

# Poruchy příjmu potravy u dospívajících dívek a mladých dospělých žen

Natálie Stodůlková

---

Bakalářská práce  
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Natálie Stodůlková**  
Osobní číslo: **H170426**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Poruchy příjmu potravy u dospívajících dívek a mladých dospělých žen**

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti poruch příjmu potravy u dospívajících dívek a mladých dospělých žen.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr probandů.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

FRAŇKOVÁ, S., J. PAŘÍZKOVÁ a E. MALICHOVÁ. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum, 2013. 302 s. ISBN 978-802-4622-477.

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.

LASK, B. a R. BRYANT-WAUGH. *Eating Disorders in Childhood and Adolescence* [online]. 4th ed. London and New York: Routledge, 2013. 368 s. ISBN 978-0-203-07641-5. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=536544&lang=cs&site=ehost-live>

PAPEŽOVÁ, H. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. 607 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.

PROCHÁZKOVÁ, L. a J. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta, 2017. 97 s. ISBN 978-808-8163-466.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Bc. Barbora Plisková**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019  
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



---

**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.  
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 1.6.2020

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;*

*(1) Vysoká škola nevydělěčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybného projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Poruchy příjmu potravy jsou závažným celospolečenským problémem. Tato bakalářská práce se věnuje problematice poruch příjmu potravy. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá obecně poruchami příjmu potravy, specifickými poruchami příjmu potravy u dospívajících dívek a mladých dospělých žen a ošetrovatelskou péčí o pacienty s poruchou příjmu potravy. Praktická část je kvalitativním výzkumem, realizovaným technikou rozhovoru, jehož hlavním cílem je popsat a analyzovat zkušenosti dospívajících dívek a mladých dospělých žen s poruchou příjmu potravy.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, dospívající dívky, mladé dospělé ženy

## **ABSTRACT**

Eating disorders are an important society-wide problem. This bachelor thesis deals with the topic of eating disorders. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part focuses on eating disorders, specifics of eating disorders among adolescent girls and young adult women and taking care of patients with eating disorders. The practical part contains qualitative research whose main aim is to describe and analyse experience of adolescent girls and young adult women with eating disorders.

Keywords: Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Adolescent Girls, Young Adult Women

V první řadě bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní PhDr. Mgr. Bc. Barboře Pliskové, která mi po celou dobu poskytovala cenné rady, připomínky a byla mi velkou oporou. Velké díky taky patří mé rodině, kteří mi po celou dobu byli velkou oporou. Dále bych chtěla poděkovat kamarádce Karolíně Solařové, která si práci četla a opravovala. Také bych chtěla poděkovat participantům, kteří mi byli ochotni poskytnou informace.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a elektronická verze nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>12</b>
1.1 BODY IMAGE NEBOLI TĚLESNÝ OBRAZ .....	12
1.2 DEFINICE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	13
1.3 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	14
1.4 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	14
1.5 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	15
1.5.1 Biologické faktory.....	15
1.5.2 Rodinné faktory.....	16
1.5.3 Sociální a kulturní faktory.....	16
1.5.4 Emocionální a osobnostní faktory.....	17
1.6 TĚLESNÉ KOMPLIKACE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	18
1.7 DIAGNOSTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	18
1.8 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE .....	19
1.8.1 Diagnostické testy a vyšetření.....	20
1.9 LÉČBA .....	20
1.9.1 Poradenské a léčebné programy pro poruchy příjmu potravy.....	21
1.9.2 Nutriční poradenství.....	21
1.9.3 Hospitalizace .....	22
1.9.4 Kognitivně-behaviorální terapie poruch příjmu potravy.....	22
1.9.5 Rodinná a víceročinná terapie.....	23
1.9.6 Farmakoterapie.....	23
<b>2 SPECIFIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DOSPÍVAJÍCÍCH DÍVEK A MLADÝCH DOSPĚLÝCH ŽEN</b> .....	<b>25</b>
2.1 ADOLESCENCE .....	25
2.2 VÝVOJ PŘÍZNAKŮ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DOSPÍVÁNÍ .....	26
2.3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A ŠKOLA .....	26
2.4 SPECIFIKA LÉČBY U DÍVEK A MLADÝCH DOSPÍVAJÍCÍCH ŽEN .....	28
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY</b> .....	<b>30</b>
3.1 ROLE SESTRY U PACIENTŮ S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY .....	30
3.2 HOLISTICKÝ PŘÍSTUP SESTER K LÉČBĚ .....	30
3.3 SESTRA NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	31
3.4 SESTRA A NUTRIČNÍ PODPORA .....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>33</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>34</b>



4.1	CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	34
4.2	DRUH VÝZKUMU .....	34
4.3	VÝZKUMNÁ METODA .....	35
4.4	VÝZKUMNÝ VZOREK A JEHO VÝBĚR .....	36
4.5	PRŮBĚH VÝZKUMU .....	37
4.6	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	38
<b>5</b>	<b>VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝZKUMU .....</b>	<b>39</b>
5.1	1. KATEGORIE: NEVINNÝ ZAČÁTEK .....	39
5.2	2. KATEGORIE: CELKOVÁ DEKOMPENZACE.....	41
5.3	3. KATEGORIE: ČLOVĚK JE NA TO SÁM.....	45
<b>6</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>49</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>52</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>53</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>57</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>58</b>

## ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou poměrně známým tématem, o kterém se v poslední době docela dost diskutuje. Mentální anorexie a mentální bulimie jsou právě onemocnění, která se řadí mezi poruchy příjmu potravy. Tato onemocnění neovlivňují bohužel jen tělesný vzhled, ale zasahují velmi výrazně do psychiky a fyziologických funkcí člověka. Motivací pro výběr tohoto tématu byla kamarádka, která si tímto onemocněním prošla. Toto téma není příliš typické pro obor všeobecná sestra, protože se s ním tak často neseťkáváme, já jsem ovšem měla možnost setkat se s touto nemocí během praxe na dětském oddělení. Právě tato zkušenost mě utvrdila v to, že toto onemocnění není jen problematikou psychologů, jak se na první pohled může zdát, ale také problematikou celého lékařského a nelékařského zdravotnického personálu včetně všeobecné sestry, která poskytuje péči této nemocné osobě. Je velice důležité znát problém tohoto onemocnění, protože je jednoduché tomuto nemocnému ublížit.

Nejvíce ohroženou věkovou kategorií jsou dospívající dívky a mladé dospělé ženy, u kterých dochází k velkým tělesným a psychickým změnám. Tyto dívky mají neustálou potřebu vyrovnávat se ostatním a dochází k určitým patologiím jejich chování. Jejich tělo se přeměňuje z dívky na dospělou ženu a dochází tak k určitým změnám tělesných proporcí.

Bakalářská práce by měla nastínit problematiku poruch příjmu potravy. Je rozdělena do dvou hlavních částí. V první části práce jsou teoretické poznatky rozděleny do třech hlavních kapitol. První kapitola je obecně o poruchách příjmu potravy, kde jsou zahrnuty všechny prvky vyznačující tuto onemocnění. Druhá kapitola se zabývá specifikou poruch příjmu potravy u dospívajících dívek a v poslední třetí kapitole je popsána ošetrovatelská péče o nemocného poruchou příjmu potravy.

V druhé části bakalářské práce se zabýváme kvalitativním výzkumem. Zde je popsána metodologie kvalitativního výzkumu a poté dochází k samotné analýze dat a interpretací výsledků. Do výzkumu byly zahrnuty osoby s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy, které popsaly svou zkušenost s tímto onemocněním. Hlavním cílem této práce bylo popsat a analyzovat zkušenosti participantek s poruchou příjmu potravy. Participantkami pro tento výzkum byly tři dívky, které byly diagnostikovány s mentální anorexií. Původním záměrem bylo získat i zkušenosti dívek s mentální bulimií, ty ale výzkum z důvodu nouzového stavu odmítly. Přesto jsme rozhovory získaly cenné informace, které nás do zmíněné problematiky uvedly a rozhovory byly pro autorku práce cennou životní zkušeností.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Tato kapitola věnuje pozornost poruchám příjmu potravy, které jsou v obecné rovině velmi vážným onemocněním. První kapitola se bude obecně věnovat poruchám příjmu potravy, kdy si je rozdělíme na různé typy tohoto onemocnění. Budeme se zabývat negativním body image, mentální anorexií, mentální bulimií, příznaky, diagnostikou, léčbou a mortalitou.

### 1.1 Body image neboli tělesný obraz

Téma ohledně tělesného vzhledu je již velmi dlouhou dobu populární. Zájem o toto téma vzbuzuje pozornost veřejnosti, která se čím dál více zabývá zdravým životním stylem, který zahrnuje obavy o váhu, fyzickou neaktivitu, obezitu, poruchy příjmu potravy a různá spektra ohledně zdraví. Tělesný obraz shrnuje to, jak vnímáme, myslíme, cítíme a jednáme vůči našim tělům, což zahrnuje vnímání zdravého těla po nezdravé vnímání těla. Důkazy nás přesvědčují o tom, že nezdravý tělesný obraz je spojován s obezitou, minimální fyzickou aktivitou a hraje roli velký význam při rozvoji poruchy příjmu potravy u dospívající populace. (Voelker a Greenleaf, 2015, str. 149)

Dospívání je kritickým bodem pro vnímání tělesného obrazu, protože zde dochází k velkým změnám souvisejícím s pubertou. Kulturní, sociální, fyzické a psychologické změny, které charakterizují dospívání, vzájemně spolupracují na utváření tělesného obrazu od 12 do 18 let. Naše kultura, která se hodně zaměřuje na tělesný vzhled, má negativní vliv na vnímání vlastního těla dospívajících. Studie poukazují na to, že současné stravovací, cvičební a kosmetické trendy zobrazované v televizních pořadech a na sociálních sítích mohou přispívat k negativnímu vnímání vlastního těla. (Voelker a Greenleaf, 2015, str. 150)

Body image neboli tělesný vzhled je vnímání vlastního těla jako celku, který tvoří fyziologické, psychologické a sociologické komponenty. Negativní vnímání vlastního těla vede například k cílené ztrátě hmotnosti, která může vyvolat poruchu příjmu potravy. Média, která propagují štíhlost, tím, že do různých komerčních příspěvků zapojují štíhlé modelky, jenom napomáhají pochybnostem ženám s negativním body image a podněcují jejich nespokojenost. Dalším faktorem, který negativně ovlivňuje již tak pochybující dívky a ženy, mohou být narážky na tělesný vzhled od rodinných příslušníků, či přátel. S tímto problémem se nesetkáváme pouze u osob s poruchami příjmu potravy, ale i u normální populace, která není klinicky diagnostikována. (Novák, 2015, str. 20)

## 1.2 Definice poruch příjmu potravy

*„Jídlo je natolik stěžejním tématem, dokonce více než sexualita, agrese nebo učení, že je šokující zjišťovat přehlížení této problematiky v hlubinné psychologii.“* James Hillman (81)

Poruchy příjmu potravy se řadí mezi duševní psychiatrické onemocnění a způsobují změny, které mohou být psychické a somatické. Tímto onemocněním jsou postiženy hlavně dívky a ženy, které touží po redukci hmotnosti a odlišném vzhledu těla. Mezi tyto poruchy se podle Mezinárodní klasifikace nemocí řadí mentální anorexie a mentální bulimie. Obě formy onemocnění se mohou navzájem provázet. Během let se mluvilo více o mentální anorexii, poté se začalo diskutovat i o mentální bulimii. Obě poruchy mají své charakteristické projevy a mohou přecházet z jedné na druhou. (Hort a kol., 2008, s. 263).

Tyto poruchy se vyznačují jako civilizační onemocnění, což znamená, že se vyskytují spíše ve vyspělých zemích. Příčiny těchto nemocí jsou kombinací psychologických, biologických a sociálních vlivů. Počátek bývá spojován s psychickými problémy, které dále rozvíjí poškození na somatické úrovni pacienta. Spouštěcí faktory mohou být různorodé, například propagování zdravého životního stylu v médiích nebo velká množství potravy v zemích, v nichž se s poruchami setkáváme. Konflikty a traumata v rodině mohou také přispět k rozvoji psychického rozladění a následné poruše. Začátek onemocnění se nejvíce vztahuje k věku kolem 14.-15. roku života nebo 17.-18. roku, kdy dochází k rozvoji puberty a adolescence. (Koutek a Kocourková, 2015, str. 11)

Závažnost těchto onemocnění je velmi podstatná, v důsledku narušení organismu ve spojitosti s těmito poruchami může dokonce docházet k úmrtí, což se projevuje i v rovině tělesné. Velkým problémem je skutečnost, že si pacienti odmítají přiznat závažnost této diagnózy, chápou ji jako změnu k lepšímu a těžko si připouští, že jsou nemocní. Tělo je schopné přizpůsobit se vynechávání stravy pouze na určitou dobu, poté může docházet k řadě změn ve vnitřním prostředí organismu. Nemocný po určité době hladovění přestane mít chuť k jídlu a dochází k výraznému úbytku na váze, což je projev v rovině tělesné, a poté může docházet k řadě metabolických změn, které pacient po nějakou dobu nemusí vůbec pociťovat. (Navrátilová a Kalendová, 2019, s. 291)

Poruchy příjmu potravy se dělí podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů na mentální anorexii, atypickou mentální anorexii, mentální bulimii, atypickou mentální bulimii, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, jiné poruchy příjmu potravy a porucha příjmu

potravy NS. Pro tuto práci jsme zvolili mentální anorexii a mentální bulimii. (WHO/ÚZIS ČR, 2018)

### 1.3 Mentální anorexie

Mentální anorexie je život ohrožující onemocnění, které je způsobeno úbytkem hmotnosti nejméně o 15 % tělesné váhy. Při této poruše dochází k poklesu, či až k úplnému omezení konzumace potravy, kdy tělu nejsou dodávány potřebné živiny k jeho správnému fungování. Pacienti mají strach z přibývání hmotnosti, proto postupně vylučují potravu ze svého jídelníčku, což jim zaručí rychlou ztrátu hmotnosti. Odmítáním potravy dochází k dramatickému zpomalení metabolismu, které způsobuje fyziologické poruchy, a proto dochází při tomto onemocnění k nejvyššímu počtu úmrtí. (Schub a Schiebel, 2018, str. 1)

Mentální anorexie je psychická porucha způsobená úbytkem váhy, který si pacienti zapříčiní a udržují sami. Nejčastěji se vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen, ale není výjimkou, že se může projevit i u mladých chlapců či mužů. Vyjmutím stravy z jídelníčku dochází k významnému rozvoji kachexie, kdy dochází k poklesu BMI i pod hodnotu 12. Při rozvoji onemocnění dochází k narušení tělesných a psychických funkcí. Ztráta menstruace, vypadávání vlasů, suchá narušená kůže, bolesti břicha nebo zácpa jsou příznaky, které by měly být prvním varovným signálem pro pacienta, přátele či rodinné příslušníky. Mezi psychické změny se řadí touha pacienta neustále hubnout a docílit toho držením přísných diet, cvičením a podobně. Další změnou je také porucha tělesného schématu, při níž pacient sám sebe vnímá jako příliš silného i přes to, že má kachexii a významnou podvýživu. Často se může vyvíjet deprese a negativní emoční ladění, které může způsobovat konflikty s blízkými. (Papežová et al., 2018, s. 122; Koutek a Kocourková, 2015, str. 11-12)

### 1.4 Mentální bulimie

Mentální bulimie je stav, v němž se střídají epizody přejídání a následného zvracení, či používání laxancií nebo užívání různých forem léků na hubnutí. Záchvaty přejídání jsou důsledkem hladovění, stresu, osamělosti a mnoha dalších faktorů. Postižení touto poruchou mají touhu po redukci hmotnosti, stejně tak jako u mentální anorexie, ale neradi se jídla vzdávají, a tak hledají jiné způsoby, jak si zaopatřit redukci hmotnosti bez pocitu hladu. Tato porucha se v některých případech může kombinovat s mentální anorexií. Rozdíl mezi anorexií a bulimií je často málo rozpoznatelný, protože i u mentální anorexie může docházet

k vyvolanému zvracení. (Papežová, 2012, str. 83.; Dušek a Večeřová – Procházková, 2010, str. 261.; Papežová, 2012, str.13)

## **1.5 Etiologie poruch příjmu potravy**

Příčiny těchto onemocnění nejsou jednoznačné a podílí se na nich více faktorů, které je ovlivňují a napomáhají jejich vzniku. Velký vliv na vznik tohoto onemocnění mají sociální a kulturní faktory, které souvisí s tělesným schématem a vzájemnou spoluprací medií. Výskyt poruch příjmu potravy zapříčiňují i neurobiologické a psychologické faktory. (Lask a Bryant-Waugh, 2013, str. 50)

### **1.5.1 Biologické faktory**

Samotné ženské pohlaví je daleko náchylnější ke vzniku poruchy příjmu potravy než pohlaví mužské. Ženy jsou velmi zaujaté svým tělesným zevněškem, proto také často dochází k pochybnostem a úvahám o tělesném schématu. Především v pubertě a v adolescenci dochází ke změně tělesného vzhledu, kdy se tělo dívky mění na tělo ženy, s tím souvisí nárůst BMI hodnot. Změna tělesné hmotnosti může v dívce vyvolat pocit nedokonalosti, a narůstá tak riziko vzniku poruchy příjmu potravy. (Krch a kol., 2005, str. 61-62)

Puberta se řadí mezi rizikové faktory vzniku poruchy příjmu potravy. Dívky, které začínají svůj pubertální život, si začínají formulovat své vlastní Já, přičemž často dochází k nespokojenosti s jejich vnějším vzhledem. Puberta je důležitým klíčem k rozvoji ženského organismu, jejímž ukončením bývá menstruace, avšak dívky, které naruší svůj tělesný vývoj redukčními dietami nebo poruchami příjmu potravy, pozastaví nástup menstruace a celkový tělesný vývoj se zpomalí, či dokonce pozastaví. V dospívání také dochází k častému kolísání nálad, čímž vzniká určitá náchylnost ke všem podnětům. Dochází k narušení vztahů v rodině, protože dívky vyžadují vlastní autonomii, což může přispět k vývoji poruch příjmu potravy, jelikož narušení jídelních zvyklostí je okolností, kterou dívky rády porušují. (Krch a kol., 2005, str. 63-64)

Dalším spouštěcím faktorem může být určitá životní událost. Vyvolávacím faktorem mohou být negativní zkušenosti, například narážky na vnější zevněšek, konflikty v rodině, úmrtí člena rodiny, negativní sexuální zkušenosti. (Krch a kol., 2005, str. 64-65)

### 1.5.2 Rodinné faktory

Velkým zdrojem pro vznik a vývoj onemocnění bývá právě s rodina. V rodině, ve které se vyskytuje porucha příjmu potravy, je velkým předpokladem, že onemocnění poznamená dalšího rodinného člena, více pravděpodobněji ženského pohlaví. Literatura uvádí, že podíl genetiky je 50-90 % při vzniku anorexie a 35-83 % u bulimie. Určité povahové vlastnosti, jako je úzkost, citlivost vůči stresu, nebo stavba těla, mohou zapříčinit vznik onemocnění. Stres, který může vyvolat smrt někoho blízkého nebo příbuzného, je také brán jako spouštěč tohoto onemocnění. (Krch a kol., 2005, str. 65; Papežová, 2012, str. 20)

Rodina, která pečuje o nemocného s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy, pociťuje potíže s mentálním zdravím a psychickými potížemi spojenými s touto těžkou péčí. Tyto obtíže, které prožívá rodina pečující o nemocného pacienta, mohou zapříčinit další rozvoj problémů mezi nemocným a rodinou, proto může docházet k dalšímu negativnímu chování souvisejícímu s poruchou příjmu potravy. (Anastasiadou et al., 2014, str. 464)

### 1.5.3 Sociální a kulturní faktory

Kultura, která je hlavně v západních zemích zaměřena na štíhlost, se rozšiřuje do celého světa. Časopisy určené výhradně ženskému pohlaví se neobejdou bez článků věnovaných různým dietám a rubrikám o hubnutí, což může mít negativní vliv na spoustu žen, které jsou neustále obkloповány různými doporučeními, nejen v časopisech, ale i v médiích. Velmi často jsou na obrázcích v rubrikách časopisů, médiích a na internetu slavné modelky, herečky a zpěvačky, které mají velmi štíhlou postavu a jsou brány jako ideál krásy. Spousta fotek a obrázků je upravována na počítači, modelky jsou například zeštíhlovány, protahovány do výšky a tak podobně. Tyto příklady mají velice negativní dopad na ženy, které jsou nespokojené se svým tělesným vzhledem, a právě u nich může dojít ke vzniku onemocnění. (Papežová, 2012, str. 17)

Kulturní faktory souvisí s rychle se měnícími trendy, kdy v západních zemích je štíhlost považována za ideál krásy a je propagována v mediálním světě. Vliv trendu štíhlosti často inspiruje dívky a mladé dospělé ženy, které si berou příklady z vyhublých modelek a celebrit a dospějí až k poruchám příjmu potravy, protože se chtějí podobat svým vysněným ideálům. Dospívání u dívek je velmi kritickým bodem, při němž dochází k řadě psychických a fyzických změn. Z dívky se pomalu stává dospělá žena, a proto je nebezpečné, když si dívka začne zahrávat se změnou své hmotnosti. (Krch, 2005, str. 58-59) „*Na možný vztah mezi incidencí mentální anorexie a sociálním tlakem na dodržování štíhlosti poukazoval v roce*



1939 Ryle. Byla to ale především H. Bruch (1978), která připomněla, že módní ideál nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescence.“ (Krch a kol., 2005, str. 58)

Média mají velký vliv na společnost, protože jsou součástí života většiny obyvatel této planety. V časopisech se objevují modelky a populární osobnosti, které jsou často velmi štíhlé a určují ideál krásy. Proti propagaci extrémně štíhlých žen protestovalo už i mnoho žurnalistů.

Velký vliv médií můžeme pozorovat třeba v časopisech, v nichž se většina článků zaměřuje na propagaci štíhlosti, protože u žen je toto téma velice populární. Rubriky na udržení zdravé váhy ženy nabádají k nezdravému životnímu stylu, protože nerozumí potřebám svého těla a nechají se zlákat neověřenými radami a triky propagátorů, kteří často nemají dostatečné vzdělání v oblasti výživy. Spousta článků také ženy láká ke koupi různých produktů, na kterých pak časopisy a média vydělávají. Články, které mají sloužit jako prevence vzniku poruchy příjmu potravy, často fungují opačným způsobem. (Novák, 2015, str. 59-65)

#### 1.5.4 Emocionální a osobnostní faktory

Emoce pacientů s mentální anorexií a mentální bulimií jsou postiženy depresivními a úzkostnými stavy. Tyto stavy bývají často spojovány s obavou o tělesnou hmotnost a vnější tělesný vzhled. Zátěž a negativní nálada jsou také stupněm, který může předcházet či doprovázet poruchy příjmu potravy. Negativní emocionalita bývá u adolescentních dívek zapříčiněna nespokojeností s vlastním vzhledem. (Krch a kol., 2005, str. 69-70; Novák, 2015, str. 18-20)

Sebekontrola je dalším faktorem provázejícím poruchy příjmu potravy, u dospívajících dívek dochází velmi často k narušení sebevědomí, sebeorganizace, seberegulace a celkové ztrátě kontroly nad sebou. Uvedení pozornosti na váhu, postavu a jídlo opět vrací naději na znovuzískání kontroly a jistoty. Pacienti s mentální anorexií dosáhnou částečného uspokojení při nadvládě nad jídelní restrikcí a svou tělesnou váhou. Se svou váhou a tělesným vzhledem nebudou nemocní nikdy spokojeni, ale při úspěšném snížení své tělesné hmotnosti získají pocit povzbuzení, pýchy a nadřazenosti, pociťují ovšem také strach z následného přibírání. U bulimických pacientek dochází k přejídání a následnému očištění a také zde dochází k závažné závislosti nad těmito zvyky. (Novák, 2015, str. 19-20)

## 1.6 Tělesné komplikace poruch příjmu potravy

Komplikace se u nemocných poruchou příjmu potravy mohou najít v téměř každém orgánovém systému.

Kardiovaskulární komplikace jsou hned po sebevraždě jednou z hlavních příčin úmrtí. Dochází k četným změnám v kardiovaskulárním systému, časté jsou abnormality jako arytmie, akutní srdeční selhání, snížení hmoty myokardu a spousty dalších. Při vyšetření EKG se objevují četné patologické příznaky. (Papežová et al., 2018, str. 181-183)

U pacientů s poruchami příjmu potravy dochází také ke změnám v ženském reprodukčním systému. Onemocněním trpí hlavně dívky a mladé ženy, u nichž začíná docházet k vývoji reprodukčního systému. Tělo ženy se začíná přizpůsobovat na započetí sexuálního života a později na mateřství, ale díky poruchám příjmu potravy dochází k poruchám v oblasti menstruačního cyklu, fertility, průběhu těhotenství, poporodním obdobím a kojení. První menstruace ženy je okolo třináctého věku života, u dívek a žen s poruchami příjmu potravy dochází k narušení menstruačního cyklu, a v horším případě může nastat porucha sekundárních pohlavních znaků s následky na celý život. (Papežová et al., 2018, str. 230-233)

Dalšími problémy, jimž nemocní trpí, jsou časté bolesti hlavy, které je nutí vyhledat lékaře, lékař ovšem netuší, že příčinou by mohla být porucha příjmu potravy. Není výjimkou, že se také mohou vyskytovat různé formy poruch vědomí jako je bdělost, lucidita a další. Při psychickém a fyzické zátěži může docházet ke kolapsovým stavům, které mají mnoho příčin vzniku. (Papežová et al., 2018, str. 254)

Komplikace mohou vznikat i v mnoha dalších orgánových soustavách, například v gastrointestinálním traktu dochází k zpomalení trávicích pasáží, na což nám může spousta vyšetření poukázat. Úbytek svalové a kostní hmoty je příčinou absence bílkovin a může docházet k častějšímu vzniku zlomenin. (Papežová et al., 2018, str. 270-279)

## 1.7 Diagnostika poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se vyskytují již od raného dětství až do dospělosti, kdy nejčastější výskyt bývá u adolescentů a mladých dospělých. Není pravidlem, že se nemohou vyskytovat u osob vyššího věku, jen je to méně časté jako v období dospívání. (Papežová et al., 2018, str. 136)

Zachytit výskyt a vývoj poruchy příjmu potravy je u dítěte těžší a složitější než u dospělých. Je spousta příznaků, které se nedají na první pohled brát jako rozvoj poruchy příjmu potravy. Nástup menstruace či její opoždění se u dětí v předpubertálním období nemusí brát jako příznak onemocnění, stejně tak jako ztráta hmotnosti, protože v somatickém vývoji je stagnace váhy pro některá vývojová období běžná. Proto se pro diagnostiku poruch příjmu potravy u dětí používají jiná podrobná vyšetření než u dospělých osob. Nespokojenost se svým vnějším vzhledem jde také zjistit daleko obtížněji než u dospělých osob. Před nástupem puberty se začátek onemocnění velmi těžko diagnostikuje, protože zde máme mnoho dalších faktorů, které jednoznačně nepoukazují na poruchu příjmu potravy. Mentální anorexie se vyskytuje především před začátkem puberty, mentální bulimie je v tomto období vzácná. V dětství by si měli rodiče či okolí povšimnout jakéhokoliv negativního vztahu dítěte k jídlu. (Papežová et al., 2018, str. 136-137)

U dětí a dospívajících dochází při diagnostice poruch příjmu potravy ke změnám příznaků. Amenorea se jako příznak mentální anorexie nebere, zatímco nižší váha se jako příznak výskytu onemocnění považuje, i když zde není kladen důraz na strach z přibývání hmotnosti, ale na podezřelé chování ovlivňující přibývání hmotnosti. (Papežová et al., 2018, str. 137-138)

V dětském a dospívajícím věku se také vyskytuje řada následujících poruch. **Vyhýbavá a restriktivní porucha příjmu potravy**, která může přecházet až do dospělosti a do jiných forem poruch příjmu potravy. Zde je hlavní, že nemocný nemá obavy z přibývání hmotnosti. U **infantilní ruminační poruchy** dochází k navrácení potravy do úst, čímž se dítěti vyvolává pocit uspokojení. **Pika** v útlém a dětském věku je požití nejedlých látek. U **infantilní mentální anorexie** je patrná podvýživa bez tělesných příznaků, často se přenáší úzkost matky na dítě a vznikají problémy s jídelním chováním dítěte. **Emoční porucha** spojená s odmítáním jídla se projevuje negativním vztahem k jídlu a jídelnímu chování. Při **syndromu perverzního chování** dochází s odmítáním jídla a také ke ztrátě komunikace, pohybu a péči o sebe. **Fagofobie** se vyznačující strachem z polykání. (Papežová et al., 2018, str. 137-140)

## 1.8 Diagnostická kritéria mentální anorexie a mentální bulimie

U mentální anorexie se diagnostická kritéria vztahují k somatickému i psychickému stavu. Dochází převážně k omezení příjmu potravy, které zapříčiní ztrátu tělesné hmotnosti, a BMI

je díky tomu nižší než 17,5, proto během růstu není splněn nárůst hmotnosti. V této souvislosti se může rozvíjet kachexie, která může být prvním varovným signálem pro rodinné příslušníky. Úbytek hmotnosti je cílený a pacient si jej způsobuje sám, aby byl efekt ještě větší a účinnější, provozuje různé tělesné aktivity, třeba nadměrným fyzickým cvičením. Pacient má neustálý strach z toho, že by mohl přibrat, a bojí se nadváhy. Je zde přítomna porucha tělesného schématu. Může se stát, že dívka bude mít opožděnou pubertu, nebo i když bude přítomna, vyskytne se amenorea, kterou může zavinit absence potravy. (Koutek a Kocourková, 2015, str. 11)

U mentální bulimie se diagnostická kritéria vztahují také na somatický a psychický stav. Nemocní mají neustálou touhu po jídle, proto dochází k přejídání a následnému potlačení účinku zvracením, užíváním laxativ, hladověním a užíváním anorektik. Stejně jako u mentální anorexie mají strach z tloušťky, což může vést k vyvrcholení mentální anorexie. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, str. 267)

### 1.8.1 Diagnostické testy a vyšetření

U podezření na toto onemocnění provádíme řadu testů, které nám dokáží zjistit příčinu úbytku hmotnosti. Provádí se vyšetření albuminu v krevní plazmě, který může být z důvodu malnutrice zvýšený. Dále se provádí i měření hustoty kostní hmoty pro ověření pevnosti kostí, které může ukázat na osteoporózu, a EKG pro zjištění srdeční činnosti. Následuje vyšetření elektrolytů v krevní plazmě, vyšetření funkčnosti ledvin, vyšetření fungování jater (jaterní testy), stanovení celkového obsahu bílkovin v krevní plazmě, vyšetření funkce štítné žlázy a vyšetření moči. (Papežová et al., 2018, str. 559)

## 1.9 Léčba

Prvním krokem, který musí nemocní s poruchou příjmu potravy udělat, je odhodlat se začít s léčbou. Ukončit způsob anorektického nebo bulimického života je velmi obtížné, jde o určitou formu závislosti, a proto se to nemusí vydařit na první pokus. Nemocný si musí sám uvědomit, že je potřeba se aktivně zapojit do léčebného procesu a postupovat podle jednotlivých kroků léčby. Na úspěšné léčbě se musí podílet multidisciplinární tým odborníků, který zahrnuje například lékaře, psychologa, nutričního terapeuta a spousty dalších odborníků. Prvním cílem léčby je udržovat doporučenou tělesnou hmotnost nápravou jídelníčku a předejít komplikacím spojeným s tímto onemocněním. V případech, ve kterých není možné docílit doporučené tělesné hmotnosti, je cílem udržet si alespoň bezpečnou tělesnou hmotnost.

Dalším problémem, na který se musíme zaměřit, je chování a myšlení pacienta. Často o sobě sám klient pochybuje a může se opakovaně dostat do fáze, v níž byl v nejhorších chvílích. Další kroky k úspěšné léčbě zahrnují konzultaci s nutričním terapeutem, individuální a rodinnou terapii či nasazení léků. (Papežová, 2012, str. 27; Schub a Smith, 2018, str. 1)

### 1.9.1 Poradenské a léčebné programy pro poruchy příjmu potravy

V oblasti poradenství je třeba rozlišit vztah mezi poradcem a pacientem. Často se může podobat přátelským radám, ale je třeba odlišit, že jde o asymetrický vztah, kde profesionální pracovník musí udržet určitou pracovní úroveň. Pacient musí pochopit, že v terapii nejde pouze o to, že zde pracovník bude sdílet jen své vlastní rady a zkušenosti, ale že bude i vnímat potřeby pacienta. Bohužel očekávání nemocného jsou odlišná, nechápou profesní vztah a dochází k pocitu selhání jak u poradce, tak u pacienta. (Papežová et al., 2018, str. 434)

Úspěšná terapie spočívá v motivaci ke změně, nemocní si však často změnu nepřipouští a ani po ní úplně netouží. Uvědomují si, že změna by pro ně byla lepší, ale přibírání na váze je pro ně nepochopitelná představa. Důležitým prvkem terapie je vztah mezi pacientem a odborníkem, v němž je odborník ochoten spolupracovat i přes dlouhodobou nespolečnou práci při léčbě ze strany nemocného. (Papežová et al., 2018, str. 435)

### 1.9.2 Nutriční poradenství

Nutriční terapie je při nápravě stravovacích návyků nemocných velmi důležitá. Odborníci mají za úkol obnovení zdravé váhy, výživy organismu a obnovení stravovacích návyků. Velkým problémem v nutričním poradenství je nedostatečná vědomost o poruchách příjmu potravy. I studenti oboru nutriční terapie mají často problémy se stravováním, což může ovlivňovat výsledky jejich práce. (Papežová et al., 2018, str. 446-447)

U léčby pacientů s poruchou příjmu potravy by měli nutriční terapeuti mít dostatek znalostí a zkušeností v této oblasti. Mezi základní znalosti se řadí znalost profesních hranic, náplň práce ostatních pracovníků v týmu, plánování jídelníčků, mýtů o poruchách příjmu potravin, psychoedukace, význam terapeutického vztahu, vliv hladovění na funkce těla, zdravé BMI a genetické predispozice. Praktické a společenské dovednosti. Znalost regulace sytosti, hladu a energetického metabolismu. Znalost pravidel stravování v nemocnici a v domácím prostředí. Zhodnocení jídelního chování při přípravě jídla a jezení. (Papežová et al., 2018, str. 447)

### 1.9.3 Hospitalizace

Hospitalizace se provádí u pacientů, u nichž byla ambulantní léčba neúspěšná. Rovněž se hospitalizují pacienti, kteří mají závažné mentální či psychické poškození. (Schub a Smith, 2018, str. 2)

Pro přijetí do nemocnice musí mít pacient akutní zdravotní komplikace, například hyperglykémii, elektrolytickou dysbalanci, arytmii a spousty dalších. Pacient se ale také může hospitalizovat z důvodu psychiatrického, například akutní odmítání stravy, suicidální myšlenky a tak dále. Při hospitalizaci je důležité zhodnotit celkový stav výživy a hydratace, při závažných metabolických problémech se nasazuje infuzní terapie. Se zlepšením tělesného stavu dochází k navýšení příjmu potravy, ta by měla být asi dvakrát kaloričtější, ale lehce stravitelná. Strava by se měla podávat v menších dávkách a v častějších intervalech, postupně by se mělo docílit navýšení kalorického příjmu až hodnotu 3000–3500 kcal. Obnovení výživy závisí na aktivní spolupráci pacienta, pokud spolupráce nefunguje, může dojít k zavedení sondy. (Papežová et al., 2018, str. 559-560; Hort a kol., 2008, str. 268)

### 1.9.4 Kognitivně-behaviorální terapie poruch příjmu potravy

Kognitivně-behaviorální terapie se ověřila jako velice efektivní a bere ohled na specifika poruch příjmu potravy. V této formě terapie se upřednostňuje pohled na faktory ovlivňující udržující poruchu než na příčiny, které nejsou terapeuticky ovlivnitelné. Důležitá je vzájemná spolupráce terapeuta, který od začátku terapie vymezí její časovou náročnost, a pacienta, který musí být ochotný spolupracovat, sdílet své myšlenky a pocity. Jsou zde dány kroky, které pacient musí splnit formou sebemonitorování, aktivního nácviku, konfrontace a domácího cvičení. Nemocní mají možnost pracovat s terapeutickým manuálem, který obsahuje zásady léčby, konkrétní rady a úkoly. Terapeut na terapeutických sezeních provádí kognitivně-behaviorální vyšetření, které se zaměřuje na nové problémy pacienta. První problém pacienta bývá s jídlem a jeho návyky, proto se zavádí jídelní záznamy. Pacient si vede deníček, do kterého zapisuje své pocity z jídla, porce a prostředí, ve kterém jedl. Je vhodné zaznamenat i negativní pocity a jakou formou je kompenzoval. Dalším krokem terapie je psychoedukace, při níž terapeut edukuje pacienta o vhodné stravě a tělesné hmotnosti a náležitě si stanovují adekvátní cíle. Následující krok bývá nácvik alternativ, které mohou být brány jako experiment. V pozdních fázích léčby dochází ke kognitivní restrukturační, což znamená, že si pacient musí uvědomit své chybné postoje, které mu zabraňují zvládnout problém s jídlem. Během terapie si pacient začne uvědomovat jeho negativní postoje vůči

jeho tělu a získá jiný pohled na své chování. Očekávání pacientů bývají odlišná, než si myslí, ale nakonec dojdou k finálnímu přesvědčení, kdy si uvědomí, že k dokonalému vzhledu není potřeba hladovět. V konečné fázi léčby se snaží terapeut připravit pacienta na nebezpečí, která ho v budoucnu čekají, a předejít tak relapsu onemocnění. (Papežová et al., 2018, str. 405-410)

### 1.9.5 Rodinná a vícerodinná terapie

Tato forma terapie se indikuje spíše u adolescentů a u dětí, jelikož je velice účinná u adolescentů s mentální anorexií. Jako efektivní způsob v léčbě mentální anorexie se ukazuje u vícerodinných programů, při nichž spolupracuje skupina rodin s nemocným. Terapie zahrnuje několik setkání, která trvají celý den po dobu několika měsíců. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, str. 288)

Rodinná terapie u pacientů s mentální anorexií je vhodná pro pacienty, kteří jsou v dobrém psychickém rozpoložení a dochází na kontroly do ambulance. Tato forma terapie se provádí u dospívajících pacientů, kde je velice důležitá spolupráce rodinných příslušníků. Terapie je rozdělena do tří fází. (Rienecke, 2017, str. 70)

V první fázi dochází k napravení jídelních návyků, které jsou převzaty do rukou rodinných příslušníků. Nemocný nemusí myslet na své stravování, protože je za to zodpovědná jiná osoba z jeho rodiny. Cílem této terapie je uzdravení se v domácím prostředí. Druhá fáze probíhá v kanceláři terapeuta, kdy rodina přinese jídlo a terapeut jim vysvětluje důležitost poruchy příjmu potravy a jejich dítěte. Účelem tohoto procesu je povzbuzení rodinných příslušníků, že s touto poruchou bojují správně a že jejich dítě přichází na správnou cestu k obnovení jídelních návyků. Ve třetí fázi dochází k obnovení normálního rodinného života, protože dospívající překonává poruchu příjmu potravy a vrací se k normálním stravovacím návykům. (Rienecke, 2017, str. 70)

### 1.9.6 Farmakoterapie

Při farmakologické léčbě poruch příjmu potravy se otestovalo již spoustu psychotropních látek, jako jsou antidepresiva, konvenční a atypická antipsychotika, látky stimulující chuť k jídlu a spousty dalších. Většina těchto léků není účinná bez psychoterapeutické intervence. Když spolu se spolu s poruchou příjmu potravy objeví i další poruchy, například alkoholové a drogové závislosti, sebepoškozování a další, je nutné k farmakoterapii zařadit i specializo-

vaný psychoterapeutický program. Olanzapin je používán při hyperaktivitě, nadměrném cvičení, výrazné úzkosti a dalším, které zvyšují odpor k léčbě. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, str. 289)



## 2 SPECIFIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U DOSPÍVAJÍCÍCH DÍVEK A MLADÝCH DOSPĚLÝCH ŽEN

Pro růst je potřeba dodávat tělu kvalitní živiny, které se podílí na rozvoji fyzických, psychických, metabolických, hormonálních a imunitních funkcí. U dospívajících dívek je důležité, aby měly určitou hladinu tělesného tuku pro získání menstruace a jejího udržení, či znovuoobnovení. (Papežová et al., 2018, str. 135)

Dalším důležitým prvkem pro správný psychický vývoj je krmení, které pro dítě znamená nejen uspokojení základních životních potřeb, ale také formování postoje k světu. Rodiče mohou v období sebeuvědomění jedince, které se vyznačuje charakteristicky negativním příjmem, vytvářet negativní vztah k jídlu dítěte. *„Časné problémy s jídlem mají vliv na fyzický, kognitivní, sociální a emoční vývoj, nižší hmotnost a vyšší nemocnost a vedou k přetrvávajícím jídelním problémům.“* (Papežová et al., 2018, str. 135)

### 2.1 Adolescence

Adolescence neboli dospívání označuje přechod mezi dětstvím a dospělostí, dochází k zásadnímu vývoji kognitivních, psychosociálních a emočních funkcí. Kognitivní vývoj označuje myšlení dítěte, které přechází v myšlení dospělého člověka. Rozlišují se 3 fáze vývoje kognitivního myšlení v období dospívání. V první fázi kognitivního vývoje dochází k rozvoji logického myšlení a uvažování. Ve druhé fázi dochází k abstraktnímu myšlení jedince, což znamená, že dokážou přemýšlet i o věcech, se kterými nemají žádné fyzické zkušenosti. Poslední třetí fáze kognitivního myšlení zahrnuje rozvíjení schopnosti přemýšlet o tom, co cítí a jak je vnímají ostatní. (Sanders, 2013, str. 354-355)

V oblasti psychosociálního vývoje dospívajícího dochází k rozvoji autonomie, budoucí orientace a formování své identity. K formování své vlastní identity dochází, když se dospívající stává nezávislým emocionálně a ekonomicky od svých rodičů. Tato fáze nastává v rané pubertě okolo dvanáctého až čtrnáctého roku života. Také dochází k včlenění se do skupiny stejné věkové kategorie, kde se snaží zapadnou svým stylem oblékání, účesem, mluvou a dalšími věcmi, které jsou charakteristické pro tuto skupinu dospívajících. U jedinců, kteří nezapadají do žádné skupiny dochází k různým psychologickým problémům. (Sanders, 2013, str. 355)

Střední adolescence, která se vyznačuje věkem od patnácti do sedmnácti let. Zde dochází k začátkům milostného života a hledání ideálního partnera, potom dochází k častým rodinným konfliktům, protože zde dochází k vrcholu nezávislosti dospívajícího na svých rodičích. (Sanders, 2013, str. 355)

V pozdní fázi adolescence mezi osmnáctým až jednadvacátým věkem života dochází k formování vlastního života bez vlivu rodinných příslušníků. Dochází k opuštění skupiny dospívajících na základě tohoto faktu dochází k budování vlastního dospěláckého statusu. Konflikty s rodinnými příslušníky se minimalizují a dochází k hledání životního partnera. (Sanders, 2013, str. 355)

## 2.2 Vývoj příznaků poruchy příjmu potravy v dospívání

Poruchy příjmu potravy se nejčastěji vyskytují u dospívajících dívek a mladých žen. V dospívání se zaměřuje spousta mladých dívek na obraz svého těla, protože dochází ke změnám tělesného vývoje. Okolo 88 % dospívajících dívek přiznalo, že nejsou spokojeny s alespoň jednou částí jejich těla. V západních zemích se od žen očekává štíhlost a od mužů svalnatá, vypracovaná figura, což může zapříčinit nereálné představy o vzhledu těl dospívajících dívek a chlapců. Dospívající osoby, spíše ženského pohlaví, které mají vyšší BMI, často začínají experimentovat s tělesným schématem, protože jsou pod neustálým tlakem okolí, v němž je ideálem krásy nízká hmotnost. Když mladým dívkám v pubertě vzroste BMI, vnímají to jako nežádoucí okolnost a začínají experimentovat s různými dietami. Dívky bývají nejvíce nespokojené se svým tělesným vzhledem v období druhého stupně základní školy a ze začátku střední školy, ke konci střední školy a začátku rané dospělosti dochází ke zmírnění příznaků. Dalším problémem v dospívání bývá držení různých diet a odmítání jídla, což zapříčinit strach z přibírání na váze. Osoby, které začnou držet diety v dospívání, mohou mít pokračující problémy i v rané dospělosti. Posledním příznakem je přejídání se a následné zvracení, což je příznakem bulimického chování. (Verschueren et al., 2020, str. 410-411)

## 2.3 Poruchy příjmu potravy a škola

*„Naše společnost respektuje určité hodnoty, které se snaží naučit mladou generaci, nicméně prostor, kde se děti a mládež mohou identifikovat s touto hierarchií hodnot, je vedle rodiny právě škola.“* (Procházková a Ševčíková, 2017, str. 46)

Ve škole dochází k začlenění do kolektivu a žák se zde začíná určitým způsobem socializovat. Škola může realizovat primární prevenci, když je schopna do výuky zařadit preventivní

aktivity, a tím ovlivňuje všechny žáky. Škola nenahrazuje plnohodnotnou roli rodiny, ale může napravit nedostatky, které si žáci do školního prostředí přinesou. Důležitá je vzájemná spolupráce školy a rodiny, jinak je prevence neúčinná. Účinnost primární prevence je vysoká, protože účinkuje přímo na cílovou skupinu ohroženou poruchami příjmu potravy, kterými jsou děti, dospívající a mladí dospělí. (Procházková a Ševčíková, 2017, str. 46-47)

Problematika poruch příjmu potravy by neměla být ve škole brána na lehkou váhu, protože ve škole dospívající stráví spoustu času a může zde docházet k rizikovému chování některých žáků. (Procházková a Ševčíková, 2017, str. 48)

Důležitým prvkem by měla být informovanost žáků o tom, jaké tělesné a fyzické změny je v průběhu dospívání čekají, hlavně u dívek je nutno dbát opatrnosti v jednání s nimi. Musí se vysvětlit dívkám, že v průběhu dospívání se z nich stávají ženy a mění se jim tělesné proporce. Informace by měly dostávat ve škole formou seminářů či přednášek. Sdělování by mělo mít určitou rozvahu, jelikož špatně podaná informace může způsobit právě rizikové chování žáků. Rovněž se musí dbát na to, aby žáci byli informováni o důležitosti stravy při jejich růstu, rozlišit zdravé a nezdravé potraviny, ale to pouze v určité míře, nezakazovat potraviny, jen poučit o jejich dopadu a v jaké míře je konzumovat. Je důležité, aby získali dostatek znalostí o poruchách příjmu potravy a jejich prevenci. (Procházková a Ševčíková, 2017, str. 48-49)

Rozpoznání rizikového chování žáka s poruchou příjmu potravy. Mezi základní prvek, který můžeme zpozorovat u žáka je náhlý úbytek hmotnosti, poté můžeme vidět, že si drží určitý odstup od ostatních žáků. V tělesné výchově dochází k velkému zájmu o tělesnou aktivitu. Také můžeme pozorovat neustálé změny nálad a nesprávné jídelní návyky jsou dalším bodem, který můžeme zpozorovat. Jako poslední je zájem o svůj tělesný vzhled. (Procházková a Ševčíková, 2017, str. 49-50)

Učitel by se měl k dívce při podezření na špatné stravovací návyky, či dokonce poruše příjmu potravy chovat empaticky, snažit se zjistit problém. Je důležité dívce nenaznačovat, že by mohla být nemocná, trpělivě komunikovat, poradit se s rodinou či školními psychology. Dívku znovu zařadit do kolektivu, v něm by se mohla někomu se svým problémem svěřit. (Procházková a Ševčíková, 2017, str. 51-52)

## 2.4 Specifika léčby u dívek a mladých dospívajících žen

Začátek léčby poruchy příjmu potravy je u dospívajících a mladých dospělých žen velmi náročný, protože strach z přibývání hmotnosti je pro pacienty velice znepokojující. Mnoho pacientů si nepřiznává, že jsou nemocní, a nechtějí se léčit, jelikož se domnívají, že žádný problém nemají. Začátek onemocnění se projevuje na psychické a kognitivní rovině. Neexistuje léčba, která by se neobešla bez kombinace léčebných prostředků. Porucha příjmu potravy se nedá vyléčit rychle a intenzivně, je potřeba rozsáhlý tým odborníků. (Lask a Bryan-Waugh, 2013, 173-175)

Spolupráce s rodiči nemocného poruchou příjmu potravy je důležitou složkou léčebného úspěchu. Rodina musí pochopit, že nemoc, kterou jejich dítě trpí, mění jeho myšlenky a pocity o svém vnějším vzhledu. Rodiče by rádi pochopili příčinu nemoci jejich dcery, ale bohužel onemocnění se skládá ze spousty faktorů a je těžké říct, co je příčinou nemoci. Je tedy důležité zaměřit se na příčiny, které by mohly udržovat přetrvávající poruchu. K úspěšné léčbě je důležitá motivace dívek změnit své chování a začít intenzivní léčbu. (Lask a Bryan-Waugh, 2013, str. 177-178)

Prvním krokem léčby je napravení zdravých jídelních návyků, což je důležité u všech typů poruch příjmu potravy. Dochází ke spolupráci nemocného, rodiny a nutričního terapeuta, jejichž cílem se stává náprava kalorického příjmu. Postupným zvyšováním kalorického příjmu dochází ke znovuobnovení příjmu potravy a dochází k nápravě problémového chování s jídlem. Nutriční terapeut odpovídá za zvolení vhodných porcí pro dítě, poté se stará o to, aby nedošlo k příliš rychlému nárůstu jídelních porcí a dítě neobnovilo svůj strach z jídla a doporučuje vhodné doplňky stravy. Když je zdravotní stav mladé osoby ohrožen kvůli tomu, že nepřijímá potravu, dochází k zavedení nasogastrické sondy, přes kterou se dá do těla vpravit vhodný počet kalorií. Tato představa zavedení nasogastrické sondy nemusí být příjemná ani rodičům, ani dítěti, ale za ohrožujících okolností je potřeba tuto možnost zvážit. Je velmi malá pravděpodobnost, že by dítě po vysvětlení okolností odmítlo zavedení nasogastrické sondy, protože dochází k zmenšení odpovědnosti za své jídelní chování a je to pro ně ulehčením v situaci, v níž je náprava stravy důležitá k obnovení důležitých životních funkcí. Další možností je zavedení intravenózní kanyly, přes kterou lze podávat vhodné živiny přímo do žíly pacienta. Výhodou je rychlá náprava hydratace a elektrolytů v těle, ale nevýhodou je zde krátká časová náročnost, protože to může být zavedeno pouze v nemocnici, či ambulanci. Je to používáno velice zřídka, spíše když je pacient ve velkých potížích

a je potřeba rychlá náprava vnitřního prostředí organismu. (Lask a Bryan-Waugh, 2013, str. 183-186)

### **3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY**

Pacienti s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy jsou přijímáni do nemocnice, když selže ambulantní léčba. Většinou jsou hospitalizováni na psychiatrické oddělení, pokud je stav vážný a vyžaduje akutní kompenzaci zdravotního stavu, musí být přijímáni na metabolickou jednotku či oddělení intenzivní péče. U pacientů je důležitá motivace k léčbě, podle toho jsou také přednostně zařazováni do léčebného programu. Je nutná změna celkového přístupu k jídlu, rodině a psychickému zdraví. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, str. 289)

#### **3.1 Role sestry u pacientů s poruchou příjmu potravy**

Vyhledat problém poruchy příjmu potravy v primární péči není příliš lehké, je potřeba určitá zkušenost a znalost sester, které jsou prvními identifikačními prvky ve vyhledávání problémů. Poznat pacienta, který trpí poruchou příjmu potravy, není příliš lehké, každý, kdo je příliš hubený, nemusí být nemocný či zasažen nějakým problémem. Lidé, kteří trpí poruchou příjmu potravy, si nechtějí přiznat problém a už vůbec léčbu, kterou by měli podstoupit, myslí si, že jsou zdraví a nepotřebují se léčit. Sestra, která má zkušenosti s těmito nemocnými, dokáže rozpoznat různé symptomy vedoucí k tomuto onemocnění či dokazující poruchu příjmu potravy a může být nápomocná při sběru dat u vyšetření nemocného specialistou. Mezi typické příznaky onemocnění se řadí ztráta vlasů, úbytek hmotnosti, suchá kůže, srdeční potíže, psychická slabost, dehydratace a mnoho dalších. Existuje také screening na poruchy příjmu potravy, který zahrnuje mladé dívky s příliš nízkou váhou, problémy s gastrointestinálním traktem, ztrátu menstruace či problémy s ní spojené, potíže s růstem, příznaky zvracení a hladovění. (Davies, 2017)

#### **3.2 Holistický přístup sester k léčbě**

Sestry musí podporovat pacienty v jejich nejhorších chvílích, při nichž jejich myšlenky vedou pouze k navrácení se starým zlovykům. Holistický přístup je stejně účinný jako kognitivně-behaviorální terapie, rodinná terapie a skupinová terapie. Při léčbě dochází k tomu, že pacienti musí čelit nejhorším myšlenkám a změnám emocí, což může zapříčinit i emocionální ovlivnění sester. (Davies, 2017)

Sestra dohlíží na stravovací návyky pacienta, pozoruje pacientův vztah k jídlu, sleduje, kolik toho pacient snědl, jakým způsobem na jídlo reagoval, jestli prodlužoval dobu konzumace jídla. Dalším úkolem sestry je pozorovat chování a vnímání vlastního těla u pacienta, zaměřit se na prvky, které by mohly způsobovat nejistotu pacienta v této oblasti, rovněž drží dohled nad pitným režimem, kdy se doporučují i sladké nápoje s kalorickou hodnotou, a sleduje stav a hydrataci pokožky. Také nadměrná fyzická aktivita není doporučována při indikovaném přírůstku hmotnosti, proto sestra zaznamenává a kontroluje tělesnou aktivitu. Sestra se zaměřuje i na vedlejší účinky léků, což musí ihned sdělit lékaři, který zvolí vhodnou intervenci. Sleduje také pacientovi vztahy s rodinou, což je dalším klíčem k úspěšné léčbě. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, str. 28; Šimovcová, 2015, str. 106)

### 3.3 Sestra na psychiatrickém oddělení

Sestra, která pracuje na psychiatrickém oddělení, musí chápat lidské chování a jednání při diagnostikovaných psychických poruchách. Důležitou složkou v rehabilitačním procesu pacienta je dosahovat lepší úrovně sebeovládání pacienta, kdy při léčbě poruch příjmu potravy dochází ke kognitivní terapii, při níž se pacient učí poznávat sám sebe a překonávat nástrahy běžného života, které vedou k dalšímu projevu onemocnění či jiných problémů. Sestra musí chápat pacientovy potřeby a vytvořit si vztah, při němž komunikace s pacientem proběhne v klidu, empatii, důvěře a pravdě. (Serin a Sanlier, 2018, str. 139)

Ošetřovatelská péče o pacienta s poruchou příjmu potravy závisí na faktorech, které jakkoliv ovlivňují onemocnění. Například úzkost, která se projevuje příliš vysokým zájmem o postavu, smutkem, obtížným soustředěním a spoustou dalších příznaků. Ošetřovatelská péče pacienta s úzkostí se soustředí na pacientův strach, povzbuzuje nemocného, který vyjadřuje své emoce, podporuje různé metody zvládnání úzkosti a spousty dalších. (Serin a Sanlier, 2018, str. 139)

Dalším problémem je zhoršené vnímání vlastního těla, které se vyznačuje negativním vztahem k vlastnímu tělu, kdy nemocný cítí stud za svou váhu, kvůli čemuž nosí větší oblečení, aby zakryl své tělo, které neodpovídá jeho představám. Sestra se snaží zjistit rodinné a sociální faktory, které souvisí s negativním vnímáním tělesného schématu. Snaží se zjistit, jakým způsobem pacient vnímá své tělo skrze techniky, při nichž pacient kreslí své tělo na papír či tabuli a porovnává je se skutečností. Sestra podporuje pacienta v pozitivním vztahu ke svému tělu, dodává mu pozitivní ohlasy. (Serin a Sanlier, 2018, str. 140)

Zácpa je dalším faktorem, který ovlivňuje pacienta s poruchou příjmu potravy. Vyznačuje se nepravidelnými stolicemi, které jsou tvrdé a suché. Sestra zjišťuje příčiny zácpy, kontroluje pravidelnost stolice, zaznamenává bolest břicha. Doporučuje pacientům, aby zvýšili příjem tekutin a vlákniny ve stravě. (Serin a Sanlier, 2018, str. 140)

### 3.4 Sestra a nutriční podpora

Pacientovy potřeby jsou pro sestru nejdůležitějším úkolem, který musí naplňovat, jednou z nich je výživa. Sestra musí vyhledat různé problémy v této oblasti, zhodnotit stav výživy, sledovat, kterým směrem se pacient v této oblasti uchyluje. Musí zajistit, aby se pacientovy problémy navracely zpátky do normy. (Grofová, 2007, str. 45)

Máme různé metody, kterými může sestra hodnotit stav výživy. První z nich je nutriční screening, což je metoda, která pracuje s údajem hmotnosti, zde sestra může odhalit BMI pacienta, váhový úbytek za určitou dobu a problémy se stravováním. Dalším prvkem může být kvantifikace příjmu, což znamená, že úkolem sestry bude zapisovat přesně porce jídla, které pacient pozřel. Poté je také důležitá práce s nutričním terapeutem, který sestaví jídelníček dle pacientových potřeb. Pokud pacient není spokojen s dietou, kterou má stanovenou, může s nutričním terapeutem zhodnotit individuální dietu, při níž dostává jídlo, které je pro něj více atraktivnější a lépe stravitelné. (Grofová, 2007, str. 45-51)

U pacientů s poruchou příjmu potravy dochází k vývoji podvýživy, která může zapříčinit různé problémy, například úbytek svalstva a poškození imunity. Člověk, který je podvyživený, má nízký BMI index a dochází u něj k úbytku tukové a svalové tkáně, což může zapříčinit omezení stravy až hladovění způsobeno pacientem z důvodu somatického nebo psychického. (Grofová, 2007, str. 95-96)



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této části bakalářské práce se budeme zabývat výzkumnou částí, která bude navazovat na témata popsána v teoretické části. V teoretické části bakalářské práce byly popsány tři kapitoly, přičemž první kapitola byla obecně o poruchách příjmu potravy, druhá kapitola se věnovala problematice poruch příjmu potravy u dospívajících dívek a mladých dospělých žen a poslední, třetí kapitola byla o ošetřování pacientů s poruchou příjmu potravy.

Praktická část se skládá ze tří kapitol, v nichž je popsán druh výzkumu, výzkumná metoda, cíle výzkumu a výzkumné otázky. V dalších částech se zaměříme na výzkumný vzorek a jeho výběr, průběh výzkumu a zpracování dat. Samotný závěr praktické části bude popsán v závěrečné diskuzi.

Výzkum bude zaměřen na dospívající dívky a mladé dospělé ženy, které měly zkušenost s poruchou příjmu potravy. Dospívající dívky a mladé dospělé ženy jsou nejrizikovější skupinou pro výskyt poruch příjmu potravy, proto jsme se zaměřili právě na tuto věkovou kategorii. Všeobecná sestra se může během své praxe s těmito pacientkami setkat a je velice důležité znát podstatu tohoto onemocnění, protože jeden chybný krok může vést k velkému ovlivnění průběhu nemoci.

### 4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem našeho výzkumu bylo popsat a analyzovat zkušenosti pacientek trpících poruchou příjmu potravy.

**Hlavní výzkumná otázka:** Popsat a analyzovat zkušenosti pacientek trpících poruchou příjmu potravy.

Byly stanoveny tyto dílčí výzkumné otázky:

**Dílčí otázka č. 1.:** Zjistit, jak participanti popisují svoji zkušenost s poruchou výživy.

**Dílčí otázka č. 2.:** Zjistit důsledky onemocnění mentální anorexie.

**Dílčí otázka č. 3.:** Zjistit zkušenosti participantek s léčbou onemocnění.

### 4.2 Druh výzkumu

Vzhledem k výběru této problematiky, která byla popsána výše, bude výzkum pojat kvalitativně.

„Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality.“ (Plevová, 2018, str. 220)

Kvalitativní výzkum je proces, který má svou systematičnost a slouží k popisu životních zkušeností. Tento typ výzkumu není založen na statisticky zjištěných informacích. K provedení kvalitativního výzkumu potřebujeme delší kontakt s okolím nebo životní situací. Hlavním cílem je poukázat na to, jak lidé dokáží porozumět procesům a jak jim dokáží čelit v každodenních situacích. (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2005, str. 15)

Kvalitativní výzkum je méně strukturovaný, protože zde nemusí být přesně dodrženy kroky výzkumného procesu. (Plevová, 2018, str. 223)

Důležitou roli v kvalitativním výzkumu určují tyto charakteristiky: otevřenost vůči zkoumaným osobám, subjektivita výzkumníka, procesualnost, reflexivita neboli připravenost reagovat na určité momenty, zaměření na případ, historicita a kontextuálnost, problematizace determinovanosti a iterativní heuristika. (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2005, str. 16)

### 4.3 Výzkumná metoda

Jako výzkumnou metodu k této bakalářské práci jsme využili techniku rozhovoru.

Rozhovor je získávání dat pomocí verbální komunikace s respondentem. Vychází z anglického slovíčka interview. Jedná se o hlubší kontakt s respondentem a od běžného rozhovoru se liší připraveností, jasným cílem a připravenými otázkami. Rozhovor může probíhat individuálně nebo skupinově. Nejčastějšími chybami při rozhovoru jsou nevhodné otázky, nevhodný výzkumník, nevhodné prostředí, nevhodná doba, příliš náročné otázky, dvojznačnost otázek a spousta dalších. (Plevová, 2018, str. 232)

Rozlišují se tři druhy rozhovorů, se kterými se můžeme setkat. Prvním z nich je rozhovor strukturovaný, dále polostrukturovaný a jako poslední nestrukturovaný rozhovor. (Plevová, 2018, str. 232). Pro tento výzkum jsme se rozhodli využít rozhovor polostrukturovaný. Před začátkem realizací rozhovorů byl sestaven seznam otázek, který vycházel z cílů tohoto výzkumu.

Rozhovor byl tvořen jedenácti otázkami, které byly vytvořeny na základě studia literatury a konzultace s vedoucí práce.

Pro splnění **dílčího cíle č. 1.** byly vytvořeny tyto otázky:

Když se řekne porucha výživy, co to pro vás znamená?

Jaké byly varovné signály, že trpíte tímto onemocněním?

Jaké byly vaše pocity a myšlenky, když jste zjistila, že máte poruchu příjmu potravy?

Pro splnění **dílčího cíle č. 2.** byly vytvořeny tyto otázky:

Jaké byly důsledky onemocnění pro vás osobně?

Jaké byly důsledky onemocnění v rodině – jak poruchy příjmu potravy ovlivňují vztahy v rodině?

Jak poruchy příjmu potravy ovlivňují fungování v sociálním kontextu?

Pro splnění **dílčího cíle č. 3** byly vytvořeny tyto otázky:

Jakou jste podstoupila léčbu pro léčení závislosti?

Jak jste byla spokojena s informacemi?

Jak jste byla spokojena s přístupem?

Jaké důsledky pro vás léčba měla? – zjistit, jak pacientky v současné době vnímají své onemocnění

Co pro vás bylo největší oporou při zvládnání nemoci?

#### **4.4 Výzkumný vzorek a jeho výběr**

Výběr probíhal dle stanovených kritérií, kdy jsme potřebovali dospívající dívky a mladé dospělé ženy, které byly diagnostikovány a léčeny s poruchou příjmu potravy (mentální anorexie a mentální bulimie). Výběr probíhal na základě ochoty spolupráce při sdělování informací do rozhovorů.

Kritéria výběru:

1. Dospívající dívky a mladé dospělé ženy ve věkovém rozmezí 12-20 let
2. Dospívající dívky a mladé dospělé ženy, které byly diagnostikovány s mentální anorexií v tomto věkovém rozmezí

Původním záměrem bylo vybrat pro výzkum pouze dívky a ženy, které byly s onemocněním diagnostikovány a hospitalizovány. Vzhledem k vyhlášenému nouzovému stavu jsme však výzkum museli upravit, protože s námi vybrané dívky a ženy, které kritéria splňovaly, přestaly komunikovat. Na tomto základě jsme do výzkumu zahrnuli pouze dívky s diagnostikovanou mentální anorexií.

Participantky tohoto výzkumu byly vybrány na základě otevřenosti o tomto tématu mluvit. Všechny tři participantky jsou nyní z onemocnění plně vyléčeny a rády se podělily o svůj příběh spojený s mentální anorexií.

### **Participant č. 1.**

19letá studentka, která má výuční list v oboru cukrář. Ve volném čase se věnuje pečení sladkého cukroví. Nyní si dodělává nastavbu zakončenou maturitní zkouškou. S mentální anorexií byla diagnostikována ve věku 15 let, když byla v deváté třídě na základní škole. Její léčba trvala 2 roky. Nyní je z onemocnění plně vyléčena.

### **Participant č. 2.**

24letá studentka, která studuje druhou vysokou školu. S mentální anorexií byla diagnostikována ve věku 18 let, kdy byla studentkou střední školy. Nyní se věnuje kulturistice a zdravému stravování. Chtěla by se věnovat sociální činnosti, kterou má vystudovanou na vyšší odborné škole, a nyní pokračuje v bakalářském studiu. Její léčba trvala 3 roky. Nyní je z onemocnění plně vyléčena.

### **Participant č. 3.**

21letá studentka, která studuje vysokou školu. Ve volném čase ráda jezdí na kole a má ráda zvířata. S mentální anorexií byla diagnostikována ve věku 16 let, kdy byla studentkou gymnázia. Nyní studuje obor pedagogika na vysoké škole. Její léčba trvala 3 roky. Nyní je z onemocnění plně vyléčena.

## **4.5 Průběh výzkumu**

Výzkum probíhal v průběhu března a dubna roku 2020 a příprava na sběr dat trvala dva měsíce. Jednotlivé rozhovory byly realizovány během situace provázené pandemií COVID-19, během níž nebyl veškerý fyzický kontakt možný, a tak probíhaly rozhovory online formou, přičemž nám každá participantka sdělila souhlas se zpracováním informací. Participantky výzkumu byly vzhledem k této náročné situaci ochotny spolupracovat prostřednictvím audio hovorů přes internet. Byly předem seznámeny s účelem výzkumu a souhlasily s účastí v bakalářské práci.

Časová náročnost rozhovorů byla 20-25 minut, ale individuálně se u každého participanta lišila. Participanté byli seznámeni s cílem práce a poté odpovídali na předem připravené otázky, ke kterým měli vždy co říct, také byli obeznámeni, že jejich rozhovor bude nahráván

na mobilní telefon k následnému přepisu dat. Souhlasy jednotlivých participantů s audiozáznamem za výzkumným účelem jsou k dispozici u autorky práce.

#### 4.6 Zpracování dat

Zpracování dat probíhalo pomocí autentického přepisu dat z audionahrávek s participantkami. Rozhovory byly přepsány do elektronické podoby v dokumentu Microsoft Word. Z jednotlivých rozhovorů jsme získali data potřebná ke zpracování výzkumu. Text byl nejprve přepsán, dále pak několikrát pročitán a analyzován, tato metoda se nazývá otevřené kódování.

Otevřené kódování je základní a první analytický krok, který se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého nastudování údajů. Dochází k rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizaci a kategorizaci údajů. Vytvořili jsme tři kategorie. První kategorie **Nevinný začátek** je definována kódy zahrávání si s jídlem, zdravý životní styl, přepnutí v hlavě, hlad jako pozitivní atribut, aspoň nějaká chuť. Druhá kategorie se nazývá **Celková dekompenzace**, ta je definována kódy psychicky nevyrovnaná, oploštění emocí, úzkosti, zdravotní problémy, sociální izolace, dekompenzovaná rodina. Poslední kategorie se nazývá **Člověk je na to sám** a je definována kódy člověk je v tom sám, negativní zkušenosti s léčbou, člověk musí chtít sám, začít „normálně“ znovu. (Kutnohorská, 2009, str. 66)

## 5 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝZKUMU

Tato kapitola se bude zabývat vyhodnocením dat získaných realizováním jednotlivých rozhovorů. Informace získané z jednotlivých rozhovorů jsme vyselektovali a sjednotili do jednotlivých kapitol, ve kterých budou popsány jednotlivé zkušenosti participantů.

### 5.1 1. kategorie: Nevinný začátek

V této kapitole bude popsána a analyzována kategorie, která popisuje verbalizovanou zkušenost participantek s počátky poruchy příjmu potravy. Tato kategorie vznikla na základě odpovědí na otázku *Zjistit, jak participanty popisují svoji zkušenost s poruchou výživy*, ale také z dalších tvrzení, která se objevila při rozhovoru. Témata vedoucí ke vzniku této kategorie jsou definovány kódy dieta, zdravý životní styl, přepnutí v hlavě, hlad jako pozitivní atribut, aspoň nějaká chuť.

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jak samy dívky prožívaly začátek onemocnění, jaké impulzy k onemocnění vedly. Poruchy příjmu potravy jsou i z nastudované literatury plíživé a nevinné. Začínají jako snaha zhubnout pár kilo nebo začít dodržovat zdravý životní styl. Jedním ze základních příznaků mentální anorexie je narušený příjem potravy, kdy u některých jedinců postupně dochází k úplnému vynechávání jídla. U této participantky došlo k omezení příjmu potravy, protože se jí nedařilo redukovat hmotnost tak, jak si přála. Kvůli tomu, že nepřijímala potravu, docházelo k rychlejšímu úbytku na váze, což vedlo k jejímu dočasnému uspokojení.

Velká část dospívajících dívek prochází fází, během níž chtějí vyzkoušet nějakou dietu, protože si nepřipadají příliš hubené. Úzce to souvisí s faktem, že dospívající dívky prochází pubertou, kdy se jejich vzrůst zastaví a vytvoří se větší procento tělesného tuku, protože to je u žen zcela normální hormonální jev. Pokud dochází k navýšení energetického příjmu u dospívajících dívek, tak mohou lehce začít přibírat na váze. Některým dívkám se ovšem nelíbí nárůst váhy, a tak se rozhodnou držet dietu, z čehož se u některých jedinců může vyvinout porucha příjmu potravy. (Gaskill, D. a F. Sanders, 2000, str. 92-93)

Při poruchách příjmu potravy dochází hlavně k negativnímu vztahu s jídlem, kdy nemocní postupně vyřazují jídlo ze svého jídelníčku. P1: *„Tak jsem začala vynechávat jídlo...“* Tato participantka začala vynechávat jídlo, protože nebyla spokojená se svou hmotností. Dalším bodem může být úplná restrikce jídla. P1: *„...dokázala jsem nejíst týden vkuse, jako třeba šest dní z týdne jsem dokázala fakt jako nejíst.“* U nemocných dochází postupně k úplnému

omezení jídla, protože mají strach, že z jakéhokoliv jídla se vrátí zpátky ke své původní hmotnosti. Tato participantka, aby se nemusela potýkat s jídlem, našla způsob, jak uspokojit své chutě. P1: „*Místo jídla, jsem žvýkala žvýkačky, abych měla aspoň nějakou chuť v puse.*“

Druhá participantka se pokoušela o dodržování zdravého životního stylu. Participantka začala zdravě jíst. P2: „*...a jedla jsem pětkrát denně takové zdravé bulky od nás z pekárny.*“ Následně i ona přiznává radikální omezování jídla. Když nebyla spokojená se svým úbytkem váhy, přestala konzumovat potravu. Tato participantka uvádí, že postupně omezila určitý druh potravy. P2: „*Ze začátku jsem se začala vyhýbat sladkému...*“ Začátky onemocnění jsou spojovány s postupným vynecháváním určitých potravin, poté dochází k omezení na úplné minimum. P2: „*Postupně jsem to redukovala... až to zbylo úplně na minimum, že já jsem fakt jenom snídala.*“ Poté se dostáváme k úplné restrikci jídla. P2: „*Řekla jsem si, že snídaně je moc velké jídlo, a začala jsem jíst pouze jednou za tři dny... postupně jsem se dostala k úplnému hladovění, protože jsem jedla jednou týdně nějaký kus ovoce.*“ Zde můžeme vidět, že postupně docházelo k úplnému omezení potravy na minimum. Participantka měla strach z jídla, proto si ho nepřipouštěla a radši ho postupně omezovala.

I třetí participantka radikálně omezovala stravu, postupným omezením potravy ztratila chuť k jídlu, protože organismus si zvykne na minimální příjem potravy. Hodnotí to však velmi pozitivně. P3: „*...ztratila jsem chuť k jídlu, to bylo super, protože jsem neměla konečně pocít hladu.*“ Toto své tvrzení a uspokojení pak znovu potvrdila. „*Když jsem nejedla, myslela jsem si, že to je v pohodě...*“ Zvýrazňuje tak aspekt pozitivních emocí z hladu, kdy snaha o hubnutí začíná přecházet do ztráty chuti k jídlu i ztráty pocitu hladu, tzn. odmítání chuti i hladu jako „něco v pohodě“. V tomto smyslu již nejde o hubnutí, ale o získání schopnosti nemít hlad ani chutě.

Na dalších citátech je patrné, jakým způsobem se mentální anorexie dále vyvíjí v případě neúspěšného pokračujícího hubnutí, které je velmi výrazným faktorem. Redukce váhy je něco, co nemocní s mentální anorexií vyžadují, je to pro ně uspokojivé.

Participantka č.1, popisuje další radikální kroky, které vedly k nadměrné ztrátě váhy, kdy se postupně v jisté fázi váhový úbytek zastavil. P1: „*Najednou se to zastavilo v půlce prázdnin na nějakých 80 kilech a nešlo to dolů.*“ Zde můžeme vidět rychlý úbytek váhy, který byl zapříčiněn kombinací fyzické aktivity a skoro mizivému příjmu potravy. Za půl roku ztratila téměř 45 kg. „*Asi za půl roku jsem zhubla z 90 kilo na 45 kilo.*“



Tento fakt potvrzuje i druhá pacientka, která uvádí, že nejdříve zhubla pouze pár kilogramů a byla docela spokojená, ale potom se to vše změnilo a hovoří o faktu „přepnutí“. P2: „*Začala jsem hubnout pomalu, ale potom jsem si říkala dobré, to by mi mohlo už stačit.-.*“ *na jednu mi přeplo v hlavě a chtěla jsem hubnout víc.*“ Nikdy nebyla se svou váhou spokojená, proto chtěla hubnout dál, až se skončila na nebezpečně nízké hranici. P2: „*Zhubla jsem asi 30 kilo... v tom nejhorším období jsem vážila jenom 34 kilo.*“

Třetí participantka nevnímala svůj úbytek váhy, naopak, pořád si připadala tlustá. P3: „*...nosila jsem volné oblečení, protože jsem si připadala tlustá.*“ Až okolí ji začalo upozorňovat na změny a všimnout si proměny, participantka však svůj úbytek váhy ignorovala. P3: „*Potom mi furt někdo v mém okolí říkal, že co se to děje, že furt jen hubnu.*“

Závěr: Z analyzovaných rozhovorů je patrné, že poruchy příjmu potravy začínají velmi nenápadně. V případě našich participantek chtěly zhubnout pár kilo nebo chtěly začít žít zdravým životním stylem. Postupně se z nevinného pohrávání si s jídlem stává problém, který je definován jako „přepnutí“, kdy dosažená je váha stále nedostatečná, začíná být zvýrazňován hlad a jeho nepocitování, stejně jako chuť. Dívky přestávají myslet na cokoliv jiného, hubnutí se pro ně stává centrem života. Odmítání jídla při mentální anorexii způsobuje značně lepší náladu než příjem potravy. Kontrola nad potravou dívkám způsobuje značný pocit nadvlády.

## 5.2 2. kategorie: Celková dekompenzace

Dívky se postupně dostávají do stavu, který bude popsán v kategorii jako celková dekompenzace. Tato kategorie vznikla na základě odpovědí na otázku *Zjistit důsledky onemocnění mentální anorexie*. Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu jsou definována těmito kódy: psychicky nevyrovnaná, oploštění emocí, úzkosti, zdravotní problémy, sociální izolace, dekompenzovaná rodiny V této kapitole nám jde o popsání stavů, které participantky popisují a zakouší. Dívají se na problém již z jistého odstupu.

Participantka se charakterizuje jako velice společenská. P1: „*...a to já jsem hodně společenská, ráda se bavím s lidma.*“ Participantka se kvůli svému onemocnění dostala do špatného psychického rozpoložení, kdy došlo k velmi negativním myšlenkám a změnám nálad. P1: „*Měla jsem úplně záchvat vzteku a brečela jsem.*“ Participantka si začala uvědomovat, že je něco špatně a její nálada se velice měnila. P1: „*...hlavně to nezvládání svého stavu, kdy jsem*

měla ty stavy úzkosti.“ O svém stavu mluvila. P1: „*Jak jsem byla taková psychicky nevyrovnaná, tak já jsem se třeba přestala úplně smát.*“ Zde můžeme vidět, že participantka byla dříve velice veselý, společenský člověk, ale její onemocnění mělo velký vliv na její psychický stav.

U této participantky došlo k velké změně psychického rozpoložení. P2: „*O sobě si myslím, že jsem dost přátelská.*“ Participantka sama o sobě říká, že je velice přátelská, ale došlo k určité změně. P2: „*...byla sem pořád našťvaná...*“ Participantka neměla velice dobré chování, když došlo na názory ostatních. P2: „*Když mi třeba kámoška říkala nějaký její názor, třeba když se dostala k tomu, jak jsem zhubla, tak jsem vždy úplně vybuchla.*“ Participantka popisovala i své stavy úzkosti. „*... často sem pocítovala úzkost...*“

Participantka popisuje své změny nálad. P3: „*Taky jsem byla strašně náladová...*“ Svou náladovost participantka popisovala dvakrát v našem rozhovoru. Také u ní došlo k určitému distanci. P3: „*...s nikým jsem se nechtěla bavit...*“ Participantka svou zkušenost přikládá hlavně na školní prostředí. P3: „*Ve škole jsem byla myšlenkama mimo... furt sem myslela na něco jiného, ztratila jsem úplně koncentraci.*“ Participantka byla velmi prémiový žák, který s ničím neměl problémy, a najdou docházelo k velkým změnám ohledně jejího školního prospěchu.

Dalším problémem, který participantky popisovaly, bylo zhoršení různých tělesných funkcí. Omezením příjmu potravy dochází k narušení různých tělesných funkcí, protože tělo nedostává živiny potřebné na správné fungování organismu. Narušení menstruačního cyklu může být pro dospívající dívku a mladou dospělou ženu velmi negativní, protože tělo ženy se připravuje menstruačním cyklem na budoucí oplodnění, a proto je důležité veškeré změny ohledně menstruačního cyklu zaznamenat a vyhledat lékařskou pomoc. Pacientky s mentální anorexií jsou velmi ohroženou skupinou, co se ztráty menstruace týče. Všechny participantky, se kterými byl rozhovor prováděn, zaznamenaly ztrátu menstruace.

U první participantky došlo k velké fyzické změně, za kterou považuje ztrátu menstruace. P1: „*Hlavně prvotně taková fyzická změna, ztratila jsem úplně menstruaci, že jo.*“ Tato změna ji upozornila na to, že něco není v pořádku. Další změna, kterou tuto participantku postihla, byla změna v kostní hmotě. P1: „*Hlavně mi strašně povolily klouby, protože byly takové odhalenější, nevím, jak to říct.*“ V tomto případě mohlo u participantky dojít ke zhoršení kloubní funkce následkem absence vápníku v potravě a celkového rozvratu vnitřního prostředí důsledkem sníženého množství potravy v jídelníčku.

I druhá participantka popisuje jako následek tohoto onemocnění ztrátu menstruace. P2: „*Pro mě největší změna byla ztratit menstruaci...*“ Absenci menstruačního cyklu dávala za vinu nepravidelnému užívání hormonální antikoncepce, což ovšem nebyla příčina tohoto problému. Jako další tělesnou změnu participantka charakterizovala velký úbytek vlasů. P2: „*Začaly mi řídnout vlasy a byly hodně zničené...*“ Řídnutí vlasů a vypadávání vlasů je pro každou ženu velmi negativní změnou, participantka tuto změnu velice těžko snášela, protože měla dříve krásné husté vlasy, které neměly žádný předpoklad k vypadávání, či zničení. Jako poslední následek participantka uvedla změnu na kůži. P2: „*Jako teda moje kůže byla hodně suchá, protože mám sklony k atopickému ekzému, tak jsem to fakt hodně vnímala.*“ Participantka má atopický ekzém již od raného dětství, kdy se s tím i léčila v zahraničí na ozdravných pobytech. Participantka používala velké množství drahých přípravků určených na atopickou pokožku, které ji v tomto období nepomohly, přitom popisovala, že ji vždy v špatném období drahé přípravky stav pokožky zlepšily.

Poslední participantka také udávala problémy s tělesnými změnami organismu. První změnou, kterou popisovala, byl pocit strašné zimy. P3: „*Začala mi furt být strašná zima...*“ Participantce byla zima z důvodu velkého úbytku tělesného tuku, který chrání organismus před termickými změnami. Pokud je tělesného tuku menší množství či nedostatek, může se tato funkce organismu narušit. Stejně jako druhá participantka i zde participantka popisovala velký úbytek vlasů. P3: „*...potom mi hodně začaly padat vlasy...*“ Participantce začaly hodně padat vlasy, což ji velice znepokojilo, protože o své vlasy velmi dobře pečovala. Jako poslední změnu udala, stejně jako předešlé participantky, ztrátu menstruace. P3: „*...a nakonec jsem ztratila menstruaci.*“ Ztráta menstruace participantku velice znepokojila, protože měla menstruační cyklus vždy pravidelný.

Velkou změnou prochází také sociální život nemocných. Dochází k narušení vztahů s kamarády a rodinnými příslušníky, protože jídlo je na prvním místě a na sociální život není těmito nemocnými brán ohled. Nemocní chtějí být sami, protože se bojí, že kdekoliv s kamarády či příbuznými by si museli dát nějaké jídlo, a tomu se chtějí vyhnout. Jelikož si nejde nevšimnou změny tělesného vzhledu, co se ztráty hmotnosti týče, tak jsou často vystaveni narážkám z okolí, od čehož se také chtějí distancovat. Veškeré připomínky, které směřují na jejich tělesný vzhled či psychickou nevyrovnanost, chtějí eliminovat, proto své přátelské a rodinné vztahy minimalizují.

První participantka přerušila svůj vztah s nejlepší kamarádkou. P1: „*...přestala jsem se bavit s nejlepší kamarádkou...*“ Participantka přerušila přátelství se svou nejlepší kamarádkou,

protože si všimla, že něco není v pořádku, a s tím participantka nesouhlasila. „...*ta si všimla, že se děje něco špatného.*“ Její kamarádka chtěla začít řešit to, že participantka není v pořádku a něco se s ní děje, to si ale participantka nechtěla přiznat a s kamarádkou se přestala bavit. Participantka popisuje, že přišla i o spoustu dalších blízkých kamarádů. P1: „*I o hodně takových jakoby rádo by kamarádů jsem přišla, toho fakt jako nelituju.*“ Na ztrátu dalších kamarádů reagovala pozitivně, protože se ukázalo, kdo stál při jejím boku a byl jí oporou. V rodině této participantky se o problémech moc nemluví, to charakterizovala jako další problém v rodině. P1: „*U nás v rodině se o problémech moc nemluví, to je takový další problém v naší rodině.*“ Její maminku přítomnost tohoto onemocnění velice zasáhla. P1: „*...hned jsem skončila na jipce, což mamka nezvládala, byla z toho psychicky hodně špatná.*“ I když se v rodině této participantky moc o problémech nemluví, přítomnost tohoto onemocnění byla pro její blízké náročná a došlo k určitému postavení se tomuto onemocnění. Tatínek participantky nedává najevo své emoce. P1: „*Můj tatka on jakoby to nedává najevo...*“ Participantka popisovala, že i pro něj to byla nelehká situace, se kterou se musel potýkat, což zjistila až po zotavení se z nemoci.

U druhé participantky také došlo k narušení vztahů, ale zůstala jí jedna dobrá kamarádka, která jí byla velkou oporou. P2: „*Mně třeba, jenom jedna kámoška mi jakože zůstala tak nějaká dobrá, která teda celou tu dobu mě jako podporovala hodně a říkala, že to zvládnou a takový...*“ Stejně jako předchozí participantka také přišla o spousty ostatních přátel. P2: „*...ale jinak vlastně jako takový ty blízký přátelé, o to jsem přišla, protože jsem s nima nechtěla být v kontaktu.*“ Participantka nechtěla být s dalšími přáteli v kontaktu, protože věděla, že by byla nepochopená. V její rodině docházelo k negativnímu vztahu s maminkou, která byla velmi znepokojená z toho, čím participantka procházela, a docházelo ke konfliktům, protože se hodně hádaly ohledně jejího stavu. P2: „*...a no hodně jsme se hádaly doma s mamkou a mamka z toho byla jakože nešťastná no.*“ Vliv toho onemocnění měl velký dopad i na maminku participantky, proto docházelo k častým konfliktům. P2: „*...třeba si pamatuju, že často brečela.*“ Participantka popisovala, že její maminka často brečela, protože si uvědomovala vážnost tohoto onemocnění a nechtěla, aby participantka trpěla.

Poslední participantka se s nikým nechtěla bavit, protože se chtěla soustředit sama na sebe. P3: „*Pro mě to bylo hodně o ztrátě kámožů, s nikým jsem se nechtěla bavit.*“ Participantka se nechtěla s nikým bavit a přerušila i svůj vztah se svým přítelem. „*...potom jsem opustila i svého přítele, abych měla čas na cvičení a zdravou stravu.*“ Chtěla mít dostatek času na

sebe, aby se mohla věnovat cvičení a stravě. Popisovala, že došlo i ke změně vztahů se spolužáky. P3: „...ve škole, jsem začala stranit spolužákům, protože mi přišlo, že se furt jenom baví o jídle, protože jsme byly plná třída holek a já jsem to nechtěla poslouchat.“ Třída plná dospívajících dívek, mezi nimiž je velkým tématem hubnutí a zdravý životní styl, této participantce moc nepomohl, než aby poslouchala názory ostatních, které ji přišly špatné, tak byla radši sama a s nikým se nebavila. V rodině docházelo k hádkám s maminkou, která si všimla, že je něco špatně, protože si participantka vyžadovala jenom určité druhy potravin a nic od maminky nechtěla jíst. P3: „Hodně jsme se hádaly...“ V důsledku těchto hádek došlo k určité izolaci participantky od své rodiny, protože i její prarodiče si všimli jejího negativního chování. P3: „...tak jsem tam přestala jezdit.“ Participantka přestala navštěvovat své prarodiče, kteří měli na její chování určité výtky.

Závěr: Z analyzovaných rozhovorů nám vyšly charakteristiky typické pro nemocné s mentální anorexií. Vlivem tohoto onemocnění dochází k negativnímu psychickému rozpoložení, které má za důsledek úzkost, strach a spousta dalších faktorů. V případě našich participantek došlo ke změně chování, které vedlo k prohloubení negativního psychického rozpoložení. Změnou fyziologických procesů u našich participantek byla hlavně ztráta menstruačního cyklu, který je důležitou charakteristikou tohoto onemocnění. Sociální život nemocných se velmi omezuje na určitou skupinu lidí či úplnou izolaci od ostatních, protože dochází k velké sebestřednosti ohledně jídelního chování.

### 5.3 3. kategorie: Člověk je na to sám

V této kapitole bude popsána a analyzována kategorie, která popisuje verbalizovanou zkušenost participantek s poruchou příjmu potravy. Tato kategorie vznikla na základě odpovědí na otázku: *Zjistit zkušenosti participantek s léčbou onemocnění.* Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu jsou definována těmito kódy: člověk je v tom sám, negativní zkušenosti s léčbou, člověk musí chtít sám, začít „normálně“ znovu“, kde participantky popisují svoji zkušenost s hospitalizací, léčbou a zkušenostmi, které jim pomohly začít „normálně“ znovu.

Léčba poruch příjmu potravy je nelehkým úkolem jak pro pacienta, tak pro celý tým odborníků, který se s tímto problémem potýká. Nemocní s poruchou příjmu potravy si o sobě nemyslí, že by byli nemocní, a nechtějí se léčit. Léčba bývá často nedobrovolná a musí docházet k velké spolupráci rodinných příslušníků s týmem odborníků, aby došlo k pokroku, co se zdravotního stavu nemocných týče.

Také první participantka podstoupila léčbu tohoto onemocnění, kdy ji maminka dovedla k dětské doktorce. P1: „*Takže, já jsem vlastně skončila na jipce...*“ Po návštěvě dětské doktorky byla odeslána k hospitalizaci na jednotku intenzivní péče, kde pacientka strávila asi 3 týdny. P1: „*...takové ty kapačky, výživové drinky. Ted' najednou zjistili, že jsem schopná žvýkat, tak mi dali normální stravu.*“ Na počátku hospitalizace dostávala participantka výživu přes infuzní roztoky a jako doplněk pila nutridrinky, které ji ovšem velice nechutnaly. Po několika dnech přišli na to, že je schopná žvýkat a dostávala normální stravu. K jídlu se musela nutit a říkala si, že je silná a musí jíst. P1: „*říkala jsem si, že to prostě musím sníst...*“ Po určité době hospitalizace začala navštěvovat psychiatra. P1: „*...jsem začala navštěvovat psychiatra, to byla hrozná pakárna.*“ Participantce se přístup tohoto odborníka moc nezamlouval, proto to vnímala jako velice negativní zkušenost. P1: „*...za mě určitě to některým lidem pomůže, ale za mě rozhodně jedno velké ne.*“ Participantce tato zkušenost s tímto odborníkem velmi nepomohla, protože ji říkal pouze negativní věci, které v této životní situaci nechtěla poslouchat. P1: „*...říkal mi jen negativní věci, že jsem to pokazila a že jestli se nezačnu léčit, tak umřu.*“ Po ukončení hospitalizace bylo doporučeno, aby si participantka našla psychologa a výživovou poradkyni. P1: „*Začala jsem navštěvovat toho psychologa, to byla taky taková blbost, nebyl teda tak hrozný, jak ten v té nemocnici, ale moc mi nepomohl, spíš jsme si jen povídali, asi mi to nic nedalo.*“ Psycholog byl participantce nápomocný k urovnání myšlenek. „*Bylo to spíše takové srovnání myšlenek, nic moc jsem si z toho neodnesla.*“ Poté si vyhledala i výživovou poradkyni. P1: „*Potom jsem teda našla tu výživovou poradkyni, a to bylo teda super, fakt jsem za ni byla ráda, ta mě postavila na nohy. Jedla jsem, co jsem chtěla, a na konci dne jsem jí vždy poslala to jídlo, co jsem jedla. A ona mi vždy napsala, jestli dobré nebo špatné.*“ V případě této participantky pro ni byla největší spokojenost s výživovou poradkyní, která jí dala užitečné informace, co se stravy týče.

I druhá participantka byla hospitalizována na oddělení pro poruchy příjmu potravy v Brně, kde ji poslal její psychiatr. P2: „*Takže jsem teda byla hospitalizovaná dva měsíce v Brně a první jsem teda byla u psychiatra, který mi to zařídil, ale oni to úplně tak na mě navlíkli, já jsem ani nevěděla, že někam jdu k nějakému psychiatrovi nebo tak.*“ Participantka nevěděla, že jde k psychitarovi, protože ji k tomu její maminka nějakým způsobem donutila. Jelikož participantka byla už zletilá, musela s léčbou souhlasit a jít dobrovolně. P2: „*A já jsem teda zezáčátku nechtěla, ale teda bylo mi 18 a já jsem tam musela jít z vlastní vůle, a nakonec mě k tomu nějak dokopala má mamka, ale právě jak jsem začala chodit k té psychiatři, tak jsem vůbec nic nejedla, jakože vůbec, a ona říkala, že podmínka byla to, abych třeba*

*aspoň třikrát za den vypila ten nutridrink malej.* “ Participantka souhlasila a snažila se tento režim dodržovat, ale nebyla tak vzorná. P2: *„Takže na to jsem přistoupila, ale stejně jsem to jako úplně neto... nedodržovala. Po určité době jsem zjistila, že vlastně můj stav řešili s mou obvodní a já jsem to vůbec nevěděla.*“ Nakonec tedy byla hospitalizovaná v Brně a svou zkušenost popisuje negativně, protože se jí nelíbil celkový přístup. P2: *„...měli konzultaci s doktorama a takový, ti doktoři řešili jenom to, jestli jsem přibrála nebo ne, ale jakože že by nějakou psychiku řešili, to vůbec. A prostě jako, mně se zdá, že v tady tom systému máme úplně mezery, protože to člověku fakt nepomůže.*“ Celá zkušenost s léčbou tohoto onemocnění ji moc nepomohla.

Stejně tak jako předchozí participantky byla i poslední participantka hospitalizována na základě žádosti dětské doktorky. P3: *„Doktorka mě hned poslala na dětské oddělení.*“ Základním cílem této hospitalizace bylo napravení jídelního chování. P3: *„Bylo to hrozné, furt tam za mnou chodili nějací doktoři, asi psychiatr nebo psycholog a ptali se mě na různé otázky.*“ Pro tuto participantku bylo velmi matoucí, kolik lékařů se o ni staralo. P3: *„V nemocnici jsem docela začala jíst, abych mohla jít domů, protože mě furt někam chtěli posílat. Po tomto zážitku jsem si docela začala uvědomovat, že se mnou něco je a začala jsem na doporučení chodit k psychologovi a výživové poradkyni.*“ Svůj problém si participantka začala uvědomovat až při hospitalizaci, kde musela začít jíst, aby ji neposlali do specializovaného centra na tato onemocnění. Zpětně léčbu v nemocnici vnímá spíše negativně. P3: *„Přístup v nemocnici se mi moc nelíbil, přišlo mi, že si tam vlastně nikdo neuvědomuje, co mi je, ale oni to asi věděli moc dobře, jen mně to tak přišlo.*“ A léčba v nemocnici ji moc nepomohla. P3: *„Léčba mi až tak nepomohla...“*

V předchozích rozhovorech můžeme vidět, že léčba u participantek nebyla velmi efektivní, až tak moc jim nepomohla a musely samy udělat krok k tomu, aby se s touto nemocí vypořádaly.

Člověk se musí chtít sám s tímto onemocněním vypořádat, tento názor měla i první participantka. P1: *„...ale potom to člověka nutí samotného se vzchopit a postavit se na nohy.*“ Participantka došla k názoru, že s tímto onemocněním chce něco udělat, a rozhodla se změnit svůj postoj. Zpětně nemoc vnímá jako něco, co ji posunulo dál. P1: *„Připadám si hodně obrněná a posunulo mě to dál.*“ Také udávala, že nikdy neměla chuť vrátit se zpátky k tomuto onemocnění. P1: *„Nikdy jsem neměla takové zkraty, že bych se k tomu zpátky vrátila, spíše před létem, kdy jsem věděla, že musím do plavek, ale to jsem vždy překonala v pohodě.“*

Následkem tohoto onemocnění si myslí, že je hodně citlivá. P1: „...*hodně citlivá, myslím, že to mám od doby, kdy jsem byla nemocná.*“

I druhá participantka má stejný názor, že člověk se musí chtít sám vyléčit. P2: „*Nakonec ta hospitalizace a tak, to mi vůbec nepomohlo, ale prostě člověk, aby se z toho dostal, musí fakt chtít sám, že, protože jinak se může snažit rodina, kámoši, kteří teda zbyli, ale nakonec člověk, když nechce sám něco dělat, tak je to úplně zbytečný.*“ Participantka chtěla sama toto onemocnění překonat a pomohl jí i bratr, který ji navrhl jiné řešení, které bylo mnohem rozumnější. P2: „...*jsem s tím nebyla úplně srovnaná, že bych se sebou chtěla něco dělat a potom tyjo ten brácha do mě, že ať začnu sportovat, že tohle není řešení, že chápe, že nechci vážit sto kilo. A nevím, asi jsem začala sportovat a začala jsem si hledat informace o té výživě, že není dobrý, abych jako nejedla.*“ Participantka se začala věnovat sportu a hledala vášeň někde jinde než v tomto onemocnění, své myšlenky začala zaneprazdňovat informacemi o zdravém životním stylu a začala se věnovat kulturistice a posilování. Zkušenost s tímto onemocněním bere jako ponaučení a už nikdy by se s ním nechtěla potýkat.

S názory předchozích participantek se shoduje i poslední participantka, která si uvědomila, že s tímto onemocněním nechce žít, protože to není řešení. P3: „...*že se takhle nedá žít.*“ Chtěla se sebou něco začít dělat, aby nemoc neovlivňovala celý její život. P3: „...*musím se sebou něco začít dělat...*“ Postupně také došla k názoru, že se člověk musí vypořádat s touto nemocí sám. P3: „*člověk dojde k tomu, že musí chtít sám se s touto nemocí poprat.*“ Občas se zachytila při myšlení na to, že by chtěla být zase hubenější. P3: „*Občas jsem se někdy zachytila přitom, jak myslím na to, že bych chtěla být zase hubenější, ale nenapadlo by mě už jít do toho tímto způsobem.*“ K onemocnění by se už nechtěla vrátit, protože si uvědomuje, že je to nelehké onemocnění, které zasahuje do psychiky člověka. P3: „*Nikdy bych se už k této nemoci nechtěla vrátit, protože mě to strašně změnilo celkově i způsob myšlení...*“ Teď si participantka velice užívá jídlo, které ji předtím dělalo velké potíže. P3: „*Já prostě miluju jídlo...*“

Závěr: Pro participantky nebylo lehké se z onemocnění dostat, všechny participantky měly stejný názor na to, že se člověk z tohoto onemocnění musí dostat sám. Léčba v nemocnici jim nepřinesla příliš velký účinek, museli ještě dlouho nemoc sami s pomocí odborníků překonávat, kdy nakonec došlo k úplnému vyléčení. Nyní jsou participantky plně vyléčeny.



## 6 DISKUZE

Poslední kapitola této práce je věnována shrnutí výsledků, které jsme získali kvalitativním výzkumem technikou rozhovorů. Cílem je odpovědět si na stanovené výzkumné otázky, které byly vytvořeny na začátku výzkumu.

Hlavním cílem této práce bylo popsat a analyzovat zkušenosti dospívajících dívek a mladých dospělých žen s poruchou příjmu potravy. Na základě této otázky byly stanoveny další dílčí cíle. V tomto výzkumu byli pouze tři participanti, takže se tento výzkum nedá zobecňovat na všechny osoby, které byly diagnostikovány s poruchou příjmu potravy. Zkušenost s poruchou příjmu potravy je pro každého zcela individuální, jsou určité znaky, které se dají použít na jakoukoliv osobu, která si prošla poruchou příjmu potravy.

První dílčí byl **zjistit, jak participanti popisují svoji zkušenost s poruchou výživy.**

Porucha výživy znamená narušení jídelního chování, při němž dochází k nedostatku živin. Mentální anorexie je důsledkem diety, která vyplývá z nespokojenosti s tělesnou hmotností. Mentální anorexie se také vyznačuje změnou jídelních návyků, kdy dochází k postupné restrikci jídla.

Odmítání jídla při mentální anorexii způsobuje značně lepší náladu než příjem potravy. Kontrola nad potravou jim způsobuje značný pocit nadvlády. Participantky charakterizovaly, že jedly co nejméně to šlo. Postupem času došly k velmi velké restrikci potravy, protože každé jídlo jim připomínalo, že by mohly rychle nabrat hmotnost. Z analyzovaných rozhovorů je patrné, že poruchy příjmu potravy začínají velmi nenápadně. V případě našich participantek, které chtěly zhubnout pár kilo nebo začít zdravým životním stylem, se z nevinného pohrávání si s jídlem postupně stává problém, který je definován jako „přepnutí“, kdy je dosažená váha stále nedostatečná, začíná být zvýrazňován hlad a jeho nepocitování, stejně jako chuť. Dívka přestává myslet na cokoliv jiného, hubnutí se pro ni stává centrem života. Odmítání jídla při mentální anorexii způsobuje značně lepší náladu než příjem potravy. Kontrola nad potravou jim způsobuje značný pocit nadvlády.

Autoři výzkumu Fitzsimmons-Craft et al. šli dále a snažili se zjistit, jak nemocní s mentální anorexií rozpoznají své onemocnění. Autoři tohoto výzkumu rozdělují příznaky do třech podkategorií, první je mentální anorexie jako součást identity, kdy u nemocných dochází k přirovnávání mentální anorexie jako součást jejich identity. Další podkategorií je mentální anorexie jako zvládání situace různých psychologických a vnějších vlivů. Třetí, poslední

podkategorií je odmítání výskytu onemocnění, přičemž nemocní si myslí, že odmítání potravy není závažná situace, se kterou by se měli nějakým způsobem léčit. Uvědomují si nějaké příznaky tohoto onemocnění, ale nechťejí si přiznat, že jsou vážně nemocní. Mezi spouštěcí faktory tohoto onemocnění patří stres ze školy, narážky na vzhled z vnějšího okolí, ztráta rodinného příslušníka, nespokojenost s vnějším vzhledem, dospívání, sexuální zneužití, nesprávné postupy při hubnutí, přísné diety a spousty dalších. (Fitzsimmons-Craft et al., 2015, str. 929-930)

Jako druhý dílčí cíl jsme se snažili zjistit, jak participantky popisují **důsledky onemocnění mentální anorexie**. Důsledky tohoto onemocnění byly z analýzy velice rozmanité jak v rovině psychické, tak i fyzické a společenské. Participantky trpěly významnými fyzickými změnami a mnohými zdravotními problémy, suchou kůží, vypadávání vlasů a ztráta menstruace popisuje výzkum Espíndola a Blay (2009, str. 75-76).

Nejvíce zasaženou oblastí při tomto onemocnění jsou sociální vztahy. Postupně dochází k narušení vztahů v samotné rodině, při němž dochází k určitému odcizení od rodiny, rodina se snaží toto onemocnění pochopit a pomáhat, ale dle názoru participantek ho zcela nechápou. Výzkum Rowa, Keriga a Gellera dokazuje, že při vývoji mentální anorexie dochází k přerušení pouta mezi rodiči a pacienty s tímto onemocněním, ale tento problém řešilo relativně málo výzkumů. Pacienti s mentální anorexií souhlasili s tím, že měli problémy se vztahem k rodičům. Rodiče pacientů s mentální anorexií měli úplně jiný pohled na tento problém. (Rowa, Kerig a Geller, 2001, str. 107-110)

Kromě významných fyzických změn a změn v oblasti psychiky, participantky udávaly jako velký důsledek onemocnění sociální izolaci, docházelo jak k narušení vztahů mezi přáteli, tak i doma s rodiči. Mezi negativní aspekty tohoto onemocnění se řadí spleť myšlenek a pocitů, které mají negativní charakteristiky. Mezi negativní zkušenost se řadí samota, posedlost a pocit nadvlády tohoto onemocnění. Posedlost způsobuje myšlenky ohledně jídla, kdy jsou pacientky velmi tvrdohlavé a striktní důsledkem tohoto patologického chování. Samota vzniká důsledkem sociální izolace. Sociální izolace v souvislosti s anorexií dokazuje výzkum Rance, Clarke a Mollerové, kteří popisují že povaha mentální anorexie souvisí s izolací. Jedním z klíčových element, je to, že se nemocní s mentální anorexií cítí jinak než lidé, kteří mentální anorexií neprožívají. Také se cítili izolováni z důsledku neporozumění mentální anorexií, co se společnosti týče. (Rance, Clarke a Moller, 2017, str. 130-131)

Třetí dílčí cíl se snažil **zjistit zkušenosti participantek s léčbou onemocnění**.

Pacienti s poruchou příjmu potravy jsou nelehkou skupinou pro lékařský a nelékařský tým odborníků. Příčina těchto onemocnění není zcela jasná, podílí se na ní spousta faktorů biologických, rodinných, emocionálních a sociálně kulturních. Participantky výzkumu nebyly spokojeny s léčbou onemocnění v nemocničním zařízení, léčba jim přišla zaměřená pouze na léčbu symptomů a samotný příjem potravy. Dle názoru participantek je však úplně pomíjeno psychické zdraví a zaměření na motivaci pacientů. Všechny participantky se shodly na názoru, že člověk, aby se kompletně vyléčil z tohoto onemocnění, musí chtít sám. Během této dlouhé a náročné léčby je důležité, aby si pacienti přiznali své onemocnění, protože tím dochází k lepšímu překonávání relapsů onemocnění.

Studie Abbate-Daga et al. zdůrazňuje, že na počátku léčby by se mělo pracovat s motivací pacientů ke změně a zachytit ji na samém počátku léčby. Samotné participantky tohoto výzkumu však vidí největší sílu v nich samých. Nejdůležitějším prvkem pro ně bylo, že se chtěly samy z tohoto onemocnění dostat a nespoléhat na odborníky, i když jim byli v první fázi léčby k dispozici, ale spíše to byl pro ně negativní zážitek, který by jim nepomohl k překonání nemoci. (Abbate-Daga et al., 2013, str. 6-8)

## ZÁVĚR

V bakalářské práci s názvem „Poruchy příjmu potravy u dospívajících dívek a mladých dospělých žen“ byla popsána teoretická a praktická část bakalářské práce.

Teoretická část práce obsahovala informace o poruchách příjmu potravy, které jsme rozdělili na mentální anorexii a mentální bulimii, jejich etiologii, tělesné komplikace a léčbu. Dalším tématem byla specifika těchto onemocnění u dospívajících dívek a mladých dospělých žen, která obsahovala formulaci adolescence, příznaky, poruchy příjmu potravy a školu a jako poslední specifika léčby. Dále byla popsána ošetrovatelská péče o nemocné s poruchou příjmu potravy, což zahrnuje role sestry v různých situacích, které jsou s poruchami příjmu potravy spojovány. Z teoretických východisek jsme stanovili otázky ke kvalitativnímu výzkumu.

Praktická část obsahovala výsledky výzkumu, který byl prováděn kvalitativní metodou pomocí rozhovorů. Rozhovory probíhaly s mladými ženami, které byly diagnostikovány s mentální anorexií. Hlavním cílem této práce bylo popsat a analyzovat zkušenosti s poruchou příjmu potravy. Dále jsme stanovili tři dílčí cíle, které jsou popsány v praktické části práce.

Téma této práce není zcela obvyklé pro obor ošetrovatelství, protože se klade větší důraz na jiná onemocnění, se kterými se můžeme častěji během praxe a výkonu povolání setkat. Je důležité tomuto tématu věnovat určitou pozornost, protože při setkání s těmito nemocnými je důležité mít na vědomí, že tato onemocnění neznamenají pouze fyzickou změnu v tělesné hmotnosti, ale také psychickou dysfunkci.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- ABBATE-DAGA, Giovanni et al., 2013. Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: a clinical overview. *BMC Psychiatry* [online]. **13**(249), 1-18 [cit. 2020-05-22]. Dostupné z: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-294>
- ANASTASIADOU, Dimitra et al., 2014. A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behaviors* [online]. **15**(3), 464-477 [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://www-sciencedirect-com.proxy.k.utb.cz/science/article/pii/S1471015314000816>
- BABIAKOVÁ, Mira, Eva MARKOVÁ a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 8024711516.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-467-2.
- BROCKMEYER, Tim. et al., 2012. Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry* [online]. **53**(5), 496-501 [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: <https://www-sciencedirect-com.proxy.k.utb.cz/science/article/pii/S0010440X1100188X>
- DAVIES, Nicola, 2017. The role of the nurse in eating disorder recovery. *Independent Nurse* [online]. [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <https://www.independentnurse.co.uk/clinical-article/the-role-of-the-nurse-in-eating-disorder-recovery/152976/>
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
- ESPÍNDOLA, Cybele Riberio a Sergio Luís BLAY, 2009. Anorexia Nervosa's Meaning to Patients: A Qualitative Synthesis. *Psychopathology* [online]. **42**(2), 69-80 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://search-proquest-com.proxy.k.utb.cz/docview/233345885?accountid=15518>
- FITZSIMMONS-CRAFT, Ellen E. et al., 2015. Restrictive Eating in Anorexia Nervosa: Examining Maintenance and Consequences in the Natural Environment. *International Journal of Eating Disorders* [online]. **48**(7), 923-931 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy.k.utb.cz/doi/full/10.1002/eat.22439>
- FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ, 2013. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum. ISBN 9788024622477.
- GASKILL, Deanne a Fran SANDERS, 2000. *The Encultured Body: Policy implications for healthy body image and disordered eating behaviours* [online]. Canberra: Publications & Printing Unit, Queensland University of Technology, Brisbane [cit. 2020-05-14]. ISBN 1-86435-4860. Dostupné z: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED459385.pdf#page=92>

GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4718-682

HORT, Vladimír a kol., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-802-4629-988.

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, 2015. Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **16**(1), 11-13 [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201501-0003\\_Poruchy\\_prijmu\\_potravy-spoluprace\\_psychiatra\\_s\\_pediatrem\\_a\\_gynekologem.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201501-0003_Poruchy_prijmu_potravy-spoluprace_psychiatra_s_pediatrem_a_gynekologem.php)

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

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

LASK, Bryant a Rachel BRYANT-WAUGH ed., 2013. *Eating Disorders in Childhood and Adolescence* [online]. 4th ed. London and New York: Routledge [cit. 2019-09-23]. ISBN 978-0-203-07641-5.

MALMENDIER-MUEHLSCHLEGEL, Anja et al., 2016. Quality of friendships and motivation to change in adolescents with Anorexia Nervosa. *Eating Behaviors* [online]. **22**, 170-174 [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com.proxy.k.utb.cz/science/article/pii/S1471015316300903>

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava a Martina KALEDOVÁ, 2019. Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie, nejzávažnější somatické a metabolické komplikace. Způsoby realimentace Shrnutí 30leté praxe z metabolického pohledu internisty. *Česko – Slovenská pediatrie* [online]. **74**(5), 290-300 [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <http://search.ebsco-host.com.proxy.k.utb.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=138591887&lang=cs&site=ehost-live>

NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-807-2046-577.

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

PAPEŽOVÁ, Hana et al., 2018. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2018. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, (2017). *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta. ISBN 978-808-8163-466.

RANCE, Nicola, Victoria CLARKE a Naomi MOLLER, 2017. The anorexia nervosa experience: Shame, Solitude and Salvation. *Counselling and Psychotherapy Research* [online]. **17**(2), 127-136 [cit. 2020-05-27]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.proxy.k.utb.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=3d73490d-7928-4486-a47f-65a5054ce3bc%40pdc-v-sessmgr06>

RIENECKE, Renee D., 2017. Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* [online]. **8**, 69-79 [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5459462/>

ROWA, Karen, Patricia K. KERIG a Josie GELLER, 2001. The Family and Anorexia Nervosa: Examining Parent±Child Boundary Problems. *European Eating Disorders Review* [online]. **9**, 97-114 [cit. 2020-05-27]. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy.k.utb.cz/doi/abs/10.1002/erv.383>

SANDERS, Renata Arrington, 2013. Adolescent Psychosocial, Social, and Cognitive Development. *Adolescent Medicine* [online]. **34**(8), 354-359 [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://europepmc-org.proxy.k.utb.cz/article/med/23908362>

SERIN, Yeliz a Nevin SANLIER, 2018. Emotional eating, the factors that affect food intake, and basic approaches to nursing care of patients with eating disorders. *Journal of Psychiatric Nursing* [online]. **9**(2), 135-146 [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: [https://apps- webof-knowledge-com.proxy.k.utb.cz/full\\_record.do?product=WOS&search\\_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=C31A1VQqfWa7ap53D9&page=1&doc=1](https://apps- webof-knowledge-com.proxy.k.utb.cz/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=C31A1VQqfWa7ap53D9&page=1&doc=1)

SHAPIRO, Collen. M., 2011. *Eating Disorders : Causes, Diagnosis and Treatments* [online]. New York: Nova Science Publishers [cit. 2019-09-22]. ISBN 978-1-62257-225-0.

SCHUB, Tanja a Debra A. SCHIEBEL, 2018. Anorexia Nervosa. *Quick Lesson* [online]. [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.proxy.k.utb.cz/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T700322&site=nrc-live>

SCHUB, Tanja a Nathalie SMITH 2018. Anorexia Nervosa: Treatment Types. *Cinahl Information System* [online]. 1-4 [cit. 2020-01-31]. Dostupné z: <http://search.ebsco-host.com.proxy.k.utb.cz/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T703621&site=nrc-live>

ŠIMOVCOVÁ, Darina, 2015. *Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s poruchami duševného zdravia*. Ve Zlíně: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-807-4545-153.

VERSCHUEREN, Margaux. et al. 2019. Eating Disorder Symptomatology in Adolescent Boys and Girls: Identifying Distinct Developmental Trajectory Classes. *Journal of Youth and Adolescence* [online]. **49**, 410-426 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10964-019-01174-0#citeas>

VOELKER, Dana K. a Christy GREENLEAF, 2015. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* [online]. **6**, 149-158 [cit. 2020-05-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.k.utb.cz/pmc/articles/PMC4554432/>

WHO/ÚZIS ČR, 2018. PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ (F00–F99): Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50–F59). *ÚZIS ČR* [online]. [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>



## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BMI Body Mass Index

EKG Elektroardiografie

P1 Participant č. 1.

P2 Participant č. 2.

P3 Participant č. 3.

## SEZNAM PŘÍLOH

P I – Otázky rozhovoru

## **PŘÍLOHA P I: OTÁZKY ROZHOVORU**

1. Když se řekne porucha výživy, co to pro vás znamená?
2. Jaké byly varovné signály, že trpíte tímto onemocněním?
3. Jaké byly vaše pocity a myšlenky, když jste zjistila, že máte poruchu příjmu potravy?
4. Jaké byly důsledky onemocnění pro vás osobně?
5. Jaké byly důsledky onemocnění v rodině – jak poruchy příjmu potravy ovlivňují vztahy v rodině?
6. Jak poruchy příjmu potravy ovlivňují fungování v sociálním kontextu?
7. Jakou jste podstoupila léčbu pro léčení závislosti?
8. Jak jste byla spokojena s informacemi?
9. Jak jste byla spokojena s přístupem?
10. Jaké důsledky pro vás léčba měla? – zjistit, jak pacientky v současné době vnímají své onemocnění
11. Co pro vás bylo největší oporou při zvládnání nemoci?