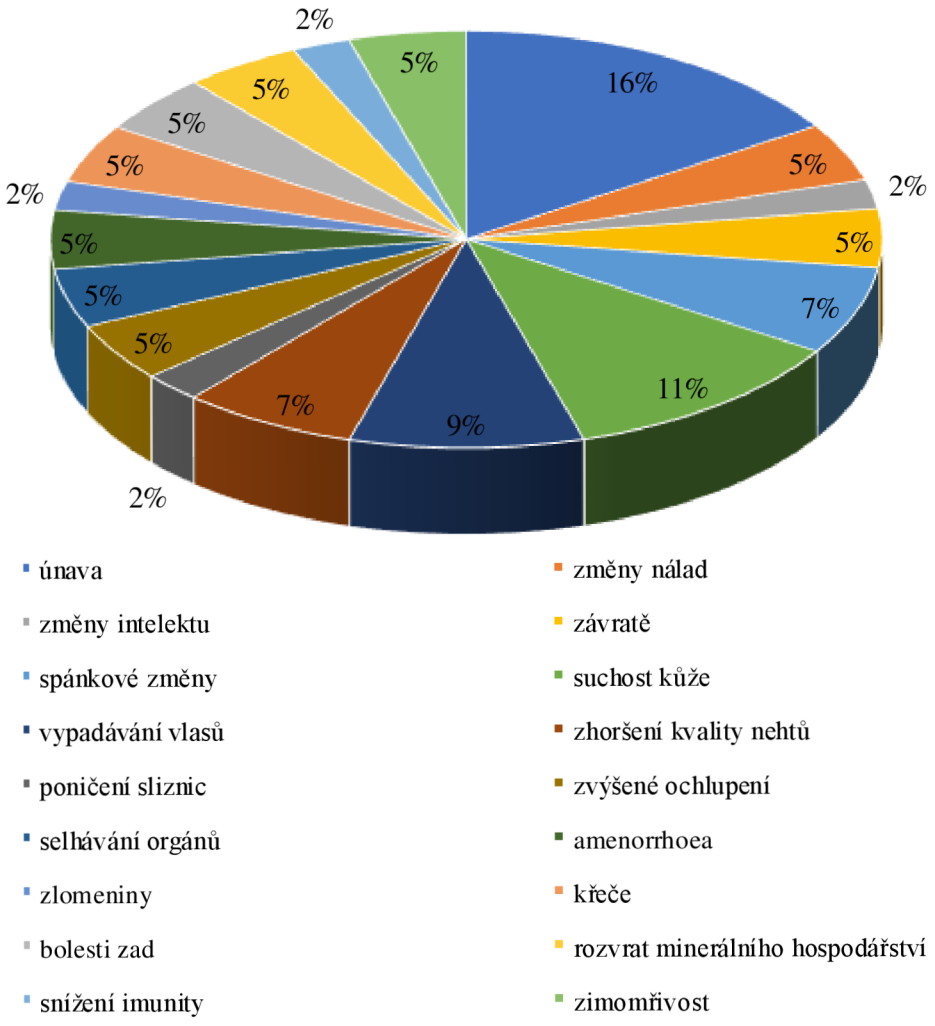
Informanti si nejvíce stěžují na velkou únavnost (informanti č. 2, 4, 6, 7, 8, 9 a 10) a suchou kůži (informanti č. 1, 2, 7, 8 a 9), zvlášť na rukou. Často se objevuje vypadávání vlasů

(informanti č. 6, 8, 9 a 10), méně často zimomřivost (informanti č. 2 a 7), zhoršení kvality nehtů (informanti č. 1 a 2), zvýšení ochlupení (informanti č. 2 a 10), poničení sliznic v důsledku zvracení (informant č. 9), amenorrhoea (informanti č. 9 a 10). U informantů s dřívějšími problémy se zády se objevuje zhoršení bolestí zad (informanti č. 8 a 4). Vyskytují se i vážnější problémy s orgány (informanti č. 7 a 8), změny nálad (informanti č. 3 a 6), změny intelektu a zlomeniny (informant č. 8) a závratě (informant č. 9). Všechny tyto změny zmiňované informanty uvádí tabulka č. 10, doplněná grafem č. 7 na další straně.

Tab. 10 Pociťované negativní změny v souvislosti s onemocněním

		Č. 1	Č. 2	Č. 3	Č. 4	Č. 5	Č. 6	Č. 7	Č. 8	Č. 9	Č. 10
Kožní adnexa	Suchá kůže	×	×					×	×	×	
	Vypadávání vlasů						×		×	×	×
	Zvýšené ochlupení		×								×
	Zhoršená kvalita nehtů	×	×						×		
	Poničení sliznic									×	
Psychika	Únava		×		×		×	×	×	×	×
	Změny nálad			×			×				
	Změny intelektu								×		
	Závratě								×	×	
	Spánkové změny				×		×			×	
Patologie	Křeče					×			×		
	Bolesti zad				×				×		
	Zlomeniny								×		
	Amenorrhoea									×	×
	Vážnější problémy s orgány							×	×		
Jiné	Zimomřivost		×					×			
	Rozvrat minerálního hospodářství							×			×
	Snížení imunity								×		

Graf č. 7 Pociťované negativní změny v souvislosti s onemocněním



7 Diskuze

V této kapitole budou analyzovány a porovnávány výsledky našeho šetření s výsledky tematicky podobných prací.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké jsou problémy dětí a mladistvých s poruchami příjmu potravy. Cíl byl naplňovány formou kvalitativního šetření, metodou zakotvené teorie. Rozhovory s informanty byly dále analyzovány.

V empirické části bakalářské práce jsou formulovány i výzkumné otázky, rozdělené přehledně do pěti kategorií podle členění v kapitole Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření. Na formulované výzkumné otázky se snažíme najít odpovědi podle výsledků výzkumného šetření.

1. Demografické složení zkoumané skupiny

Do této kategorie patří samozřejmě i pohlaví informantů. Celkem bylo do výsledné analýzy zařazeno 10 informantů. Všichni tito informanti byli ženského pohlaví (viz. tab. 1). Byl proveden jeden rozhovor s informantem mužského pohlaví, ale z důvodu přerušení rozhovoru na přání informanta nebyl do výzkumu zařazen.

- **Výzkumná otázka:** Jaké je věkové složení informantů s poruchami příjmu potravy?

Zkoumali jsme, v jakém věkové rozmezí se naši informanti pohybují.

Ze získaných dat vyplývá, že průměrný věk dané zkoumané skupiny informantů s poruchou příjmu potravy je 14,8 let. Nejvíce je zastoupen věk 13 let u informantů č. 3, 4 a 7 a věk 17 let u informantů č. 1, 8 a 10. Informanti č. 5 a 9 jsou ve věku 14 let, 15 let dosahují informanti č. 2 a 6 (viz. tab. 1).

V porovnání s teoretickou základnou této práce lze říct, že u naší zkoumané skupiny se věková hranice příliš neposunula. Teorie uvádí věkové rozmezí manifestace nemoci 13. – 25. rok života. Hranici 13 let splňují podle vlastních slov informanti č. 3, 4 a 7. Počátky nemoci ve 12 letech zaznamenali informanti č. 4 a 9. Informant č. 7 uvádí jako bod zlomu věk 10 let a informant č. 3 dokonce hranici 8 let, kdy se nemoc začala plíživě projevovat.

2. Příčinné podmínky, které vedly ke vzniku nemoci.

- **Výzkumná otázka:** Jaké jsou příčiny vzniku poruch příjmu potravy u dětí a mladistvých?

Zajímalo nás, co informanti považují za příčiny vzniku nemoci právě u nich.

V dané zkoumané skupině informanti č. 3, 7 a 8 uvedli jako hlavní pravděpodobnou příčinu vzniku nemoci poznámky o jejich postavě. Další možnou příčinou vzniku nemoci byla vlastní potřeba sportovat, kterou uvedli informanti č. 1 a 9. Informanti č. 2 a 10 udávají

jako příčinu vzniku poruchy příjmu potravy svou osobní potřebu zhubnout. Ztrátu chuti k jídlu zmínili informanti č. 4 a 6. Bolesti břicha potom uvedl informant č. 5. Nejvíce zastoupenou příčinou vzniku nemoci jsou tedy nevhodné poznámky o postavě informantů (viz. tab. 2).

V porovnání s bakalářskou prací Lazniové se naše výsledky shodují. V tomto šetření se objevuje *„vlastní špatný pocit“*[66], ten koresponduje s naší osobní potřebou zhubnout. Dále se vyskytuje jako *„motivace k hubnutí přátelé, přítel“*[67], což můžeme zahrnout do poznámek o postavě informanta, ačkoliv naše skupina je mnohem širší. *„Zdravotní stav“*[68] odráží bolesti břicha v našem šetření. *„Jiný důvod“* pak může obsahovat v našem výzkumu vlastní potřebu sportovat a ztrátu chuti k jídlu.

3. Reakce okolí, se kterými se informanti setkali po změně svého životního stylu.

- **Výzkumná otázka:** Jaké byly reakce okolí informantů po změnách v životním stylu?

Zjišťovali jsme, jak reagovali rodinní příslušníci, přátelé a blízké okolí informantů na jejich změnu životního stylu a s tím související snížení váhy.

Podle slov informantů jsme reakce okolí informantů rozřadili do několika skupin. Zde uvádíme pouze ta nejzajímavější data (viz. tab. 3).

Hádky a konflikty s rodiči uvedli informanti č. 1, 3, 5, 7, 9 a 10. Nejčastěji tyto konflikty probíhaly mezi informantem a jeho matkou. Překvapivým zjištěním bylo i to, že informanti č. 3, 7, 8 a 9 uvedli, že si jejich přátelé ničeho nevšimli, a u informantů č. 4 a 8 nemoc zůstala bez povšimnutí rodiny.

Podle Reichlové a jejího výzkumu jsme se na výsledcích shodli pouze částečně, *„tlak ze strany rodiče“*[69] se v jejím šetření také objevil. Zmiňuje i konkrétně matku. *„Pomoc kamarádky nebo více přátel“*[70] uvedl také náš informant č. 10. Další skutečnosti, uvedené ve výzkumu Reichlové, naši informanti nezmiňují.

4. Problematika stravování informantů v době nemoci

- **Výzkumná otázka:** Jaký byl stravovací režim informantů v době nemoci?

Ptali jsme se informantů na jejich stravování během dne a na charakter konzumovaných potravin.

---

[66] LAZNIOVÁ, S. *Problematika poruch příjmu potravy u dospívajících dívek se zaměřením na mentální anorexii a bulimii.* s. 60
[67] tamtéž. s. 60
[68] tamtéž. s. 60
[69] REICHLOVÁ, R. *Prožívání u dívek s poruchou příjmu potravy ve vztahu ke školnímu prostředí.* s. 27
[70] tamtéž. s. 29

Nejčastěji zmiňovaným jídlem konzumovaným informanty v době trvání nemoci bylo ovoce, uvedli jej informanti č. 1, 2, 3, 7, 8, 9 a 10. Někteří konkrétně mluvili o jablku (informanti č. 1, 3, 7 a 8). Další často konzumovanou potravinou byly různé mléčné výrobky, které jedli informanti č. 1, 2, 3, 4, 7, 8 a 10. Překvapivou informací bylo, že informanti č. 1, 2, 3 a 7 denně konzumovali pečivo. Pečivo je potravinou, kterou lidé ve snaze hubnout často vynechávají. Ovesné vločky do svého jídelníčku zařadili pouze informanti č. 3 a 7.

Pro tuto oblast nebyly nalezeny vhodné prameny pro porovnání.

- **Výzkumná otázka:** Jaký byl pitný režim informantů v době nemoci?

Sledováno bylo množství tekutin, které informanti uvádí, že konzumovali během dne, a také charakter požívaných tekutin (viz. tab. 4 a tab. 5)

Pitný režim informantů se ukázal být poměrně různorodý. Pouze informant č. 10 nebyl schopen sdělit, kolik tekutin během dne vypil. Informanti č. 2, 3, 6 a 7 pili denně asi 1500 ml tekutin, informanti č. 1 a 5 až 2000 ml tekutin. Informanti č. 4, 8 a 9 pili přibližně 200 ml tekutin za den, přičemž si uvědomovali svůj nedostatečný pitný režim. Lze tedy říct, že většina informantů měla dostatečný pitný režim.

Charakter tekutin nebyl nikterak překvapivý. Informanti č. 1, 3, 5, 7, 8, 9 a 10 uvedli, že pili během dne čistou vodu. Informanti č. 4, 6 a 8 tvrdí, že pili čaje. Informanti č. 2, 4, 7 a 9 charakter tekutin příliš neřešili. V jejich pitném režimu se vyskytla minerálka, džus, melta a šťáva. Jasně vyplývá, že nejvíce informantů popíjelo během dne vodu.

- **Výzkumná otázka:** Vyskytují se podobnosti v chuťových preferencích informantů?

Zajímalo nás, zda se u informantů se stejnou nemocí mohou vyskytovat stejné chuťové preference.

Dle získaných dat můžeme s jistotou tvrdit, že chuťové preference informantů v době trvání nemoci nejsou nikterak podobné. Každý z dotazovaných uvedl jiné jídlo, nenašla se jediná shoda mezi jednotlivými informanty.

Pro tuto výzkumnou otázku nebyly nalezeny žádné další práce, které by tuto oblast zahrnovaly.

- **Výzkumná otázka:** Cítí informanti hlad při omezování stravy, a jak hlad řešili?

Ptali jsme se našich informantů, zda pociťují či pociťovali hlad při restrikci stravy a jaké bylo jejich řešení hladu (viz. tab. 6).

Získaná data nám v tomto ohledu neposkytla žádný jasný výsledek. Informanti č. 2, 3, 4, 7 a 8 hlad nepociťovali. Naopak informanti č. 1, 5, 6, 9 a 10 hlad pociťovali. Nemůžeme jednoznačně tvrdit, zda častěji informanti s poruchou příjmu potravy hlad cítí či nikoliv.

Řešení pocitu hladu bylo poměrně různorodé. Informanti č. 2 a 3 se snažili hlad utišit tím, že snědli nebo vypili něco drobného. Informanti č. 7 a 8 hlad jako takový neřešili, protože jim tento pocit dělal radost. Informant č. 4 uvedl, že hlad a myšlenky na něj zaháněl relaxací v horké vaně. Řešení pocitu hladu u jednotlivých informantů je tedy individuální.

Pro tuto oblast nebyly nalezeny prameny, se kterými by bylo možno práci porovnávat.

5. Prožívání a dopady nemoci na informanty

- **Výzkumná otázka:** Vyskytly se výčitky svědomí, a jak se jich informanti zbavili?

Zajímalo nás, zda informanti měli výčitky svědomí a pokud ano, jak se s nimi vypořádali (viz. Tab. 8).

Informanti č. 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 a 10 uvedli, že se výčitky svědomí během nemoci vyskytovaly. S jistotou můžeme tvrdit, že výčitky svědomí jsou poměrně častým úkazem u poruch příjmu potravy.

Informanti č. 2, 3, 4, 7 a 10 se jich zbavovali zmenšováním dalších porcí jídla. Informanti č. 1 a 9 potom více cvičili a hýbali se. Zvracení jako kompenzační mechanismus se vyskytlo u informanta č. 9, sebepoškozování potom u informanta č. 8. Můžeme vidět značnou převahu kompenzačního mechanismu restrikce dalších jídel.

Reichlová uvádí, že jejich respondenti výčitky svědomí popisovaly. I v tomto výzkumu se vyskytuje kompenzační mechanismus v podobě usilovného cvičení.[71] Další kompenzační mechanismy, které Reichlová popisuje, informanti našeho šetření neuvedli.

- **Výzkumná otázka:** Jaký je subjektivní názor informantů na sebe sama v době trvání nemoci?

Zjišťovali jsme, jaký názor mají informanti na vlastní osobu, jaké emoce převládají, pokud mluví o své osobnosti, zda jsou sami se sebou spokojeni.

Tato výzkumná otázka se ukázala být těžce hodnotitelná pouze na základě slov informantů. Informanti č. 1, 5, 6 a 7 sice uvedli, že se rádi mají, ale jejich tón hlasu a způsob vyjádření mluví o opaku. Informanti č. 2, 8 a 10 jsou vůči sobě kritičtí, ale dokáží na sobě nalézt i pozitiva. Informant č. 9 přímo uvedl, že se ještě ocenit nedokáže. U informanta č. 4

[71] Srov. REICHLOVÁ, R. *Prožívání u dívek s poruchou příjmu potravy ve vztahu ke školnímu prostředí.* s. 34

se dokonce objevil strach ze sebe sama. Pouze informant č. 3 na tuto otázku nedokázal odpovědět.

Dotaz směřovaný k této výzkumné otázce byl pro oslovené jedním z nejobtížnějších. Těžko hledali slova, kterými by sami sebe popsali.

- **Výzkumná otázka:** Vyskytuje se u informantů změněný obraz těla?

Ptali jsme se informantů, jak vidí své vlastní tělo a na tomto základě jsme hodnotili, zda se vyskytuje změněný obraz těla či nikoliv (viz. tab. 10).

V naší zkoumané skupině můžeme pozorovat změněný obraz těla u pouhých 2 informantů (konkrétně u informanta č. 8 a 9). Naopak informanti č. 1, 2, 5, 6, 7 a 10 si svou podváhu uvědomují a přáli by si přibrat. Zbylí informanti č. 3 a 4 jsou se svou postavou spokojeni a váhu by si chtěli udržet.

Pro porovnání opět uvádíme bakalářskou práci Lazniové. K jejich výsledkům výzkumu jsme se velmi přiblížili. Spokojenost s vlastní postavou se zde vyskytla i přes nízkou hmotnost respondentek. Další potřeba snižování váhy u dívek s podváhou je zde také zastoupena, z čehož můžeme usuzovat, že tyto dívky mají změněný obraz těla. Většina respondentů s podváhou uvedla, že potřebuje přibrat.[72] Na tomto tvrzení se obě šetření shodnou.

- **Výzkumná otázka:** Omezovala informanty nemoc v běžném životě?

Zajímalo nás, zda informanti pociťovali nějaká omezení ve svých denních činnostech v souvislosti s onemocněním.

Odpověď na tuto otázku byla z rozhovorů jasně patrná. Každý z informantů našel minimálně jednu oblast svého života, kterou s nemocí ztratil. Informanti č. 2, 4, 7, 8 a 9 si stěžovali na ztrátu sociálního života a narušení sociálních vztahů. Informanty č. 1 a 7 velmi obtěžovala ztráta možnosti pohybových aktivit. Informant č. 10 se zmiňuje o obtěžujícím hlase v hlavě, který mu přikazuje, co smí a co nesmí jíst.

Tato výše uvedená omezení potvrzuje i výzkum Hlubocké. Její informantka také uváděla ztrátu sociálního života jako jednu ze zásadních změn, kterou nemoc přinesla.[73]

- **Výzkumná otázka:** Jaké fyzické a psychické změny nastaly v souvislosti s onemocněním?

Sledovali jsme fyzické a psychické dopady nemoci na informanty.

---

[72] Srov. LAZNIOVÁ, S. *Problematika poruch příjmu potravy u dospívajících dívek se zaměřením na mentální anorexii a bulimii.* s. 49-52

[73] Srov. HLUBOCKÁ, Š. *Poruchy příjmu potravy jako chronické onemocnění.* s. 46

Fyzické změny byly u informantů velmi častou záležitostí. Informanti č. 1, 2, 7, 8 a 9 si stěžovalo na suchost kůže, a to převážně na rukou. Dalším častým problémem bylo vypadávání vlasů u informantů č. 6, 8, 9 a 10. Informanti č. 2 a 7 udávali zimomřivost, informanti č. 1, 2 a 8 zhoršení kvality nehtů, informanti č. 2 a 10 zvýšené ochlupení, amenorrhoeu uvedli informanti č. 9 a 10, rozvrat minerálního hospodářství informanti č. 7 a 10, zhoršení bolestí zad informanti č. 4 a 8 a vážnější problémy s orgány pak informanti č. 7 a 8. Poničení sliznic v důsledku zvracení udává informant č. 9, zlomeniny a snížení imunity uvedl informant č. 8.

Hlubocká ve své práci uvádí z výše zmíněných změn *„řídnutí vlasů, zimnici, bolest břicha“*[74] a poničení sliznic v důsledku zvracení.[75]

Mezi psychické změny související s onemocněním jsme zařadili únavu, kterou udávali informanti č. 2, 4, 6, 7, 8, 9 a 10, změny nálad vyskytující se u informantů č. 3 a 6, změny intelektu u informanta č. 8, závratě se objevily u informantů č. 8 a 9 a spánkové změny se zastoupením informantů č. 4, 6 a 9.

Závratě, změny nálad a únavu uvádí i Hlubocká u své informantky v práci Poruchy příjmu potravy jako chronické onemocnění.[76]

[74] HLUBOCKÁ, Š. *Poruchy příjmu potravy jako chronické*. s. 46
[75] Srov. HLUBOCKÁ, Š. *Poruchy příjmu potravy jako chronické onemocnění*. s. 46
[76] Srov. tamtéž. s. 46

9 Návrhy na řešení

Zde jsou prezentována možná rozšíření výzkumu a návrhy, na jejichž základě by se mohl snížit počet nově diagnostikovaných dětí a adolescentů trpících poruchami příjmu potravy.

Šetření by mohlo být nadále rozšířeno o podrobnější zkoumání jídelníčku osob trpících poruchou příjmu potravy. Dále by mohlo být zjišťováno, zda mají poruchy příjmu potravy vliv na chuťové preference. Dalším rozšířením může být hlubší prozkoumání citového prožívání těchto osob a jejich názor, co by chtěly, aby druzí udělali jinak v souvislosti se vznikem onemocnění. Rozšíření by mohlo být zaměřeno více na prevenci vzniku nemoci a vytipování rizikových osob.

Práce může posloužit mnohým lidem, kteří se domnívají, že by někdo z jejich blízkých mohl trpět poruchou příjmu potravy nebo spadá právě do rizikové skupiny. Umožní jim náhled do problematiky, s čím se lidé mohou setkat, jak jim pomoci nebo jak se problémům vzniklým v důsledku nemoci vyhnout. Rodiče často neví, jak mluvit se svými dětmi, proto se pak uchylují k používání jídla jako výhružky či odměny. Tomuto je nutné se vyhnout, v citlivém dospívajícím jedinci to vzbudí mylný dojem, že jídlo je něčím špatným. Apelovat by se tudíž nemělo jen na rizikovou skupinu dětí a mladistvých, ale také na jejich zákonné zástupce.

Dnešní mládež je velmi ovlivněna módními časopisy a internetem. Bohužel se o této problematice mluví stále příliš málo, takže se počet poruch příjmu potravy nijak nesnižuje. Časopisy, které dospívající čtou, by měly zveřejňovat varovné články upozorňující na tuto alarmující situaci. Internet by neměl předkládat mladým lidem ideál krásy v podobě vyumělkovaných modelek, ale prezentovat příběhy jednotlivců, kteří si těmito nemocemi prošli.

10 Závěr

Předkládaná bakalářská práce se zabývala rozhovory s dětmi a mladistvými s poruchou příjmu potravy. Hlavními cíli práce bylo zjistit, co vedlo informanty k razantnímu snížení hmotnosti, jaké jsou jejich stravovací návyky a jejich omezení a také pocitovou stránku věci.

Celá práce je dělena na dvě velké části – část teoretickou a část empirickou. Následně jsme si položili 12 výzkumných otázek, na jejichž základě jsme sestavili schéma rozhovoru. Pro práci byl využit kvalitativní výzkum, konkrétně metoda zakotvené teorie, která se ukázala být vhodně zvolenou vzhledem ke stanoveným cílům práce.

Teoretická část obsahuje kapitolu o výživě v dětském věku, která je rozdělena na jednotlivá období. Další kapitola pojednává o poruchách příjmu potravy: jejich charakteristika, možnosti diagnostiky, etiologie a zdravotní komplikace vyplývající z onemocnění. Třetí kapitola obsahuje možnosti léčby poruch příjmu potravy. Čtvrtou kapitolou jsou možnosti prevence poruch příjmu potravy.

Empirická část je tvořena metodologií, analýzou a interpretací získaných dat a diskuzí.

Celkem bylo provedeno 11 rozhovorů, motivace jednoho z informantů nebyla dostačující, informant se rozhodl rozhovor předčasně ukončit, a proto nebyl do šetření zařazen. Tento byl jediným informantem mužského pohlaví, který splňoval výše zmíněná kritéria pro výběr vzorku.

1. Demografické složení zkoumané skupiny

- **Výzkumná otázka:** Jaké je věkové složení informantů s poruchami příjmu potravy?
  Odpověď: Průměrný věk informantů činil 14,8 let.

2. Příčinné podmínky, které vedly ke vzniku nemoci

- **Výzkumná otázka:** Jaké jsou příčiny vzniku poruch příjmu potravy u dětí a mladistvých?
  Odpověď: Informanty k razantnímu snížení hmotnosti vedly především nevhodné poznámky o jejich postavě.

3. Reakce okolí, se kterými se informanti setkali po změně svého životního stylu

- **Výzkumná otázka:** Jaké byly reakce okolí informantů po změnách v životním stylu?
  Odpověď: Reakce okolí na změnu životního stylu informantů byla nejvíce zdůrazňovaná v podobě hádek a konfliktů s rodiči.

4. Problematika stravování informantů v době nemoci

- **Výzkumná otázka:** Jaký byl stravovací režim informantů v době nemoci?
  Odpověď: Ve zkoumané skupině se nejčastěji objevovalo ovoce a mléčné výrobky.

- **Výzkumná otázka:** Jaký byl pitný režim informantů v době nemoci?
  Odpověď: Z pitného režimu byla v drtivé většině zmiňovaná voda.
- **Výzkumná otázka:** Vyskytují se podobnosti v chuťových preferencích informantů?
  Odpověď: Mezi informanty se nevyskytují žádné podobnosti v oblasti chuťových preferencí.
- **Výzkumná otázka:** Cítí informanti hlad při omezování stravy a jak hlad řešili?
  Odpověď: Prokázali jsme, že někteří informanti hlad pociťují. Dle našich výsledků však toto tvrzení nelze zobecnit. Řešení hladu byla značně různorodá.

5. Prožívání a dopady nemoci na informanty

- **Výzkumná otázka:** Vyskytly se výčitky svědomí a jak se jich informanti zbavili?
  Odpověď: Výčitky svědomí se vyskytovaly poměrně často. Nejčastěji se jich zbavovali zmenšováním dalších porcí jídla.
- **Výzkumná otázka:** Jaký je subjektivní názor informantů na sebe sama v době trvání nemoci?
  Odpověď: Subjektivní názor informantů byl těžce hodnotitelný, ale zjistili jsme, že informanti jsou vůči sobě velmi kritičtí.
- **Výzkumná otázka:** Vyskytuje se u informantů změněný obraz těla?
  Odpověď: Změněný obraz těla se vyskytl překvapivě v menší míře než nespokojenost s nízkou váhou.
- **Výzkumná otázka:** Omezovala informanty nemoc v běžném životě?
  Odpověď: Jako největší omezení v běžném životě považovali informanti ztrátu sociálního života a narušení sociálních vztahů.
- **Výzkumná otázka:** Jaké fyzické a psychické změny nastaly v souvislosti s onemocněním?
  Odpověď: Mezi nejvýznamnější fyzické změny vyskytující se u dané zkoumané skupiny patří suchost kůže a vypadávání vlasů. Nejvýraznější psychickou změnou v souvislosti s nemocí byla únava.

Cíl práce byl splněn na základně zodpovězených výzkumných otázek.

Výsledky této práce jsou platné pouze pro danou zkoumanou skupinu.

11 Seznam použité literatury a pramenů

1. BONNE, O., LAHAT, S., KFIR, R., BERRY, E., KATZ, M., BACHAR, E. *Parent-daughter discrepancies in perception of family function in bulimia nervosa.* Psychiatry. 2003, 66: 244-254.
2. BULIK, C. M., HEBEBRAND, J., KESKI-RAHKONEN, A. et al. *A twin study of specific bulimia nervosa symptoms.* International Journal of Eating disorders. 2007, 40: 52-60.
3. BUNNELL, D. W., et al. Subclinical versus formal eating disorders: differentiating psychological features. *International Journal of Eating Disorders*. 1990, 9.3: 357-362.
4. *ČSN ISO 690. Informace a dokumentace – Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. 2011. Patent. Číslo: Třídící znak 01 0197. Vydavatel: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví. Místo vydání: Praha.
5. FRAŇKOVÁ, S., PAŘÍZKOVÁ, J., MALICHOVÁ, E. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013. 302 s. ISBN 978-80-246-2247-7.
6. FRÜHAUF, P. *Fyziologie a patologie dětské výživy*. Praha: Karolinum, 2003. 62 s.
7. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9. ISBN 80-246-0069-2.
8. KELLER, U., MEIER, R., BERTOLI, S. *Klinická výživa*. Praha: Scientia Medica, 1993. 236 s. ISBN 80-85526-08-5.
9. KING, M. B. The natural history of eating pathology in attenders to primary medical care. *International Journal of Eating Disorders*. 1991, 10.4: 379-387.
10. KOHOUT, P., RUŠAVÝ Z., ŠERCLOVÁ, Z. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. Praha: Forsapi, 2010. Informační servis pro lékaře. 184 s. ISBN 978-80-87250-08-2.
11. KRCH, F. D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. dopl. a přepracované vyd. Praha: Grada, 2008. 195 s. ISBN 978-80-247-2130-9.
12. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). 255 s. ISBN 80-247-0840-X.
13. MICHÁLEK, J. *Pediatrická propedeutika: vybrané kapitoly*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 159 s. ISBN 978-80-210-4695-5.

14. MITCHELL, K. S., MAZZEO, S. E., BULIK, C. M. et al. *A twin study of specific bulimia nervosa symptoms.* Twin Research and Human Genetics. 2007, 10: 840-847.
15. NAVRÁTILOVÁ, M., SOBOTKA L., ČEŠKOVÁ, E. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000. 270 s. ISBN 80-85912-33-3.
16. NEVORAL, J. *Výživa v dětském věku*. Jinočany: H & H, 2003. 434 s. ISBN 80-86022-93-5.
17. O'CALLAGHAN, C., STEPHENSON, T. *Pediatrie do kapsy*. 2., zcela přeprac. vyd. Praha: Grada, 2005. 434 s. ISBN 80-247-0933-3.
18. PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
19. *Referenční hodnoty pro příjem živin*. V ČR 1. vyd. Praha: Společnost pro výživu, 2011. ISBN 9788025469873.
20. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010. 182 s. ISBN 978-80-7394-241-0.
21. STRAUSS, A. L., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
22. STRIEGEL-MOORE, R. H., SCHREIBER, G. B., LO, A. et al. *Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls.* The NHLBI growth and health study. Int J Eat Disord. 2000, 27: 449-452.
23. VALÁŠKOVÁ, M. *Bababook*. Brno: Computer Press, 2007. 151 s. ISBN 978-80-251-1819-1.

Internetové zdroje

1. BOREŠOVÁ, M. *Vývoj antropometrických indexů u dětí předškolního věku* [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/119538/. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Edvard Ehler.
2. DSM-5. *Feeding and Eating Disorders* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf
3. GRYGÁRKOVÁ, S. Zdraví v dospívání, 2008. *CELOSTNIMEDICINA.CZ* [online], informační server o ZDRAVÍ a alternativní medicíně [cit. 2016-12-17]. Dostupné z: https://www.celostnimedicina.cz/zdravi-v-dospivani.htm
4. HLUBOCKÁ, Š. *Poruchy příjmu potravy jako chronické onemocnění* [online]. Brno, 2016 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/425772/pedf_b/. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Dagmar Přinosilová.
5. JSŠ. Primární prevence na školách. *Zpravodaj Anabell* [online]. 2009, 22: 2-27 [cit. 17.12.2016]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/cislo_22.pdf
6. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf
7. KŘÍŽOVÁ, M. Výživa dětí staršího školního věku, 2009. *Zdravotnické noviny.* [online]. zdravi.euro.cz - Zdravotnictví a medicína [cit. 17.12.2016]. Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/vyziva-deti-starsiho-skolniho-veku-430130?category=profesni-aktuality
8. LAZNIOVÁ, S. *Problematika poruch příjmu potravy u dospívajících dívek se zaměřením na mentální anorexii a bulimii* [online]. Brno, 2007 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/116751/lf_b/. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Jan Šlapák.
9. MAJUŠKA. *Jak se stát jednou z nich*? [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: http://im-not-beautiful.blog.cz/0803/jak-se-stat-jednou-z-nich
10. MARLA. *Až moc nového* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: http://marlafragile.blog.cz/1610/az-moc-noveho

11. *Metody určování optimální tělesné hmotnosti* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: http://www.epidemieobezity.upol.cz/index.php/verejnost/18-metody-urcovani-optimalni-telesne-hmotnosti
12. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL [online]. [cit. 2016-12-17]. Dostupné z: http://www.centrum-anabell.cz/
13. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL. *Kontaktník pomoci osobám s poruchami příjmu potravy* [online]. 2012 [cit. 17.12.2016]. 12 s. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/kontaktnikpomoci.pdf
14. REICHLOVÁ, R. *Prožívání u dívek s poruchou příjmu potravy ve vztahu ke školnímu prostředí* [online]. Brno, 2015 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/392227/pedf_b/. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Tereza Škubalová.
15. RUSKOVÁ, J. Specifika výživy dospívajících. *Občanské sdružení Výživa dětí* [online]. 2011, 15: 277-280 [cit. 17.12.2016]. Dostupné z: http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2011/04/15.pdf
16. Směrnice děkana č. 3/2013: Pokyny k formálním náležitostem disertačních prací vypracovaných na Lékařské fakultě MU. Dostupné z: http://www.med.muni.cz/index.php?id=126
17. T. *Pro-mia tips, jak zvracet* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: http://skinny-zone.blog.cz/1312/pro-mia-tips-jak-zvracet
18. TOKKI. *Pro-ana a pro-mia - rady* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: http://i-want-i-need.blog.cz/1306/pro-ana-a-pro-mia-rady
19. VIOLETH ELL. *9.10.2016* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: http://ana-motivation.blog.cz/1610/9-10-2016
20. WIOLETH ELL. *Ozývám se zase po dlouhé době…* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: http://ana-motivation.blog.cz/1610/ozyvam-se-zase-po-dlouhe-dobe

Přílohy

Seznam příloh:

1. Příloha č. 1 – Výživa dětí
2. Příloha č. 2 – Mentální bulimie
3. Příloha č. 3 – Blogy
4. Příloha č. 4 – Žádost o sběr dat
5. Příloha č. 5 – Záznamový arch
6. Příloha č. 6 – Seznam zkratek
7. Příloha č. 7 – Seznam tabulek

Příloha č. 1 – Výživa dětí

Výživa novorozenců

Novorozenecké období je kritické v mnoha oblastech, ovšem mnohým problémům lze předcházet. Ideální volbou pro výživu novorozence je samozřejmě mateřské mléko. První mléko, které se tvoří během prvních tří dnů, nazýváme kolostrum. Kolostrum má asi 46 kcal / 100 ml, obsahuje méně cukrů a tuků oproti zralému mléku. V prvním mléce je také více bílkovin a obsahuje velké množství protilátek, jako jsou např. protilátky řady IgA a IgG, lysozym nebo laktoferrin. Bílkoviny v tomto případě nehrají velkou roli v růstu, v prvním týdnu dokonce můžeme pozorovat snížení váhy novorozence. Kolostrální bílkoviny zde mají spíše imunologický význam, proto kojené děti mají i do budoucna lepší imunitu než děti na umělé výživě.[77]

Zdravý novorozenec má na konci prvního týdne života pozitivní hmotnostní bilanci, pije v průměru 6 - 8x za den. Pokud je matka i dítě zdravé, mateřského mléka je dostatek a není potřeba dalších příkrmů.[78]

Výživa kojenců

V kojeneckém období se dále pokračuje v kojení mateřským mlékem, které již nazýváme zralým. Do 6. měsíce života dítěte je možné výlučné kojení, poté již dítěti mléko stačit nebude a mělo by si začít zvykat na klasickou stravu. Jedenkrát denně by měl kojenec dostávat kaši ze zeleniny, masa a brambor. Zhruba od 7. měsíce života může kojenec dostávat i kaši z mléka a obilovin. Další měsíc je vhodné přidat kaši z obilovin a ovoce. Od 10. měsíce věku dítě postupně přechází na stravu dospělých, ovšem s výrazným omezením soli a sladidel.[79]

Je nutné dbát na to, aby dítě nedostalo ovoce či kravské mléko příliš brzy. Při časném podávání této stravy se může kojenec senzibilizovat a vznikají doživotní potravinové alergie. Mateřské mléko je v porovnání s kravským mlékem energeticky bohatší, obsahuje méně bílkovin a hlavně kaseinu, který se hůře štěpí, naopak bílkoviny z mateřského mléka mají vysokou biologickou hodnotu a ze střeva se jich vstřebá většina. Ve zralém mateřském mléce je i méně minerálů, které nezatěžují ledviny, více laktózy, která napomáhá k vytvoření zdravé mikroflóry v tlustém střevě, a optimum vitaminů s výjimkou vitaminu D a K, který je potřeba substituovat farmakologicky.[80]

---

[77] Srov. FRÜHAUF, P. a kolektiv. *Fyziologie a patologie dětské výživy*. s. 15 a 17
[78] Srov. tamtéž. s. 16
[79] Srov. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. s. 105
[80] Srov. tamtéž. s. 104

Pro příkrmy je vhodná nenadýmavá zelenina jako je mrkev, květák či brokolice, brambory nebo celozrnné těstoviny a rýže jako příloha, z ovoce můžeme jmenovat jablka, hrušky, meruňky, broskve či nektarinky. Mléčné výrobky by měly být omezeny pro vysoký obsah bílkovin. Pitný režim by měl být hrazen pitnou kojeneckou vodou, čaje podáváme až s třetí kaší, a to neslazené bylinné či ovocné čaje.[81]

Existují ovšem případy, kdy kojení není možné či vhodné. Kontraindikací kojení jsou závažná onemocnění matky či užívání některých léků. HIV pozitivita matky je absolutní kontraindikací, kdy není možné dítěti podávat ani odstříkané mléko, podobně je to i u TBC, hepatitidy, sepse či nefritidy. Varicela matky je relativní kontraindikace, neboť je možné podávat odstříkané mléko a po zhojení je kojení opět možné. Pokud se u dítěte prokáže galaktosemie, je také nezbytné okamžitě přestat kojit. Z medikace matky jsou kontraindikována cytostatika, radioizotopy, vysoké dávky estrogenů či antibiotik a mnoho dalších. Pokud žena kojí, měla by se vždy poradit s lékařem či lékárníkem, zda je daný lék vhodný.[82]

V takové případě musíme sáhnout po umělé výživě pro kojence. Jak už bylo řečeno, mléko kravské není vhodné pro vysoké množství bílkovin a kaseinu. Tato náhradní mléka jsou fortifikována vitaminy a stopovými prvky, obsahují také větší množství železa než mléko mateřské.[83]

Výživa batolat

V batolecím věku dochází k výraznému zpomalení růstu, dítě si utváří jídelní zvyky a samo si stravu vybírá. Tyto zvyky a chutě přetrvávají často až do dospělosti. Objevuje se zde i batolecí negativismus a první období vzdoru.[84,85]

Právě v tomto období je dětský organismus zvlášť citlivý na kolísání příjmu vitaminů a minerálů. Při nedostatku vápníku dochází k demineralizaci kostí a může se rozvinout až rachitis. *„Nutné je dbát i na dostatečný přísun tekutin.“*[86]

Výživa předškolních dětí

Předškoláci jsou velmi aktivní, a proto je důležité zvýšit jejich energetický příjem. V tomto období už by se mělo začít omezovat mléko a mléčné výrobky, stejně jako vejce.

[81] Srov. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. s. 106
[82] Srov. O'CALLAGHAN, C., STEPHENSON, T. *Pediatrie do kapsy*. s. 39
[83] Srov. FRÜHAUF, P. a kolektiv. *Fyziologie a patologie dětské výživy.* s. 18-20
[84] Srov. tamtéž. s. 22
[85] Srov. MICHÁLEK, J. *Pediatrická propedeutika: vybrané kapitoly*. s. 5
[86] STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. s. 107

Omezená by měla být spotřeba tuků, solí a sladkostí, protože právě v tomto věku se často začíná rozvíjet dětská obezita. Pro její prevenci je dobré děti učit různé druhy sportů a utvořit vztah dětí ke sportu.[87]

Děti by měly přijímat velké množství ovoce a zeleniny. Zapomínat nesmíme ani na nápoje. Převažovat by stále měla voda, džusy by měly být ředěné a sladké limonády by měly být pouze jakousi příležitostnou odměnou.

[87] Srov. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. s. 107-108

Příloha č. 2 – Mentální bulimie

Mentální bulimie (Bulimia nervosa)

Charakteristika

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“[88] Tito pacienti se neustále snaží hubnout, ale po určité době se začnou opět přejídat. To v nich vyvolává pocity viny, proto sáhnou po projímadlech, nutí se zvracet[89], začnou užívat diuretika či léky na potlačení chuti k jídlu, aby si „vynahradili“ svůj „prohřešek“. Z toho se snadno vytvoří zvyk. *„Hladovky, zvracení a projímadla jen zvyšují riziko přejedení a dlouhodobě zhoršují problémy bulimiček.“*[90] Bludný kruh se potom uzavírá a jen málokdo z něho dokáže sám bez pomoci vystoupit.

Mentální bulimii dělíme podobně jako mentální anorexii. Rozlišujeme dva specifické typy: purgativní typ, kdy pacienti pravidelně zvrací, nadužívají laxativa, diuretika a další léky ve snaze nezvyšovat svou tělesnou hmotnost předchozím přejídáním, a typ nepurgativní, který dodržuje přísné diety, hladovky či provozuje intenzivní fyzickou námahu, ale purgativní metody pravidelně neužívá.[91] Toto dělení pochází opět z americké DSM-5.

Mentální bulimie velmi úzce souvisí s mentální anorexií. Podle Krcha (2008) až třetina pacientek s mentální anorexií časem přejde k bulimii, to může být způsobeno „nezvládnutím“ hladovky, a nadpoloviční většina bulimických klientek udává dřívější období anorexie.[92] Bulimia nervosa ovšem začíná obvykle později oproti mentální anorexii.[93]

Diagnostika

Určení mentální bulimie je o něco komplikovanější na rozdíl od mentální anorexie. Bulimičtí pacienti nebývají nápadně vyhublí a jejich blízké okolí často velmi dlouhou dobu nepozná, že je bulimik bulimikem.

I u bulimia nervosa je nutné nejdříve pomýšlet na diferenciální diagnostiku. Mezi nejčastější možné příčiny zvracení a jiných příznaků patří nemoci gastrointestinálního traktu, neurologické abnormality nebo také u obsesí, mánie, deprese a dalších psychiatrických diagnóz souvisejících častěji s přejídáním. Další chybou může být i zaměňování mentální

[88] KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. s. 18
[89] Srov. KRCH, F. D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. s. 21
[90] KRCH, F. D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. s. 21
[91] Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. s. 19
[92] Srov. KRCH, F. D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. s. 21
[93] Srov. PAPEŽOVÁ, H. (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. s. 127

anorexie a mentální bulimie. Pokud se souběžně vyskytují znaky bulimie i anorexie, dáváme přednost diagnóze mentální anorexie, která je hodnocena jako závažnější v souvislosti s výrazným úbytkem tělesné hmotnosti a trvalou amenoreou.[94]

Podle MKN-10 existují 4 diagnostická kritéria pro mentální bulimii:

A. *„Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.*
B. *Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).*
C. *Snaha potlačit „výkrmný" účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem.*
D. *Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle."*[95]

Gerard Russell navrhl v roce 1979 tři základní kritéria pro určení mentální bulimie: neovladatelná touha se přejídat, snaha bránit nárůstu hmotnosti zvracením či užíváním projímadel a chorobný strach z nadváhy.[96] Podle DSM-4 máme 5 diagnostických kritérií:

A. *„Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge eating) charakterizuje:*
    1. *Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.*
    2. *Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím).*
B. *Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.*
C. *Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.*
D. *Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.*
E. *Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie."*[97]

Po úpravě v roce 2013 se kritéria zpřísnila a podle DSM-5 je v kritériu C pouze jedna epizoda záchvatovitého přejídání za týden.[98]

---

[94] Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. s. 20
[95] KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. s. 19
[96] Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. s. 18
[97] KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. s. 19

Etiologie

Stejně jako mentální anorexie se bulimia nervosa považuje za multifaktoriální poruchu. Mluví se o biologických, psychologických, rodinných, kulturních a možných genetických faktorech, které se podílí na vzniku tohoto onemocnění.[99]

Studie z roku 2003 ukázala, že bulimické dívky pociťují problémy v rodině a nedostatečnou podporu rodičů silněji než samotní rodiče. Výrazný byl patologický vztah s otcem.[100] Rozdíl mezi mentální bulimií a anorexií je také ten, že rodiče bulimických dívek své děti spíše zanedbávají.[101]

Z biologického hlediska věda zaměřuje svou pozornost na vliv metabolismu serotoninu, který se podílí na regulaci sytosti.[102]

Nepotvrzené jsou genetické faktory. Autoři výzkumu v roce 2007 dospěli k názoru, že symptomy jsou ovlivněné jak vnějším prostředím, tak genetikou, ale ne všechny příznaky jsou dědičné.[103]

„K osobnostním rysům bulimiček často patří impulzivita, zlost, emoční labilita, suicidální pokusy, abúzus alkoholu nebo drobné krádeže (převážně potravin).“[104]

Ke kulturním faktorům řadíme stejně jako u mentální anorexie kult štíhlosti a zvýšený tlak na ženy či naopak předpojatost vůči obezitě.[105]

Z psychosociálních rizikových faktorů můžeme zmínit např. etnický původ. Některé studie tvrdí, že Afroameričanky mají častější záchvaty přejídání než ženy bílé rasy.[106]

Zdravotní komplikace

Mezi kožní komplikace mentální bulimie patří odřeniny na ruce, kterou si pacient vyvolává zvracení, které postupně mohou přejít do hyperkeratózy nebo alergického exantému.

---

[98] DSM-5. *Feeding and Eating Disorders* [online]. [cit. 2016-12-05]. Dostupné z: *http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf*

[99] Srov. BULIK, C. M., HEBEBRAND, J., KESKI-RAHKONEN, A. et al. (2007). *A twin study of specific bulimia nervosa symptoms.* International Journal of Eating disorders 40: 52-60

[100] Srov. BONNE, O., LAHAT, S., KFIR, R., BERRY, E., KATZ, M., BACHAR, E. 2003. *Parent-daughter discrepancies in perception of family function in bulimia nervosa.* Psychiatry 66: 244-254.

[101] Srov. FRAŇKOVÁ, S., PAŘÍZKOVÁ, J., MALICHOVÁ, E. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. s. 122

[102] Srov. tamtéž. s. 123

[103] Srov. MITCHELL, K. S., MAZZEO, S. E., BULIK, C. M. et al. 2007. *A twin study of specific bulimia nervosa symptoms.* Twin Research and Human Genetics 10: 840-847.

[104] FRAŇKOVÁ, S., PAŘÍZKOVÁ J., MALICHOVÁ, E. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. s. 122

[105] Srov. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. s. 20

[106] Srov. STRIEGEL-MOORE, R. H., SCHREIBER, G. B., LO, A. et al. (2000) *Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls.* The NHLBI growth and health study. Int J Eat Disord 27: 449-452.

Vzhledem k iontové dysbalanci způsobené purgativními technikami se mohou objevit svalové křeče a slabost.

Z kardiovaskulárních obtíží můžeme zmínit změny na EKG či kardiomyopatie. Dýchací systém je ohrožen aspirací žaludečního obsahu a následnou bronchopneumonií. Úporné zvracení vede k těžké hypochloremii, alkalóze a respirační dekompenzaci. Stoupá parciální tlak oxidu uhličitého a pacient respiračně selhává.

Metabolické poruchy vznikají také z úporného zvracení. Tím se z těla ztrácí ionty chloridů, sodíku, draslíku a hořčíku. V těle vzniká alkalóza s paradoxní acidurií. To vše vyúsťuje v těžkou dehydrataci. Tyto komplikace ovšem vznikají i při zneužívání laxativ a diuretik. V krevním séru můžeme objevit i zvýšenou hladinu cholesterolu.

Jako jedny z nejzávažnějších komplikací lze označit ty gastrointestinální. Vlivem kyselosti žaludečního obsahu vznikají žaludeční a duodenální vředy či ezofagitida. Při opakovaných záchvatech přejídání se žaludek dilatuje a může se perforovat. Žaludeční sliznice nekrotizuje a dál narušuje vyprazdňování žaludku. Život ohrožující je pak ruptura jícnu. Z krevních testů můžeme pozorovat vzestup jaterních transamináz, který může souviset s častým výskytem chronického alkoholismu.

Co se týče dutiny ústní, trpí nejvíce chrup. Kyselý žaludeční obsah narušuje zubní sklovinu, která měkne a nabývá hnědožluté barvy. Pacientky si často stěžují na kazivost zubů a paradentózu. Bulimičky často provádí hygienu dutiny ústní bezprostředně po vomitu, to je ovšem nevhodné. Kvůli měkké sklovině je vhodnější čistit zuby až po 4 hodinách a zatím vypláchnout ústa například jedlou sodou.[107]

[107] Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., SOBOTKA, L., ČEŠKOVÁ, E. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. s. 175-177

Příloha č. 3 – Blogy

Blogy, kterými se nemocné s PPP podporují

Pro-Ana blogy

Převážně náctileté dívky si zakládají blogy, kam vkládají svá doporučení, jak rychle zhubnout, jak se stát anorektičkou, své fotky a pokroky v hubnutí. Tyto autorky vystupují pod různými fiktivními jmény a přezdívkami ze strachu z odhalení rodiči či někým blízkým, který neschvaluje jejich životní styl. Dovoluji si zde uvést pár příkladů.

Violeth ell – *„8dní jsem měla jen kafe a dneska si dávám bujon a trochu zeleninového salátku:) Je mi fajn, všichni mě chválí, jak jsem zhubla atd..:D Nevím, co dál psát, nemám příliš energii přemýšlet://...“*[108]

„...Kafe jsem vydržela i dva týdny, ale tentokrát jen 8dní, pak jsem se den najedla – suché plátky, tvaroh, rajče, pár sušenek:(...To bylo 6.10.2016...od té doby jsem zase na kafi☺ Od zítra přemýšlím nad týdenní hladovkou o vodě, ale nevím...možná ji posunu o týden a tenhle pojedu zase jen kafe…“[109]

Marla – *„Odhalení, že jsem vegan jsem si nechala až po obědě, který jsem tím pádem mohla odmítnout. Vzala jsem si z něj jen mandarinku. Taky jsem si tu v obchůdku koupila datle, takže to bude můj dnešní jídelníček… On byl hrozně rád, že spolu jíme, pořád mi to říkal. Ale mně to znělo jako, že jsem tlusté prase, i když on tak vůbec nemyslel… Už dva doktoři mi řekli, že jsem mladá a hubená. Vždycky se pro sebe pousměju, nerozumím, jak můžu někomu připadat hubená. Ještě, když mě vidí ve spodním prádle. Asi dostali školení o čím dál tím větším výskytu PPP, tak tlusťoškám říkají, že jsou ok. Trapné… Vážím stále přes šedesát, je to odporné, ale počítám s tím, že tady shodím, všichni to připíšou nemoci a všechno bude fajn…“*[110]

Majuška – *„Jak se stát jednou z nich?* ***Jak na to ??***

- Jezte co nejpomaleji, lidskému tělu trvá cca 30minut, než si uvědomí, že už nemá hlad.

- Mezi každým soustem pokládejte vidličku.

- Žvýkejte sousto tak dlouho, než se samo rozpustí v puse.

- Nejezte po 7 hodině večer.

- Pokud máte možnost, jezte nazí před zrcadlem.

- Pokud máte neodbytný pocit hladu, dejte si sousto do pusy a pak jej vyplivněte.

---

[108] Violeth ell. *Ozývám se zase po dlouhé době... ☺* | Pro ana <3. *Pro ana <3* [online]. Dostupné z: http://ana-motivation.blog.cz/1610/ozyvam-se-zase-po-dlouhe-dobe

[109] Violeth ell. *9.10.2016* | Pro ana <3. *Pro ana <3* [online]. Dostupné z: http://ana-motivation.blog.cz/1610/9-10-2016

[110] Marla. Až moc nového | Marla. *Marla* [online]. Dostupné z: http://marlafragile.blog.cz/1610/az-moc-noveho

- Tělo ošálíte i tak.“[111]

Pro-Mia blogy

Jedná se v podstatě o podobnou, v některých případech i stejnou sortu lidí jako v případě pro-ana blogů. V tomto případě na svých stránkách píší spíše o mentální bulimii. Často se objevují rady, jak zhubnout i se svými oblíbenými jídly, jak před rodiči maskovat zvracení po záchvatu přejídání nebo jak si nejlépe vyvolat zvracení. Těchto blogů je ale podstatně menší množství než pro-ana blogů.

Tokki – *„**Moje rady:** - před jídlem vypij minimálně půl litru vody*

- pij i během jídla, doporučuje se každé třetí sousto, ale já piju skoro po každém

- vypij i po jídle vodu, zase minimálně půl litru

- jsou jídla které se zvrací špatně, to je například čokoláda, nebo špagety (ty se musí opravdu pečlivě pokousat) a potom jídla, které se musí pořádně zapít (pečivo,) ale na to během času přijdete sami, co se vám blbě zvrací

- dobře se zvrací kuskus a jogurt, myslím že i rýže, ale tu jsem ještě nezvracela

- já zvracím tak, že si sednu k záchodu, nohy mám jako by v kleku, ale nesedím si na nich, ke zvracení používám kartáček na zuby, dřív jsem zkoušela i lžičku, brčko a propisku, ale není to ono, ještě je celkem ok vařečka. Hlavně ne prsty, zničíte si nehty

-strčím si kartáček do krku a začnu se dráždit, rukama tlačím do žaludku a jako by tlačím jídlo z žaludku ven, když mi už nejde zvracet, tak se jdu napít vody a pokračuju

- po zvracení uklidím záchod, navoním ho, vyčistím si zuby, umyju ruce a kartáček, upravím se a odcházím“[112]

T. – *„Na co dát pozor?*

- aby tě nikdo neviděl, neslyšel, necítil

- uklidit po sobě, použít voňavý ostřikovač

- vypláchnout si pusu. nejlépe ústní vodou.

- hned po vyzvracení, se NEJÍT znovu nažrat, jinak budeš zvracet do konce dne.

- a ať se při zvracení nezakašleš!“[113]

---

[111] Majuška. Jak se stát jednou z nich? | Pro-ANA. *Pro-ANA* [online]. Dostupné z: http://im-not-beautiful.blog.cz/0803/jak-se-stat-jednou-z-nich

[112] Tokki. Pro-ana a pro-mia - rady | Tokki's skinny world. *Tokki's skinny world* [online]. Dostupné z: http://i-want-i-need.blog.cz/1306/pro-ana-a-pro-mia-rady

[113] T. *Pro-mia tips, jak zvracet* | put down the food.. *put down the food.* [online]. Dostupné z: http://skinny-zone.blog.cz/1312/pro-mia-tips-jak-zvracet

Příloha č. 4 – Žádost o sběr dat

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel: 532 231 111

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH VĚCÍ A PERSONALISTIKY (OOPVP)
Vedoucí útvaru:
JUDr. Alena Tobiášová, MBA
tel.: 532 232 108 , fax: 532 232 293
e-mail: tobiasova.alena@fnbrno.cz

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY

v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: BAZLOZA JONOVÁ

Datum narození: 8. 10. 1996 Telefon: 737 603 446 E-mail: jonova.barca@seznam.cz

Adresa trvalého bydliště: HRABOTÍN 124, PSČ 588 54

Přesný název školy/fakulty: LÉKAŘSKÁ FAKULTA, MASARYKOVA UNIVERZITA

Obor studia: VŠEOBECNÁ SESTRA

Forma studia: ☒ prezenční ☐ kombinovaná

Téma závěrečné práce: PROBLEMATIKA STRAVOVÁNÍ DĚTÍ S MEDIKÁTEM S DŮRAZEM NA TEXTURU POTRAVY

Účel žádosti:

☒ sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
☐ sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
☐ sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte): .....

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

☐ ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: ..... ☒ NE

(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data". Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace".

☐ ***Dotazníková akce*** ☐ pro pacienty FN Brno ☐ pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: .....

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: ..... do: .....

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat: .....

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku!

☐ ***Nahlížení do zdravotnické dokumentace***

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: .....

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od ..... do .....

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů: .....

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: .....

.....

☒ ***Ostatní***

☐ kazuistika – počet: .....

☒ vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: 10 z kterého pracoviště: PSYCHIATRICKÁ KLINIKA

☐ vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: ..... povolání: .....

z kterého pracoviště: .....

☐ statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např.porodnost), přístrojích

☐ jiné (specifikujte): .....

5-292/16/6

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, BRNO 625 00
oddělení organizace řízení
15. 11. 2016
EV č. | Příloha č. | Počet listů

Za které období budou data zjišťována: LISTOPAD 2016 – LEDEN 2017

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: 21. 11. 2016 do: 31. 1. 2017

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: PSYCHIATRICKÁ KLINIKA

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat: STRAVOVACÍ NÁVYKY, DUŠEVNÍ A SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ, ANTROPOMETRICKÁ MĚŘENÍ, ÚSTNÍ HYGIENA

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat" ve své práci?: ☐ ANO ☒ NE

Poučení: Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací", je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do FN Brno:

a) elektronicky **(bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy) na adresu: Kostovova.Jarmila@fnbrno.cz**

b) nebo *v listinné formě* (s vaším podpisem na žádosti) na adresu:
Fakultní nemocnice Brno
Oddělení organizace řízení – Jarmila Kostovová
Jihlavská 20,
625 00 Brno

Datum: 7. 11. 2016 Podpis: .....

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOŘ dne: 15. -11- 2016 pod číslem: 2016/1448/GŘ/FNBRNO – 1192

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

☒ souhlas/~~nesouhlas~~ - útvar: PSK

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 16. -11- 2016

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: ..... útvaru: ..... na pozici: .....

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: .....

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

V Brně dne 16 -11- 2016 .....

referent/vedoucí OOŘ

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.S:

☐ souhlas žadatele s placenou službou ☐ nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: ☐ na pokladně FN Brno ☐ fakturou na účet FN Brno

Částka ..... připsána na účet FN Brno dne: .....

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Žádost uzavřena dne: 18 -11- 2016 .....

podpis vedoucího/referenta OOŘ

5-292/16/6

Příloha č. 5 – Záznamový arch

Informant č.	
Pohlaví	
Věk	
Diagnóza	
Doba hospitalizace	
První projevy	Kdy
	jaké
Spouštěcí faktor	
První zkušenost / relaps	
Reakce okolí	
Stravovací režim	
Pitný režim	
Hlad ano / ne	
Řešení hladu	
Nejoblíbenější jídlo	
Výčitky ano / ne	
Způsob zbavení se výčitek	
Vnímání sebe sama	
Obraz vlastního těla	
Omezení v běžném životě	
Výška + váha	
Negativní změny související s nemocí	
Poznámky	

Příloha č. 6 – Seznam zkratek

BMI	Body mass index
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EDNOS	Eating disorders otherwise specified
MA	Mentální anorexie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	Poruchy příjmu potravy
WHO	World Health Organisation

Příloha č. 7 – Seznam tabulek

Tab. 1 Přehled jednotlivých informantů

Tab. 2 Příčiny vzniku nemoci

Tab. 3 Reakce okolí

Tab. 4 Charakter přijímaných tekutin

Tab. 5 Množství tekutin

Tab. 6 Pocity hladu při omezování stravy

Tab. 7 Důvody omezování stravy

Tab. 8 Výskyt výčitek svědomí a kompenzační mechanismy

Tab. 9 Obraz vlastního tělo

Tab. 10 Pociťované negativní změny v souvislosti s onemocněním