

# Zkušenosti adolescentů s poruchami příjmu potravy

Denisa Nesňalová

---

Bakalářská práce  
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Denisa Nesňalová
Osobní číslo:	H18123
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální pedagogika
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Zkušenosti adolescentů s poruchami příjmu potravy

### Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti období adolescence, poruch příjmu potravy, jejich projevů a důsledků.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shnutí a doporučení pro praxi.

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

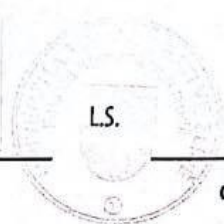
**Seznam doporučené literatury:**

- KRCH, František, 2005. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada. ISBN 80-2470-840-x.  
MCGREGOR, Renee, 2019. Ortorexie: posedlost zdravou stravou. Praha: Dobrovský. ISBN 978-80-7390-968-0.  
NOVÁK, Michal, 2010. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravin. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-7204-657-7.  
PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2017. Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat. Libčice nad Vltavou: Pasparta. ISBN 978-80-88163-46-6.  
ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2010. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Iva Staňková, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **27. ledna 2021**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2021**

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**  
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 27. ledna 2021

## 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 ÚTB 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 užit 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 24.3.2021

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 nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být už nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení 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 rozmnoženky.*

(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 nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, učině-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). *Odptvá-li autor takového díla věštit svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo učit 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 vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se příkladně kvýší výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy u adolescentů. Teoretická část je rozdělena do 6 kapitol. První kapitola se zabývá vysvětlením pojmu adolescence, druhá kapitola obeznámuje s pojmem kvalita života. Třetí kapitola pojednává obecně o poruchách příjmu potravy, čtvrtá kapitola obeznámuje s mentální anorexií, jejími příznaky, léčbou, zdravotními a psychologickými důsledky. Pátá řeší mentální bulimii, příznaky, zdravotní důsledky a léčbu. Poslední kapitola teoretické části rozebírá ortorexii jako nejméně probádanou poruchu příjmu potravy. Praktická část této práce zkoumá pomocí kvalitativního výzkumu poruchy příjmu potravy ve vztahu k adolescentům.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, ortorexie, adolescenti, kvalita života

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with eating disorders in adolescents. The theoretical part is divided into 6 chapters. The first chapter deals with the explanation of the concept of adolescence, the second chapter introduces the concept of quality of life. The third chapter deals with eating disorders in general. The fourth chapter introduces mental anorexia, its symptoms, treatment, health and psychological consequences. The fifth addresses bulimia nervosa, symptoms, health consequences and treatment. The last chapter of the theoretical part discusses orthorexia as the least studied eating disorder. The practical part of this work examines through qualitative research eating disorders in relation to adolescents.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, mental bulimia, orthorexia, adolescents, quality of life

## **Poděkování**

Zde bych ráda poděkovala své vedoucí práce PhDr. Ivě Staňkové, Ph.D., za odborné a laskavé vedení při konzultacích a vypracování bakalářské práce.

Motto: *„Cílem vzdělání a moudrosti je, aby člověk viděl před sebou jasnou cestu života, po ní opatrně vykračoval, pamatoval na minulost, znal přítomnost a předvídal budoucnost.“*

Jan Amos Komenský

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

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 ADOLESCENCE.....</b>	<b>12</b>
<b>2 KVALITA ŽIVOTA.....</b>	<b>14</b>
<b>3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>16</b>
3.1 PŘÍZNAKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	17
3.2 SPOLEČENSKÉ A PSYCHICKÉ DŮSLEDKY PPP.....	17
3.3 PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	18
3.4 INTERVENCE.....	19
3.5 LÉČBA PPP U ADOLESCENTŮ.....	19
3.6 PREVENCE PPP.....	20
<b>4 MENTÁLNÍ ANOREXIE .....</b>	<b>21</b>
4.1 PŘÍZNAKY MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	21
4.2 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	22
4.3 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	22
4.4 PSYCHICKÉ A SPOLEČENSKÉ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	23
<b>5 MENTÁLNÍ BULIMIE .....</b>	<b>24</b>
5.1 PŘÍZNAKY MENTÁLNÍ BULIMIE .....	25
5.2 ZDRAVOTNÍ A PSYCHICKÉ DŮSLEDKY .....	25
5.3 LÉČBA MENTÁLNÍ BULIMIE.....	26
<b>6 ORTOREXIE.....</b>	<b>27</b>
6.1 PŘÍZNAKY ORTOREXIE.....	28
6.2 DŮSLEDKY ORTOREXIE .....	28
6.3 LÉČBA ORTOREXIE .....	29
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>30</b>
<b>7 VÝZKUM.....</b>	<b>31</b>
7.1 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY .....	33
7.2 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	33
7.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	35
<b>8 ANALÝZA DAT.....</b>	<b>37</b>
8.1 KATEGORIE: PROBLÉMY SPOJENÉ S PPP ANEB NESNÁŽE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	39
8.2 KATEGORIE: VZTAH K OKOLÍ ANEB (NE)POTŘEBA SOCIÁLNÍHO KONTAKTU .....	40
8.3 KATEGORIE: RODINA ANEB RODINA JE ZÁKLAD .....	41



8.4	KATEGORIE: STRATEGIE ANEB CESTA K CÍLI .....	42
8.5	KATEGORIE: STRAVOVACÍ NÁVYKY ANEB JÍDLO JAKO POSEDLOST .....	44
8.6	KATEGORIE: POHYB ANEB POHYB JAKO HNACÍ MOTOR .....	45
8.7	KATEGORIE: VYŘEŠENÍ PROBLÉMU ANEB ŠŤASTNÝ KONEC .....	46
<b>9</b>	<b>PARADIGMATICKÝ MODEL .....</b>	<b>48</b>
<b>10</b>	<b>SHRNUTÍ.....</b>	<b>51</b>
10.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	52
10.2	DISKUZE.....	52
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>54</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>55</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>57</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>58</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>59</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>60</b>

## ÚVOD

Tématem této bakalářské práce jsou zkušenosti adolescentů s poruchami příjmu potravy (dále též PPP). Tyto poruchy se čím dál více objevují v naší společnosti a jsou závažným jevem, který s sebou nese zdravotní, psychické a sociální problémy. Proto si myslím, že je potřeba je dostávat více do povědomí, aby o nich lidé získali dostatek informací. Skrze tuto práci bych ráda čtenáře seznámila s pozadím těchto onemocnění a zkušenostmi adolescentů s poruchami příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy jsem jako téma bakalářské práce zvolila z několika důvodů. Prvním důvodem byl můj subjektivní zájem o tuto problematiku. Celý život se věnuji sportu a poslední 3 roky fitness, kde se tyto onemocnění rovněž často objevují a ortorexie je zde častokrát brána jako běžná věc. Dalším důvodem je, že ve volném čase se vzdělávám v oblasti udržitelného, zdravého životního stylu. Z tohoto důvodu jsem chtěla hlouběji prozkoumat danou problematiku. Mám i vlastní zkušenost s tímto onemocněním, kdy jsem sama v určitém období života byla jen kousek od ortorexie. Také mám kamarády v mém blízkém okolí, kteří si některými z onemocnění již prošli nebo jimi procházejí. Proto tuto problematiku neberu na lehkou váhu.

Bakalářská práce je rozdělena na 2 části. V teoretické části jako první přibližuji pojmy adolescence či kvalita života a poté se postupně ubírám k jednotlivým druhům poruch příjmu potravy, v mé práci konkrétně anorexii, bulimii a ortorexii a ty následně podrobněji probírám. Popisuji jejich příčiny, příznaky, léčbu, prevenci a společenské, psychické a zdravotní důsledky.

Výzkum v praktické části byl realizován formou polostrukturovaných rozhovorů. Cílem výzkumu bylo zjistit průběh a dopad nemoci na život jedinců, a to jak po stránce zdravotní, tak i v oblasti sociálních vazeb. Tyto rozhovory proběhly s 5 dívkami a 1 chlapcem ve věku 22-24 let, kteří se chtěli zúčastnit výzkumu a v posledních 5 letech prodělali jednu či více poruch příjmu potravy. Rozhovory byly následně analyzovány pomocí otevřeného a axiálního kódování.

Věřím, že tato práce může být přínosem a přinést pohled na danou problematiku z pohledu jedinců, kteří si tímto sami prošli a mohou vidět toto onemocnění z jiného úhlu.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ADOLESCENCE

Termín adolescence pochází z latinského slovesa *adolescere*, což v překladu znamená dorůstat, dospívat, mohutnět. Jako termín označující určité období života člověka bylo toto slovo poprvé použito v 15. století (Muuss, 1989 in Macek 2003). Označení adolescenti se v českém jazyce často zaměňuje za pojmy dospívající, dorost nebo mládež. Adolescence nejčastěji probíhá od 15 do 20(22) let. Začátek adolescence je charakteristický plnou reprodukční zralostí a v jejím průběhu dochází k ukončení tělesného růstu. Toto životní období se rozděluje do tří fází. Na časnou adolescenci 10(11) -13let, střední adolescenci 14-16 let a pozdní adolescenci 17-20(22) let, popřípadě i mnohem déle. Každá z těchto etap se vyznačuje určitými charakteristikami. Pokud například srovnáme dvanáctiletého a devatenáctiletého adolescenta, uvidíme, jak velké změny se odehrávají v tomto období. Adolescence tvoří rádobu most mezi dětstvím a dospělostí. Má za úkol dokončit pohlavní dozrávání, fyzický a duševní růst a sociální učení. Sebereflexe a seberegulace nabývají pro adolescenty významné hodnoty. V tomto období by mělo dojít k přijetí vlastního těla, fyzických změn, pohlavní zralosti a pohlavní role. Dosáhnout kognitivní komplexity, flexibility a abstraktního myšlení. Člověk by měl umět uplatnit emocionální a kognitivní potenciál ve vztazích s vrstevníky a mít schopnost a dovednost vytvářet a udržovat vztahy s nimi. Mění se vztah k dospělým – vzájemný respekt a kooperace nahrazuje emocionální závislost. Adolescent získává představy o ekonomické nezávislosti a směřuje k určitým jistotám – k volbě povolání, získání základní profesní klasifikace, ujasnění představ o budoucím povolání. Získává první erotické zkušenosti, připravuje se pro partnerský a rodinný život. Rozvíjí se jeho intelekt, emocionalita, nabývá kompetencí pro sociálně zodpovědné chování. Ujasňuje si budoucí priority, hierarchii hodnot, stabilizuje si vztah ke světu a k životu (Macek, 2003).

Co se týče problémů s chováním, tak jednotlivé druhy chování lze rozlišit na problémové chování, kdy jedincovo chování je sociálně definováno jako problém, je nepřijatelné vzhledem k normám společnosti (opisování, zapomínání pomůcek). Disociální chování je společensky nepřiměřené, překračuje hranici normy, ale lze jej eliminovat pomocí pedagogicko-výchovných nástrojů (neposlušnost, zlozvyky). Asociální chování je nespolečenské chování, které neodpovídá mravním hodnotám dané společnosti, ale nedochází k ničení společenských hodnot. U Antisociální chování se vyskytují výraznější formy patologie ve vztahu k okolí. Je to uvědomované protispolečenské chování (krádeže, vandalismus, šikana). Posledním druhem chování je delikventní chování, které zahrnuje

chování, které překračuje hranice sociálních norem, jež jsou chráněny zákony a předpisy. Delikventní chování se může objevovat jednorázově nebo na pravidelní bázi. Některé z těchto činů jsou považovány za přestupky a některé za závažně trestné akty (Čech, 2017).

Adolescence je citlivé období pro rozvoj rizikového chování. Tento pojem je definován jako *takové chování jedince nebo skupiny, které zapříčiňuje prokazatelný nárůst sociálních, psychologických, zdravotních vývojových, fyziologických a dalších rizik pro jedince, pro jeho okolí anebo pro společnost* (Čech, 2017, s.33). Mezi typy rizikového chování patří záškoláctví, šikana a extrémní projevy agrese, rizikové sporty, rizikové chování v dopravě, rasismus, xenofobie, sexuální rizikové chování, poruchy příjmu potravy a další (Čech, 2017). V průběhu adolescence se zvyšuje vliv vrstevníků. Škola je po rodině druhým nejvýznamnějším socializačním činitelem, který ovlivňuje vztahy, osobnost, každodenní zkušenosti dospívajících. Třetím socializačním faktorem jsou masmédiá (Macek, 2003).

První místo ohledně problémů adolescentů zaujímá škola, druhou častou oblastí byly problémy s financemi – pokud má adolescent dostatek financí, tak zaujímá vysokého postavení ve vrstevnické skupině. Často opakované byly také problémy s partnerkou, partnerem či rodiči. Jedinci si stěžovali na nedostatek soukromí doma nebo na zdravotní problémy, které je trápily. Mezi nejčastější způsoby zvládnání náročných situací patřily racionální strategie. Například snaha o uklidnění, racionální rozbor dané situace a hledání nového řešení (Macek, 2003).

## 2 KVALITA ŽIVOTA

Ústava světové zdravotnické organizace definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické, a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...“ (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s.11). Tato definice nám říká, že nástroje pro měření zdraví musí obsahovat nejen ukazatele změn ve frekvenci a vážnosti nemoci, ale také odhad celkové spokojenosti (Vaňurová, Mühlpachr, 2005). WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s.11). První faktory ovlivňující kvalitu života vymezil W. Forester. Mezi faktory patří zabezpečení potravinami, finance, zabezpečující životní standard, stav znečištění životního prostředí a hodnota růstu počtu obyvatel. Toto vymezení upřesnila a rozšířila OSN roku 1961, kdy došlo k přijetí 12 faktorů, jež byly označeny jako „podmínky života“. Stav ochrany zdraví, životní prostředky, vzdělání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty, osobní svoboda (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Dále rozdělujeme subjektivní a objektivní dimenze kvality života. *V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení QOL jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka* (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 17). Objektivní kvalita života zahrnuje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Můžeme ji definovat jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a enviromentálních podmínek, které ovlivňují život jedince. Zatímco subjektivní kvalita života obsahuje osobní vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Spokojenost člověka závisí na jeho cílech, očekáváním a zájmech (Vymětal, 2001 in Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Kvalitu života lze členit na vnější a vnitřní činitele. Mezi vnitřní činitele patří somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či defektivitami. Spadají zde také všechny aspekty, jež ovlivňují rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného. Vnější činitelé jsou charakterističtí tím, že představují podmínky jejich existence. Jsou to ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory. Tato oblast je obsahově stejná jako objektivní dimenze. Světová zdravotnická organizace (WHO) rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze

lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum či postižení. První oblastí je fyzické zdraví a úroveň samostatnosti. Ta zahrnuje energii, únavu, bolest, odpočinek, mobilitu, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat. Druhou oblastí je psychické zdraví a duchovní stránka. Pojímá sebepojetí, pozitivní a negativní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť. Třetí oblastí jsou sociální vztahy, mezi které patří osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita. Poslední je prostředí tedy finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, fyzikální prostředí (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Do měření kvality života u adolescentů jsou zahrnuty psychologické a společenské aspekty. Pozornost se rovněž zaměřuje na zdraví v mnoha úrovních, jedincovy postoje, společenské faktory jako škola či zaměstnání, strukturální faktory jako výška příjmu, vzdělávací a pracovní možnosti. Častokrát se výzkum kvality omezuje pouze na jednu nebo na dvě výše zmíněné úrovně, jejich vzájemný vztah ale není brán v potaz. Výzkumy umožňují souhrnný pohled na adolescenty, jejich rodiče, pečovatele, vládní odborníky, kteří hodnotí zdraví adolescentů. Profil kvality života adolescentů byl vytvořen v roce 1995 „Centrem pro podporu zdraví“ v Ontariu na základě přímých rozhovorů s adolescenty a rozboru literatury, která se zabývá touto problematikou (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

### 3 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Počet lidí, kteří trpí poruchami příjmu potravy se neustále zvyšuje. Tato onemocnění se stávají velmi diskutovanými mezi odbornou veřejností a jedná se o složitou otázku soudobého světa, která je radikální reakcí na osobní problémy (Marádová, 2007).

Postoje k jídlu jsou výsledkem mnoha vnitřních i vnějších faktorů. Za normální postoj považujeme, když jedinec bere potravu k uspokojení základních fyziologických potřeb. Přitom dochází k plnění psychologických a sociálních funkcí jídla. Nepřejídá se, nezavrhne potravu ani ji neznehodnocuje (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Do skupiny osob trpících poruchami příjmu potravy spadá rozmanité množství lidí, kdy každý průběh nemoci může probíhat zcela odlišně. Procentuální úspěšnost vyléčených je vysoká, ale i navzdory tomuto je onemocnění velmi nebezpečné a často zanechává důsledky, které si jedinec nese po zbytek života. Podle dostupných dat je úmrtnost anorexie mezi 2 až 8 %, u bulimie 0 % až 2 %. 50 % žen trpících anorexií se vyléčí a 2/3 s bulimií se zcela vyléčí. Mimo jiné alkohol a drogy představují značné riziko pro bulimičky. Mentální anorexie se objevuje 10 % - 20 % častěji u žen než u mužů. S mentální bulimií bojuje přibližně každá dvacátá dospívající dívka v naší republice (6 %). Mentální anorexie se vyskytuje méně a zasáhne 1 % mladých dívek (Marádová, 2007). Pokud má jedinec v rodině někoho, kdo trpí jedním z výše uvedených onemocnění, nejčastěji matka nebo sestra, tak vzrůstá riziko výskytu tohoto onemocnění u členů rodiny ženského pohlaví. Zrádné je u těchto poruch, že se rozvinou nenápadně a pomalu a ztrácejí se v nevhodných stravovacích návycích vrstevníků a rodiny. Začátek mentální anorexie bývá mezi třinácti až dvaceti lety, u mentální bulimie mezi šestnácti až pětadvaceti lety. Není vyloučené rozvinutí poruchy v pokročilejším věku (Marádová, 2007). Dospívání je značně rizikové období pro rozvoj poruch příjmu potravy. Během školního věku dochází k velkým změnám ohledně přístupu k vyvíjejícímu se tělu a k vývinu stravovacích návyků. Během vývinu dochází k velkým změnám hlavně u dívek, kdy mnohdy musejí čelit nevhodným komentářům z okolí, a ne příliš příjemným zkušenostem (Marádová, 2007).



### 3.1 Příznaky poruch příjmu potravy

Mezi příznaky patří **změny v jídelníčku**, kdy jedinec ze svého jídelníčku vyřadí pokrmy kaloricky vydatné nebo „nezdravé“. Svůj zákaz postupně uplatňuje na další pokrmy jako například bílé pečivo či knedlíky. Jakmile všechny „zlé“ potraviny vyřadí zbydou mu jen ty s nápisem „light“. Po změnách v jídelníčku přicházejí **změny ve stravovacím režimu**. Lidé trpící poruchami příjmu potravy se vyhýbají často hlavním jídlům pomocí nepřeborného množství výmluv a podvodů. Předstírají, že již jedli, či nemají zrovna čas. Nemocní se neustále **srovnávají s ostatními**, a to i během konzumace jídla. Požadují mít, co nejmenší porce. Žvýkají žvýkačky či kouří. Dalším příznakem, že není něco úplně v pořádku je, když dochází k velmi **pomalému a zdlouhavému jedení**. Nemocní v jídle dlouho přebírají, co vůbec sní a co ne. Potraviny na talíři si krájí na co nejmenší kousky. Argumentují tím, že si jídlo chtějí vychutnat nebo jíst v klidu. Naopak bulimičky se liší v tom, že jí velice rychle a vše hltají. U nemocných dochází ke **změně chuti**, lidé často hodně solí a pijí kávu. Zapijí vodou hlad či velmi málo pijí, což může vést k dehydrataci. Po jídle se jim častokrát udělá špatně. Člověk se pokouší o **izolaci od společnosti**, odmítá konzumovat jídlo mezi vícero lidmi, snaží se vyvarovat pohledům na sebe a připravit si jídlo s co nejmenším obsahem kalorií, po němž říkají, že jsou velice přejedení, přitom se jedná jen o jedno jablko či rohlík. Mimo jiné se snaží **být pořád v pohybu** (denně i několika kilometrové vycházky) potit se, spalovat kalorie, cvičit několik hodin denně. Je pro ně těžké se uvolnit, soustředit se. Čím jsou hubenější, tím přichází větší únava a vyčerpání. Jsou **posedlí svou postavou a váhou**. Váží se denně nebo se vážení vyhýbají. Nosí volné oblečení, aby skryli své tělo nebo naopak upnuté, aby zvýraznili svou hubenost. S poruchami se pojí **zdravotní problémy** jako zácpa, ztráta nebo porucha menstruačního cyklu, padání vlasů a zhoršení jejich kvality, zimomřivost (Marádová, 2007).

### 3.2 Společenské a psychické důsledky PPP

Psychické rozpoložení jedince je závislé na tělesné hmotnosti a úspěšnosti sebekontroly. Pokud člověk není příliš spokojený se svou hmotností a neschopný naprosto kontrolovat své chování to vede k podráždění a v některých případech k depresi. Na začátku anorexie z osob srší sebevědomí a jsou spokojeny s tím, jak vypadají. Během bulimie i anorexie postupně přibývá pochybností a úzkostí. I menší problémy se zdají být velkými a těžko řešitelnými. Jejich mysl se soustřeďuje pouze na jídlo, mají chuť se přejídat a jíst sladké. Osoby trpící poruchami příjmu potravy se snaží sami sebe úzkostlivě kontrolovat, což přenesou na jiné

oblasti života. Například myjí pořad nádobí, uklízí celou domácnost, vaří, ostatní členy domácnosti vykrmují. Nemocní ztrácejí kontrolu nad regulační funkcí hladu, chuti, sytosti a nemohou se nimi tedy řídit. Jejich soustředěnost se zhoršuje a nezvládají plnit úkoly, co byli schopni zvládnout před onemocněním, prodlužuje se časový limit, za který jsou schopni řešit úkoly. Stupňuje se závislost nemocných na okolí. Často sami sebe staví do role nemocného nebo duševně nemocného. Jejich pozornost se přestane upínat na okolí, vztahy se zhoršují, tlak a konflikty v rodině nabírají na otáčkách (Marádová, 2007).

### 3.3 Příčiny poruch příjmu potravy

Existuje nespočet teorií o příčinách poruch příjmu potravy. Jak uvádí Marádová (2007, s. 15) *Obecně lze říci, že anorexie a bulimie jsou důsledkem vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností, a nakonec i biologických a genetických faktorů. Počátek mentální anorexie je téměř vždy spojen se souhrou několika nepříznivých vlivů, mezi kterými vystupují ty, které jsou významné z hlediska držení diet.*

Mezi klíčové důvody, proč jedinci začali s dietou patří nárůst hmotnosti, nevhodné rozložení tuku na těle a celkový vzhled osoby. Člověk se často rozhodne pro úbytek tělesné hmotnosti kvůli vlivu rodiny. Pokud například o úbytek hmotnosti usiluje již jeho sestra nebo matka anebo dochází ke komentování jídla na denní bázi. Dalším důvodem jsou změny spojené s dospíváním nebo často i osobní zájmy, jelikož v gymnastice či modelingu je nízká tělesná hmotnost, skvělý výkon, či optimální vzhled vyžadován. Příčinou bývá také rodina, která hraje velmi důležitou roli během utváření života jedince. Pokud rodina zaujímá nízké sebehodnocení, rozvrácené vztahy, alkoholismus, duševní onemocnění rodičů, tak to sice nemusí mít vliv na vznik PPP, ale jedná se o rizikový faktor (Marádová, 2007). *Odborníci se shodují, že neexistuje žádná specifická příčina anorexie a bulimie, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení* (Marádová, 2007, s. 16). Také velké množství psychických problémů, se kterými se nemocní setkávají jsou spíše důsledkem než příčinou nedostatečné výživy, vyhublosti anebo ne příliš dobré kvality života (Marádová, 2007). Poruchami příjmu potravy jsou ohroženy všechny ženy bez rozdílu. *Většina studií zatím prokázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie asi osmkrát* (Marádová, 2007, s. 16). Chování, postoje a prožitky nemocných jsou v mnoha podobách stejné jako prožitky a reakce lidí, kteří se v delším časovém úseku omezují v jídle nebo se snaží snížit tělesnou hmotnost (Marádová, 2007).

### 3.4 Intervence

Podávaná strava nemocným by měla mít nutriční hodnotu dle doporučení odborníků. Objem jídla by měl být takový, aby se snížil pocit hladu. Podstatný je stravovací režim, kdy se doporučují tři hlavní jídla denně proložena svačinou. Při rozvoji nevhodných stravovacích návyků hraje velmi velkou roli strach z tloušťky. Ten může mít mnoho podob jako strach z tuků a sladkostí, strach sníst, strach mít plný žaludek. Jedinec se často váží nebo se naopak vyhýbá vážení, přemýšlí, jestli má „normální“ porci jídla. Dívky kontrolují, zda se pořad vejdou do úzké sukně, či přeměřují své partie. Stydí se za svůj vzhled a negativně to ovlivňuje jejich život. Vyhýbají se tomu, aby šlo vidět jejich tělo nebo naopak vystavují velmi hubené části svého těla. Strach z tloušťky je s pozorností čím dál větší, dívka se bojí stravy, a tak se jí vyhýbá, a to jí působí úlevu, která je doprovázena vyhýbavým chováním (zvracení, hodiny cvičení, hladovění). Strach je stále více intenzivní (Marádová, 2007).

Jde nám tedy o to, aby osoba překonala svůj strach. Tady je pravidlem nekomentovat současný ani dřívější vzhled osoby, a to ani když vidíme kladný vývoj situace nemocného (Marádová, 2007).

### 3.5 Léčba PPP u adolescentů

Existují tři nejdůležitější léčebné postupy. Prvním je léčba poškozeného organismu, jelikož podvýživa způsobená zvracením a zneužíváním projímadel trvala až příliš dlouhou dobu. Druhým postupem je psychoterapie, díky ní se snaží nemocný pochopit příčiny a další okolnosti jeho onemocnění. Posledním postupem je psychiatrie, kdy usilujeme o změnu stravovacích návyků a životního stylu. Je zde snaha o spolupráci s rodiči, školou a vrstevníky. Mimo jiné usilujeme o zbavení pocitu viny rodičů. U léčby je podstatné dohlížení nad mladistvým a určitá omezení (Marádová, 2007). Mezi postupy, kdy se snažíme řešit problém ohledně poruchy příjmu potravy patří několik otázek, které si musíme sami položit a ty jsou: JAK se projevuje porucha, KDY se vyskytuje, CO znamená pro jedince nebo skupinu, PROČ se objevila (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003). Můžeme se setkat s dvěma skupinami osob s PPP. Ti, kteří jsou schopni řešit svůj problém samostatně anebo osoby, které potřebují větší pomoc a hospitalizaci. Fyzické i psychické potíže začínají ustupovat, jestliže pacienti získávají kontrolu nad svým jídlem. Při zlepšení stavu se deprese a podrážděnost rozplývají (Marádová, 2007).

Nemocného lze vyléčit pouze s jeho aktivním přístupem. Je potřeba zdolat každodenní špatné zvyklosti a postavit se strachu. Pokud jedinec neprojevuje snahu je potřeba vytvořit

na něj trpělivý, důsledný a dlouhodobý nátlak. U vyhublých a nespolupracujících osob, které velmi často zvrací a jsou v depresi je potřeba vyhledat lékařskou péči, aby mohlo dojít co nejrychleji k zahájení léčby. Aby došlo k zbavení PPP musí jedinec změnit své chování a postoje. Některé změny mohou být sympatické, některé již ne. Je potřeba započít od konkrétních, zřetelných a aktuálních kroků. Od toho, co lze ihned realizovat. Každý má právo udělat chybu a není třeba propadat panice, ale snažit se dalším chybám předejít (Marádová, 2007).

### 3.6 Prevence PPP

Kořeny prevence najdeme v rodině, ale i ve škole. V rámci výchovy ke zdravému životnímu stylu se snažíme poskytnout žákům dostatek relevantních informací o výskytu, příčinách i důsledcích PPP. Nepostradatelné je rovněž vést žáky k zdravým stravovacím návykům, napomáhat k pozitivnímu sociálnímu klimatu ve škole a tvořit podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka. Důležitým aspektem prevence je předcházet strachu z tloušťky. Tato strategie je však komplikována stále více stoupajícím výskytem obezity u mladistvých. Snažíme se tedy najít optimální řešení, jak zabránit ohrožení dvěma extrémy – obezitou i vyhublostí spojenou s mentální anorexií (Marádová, 2007). *Příčinou rostoucího počtu poruch příjmu potravy vidí většina odborníků v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlost* (Marádová, 2007, s. 23).

Módní průmysl, filmy, časopisy a ostatní sociální média nám dávají do podvědomí, že sebemenší nadváha je pro zdraví nezdravá a štíhlost je nejdůležitější pro sex-appeal. Ženy jsou neustále vystavovány tlaku sdělovacích prostředků, které jim dávají najevo, že krása, štěstí a jejich hodnota závisejí na tom, jak jsou štíhlé. Už i děti vidívají v pohádkách obézní osoby jako příliš pohodlné a neobratné. Děti se mohou s šikanou kvůli obezitě setkávat již od školky, dokonce i někteří lékaři a učitelé zastávají určitou zaujatost vůči obezitě, jelikož s nadváhou se mylně pojí nedostatečná sebekontrola či ne příliš silná vůle, proto je dobré již od mala nebrat až tak velkou váhu na tělesný vzhled a oceňování rozmanitosti každého jedince (Marádová, 2007).

## 4 MENTÁLNÍ ANOREXIE

*Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti* (Krch, 2002, s. 23). Anorektičky neodmítají jídlo z důvodu, že by neměli na něj chuť, ale z důvodu, že nechťejí jíst. Nechutenství a oslabení chutě k jídlu bývá důsledkem hladovění (Krch, 2002).

To, že dochází k zvracení můžeme poznat vícero způsoby. Potraviny se začnou ztrácet, dívka si kupuje jídla, kterým se předtím vyhýbala, nakupuje si větší zásoby. Po jídle jde na toaletu či do koupelny, kde tráví mnoho času. Není vyloučeno užívání diuretik a projímadel. Některé dívky jsou schopny mít rozžvýkané jídlo po dlouhou dobu v ústech či jídlo vyplývávat (Krch, 2002).

### 4.1 Příznaky mentální anorexie

Základní diagnostická kritéria mentální anorexie jsou, že tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod normální úroveň BMI (Body Mass Index) je 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek. Jedinec se vyhýbá vysoko kalorickým pokrmům, má nadměrnou fyzickou zátěž, vyvolává zvracení a užívá laxativa, diuretika, anorektika. Snaží se o co nejvyšší ztrátu hmotnosti. Nemocní mají zkreslenou představu o vlastním těle, bojí se nárůstu hmotnosti, a proto si stanoví, co nejnižší hmotnostní práh (Marádová, 2007). Anorektičkám díky zvracení otékají slinné žlázy pod čelistí, tím se jejich obličej zdá kulatějším. Díky častému zvracení rovněž dojde k narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, kvůli tomu dochází k zatěžování srdce a ledvin. Sníží se rovněž hladina draslíku a objevuje se nepravidelnost srdečního tepu (Krch, 2002). Velmi častým důsledkem je ztráta menstruace nebo problémy spojené s ní, pokud dívka neužívá náhradní hormonální léčby. Jestliže dochází k této poruše příjmu potravy před obdobím puberty, tak jsou pubertální projevy opožděny či zastaveny. U ženského pohlaví se zastavuje růst a omezuje vývin prsou. Často dochází k nedostavení první menstruace. U hochů zůstávají dětské genitálie. Po uzdravení se obvykle dokončí puberta běžným způsobem. Anorektiků se zmocňuje strach z tloušťky, vyvracejí závažnost nízké tělesné hmotnosti. Toto onemocnění se velmi často objevuje kvůli tlaku společnosti (reklamy, sociální sítě, časopisy). Je proto velmi důležité sledovat během dospívání každý úbytek hmotnosti. Zanedbání tohoto faktu může mít nedožité následky (Marádová, 2007).

## 4.2 Léčba mentální anorexie

U léčby mentální anorexie je potřeba jíst více než osoba jedla v poslední době, konzumovat „zakázané“ potraviny, jíst více než je běžná energetická hodnota jedince, což znamená, že bude jíst více než okolí. Je normální, když anorektička zažívá pocity přejedení spojené s pocitem plnosti a nadmutosti a taktéž se musí naučit jíst tzv. mechanicky, což znamená jíst i když na to nemá chuť nebo nemá hlad. Běžné pocity během léčby jsou plynatost, nevolnost, zácpa a průjem. Většina nepříjemných pocitů v průběhu léčby zmizí, protože si jedinci zvyknou na přiměřený příjem potravy. Nemocní by se rovněž měli vyvarovat vyhýbání se jídlu s ostatními a měli by se snažit jíst rychleji a dojídat bez ohledu na své pocity (Krch, 2002).

## 4.3 Zdravotní důsledky mentální anorexie

Mezi důsledky mentální anorexie můžeme zařadit zvýšenou citlivost na chlad, kdy je jedinci velmi často zima a hrozí tedy podchlazení. Pleť anorektičky je suchá, popraskaná. Po těle roste větší množství chloupků. Vlasy vypadávají ve větším množství, lámou se, jsou suché, řídké. Výskyt vyrážek a častých modřin není rovněž ojedinělý. Kůže je suchá a šupinatá a se sníženým množstvím kolagenu. Objevuje se zvýšená kazivost zubů. Z důvodu zpomalené funkce střev se dostavuje zácpa. Osobám se zpomaluje puls, trpí chudokrevností, hypoglykemií (nízká hladina glukózy v krvi), nízkým krevním tlakem, často omdlévají. Dochází ke změnám krevního obrazu a kostní dřeně a závažnost se stupňuje s úbytkem hmotnosti. Zvyšuje se cholesterol v krvi. Nemocný je často unavený, slabý. Nepříjemné křeče jsou spojeny s narušením vnitřní rovnováhy z důvodu častého zvracení a nadužívání projímadel. Nespavost je dalším velice častým důsledkem mentální anorexie, osoby zažívají noční můry, časté probouzení a jsou přecitlivělí na světlo a různé zvuky. Bohužel velmi obvyklá bývá ztráta menstruace či její nepravidelnost, což může vést k neplodnosti u žen. Omezuje se činnost pohlavního systému a chuť na sex klesá. Ze studií víme, že až u 90 % anorektiček se vyskytla arytmie nebo bradykardie (zpomalení srdeční frekvence). Nedostatek živin rovněž poškozuje játra, což vede k tomu, že až u 2/3 anorektiček se mohou vyskytnout problémy s nimi. Co se týče kostí, tak dochází k odvápnování. Kostí jsou velmi tenké a křehké. Močový měchýř je slabý a jedinci jsou nuceni chodit častěji vykonávat potřebu. Pocity nevolnosti se pojí ke zmenšení žaludku, zvyšuje se působení žaludečních šťáv, což vede k vzniku žaludečních vředů. Celkově se oslabuje imunita jedince. U adolescentů se zpomaluje růst a puberta přichází později (Krch, 2002).

*Nebezpečí podvýživy a dehydratace výrazně vzrůstá s klesajícím věkem a tělesnou hmotností nemocného. Dlouhodobé hladovění a podvýživa jsou vždy spojeny s tělesným i psychickým utrpením a mohou skončit smrtí (Krch, 2002, s. 42).*

Právě mentální anorexie ze všech poruch příjmu potravy končí nejčastěji smrtí. Nedostatečná a nekomplexní strava anorektiček vede k velkým rizikům, jelikož za zdravou výživu nemůžeme považovat stravování, kde chybí základní živiny, vitamíny a minerály. Organismus z takové stravy nemůže získat vše, co by potřeboval. Anorektičky, které po delší časový úsek přijímaly velmi malé množství kalorií by měly využít pomoci lékaře či pobytu v nemocnici při návratu k běžnému stravování (Krch, 2002).

#### **4.4 Psychické a společenské důsledky mentální anorexie**

Mentální anorexie podstatně narušuje život jedince – jeho psychickou ale i společenskou stránku. Nedostatečný příjem jídla přitahuje pozornost okolí. Anorektička má velmi snížený energetický příjem a zároveň velmi vysoký energetický výdej. Osoba neustále myslí na jídlo a je zaměřena na sebeovládání sebe sama, nedovolí si nic, co by vybočovalo z jeho stylu stravování (Krch, 2002). *Anorektičky jsou nešťastné a cítí se provinile, když nedokážou stoprocentně kontrolovat příjem potravy, nebo když jim kolísá tělesná hmotnost (Krch, 2002, s. 45).* Postupem času se dostaví apatie. Energie se snižuje, zájem o jiné věci rovněž klesá. Nemocný se upíná jen a pouze na jídlo a svůj vzhled. Je poté složitější komunikaci s okolím odvést k jiným tématům. U osob se začíná projevovat egocentrismus, což znamená, že si myslí, že jejich osoba je středem vesmíru, vyzdvihuje své problémy a lituje se. Největší radost zažívají anorektičky, když se úspěšně vyhýbají jídlu, nepřibírají či vydávají velké množství energie. A to i v případech, kdy se snaží o nárůst hmotnosti. Zastávají názor, že pocity neuspokojení (např. hladu) je chtějí jen vykrmit. Vše vidí v nejhorší světle tedy černobíle (Krch, 2002).

## 5 MENTÁLNÍ BULIMIE

*Bulimie, opakující se epizody neovladatelného, překotného příjmu potravy v krátkém časovém úseku doprovázejí často pokusy o zhubnutí. (Fraňková, Dvořáková-Janků, 2003, s. 209) Bulimie se od anorexie liší tím, že se u ní neobjevuje výraznější ztráta hmotnosti. Pokud ano, tak se hovoří o bulimické formě anorexie (Marádová, 2007).*

Bulimické stavy pocházejí již z roku 130 n.l. První příznaky popsal v roce 1800 americký psychiatr G. Russel, který rovněž navrhl roku 1979 termín bulimia nervosa. Bulimie se může mnohdy vyskytovat u jedinců s obezitou, když se snaží zhubnout. Je však nutné bulimii odlišit od silného hladu, který nastává při náhlém poklesu glukózy v krvi u diabetiků (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

*Mentální bulimii u nás trpí asi každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena. Narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti lze však pozorovat až u deseti procent mladých žen (Krch, 2003, s. 34).*

Od pocitů přejedení je velmi krátká cesta ke skutečnému přejídání. Množství jídla, které bulimička sní se často liší. Jednou sní 1000-3000 kcal, podruhé například i 20 000 kcal. Jedinci si myslí, že ovoce je zdravá potravina, takže nevadí, když této potraviny sní kila. Stejný názor nesdílí žaludek, kdy je „vytahaný“ a žádá si náhradu. Velké množství bulimiček popisuje tyto stavy, jako beznaděj a nekontrolovatelnost. Může jít dokonce i o stav nervového záchvatu. Význačným faktorem je zde hladina krevního cukru, na které závisí pocit hladu. Pokud hladina krevního cukru klesne pod určitou hranici, začneme zažívat pocit hladu. Jakmile konzumujeme jídlo, tak se hladina krevního cukru zvyšuje a po 20 minutách od konzumace potravy přestáváme cítit hlad. Některé bulimičky vnímají každé jídlo jako přejedení. Téměř pokaždé, co začnou jíst jedí, dokud mohou anebo dokud nejdou zvracet. Jiné typy bulimiček se přejídají jen někdy nebo v určité části dne. Nejkritičtější fázi dne je večer, kdy jsou dívky unavené, hladové a bez dozoru. Své nákupy jídla se častokrát snaží zatajit. Za přejedení pokládají vše, co si nepovolily. Pocit plnosti je zaměňován za pocit přejedení (Krch, 2003).

*Mnoho žen tvrdí, že se musí přejídat vždy, když jsou ve stresu, mají depresi nebo jsou osamělé. Výzkumy prokázaly, že tyto ženy nejsou psychicky labilnější, ani že nemají těžší život než ostatní, jen že častěji drží diety. Aby překonaly pocit provinění spojený s jídlem, zdůvodňují ho poté tím, že jsou ve stresu nebo že je našťval manžel. Čím horší situace, čím otřesnější zážitek, tím lepší důvod (Krch, 2003, s. 24).*



## 5.1 Příznaky mentální bulimie

Základní diagnostická kritéria mentální bulimie jsou přejídání, které se opakuje (nejméně 2x týdně v průběhu 3 měsíců) při němž je zkonsumováno velké množství jídla v krátkém časovém úseku nebo velké množství jídla ze subjektivního pohledu. Jedinec neustále myslí na jídlo a silně po něm touží. Usilovně se snaží, aby nedošlo ke zvýšení hmotnosti (kvůli přejídání) prostřednictvím vyvolávaného zvracení, užívání projímadel, občasného hladovění. Diabetici se dokonce mohou snažit o vynechávání léčby inzulinem. Bulimici zažívají pocit přílišné tloušťky a zároveň zažívají úzkost z myšlenky, že by se zvýšila jejich hmotnost. Tomuto onemocnění mnohdy předchází období anorexie nebo období v němž se člověk omezuje v jídle (Marádová, 2007). Co se týče bulimie, tak máme dva specifické typy. Purgativní typ, kdy jedinec pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti. Druhým typem je nepurgativní typ, kdy osoba používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody (Krch, 2005).

## 5.2 Zdravotní a psychické důsledky

Právě zvracení je shledáváno jako jeden z nejvíce ohrožujících důsledků tohoto onemocnění. Bulimičky si dávící reflex vyvolávají prsty nebo předměty, což může způsobit zranění jícnu nebo krku. Vznikají zde malé ranky a je tedy možnost vzniku infekce, spolknutí předmětu nebo prasknutí jícnu, kdy musí být urgentně zajištěna lékařská péče. Při tak častém zvracení dochází k otoku slinných žláz pod čelistí, které způsobují, že jedincova hlava vypadá kulatěji než za normálních okolností. Taktéž dochází k nerovnováze tělesných tekutin a solí, což zatěžuje srdce a ledviny. Největší potíží je nízká hladina draslíku, jelikož dochází k nepravidelnosti srdečního rytmu, připojují se závratě, křeče, ztráta vědomí. Díky žaludečním šťávám, které se během zvracení dostávají do úst dochází k zhoršení kvality zubní skloviny. Látky, které podněcují zvracení mohou způsobit v některých případech i smrt (Marádová, 2007). Část bulimiček zvrací, pokud pozřou velký objem jídla, druhá část po jídle, které bylo nadbytečné nebo vysoce kalorické a poslední část bulimiček zvrací jen ze zvyku. Počet zvracení neustále stoupá až do situací, kdy dochází u osob k fyzickému vyčerpání. Nemocní se domnívají, že díky zvracení se zbaví veškerých kalorií, což je mylná představa. To vede k závěru, proč ženy nemusí hubnout. Díky tomu, že se žena vyzvrací ztrácí strach z přibírání a častěji dochází k dalšímu přejídání, jelikož s plným žaludkem je zvracení jednodušší. Dopady na zdraví spojené s tímto onemocněním si bulimičky nechtějí

připustit (Marádová, 2007). K bulimii patří i diuretika a projímadla, jež jsou nebezpečné a neúčinné způsoby kontroly tělesné hmotnosti. Dívky uspokojí snížené hmotnosti po požití těchto způsobů, ale netuší, že hmotnost se snížila jen z toho důvodu, že se vyprázdnily a snížilo se množství tekutin v těle. Na projímadle lehce vznikne závislost a aby nadále docházelo k žádoucím účinkům musí se neustále zvyšovat dávkování, což může vést k potížím ve tlustém střevě. Diuretika kromě zácpy vyvolávají také zvracení, nevolnost, zadržování tekutin, otoky. Zadržování tekutin poté vede k nárůstu hmotnosti. Zastavení užívání projímadel může být obtížné a je doporučováno řešit to s lékařem (Marádová, 2007).

Nemocní zažívají každodenně pocity hladu, chuti se přejíst, nekonečné myšlenky na jídlo, pocity viny, neúspěchu, deprese, které postupně přenášejí do jiných oblastí života. Nemocní se zaměřují jen na jídlo a svůj vzhled. Stoupá nárůst zájmu o vlastní osobu a problémy. Kvalita společenských vztahů klesá i díky kolísání nálady, připojuje se k tomu často zhoršený školní výkon a vztahy s vrstevníky (Marádová, 2007). Jedinec se může cítit znechucen sám sebou, mít depresi, apatii a vyhýbat se veškerému kontaktu s okolím. Většina depresivních příznaků pochází z pochybností ohledně postavy, tělesné hmotnosti a příjmu potravy. Bulimičky jsou nešťastné a cítí pocit viny, jelikož se jim nedaří zhubnout a nejsou schopny kontrolovat svůj příjem potravy. Nenávidí sami sebe a připadají si odporně (Krch, 2003).

### **5.3 Léčba mentální bulimie**

V první řadě je potřeba, aby jedinec vynaložil dostatečné úsilí a uvědomil si svůj problém, jinak se může stát bulimie celoživotním problémem. V některých případech nemocný musí podstoupit terapii či hospitalizaci. Vyléčit se z bulimie nějaký čas trvá, ale pokud pacient ukáže snahu a trpělivost, tak to jde, a dokonce i rychleji. Není doporučeno léčbu zakládat jen na lécích. Pokud se již lékař s pacientem shodnou na farmakoterapii je nutné nastavit komplexní program. Dalším důležitým bodem je naučit se správně jíst, s tím jedinci může pomoci stravovací plán, který by měl sestrojít odborník na výživu ve spolupráci s terapeutem. Nemocný by se postupně měl přestat přejídat a nemít obavy z toho, co konzumuje. Jeho jídelníček by se měl skládat ze zdravých a vyvážených potravin, ale zároveň nezakazuje dát si i nutričně méně bohaté potraviny bez špatného pocitu. Nemocný by neměl vynechávat žádnou z makroživin – bílkoviny, tuky, sacharidy. Právě vyvážená strava plná vitamínů a minerálů zajišťuje pro tělo vše pro jeho správné fungování (Hall, Cohn, 2003).

## 6 ORTOREXIE

Termín *orthorexia nervosa* byl poprvé použit v roce 1996 doktorem Stevenem Bratmanem ze San Francisca, kdy popisoval stav pacientů, u kterých vyhodnotil jejich problém jako posedlost zdravým stravováním. Orto – je předpona řeckého původu, která nese význam rovný, pravý, správný a ortorexie je odvozenina řeckého slova pro chuť či touhu – orexis (McGregor, 2019).

Dle McGregor (2019, s. 17) „*Přídavné jméno nervosa ukazuje na nervový původ, tedy na chorobně vtíravé, nutkavé myšlenky či představy neboli obsesi. Celé spojení orthorexia nervosa tedy popisuje posedlost „správným“ stravováním.*“

Ortorexie nenajdeme v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM – 5, v orig. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) formálně uznanou jako poruchu příjmu potravy i když má mnoho obdobných znaků jako již zmínění poruchy příjmu potravy (anorexie a bulimie), které jsou zapsány v DSM – 5. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-5 vznikl více než 10 let. Na manuálu pracovalo nepřeborné množství odborníků na duševní zdraví. Cílem bylo vymezit a klasifikovat duševní choroby, zlepšit určování diagnóz, zefektivnit léčbu a zkvalitnit výzkum. Manuál byl Americkou psychiatrickou asociací naposledy aktualizován v roce 2013 (McGregor, 2019). Ortorektik je posedlý zdravým stravováním a nezdravě se na něj upíná. Konzumuje pouze zdravé, kvalitní a co nejméně zpracované potraviny. Sní pouze „čistou“ stravu, a to vede k pocitu uspokojení ze sebe samého. Cítí se nadřazený nad ostatními, kteří nemají totožný názor, co se týče stravy jako on. K životnímu stylu těchto osob patří velké množství pohybu, což se na první pohled může zdát, že na tom není nic špatného, ale ortorektici jsou schopni kvůli své sportovní aktivitě odmítnout setkání s rodinou, rande s přítelkyní či důležitou pracovní schůzku.

Dle McGregor (2019 s. 29) *osoba s ortorexií nedokáže objektivně nahlédnout, co znamená vést zdravý život. Při ortorexií není jídlo a cvičení uvolněnou, radostnou zábavou, nýbrž režimem s přísnými pravidly. Jen pouhá myšlenka na porušení pravidel v ortorekovi vyvolává strach, že jakmile nedodrží, byť jedině, a to kdykoli, nebo dokonce pouze výjimečně stane se něco katastrofálního.* Tento strach je ve skutečnosti neodůvodněný, postižený ho však pociťuje jako podstatně logický. Vnější spouštěčem této nemoci je úsilí o dosažení dokonalosti. Díky nedávným studiím bylo zjištěno že se svým vzhledem jsou nespokojeny již šestileté děti. Pokud jsou pod tak velkým tlakem již tak malé děti, pak si dokážeme

představit, co to v budoucnu udělá se statistikami výskytu poruch příjmu potravy. V minulosti se nárůst osob nespokojených s vlastním tělem dával za vinu módnímu průmyslu, médiím a časopisům, kde jedinec neustále viděl ideál krásy v dokonalých modelkách a modelech (McGregor, 2019). Dle McGregor (2019, s. 37) *Statistiky říkají, že 85 % obsahu módních časopisů a časopisů pro ženy ve čtenářkách vyvolává pocit vlastní nedokonalosti a nedostatečnosti. 75 % žen se začne cítit provinile, zahanbeně a depresivně již po pouhých 3 minutách čtení módního časopisu.* V nynější době můžeme vidět obrovský vliv sociálních medií na společnost. Facebook, Snapchat, Instagram, Pinterest mají přes 100 milionů registrovaných uživatelů. Více než 60 % lidí mezi 13-17 lety má na těchto sociálních sítí alespoň jeden účet a velké procento z nich tráví na těchto platformách přes 2 hodiny denně. Mladí lidé zde vidí falešný úspěch a dokonalost (McGregor, 2019).

## 6.1 Příznaky ortorexie

Mezi příznaky ortorexie patří signály jako například, že osoba odmítá pokrmy a argumentuje alergií na určité potraviny vyskytující se v tomto jídle, které nemá diagnostikované. Je nekompromisní při přípravě a skladování jídla. Jedincům je nepříjemné jíst jídlo, které uvařil kdokoli jiný než přímo oni. Odmítají pozvání na události, kde se jí (nechtějí vybočit ze svých stravovacích pravidel). Při porušení pravidel se cítí provinile a selhání se snaží napravit (McGregor, 2019).

## 6.2 Důsledky ortorexie

Na tomto typu poruchy příjmu potravy nebyly prozatím prováděny výzkumy ohledně důsledků. Ale vzhledem k předešlým poruchám příjmu potravy lze usuzovat, že nese také podobné důsledky jako anorexie či bulimie. Omezování určitých složek potravy vede k podvýživě, nedostatku živin a anémii (chudokrevnost). Mohou se rovněž objevovat problémy s trávením, odvápnování kostí, zhoršení kvality kůže, zraku a vlasů. Žádná z potíží by se neměla brát na lehkou váhu. Co se týče duševního zdraví jedinci častokrát zažívají pocity frustrace a viny, pokud nesplní to, co si stanovili. Ortorektici velké množství času věnují studiu obalů potravin, plánují si přesně, co budou jíst, váží a připravují si své jídlo. Díky těmto činnostem může dojít k snížení pracovního výkonu, neschopnosti plnit pracovní povinnosti či být schopný vykonávat běžné denní činnosti. Trpí i sociální život jedinců, kteří neradi narušují jejich plány ohledně stravování. Tedy měnit místa konzumace, dobu stravování, skladbu potravin. Jedinec raději zůstává sám bez společnosti (Ortorexie, aneb když se zájem o zdravý životní styl stane posedlostí, ©2019).

### 6.3 Léčba ortorexie

Nejdůležitějším krokem je rozpoznat onemocnění, jelikož neléčení může vést k poškození organismu, které nelze vrátit. Je potřeba nalézt pravou příčinu a vyhledat odborníky jako je lékař, výživový poradce a psycholog. Nemocným pomůžou rady ohledně ověřených účincích jednotlivých potravin na zdraví člověka. Právě informovanost pomáhá se zbavit dohadů a nepřesných informací o potravinách (Ortorexie aneb když se zdravé stravování stane úchylkou, ©2020).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 VÝZKUM

V bakalářské práci se věnujeme psychogenním poruchám příjmu potravy (dále jen PPP). Toto téma je mi velmi blízké, jelikož se v mém okolí vyskytli a nadále vyskytují lidé, kteří si prošli nejrůznějšími poruchami příjmu potravy (nejčastěji se jedná o bulimii, anorexii a ortorexii). Někteří z nich s těmito poruchami nadále bojují a bitvu stále prohrávají. Rovněž si odmítají připustit, že mají problém s něčím tak přirozeným jako je základní biologická potřeba – přijímání potravy. Jedná se totiž o obtíž úzce související s vizuální i psychickou stránkou jedince vyskytující se zejména u adolescentů a mladších jedinců (Papežová, Hanusová, 2012). *Postihuje nejčastěji mladé ženy a dívky, ale nevyhýbá se ani chlapcům a mladým mužům* (Papežová, Hanusová, 2012, s.7). Právě z tohoto důvodu jsem se ve svém kvalitativním výzkumu zacítila na tuto nejvíce ohroženou skupinu ve věku od 15 do 22 let. Je pravdou, že tyto poruchy postihují velmi často i mladší adolescenty v pubertálním věku, jelikož jsou v tomto období vývoje snáze ovlivnitelní a nemají plně vyvinuté kritické myšlení. Sociální sítě a moderní technologie nám bohužel také nehrají do karet, jelikož lidé v tomto věku hledají své vzory na sociálních sítích (Procházková, Ševčíková, 2017). *Nebudeme nijak přehánět, pokud budeme tvrdit, že v televizi či na internetu denně vidáme krásná a dokonalá těla modelek, která jsou pro většinu žen nedosažitelná. Sdělovací prostředky nám stále nabízí plno dokonalých žen s dokonalým make-upem a dokonalým tělem, která jsou výsledkem hodinové práce několika spolupracujících profesionálů* (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 64). Jen malé množství ze sledovatelů sociálních sítí dokáže brát výživové a jiné rady jejich oblíbenců s nadhledem a část z nich je bezmyšlenkově aplikuje na svůj způsob stravování a životní styl. Svou hranici vzorku dotazovaných jsem nastavila od navršení 15. roku věku, kdy se stává trestně odpovědným. Jelikož jsem chtěla pracovat s lidmi, kteří jsou již plně zodpovědní za svá rozhodování, konání a svůj život obecně.

Papežová (2010), Novák (2010) a Procházková (2012) z jejich závěrů vyplývá, že s věkem stoupá podíl dívek, které drží dietu za účelem hubnutí, a každá třetí až čtvrtá dívka není spokojena se svojí postavou, což je vysoce rizikový faktor pro vznik PPP.

Pro náš výzkum jsme si vybrali metodu zakotvené teorie. Zakotvená teorie byla vyvinuta v 60. letech 20. století. Autory zakotvené teorie jsou Barney Glaser a Anselm Strauss. Základním cílem je zde generovat novou teorii. Tato teorie má být zakotvena v datech – to znamená, že výzkumník přistupuje k datovému materiálu s maximální předpojatostí a otevřenou myslí. Předem definuje pole svého zájmu, nikoli proměnné, které v něm hrají svou

roli. Cílem této teorie je konceptuální schéma postihující vztahy mezi proměnnými. Jde tedy o to nejprve na základě dat identifikovat relevantní proměnné a poté operacionalizovat vztahy mezi nimi. Výsledná teorie je pak sadou tvrzení o vztazích mezi proměnnými. Zakotvená teorie tedy ukazuje, jak změny podmínek ovlivňující jednání nebo interakci a vedou ke změněným reakcím aktérů (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Ambicí zakotvené teorie je dostat požadavkům na „dobrou“ vědu, jako jsou validita, soulad mezi teorií a pozorováním, zobecnitelnost, reprodukovatelnost, přesnost, kritičnost a ověřitelnost (Strauss, Corbinová, 1999). Za tímto účelem byla vyvinuta sada systematických procedur, jež jsou používány jako nástroj k analytické práci s daty. K základu těchto procedur leží princip konstantní komparace. Datové úryvky jsou porovnávány mezi sebou, dále jsou porovnávány s koncepty, jež jsou jim nadřazeny, a rovněž tyto nadřazené koncepty jsou neustále komparovány jeden s druhým. Cílem je odhalit společnou bázi jednotlivých skupin jevů a naopak ukázat, co je odlišuje od jiných skupin (Glaser 2004).

S jistotou mohu říct, že téma poruch příjmu potravy je velmi důležité řešit a dostat do povědomí co nejširšího spektra společnosti, *jelikož v literatuře i ve výzkumu stále o poruchách příjmu potravy víme velmi málo* (Novák, 2010, s. 7) a jde o závažné onemocnění, které může v krajních případech skončit i úmrtím.

V mé bakalářské práci zkoumám průběh a vliv poruch příjmu potravy na život adolescentů. Jak vnímají dopady nemoci v sociálních vazbách, ke svému tělu a sám k sobě. Zajímali nás každodenní myšlenky, jejich postoj k jídlu a psychická rovnováha, jak to ovlivnilo život daného jedince (ztráta partnera, kamarádů, kvalita spánku, ztráta menstruace, studijní výsledky).



## 7.1 Výzkumné cíle a otázky

**Hlavním cílem výzkumu je analyzovat průběh a dopad poruch příjmu potravy na život adolescentů.**

**K hlavnímu cíli se pojí několik dílčích.**

1. Popsat, jak prožívali jedinci období poruch příjmu potravy.
2. Popsat příčiny, které se promítly na vzniku poruch příjmu potravy.
3. Popsat, jak se toto onemocnění odrazilo v sociálních vazbách adolescentů.
4. Zjistit, jaké skutečnosti přispěly k úspěšné léčbě.

**Hlavní významnou otázkou je: Jaký byl průběh a dopad poruch příjmu potravy na život adolescentů?**

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jak prožívali jedinci období poruch příjmu potravy?
2. Jaké příčiny se promítly na vzniku poruch příjmu potravy?
3. Jak se toto onemocnění odrazilo v sociálních vazbách adolescentů?
4. Jaké skutečnosti přispěly k úspěšné léčbě?

## 7.2 Metoda a technika výzkumu

Pro náš výzkum jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu, jelikož chceme do hloubky porozumět problematice tohoto onemocnění u adolescentů. Jde nám o jedinečnou zkušenost, kdy chceme zachytit, jak nemoc ovlivnila kvalitu života respondentů v kontextu sociálních vazeb a zdraví. Porozumět tomu, co znamenala v průběhu nemoci pro jednotlivce konzumace jídla a přiblížit průběh a vliv nemoci na kvalitu života jedinců.

Dle Hendla (2005, s.61) *kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa. Kvalitativní výzkum je orientován na explorování a probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí. Plán výzkumu má pružný charakter. To znamená, že plán výzkumu se z daného základu rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků.*

Pro bakalářskou práci jsme si jako metodu sběru dat vybrali polostrukturovaný rozhovor. *Polostrukturovaný interview je zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Polostrukturované interview vyžaduje oproti nestrukturovanému náročnější technickou přípravu. Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát* (Mioviský, 2006, s.159). Zastáváme názor, že právě touto metodou si můžeme nejlépe přiblížit životní příběhy jedinců s poruchami příjmu potravy a ukázat dopady na partnerský, společenský, rodinný nebo profesní život nemocných. Rozhovor se skládal hlavně z témat jako jsou vliv okolí, kvalita života, dopad nemoci na vztahy, průběh nemoci a zdravotní následky osob trpící touto nemocí. Naší strategií bylo, že jsme si vytvořili určitá schémata otázek, na které jsme se postupně ptali. Pořadí otázek se mohlo měnit dle potřeby a při rozhovorech jsme se doptávali na podrobnosti či nejasnosti ohledně výpovědi tázaného. Průběžně jsme si ověřovali, zda účastník rozhovoru správně pochopil mou otázku.

Polostrukturované rozhovory většinou probíhaly s jedinci prostřednictvím tzv. telefonního interview kvůli koronavirové pandemii a také sami řekli, že osobní kontakt by jim byl nepříjemný. Negativem této formy rozhovoru je, že nejsme s osobami v přímém kontaktu, ale zároveň tato forma nese výhody jako nízké náklady a dle Millera (1995) máme šanci pro výzkum získat data od osob, které by se jinak do něj z různých důvodů nezapojily a nevyjádřily tak své názory, je také výhodou ochrana výzkumníka samotného.

Berg (2001) uvádí 4 typy otázek, které by měly být zahrnuty v návodu rozhovoru.

**Základní otázky** – Essential questions směřují k ústřednímu tématu výzkumu, mohou být seskupeny a položeny naráz, nebo se mohou objevovat v průběhu rozhovoru. Všechny mají stejnou funkci – mají pomoci získat klíčové informace spojené s výzkumnými otázkami.

**Dodatečné otázky** – Extra questions jsou otázky rovnocenné se základními otázkami. Může jít o alternativní vyjádření základních otázek, kterým účastník studie v původní formulaci nerozuměl. Bývají použity na zkontrolování reliability odpovědí a k posouzení možného dopadu změny formulace.

**Jednorázové otázky** – Throw-away questions používáme k vybudování vztahu na začátku rozhovoru. Slouží k nastavení tempa, nebo ke změně tématu v průběhu hovoru. Tyto otázky nejsou rozhodující, pokud jde o sběr informací důležitých pro studii, ale jsou nepostradatelné

při vytváření pouta mezi tazatelem a respondentem. Také mohou mít významný vliv na celkový úspěch rozhovoru.

**Zkoumavé otázky** – neboli sondy Probing questions, probes mají za úkol přimět respondenty rozpracovat své odpovědi na položené otázky. Patří sem například otázka „Můžete mi o tom říct něco více?“ nebo „Mohli byste to prosím více vysvětlit?“ a tak podobně. Na stejnou otázku mohou různé první odpovědi spustit různé zkoumavé otázky, ale jejich účel je stejný. Získat od respondenta více informací v reakci na specifickou otázku.

Úvodní otázky se zabývají představením účastníka rozhovoru, jeho věkem, zda se soustavně připravuje na výkon budoucího povolání či již pracuje, jakým typem poruchy si prošel a v jakém časovém období. Hlavní otázky cílí na průběh a vývoj onemocnění u jedince, na reakce okolí po zjištění, že daná osoba trpí poruchami příjmy potravy, co pro člověka znamenala konzumace jídla a fyzická zátěž v tomto náročném období a jaké zdravotní či sociální důsledky na jedinci zanechala tato zkušenost.

Rozhovor trval cca 30 minut a skládal se z 5 informativních a 4 hlavních otázek. Následovaly samozřejmě doplňkové otázky. Otázky v mém rozhovoru se převážně zaměřují na zkušenosti jednotlivých adolescentů s poruchami příjmu potravy, jejím průběhem, kvalitou jejich života a sociálními vazbami.

### 7.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládá z mužů a žen ve věku od 15 do 22 let, kteří v minulosti trpěli poruchami příjmu potravy jako jsou anorexie, bulimie, ortorexie nebo kombinací již zmiňovaných.

Respondenti byli vybíráni záměrným způsobem. Tato metoda je jednou z nejčastěji používaných metod výběru. Miovský (2006, s. 135) uvádí, že *při metodě záměrného výběru pracujeme s užším pojetím termínu, kdy za záměrný výběr výzkumného vzorku označujeme, takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost (či projev) této vlastnosti nebo stav (např. příslušnost k určité sociální nebo jiné skupině). Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium (nebo soubor kritérií) splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit.*

V našem výzkumu jsme zvolili 3 kritéria:

1. **Účastník splňoval věkové rozmezí 15-22 let, kdy prožíval PPP**, jelikož v tomto období se poruchy příjmu potravy vyskytují nejčastěji. Mladí lidé jsou snáze ovlivnitelní okolím a přehlcenost sociálními sítěmi tomuto problému jen přispívá.
2. **Účastník trpěl jednou z poruch příjmu potravy (anorexie, ortorexie, bulimie)** a nebylo to v delším horizontu než 5 let, co nemocí trpěl. Usilujeme o zachování aktuálnosti informací, jelikož žijeme v moderní a uspěchané době a vše se mění ze dne na den.
3. **Účastník byl schopen komunikovat o této záležitosti.** Popsat svůj příběh, otevřeně vyjádřit své emoce, nebát se svěřit, vylicít vztah k jídlu, svěřit se se svými pocity a důsledky, které jdou ruku v ruce s nemocí.

Účastníky jsme kontaktovali pomocí sociálních sítí (Facebook, Instagram, Vinted) nebo osobně. Požádali jsme o rozhovory osoby, které si prošly jednou z poruch příjmu potravy. Poté se nám ozvalo několik osob, se kterými jsme následně udělali rozhovory a vybrali si, které účastníky zahrneme do našeho výzkumu dle relevantnosti jejich výpovědi.

Tabulka č.1 Výzkumný vzorek

Jméno účastníka	Věk	Délka trvání nemoci	Druh PPP
Eva	24	4-5 let	Anorexie
Karolína	24	2,5 roku	Anorexie, bulimie
Vendula	22	5 let	Anorexie
Veronika	22	2 roky	Anorexie
Barbora	22	3 roky	Anorexie, bulimie, ortorexie
Štěpán	23	3 roky	Ortorexie

Zdroj: vlastní

## 8 ANALÝZA DAT

V této kapitole budeme analyzovat a interpretovat data získaná z našeho výzkumu. K zpracování dat jsme využili zakotvenou teorii. Jako první jsme se zaměřili na otevřené kódování, kdy jsme provedli transkripci rozhovoru a poté i analýzu. Následně jsme vytvořili kódy, které jsme rozdělili do kategorií.

K výpovědím osobností musíme přistupovat bez předsudků, snažit se do nich vcítit a pochopit jejich myšlení v době, kdy si poruchami příjmu potravy procházeli.

V našem výzkumu zaměřeném na zkušenosti adolescentů s poruchami příjmu potravy byla data sbírána postupně pomocí několika polostrukturovaných rozhovorů s osobami, které si v minulosti prošly alespoň jednou z poruch příjmu potravy. Jakmile nám další případy přestaly přinášet nové informace, tak jsme mohli považovat vzorek za teoreticky nasycený. Rozhovory jsme následně přepsali, několikrát přečetli a udělali si další důležité poznámky. Fázi kódování (analýzy) jsme již tedy mohli započít. Následně jsme ze získaných dat vytvářeli důležité kódy (Švaříček, Šedřová, 2007). *Kódování je jádrem zakotvené teorie, je odvozeno od toho, co Glaser (1978) i Strauss (1987) nazývají „koncept“ – indikátor model. Tento model se skládá ze dvou prvků, které náleží k různým rovinám výzkumu. Indikátory jsou datové fragmenty (úryvky z výpovědí respondentů). Koncepty jsou kódy nebo názvy přiřazované k jednotlivým indikátorům nebo jejich skupinám (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 90). Kódování v zakotvené teorii představuje analytické operace, které rozbíjejí data do fragmentů (indikátorů) a ty potom rozřazují k příslušným konceptům. Výstupem je identifikace relevantních konceptů. Tyto koncepty jsou dále kategorizovány – slučovány na základě nějakého jednotícího kritéria. Kategorie vzešlé z kódování jsou potom dále ošetřovány jako proměnné a představují základní stavební kameny budoucí teorie. Tento postup se tedy odehrává ve třech úrovních: úroveň 1 jsou datové úryvky, úroveň 2 kódy a úroveň 3 kategorie (Švaříček, Šedřová, 2007, s.91). Poté, co jsme utvořili dostatečné množství kódů, mohli jsme se přesunout k přiřazování kódů k jednotlivým skupinám. Tyto skupiny jsme rozdělili do kategorií. Z tohoto nám již vyplynuly relevantní informace a správné vytvoření kategorií je pro náš výzkum stěžejní. Následujícím a posledním krokem pro nás bylo sestrojení teorie – jak nemoc ovlivnila kvalitu života respondentů v kontextu sociálních vazeb a zdraví. Švaříček a Šedřová (2010, s.92) vysvětlují konstruování teorie následovně: „Konstruování teorie znamená, že jsou vytvořené proměnné (kategorie) uvedeny do vzájemných vztahů. Říkáme tedy například, že podmínky A vyvolávají jev B, nebo že se tento jev odehrává v kontextu C. Nová teorie se zakládá již v průběhu kódování, a to*

*prostřednictvím poznámkování (memo-writing). Poznámkování tedy zapisování analytických nápadů a předběžných hypotéz, je podle Charmazové (2006) klíčovou technikou v zakotvené teorii, neboť výzkumníka vede k analýze dat a kódů již v raných fázích výzkumného procesu.“*

Nyní následuje tabulka č.2, kde nám vzešly z okódovaných rozhovorů jednotlivé kategorie, ke kterým se pojí charakteristické kódy.

Tabulka č. 2 Kategorie a kódy

Kategorie	Kódy
Problémy spojené s PPP	<i>zdravotní problémy, psychické problémy, sociální problémy</i>
Vztah k okolí	<i>vyhýbání se kontaktu s okolím, ztráta společenského života, nepochopení od okolí, zhoršení vztahu s okolím</i>
Rodina	<i>tolerance rodičů, pomoc rodiny, přístup rodiny, vztah s rodinou, strach rodičů</i>
Strategie	<i>pomoc odborníka, vlastní řešení problému, motivace řešení onemocnění, uvědomění si opravdových hodnot, změna myšlení</i>
Stravovací návyky	<i>způsob stravování, postoj k jídlu, myšlenky na jídlo</i>
Pohyb	<i>nadměrná fyzická zátěž, posedlost cvičením, sportovní aktivita</i>
Vyřešení problému	<i>vyléčení, sebekontrola, život bez onemocnění</i>

Zdroj: vlastní

## 8.1 Kategorie: Problémy spojené s PPP aneb nesnáze poruch příjmu potravy

Tato kategorie byla založena na následujících kódech:

- psychické problémy
- zdravotní problémy
- sociální problémy

Prožívání poruchy příjmu potravy způsobuje narušení psychické rovnováhy. Všichni oslovení respondenti odpověděli, že se jejich psychický stav rapidně zhoršil v důsledku prožívání poruchy příjmu potravy. Eva odpověděla: „*Měla jsem výkyvy nálad. Byla jsem v pohodě a najednou z ničeho nic mi v hlavě přebliklo a měla jsem příšernou náladu a s nikým jsem se nechtěla bavit. Myšlenky jsem neměla vždy úplně pozitivní. Zažívala jsem pocity, že by bylo lepší to vzdát.*“ Podobný názor zastávala i Veronika: „*Váha šla dolů a dolů, psychika se začala zhoršovat.*“

Další potíží jsou zdravotní problémy, kdy můžeme nejčastěji pozorovat zhoršenou kvalitu spánku, ztrátu menstruace u žen, problémy s imunitou, trávením. Tyto problémy nastávají z důvodu nedostatečné konzumace potravin, zvracení či drastickými dietami a špatným rozložením živin v jídelníčku. U třech dívek došlo ke ztrátě menstruace z důvodu nízké hmotnosti a snaze o velmi velký výdej energie pomocí cvičení či sportu. O její navrácení usilovaly pomocí injekcí na vyvolání menstruace, což sama uvedla účastnice Karolína: „*A co se týče menstruace, tak jsem musela chodit na vyvolávací injekce, ale nyní mám už menstruaci v pořádku.*“ Kvalita spánku se různila. Polovina nezaznamenala větší rozdíly ve spánku a hodnotila jej jako relativně kvalitní, ale u druhé poloviny se objevoval problém s usínáním. Například Eva svou kvalitu spánku hodnotila následovně: „*Byly noci, kdy jsem spala v klidu, někdy jsem ale nespala klidně celou noc a nevěděla jsem proč. I když jsem byla strašně moc unavená, tak se mi prostě nedařilo usnout, ať jsem se snažila sebevíc. Mozek pořád jel na plné otáčky.*“ Účastníci se shodli na tom, že většina nezaznamenala změnu kvality vlasů, nehtů s odůvodněním, že mají pravděpodobně štěstí z genetického hlediska. Respondentka Eva zaznamenala rozdíl: „*Vlasy mám dlouhé, ale vždy jsem je měla nádherné, husté a dlouhé. Nyní je mám zničené a je jich o hodně méně než před onemocněním, ale to všichni berou za vinu těm operacím, což je taky možné.*“ Ke zdravotním problémům lze zařadit také problémy s imunitou či s trávením.

Jedinci zažili sociální problémy jako nedostatek kamarádů či neschopnost komunikace s okolím v důsledku nízkého sebevědomí, jak sama řekla Veronika: *„Pokud mělo dojít k nějakému kontaktu s okolím, jako třeba vyřizování věci na pojišťovně nebo na poště, tak jsem z toho měla strach. Neměla jsem ani za mák sebevědomí. Bála jsem se zvedat telefon natož abych zavolala někomu mimo lidi z rodiny.“* Vyskytují se rovněž problémy v intimitě. Nechtěli věřit svému partnerovi, že jsou opravdu pěkné ať už obličejem či tělem. V hlavě měly dívky zakořeněnou představu nepěknosti či méněcennosti, což popsala Karolína následovně: *„Nejsem moc sebevědomá. Intimita ve vztahu se mnou je taky oříšek. Stydím se hrozně dlouho. Třeba půl roku si zvykám na to, že mě někdo vidí nahou. Že mě tak má rád. Že se mu tak líbím.“*

## 8.2 Kategorie: Vztah k okolí aneb (ne)potřeba sociálního kontaktu

Tato kategorie byla založena na následujících kódech:

- vyhýbání se kontaktu s okolím
- ztráta společenského života
- nepochopení od okolí
- zhoršení vztahu s okolím

Z rozhovorů vyplynulo, že 5 ze 6 informantů měli problémy s okolím a vyhovoval jim distanc od okolí. Veronika vypověděla: *„Postoj k okolí jsem měla dost negativní. Neměla jsem ráda sebe a tím pádem ani ostatní. Nechtěla jsem se s nikým stykat, seznamovat, jít na kafe, do kina. Měla jsem i myšlenky, že nikdy nechci mít rodinu, že je mi všechno jedno.“* Objevila se i výpověď, kdy si Vendula myslela, že hlavním důvodem, proč nemá kamarády je její tloušťka a ošklivost.

Jedinci od sebe v mnoha případech odháněli okolí svým chováním, mysleli si, že jim chtějí zabránit ohledně splnění si svého snu o dokonalém tělu a pocitu být šťastný. Naopak účastník rozhovoru Štěpán přišel s trochu jinou zkušeností: *„Rodina a kamarádi mě podporovali, ale mrzelo je, že jsem si pořád kamkoli bral s sebou jen to své jídlo a nedal si nic s nimi. V restauraci jsem si dal jen vodu. Lidé si všímali, že to není normální, ale vysvětloval jsem jim, že to patří k tomu životnímu stylu, kterým žiji a že to chci dělat. Ale já si do toho nenechal mluvit. Tak okolí zjistilo, že to nemá cenu se snažit se mnou něco řešit.“* Je to z důvodu, jelikož onemocnění zvané ortorexie nebylo a stále není příliš známo mezi veřejností, tak mu lidé nedávají mnoho pozornosti na rozdíl od anorexie či bulimie o kterých každý člověk



aspoň jednou v životě slyšel. Informanti se snažili kontakt s okolím omezit na minimum, vymýšleli si různé výmluvy, které jim mnohokrát byly trapné, jen aby nemuseli vyjít ven a vystoupit ze své komfortní zóny za vidinou vyhnouti se posměchu a přílišných nepříjemných otázek.

Většina z nich v důsledku onemocnění přišla o kamarády nebo se jejich počet snížil. Ne každý totiž dokáže pochopit, co všechno znamená pro nemocné cvičení a lpění na stravě, což sama svou zkušeností potvrdila Veronika: *„Kamarádi se rozdělili na 2 skupiny. Ta nemoc mi pomohla zjistit, kdo je skutečný kamarád. Spousta z nich mě zavrhla, nedokázala to pochopit, přestali se mnou komunikovat. Někteří mi ale podali pomocnou ruku a mentálně mě podporovali.“*

Z našich dat můžeme vyzorovat, že častokrát může být těžké, snažit se vysvětlit svému okolí, co zrovna jedinec prožívá. Právě pro to se většina adolescentů uzavře do sebe a s okolím nechce komunikovat. Karolína svůj přístup k okolí interpretuje takto: *„Nevím, moc jak to vysvětlit, protože si myslím, že tohle opravdu pochopí jen člověk, co si tím prošel. Pro ostatní je to sci-fi a nedokážou pochopit, jak někdo dokáže řešit jen postavu a jídlo.“*

### 8.3 Kategorie: Rodina aneb rodina je základ

Tato kategorie byla založena na následujících kódech:

- tolerance rodičů
- pomoc rodiny
- přístup rodiny
- vztah s rodinou
- strach rodičů

Rodina může mít v mnoha případech velký vliv na onemocnění adolescentů. Špatný vztah s rodiči, nešetrná slova na tělo dospívajících či nevšímavý postoj rodičů byly dle respondentů hlavními příčinami, kdy se poruchy příjmu potravy začaly u jedinců objevovat či zhoršovat. Právě u pěti respondentů jejich onemocnění vzniklo z nesprávného chování jejich rodinných příslušníků. Nejvíce vyskytovaným důvodem byly právě nepříjemná a bolestivá slova mířená na jejich těla. Svou zkušenost sdílela Vendula: *„Starší bratr si ze mě dělal často srandu, ale nic hrozného, prostě sourozenecké popichování. Ale od babičky jsem pořád slyšela: „nežer tolik, bude tě to mrzet.“* Barbora: *„A tak se mi dostalo akorát, tak „nežer“, koukni se, jak vypadáš a jak jsi vypadala před půl rokem.“* Nebo Eva: *„Mamka mi*

*dokonce několikrát řekla, že jsem tlustá, takže i když jsem byla nejhubenější ze všech, tak jsem si připadala tlustá.“ Rodině častokrát nedochází, co mohou způsobit slova, i když nemusí být myšlena útočně, což potvrdila i Vendula: „On to asi nikdo z nich nemyslel úplně špatně, ale mně se to hodně dotýkalo. Obecně o věcech hodně přemýšlím a dost si беру k srdci, a to jim asi ani nedošlo.“*

Rodiče se k řešení onemocnění jejich dítěte, staví různě. U informantů nejčastěji zaznívalo, že je rodiče nutili do jídla, dennodenně kontrolovali jejich hmotnost, vyhrožovali hospitalizací a neustále je kontrolovali. Právě díky tomuto jejich vzájemný vztah neustále upadal. K této skutečnosti Karolína řekla: „*Snažili se mi pomoci rodiče, ale bohužel nevěděli jak. A nátlak u těchto onemocnění není úplně to pravé. Dost jsme se odcizili. Bylo mezi námi mnoho vzteku, žádné porozumění. Stejnou zkušeností si prošla i Veronika: „Rodina se mi snažila pomoci od samého začátku. Jenže, kdo tu nemoc nezažil, nemůže to pochopit. Oni prostě nedokázali pochopit, že se nemůžu najíst a že bez vážení jídla žít nemůžu. Ze začátku to řešili křikem a vyhrožováním hospitalizací. Pak se do mé situace snažili vcítit, načetli si o tom články a ten přístup změnili.“*

I po úspěšném překonání tohoto těžkého onemocnění u rodičů zůstává strach. Strach, že jejich dítě opětovně spadne do poruchy příjmu potravy, jelikož i snaha o zhubnutí pár kilo pro svůj dobrý pocit může skončit životem s touto poruchou.

#### **8.4 Kategorie: Strategie aneb cesta k cíli**

Tato kategorie byla založena na následujících kódech:

- pomoc odborníka
- vlastní řešení problému
- motivace řešení onemocnění
- uvědomění si opravdových hodnot
- změna myšlení

Uvědomění si problému je prvním krokem k úspěšnému zvládnutí boje s poruchou příjmu potravy. Dva informanti se svěřili do péče odborníků a čtyři nevyhledali odbornou pomoc. Vendula navštěvovala psychologa a Veronika poradnu zabývající se poruchou příjmu potravy. Můžeme si klást otázku, proč někteří odmítají vyhledat specialistu, když by mohl v kratším časovém úseku pomoci s vyřešením problému. Eva svůj názor na nevyhledání odborníka odůvodnila následovně: „*Odborníka jsem nikdy nevyhledala, nepřikládala jsem*

*tomu velkou váhu a bála jsem se, co by na to řeklo okolí a říkala jsem si, že každý má nějaký problém.“ Štěpán zaujímal takovýto pohled: „Určitě jsem mohl, ale je to hodně těžké v tom, že trh s výživou je přesycený, a ne každý je opravdu odborník, i když se ním nazývá. Ale pokud bych se dostal do dobrých rukou, tak bych určitě šel a otevřelo by mi to dříve oči.“*

Motivací pro úspěšné zvládnutí onemocnění byly důvody jako navrácení dobrého vztahu s rodiči, uvědomění si opravdových hodnot, rozšíření obzorů, opětovné získání zdraví či razantní změny v životě. Taktéž nechtěli přijít o další důležité osoby v životě.

Na otázku, co pro jedince bylo motivací řešit jejich problém s poruchou příjmu potravy jsme zaznamenali následující odpovědi: Karolína: *„Největší motivací pro mě bylo, aby se konečně zklidnila situace doma. Dupali po mě a bylo to opravdu nepříjemné mít pořád někoho za zadkem s talířem plným jídla, dennodenní vážení, výhrůžky hospitalizací...“*

Veronika: *„Hlavní motivací bylo samozřejmě zdraví a to, že bych jednou chtěla mít děti. Někdy jsem totiž neměla menstruaci. Pochopitelně taky nějaká část mě už chtěla žít normální plnohodnotný život. Říkala jsem si sama sobě, jakou mám budoucnost, jak dlouho tohle můžu vydržet. Nakonec byla tato myšlenka silnější a dovedla mě k tomu, že jsem s léčbou začala.“*

Nedílnou součástí úspěšného poražení onemocnění je uvědomění, přehodnocení svého dosavadního myšlení a najít příčiny. Z výpovědí respondentů jsme se dozvěděli, že někteří dokážou přehodnotit situaci sami a některým musí dopomoci odborník. Kupříkladu informantka Veronika vděčí za navedení na správnou cestu psycholožce: *„I díky psycholožce jsem zaznamenala velký rozdíl. Uvědomila jsem si, že jsem stejně hodnotná jako ostatní a mám kolem sebe lidi, kteří mě mají rádi takovou, jaká jsem. Je důležité si uvědomit, proč s tím člověk vůbec začal.“* Jiní jsou naopak rádi, pokud mohou k uvědomění přijít sami a nalézt si tu svou cestu k cíli jako třeba Veronika: *„Člověk se z toho musí dostat pokaždé sám. Jakmile to člověku v hlavě nesepe, že musí začít hledat cestu zpátky a že vůbec hledání té cesty je potřeba, pak je pomoc druhých k ničemu. Člověk musí věřit, že to jde, že ta cesta existuje. Výživová poradkyně a psycholožka můžou pomáhat, co nejvíce to jde a sestavovat ty nejlepší jídelníčky, ale jakmile není vůle v tom nemocném člověku, je to bohužel ztráta času a energie.“* Mezi další aspekty, které pomohly jedincům patří pravidelný pohyb, velké události v životě (maturita, nástup na vysokou školu, rozchod, nové koníčky, stěhování), uvědomění si, že zdraví máme opravdu jen jedno. Kvůli posedlosti cvičením a stravou protéká adolescentům život mezi prsty a čím dřív si problém uvědomí, tím budou moci si život vychutnat plnými doušky a opět začít dělat aktivity, kterým se kvůli onemocnění neustále vyhýbali.

## 8.5 Kategorie: Stravovací návyky aneb jídlo jako posedlost

Tato kategorie byla založena na následujících kódech:

- způsob stravování
- postoj k jídlu
- myšlenky na jídlo

Přístup k jídlu se různí podle nemoci, kteří jedinci prožívají. U anorexie, jak jsme již psali v teoretické části se jedinec jídlu vyhýbá a konzumuje, co nejmenší množství potravy. Bulimie je charakteristická záchvaty přejídání s následným zvracením a ortorektici jsou posedlí zdravým stravováním. Častokrát se stává, že jedinec trpí kombinací poruch příjmu potravy. Například anorexie se postupně přehoupne do bulimie nebo trpí anorexií a zároveň ortorexií. Informantka Karolína začala anorexií a postupem času se u ní objevila bulimie, takže se její názor na jídlo časem změnil: *„Nejdřív jsem v něm viděla strašáka, co mi chce vzít pocit štěstí, pocit hubenosti. Když jsem se přehoupala do fáze bulimie, tak mě uspokojovalo a vyvolávalo to ve mně pocit štěstí.“*

Dívky, jež trpěly anorexií se shodovaly na tom, že se snažily sníst, co nejméně potravy/kalorií denně. Pokud se dostaly na událost, kde bylo jídlo, vmlouvaly se, že nemají hlad nebo že nemají dané potraviny rády. Pokud se rozhodly, že si nějaké jídlo dají, musely se u svých nejbližších ujistit, že po jednom jídle nepřiberou několik kg. Eva na otázku, jak se stavěla ke konzumaci jídla mezi ostatními odpověděla následovně: *„Když si kamarádi dali kávu a dezert, tak jsem si dala třeba jen kávu, ale dezert jsem si nedala a řekla jsem, že nemám ráda sladké. Co se týče jídla na oslavách, tak jsem si někdy něco dala, ale v hlavě jsem slyšela hlas, který mi říkal, ať se opovžím si něco dát. Okolí si myslelo, že je vše v pořádku, že prostě nemám chuť na danou potravinu. Někdy jsem si dovolila dát si například v restauraci jídlo, ale jen to nejzdravější, co tam měli, ale nikdy jsem si nedovolila sníst všechno.“*

Respondentky, které zažily bulimii svůj přístup k jídlu hodnotily tak, že je uspokojovalo se přejíst a cítily se kvůli jídlu šťastněji, pomáhalo jim také se vypořádat se stresovými událostmi. Barbora si prošla ortorexií, kdy kontrolovala každou potravinu, zda obsahuje dostatečné množství výživných látek, postupně si začala dovolovat více druhů potravin až ji chuť jídla ovládla natolik, že začala trpět bulimií: *„Jenže najednou jsem si mohla dát, co chci. Začalo to pomalu, že jsem si koupila jednu Milku. Další týden už jsem si koupila zmrzlinu a Milku, za pár dní KFC, zmrzlinu, Milku. Úplně jsem do toho sklouzla.“*

Třetím zkoumaným přístupem k jídlu byli jedinci trpící ortorexií, kdy konstatovali, že si museli zvážit každou potravu (i kostičku čokolády) a popřemýšlet, zda jim přinese všechny důležité makroživiny, pomůže jim s nabíráním svalové hmoty nebo hubnutím. Jejich cílem byla, co nejvíce vysportovaná postava. Své smyšlení o potravinách Barbora popsala následovně: *„Hlavně jsem pořád myslela na jídlo. Třeba, že nemůžu jít s kamarády ven, protože v pět si musím dát svačinu a v restauraci si nemám jídlo, jak zvážit. Že nemůžu ochutnat kamarádky sušenky, protože nevím přesné složení a nemohla bych si to zapsat. Že v deset nemůžu s taškou na výlet, protože by mi ten jogurt nevydržel venku. A Štěpán: „Každé jídlo muselo mít tolik kalorií, bílkovin, sacharidů, tuků, kolik jsem chtěl. Přemýšlel jsem, jestli mi to jídlo bude natolik prospěšné, zda splní svůj cíl.“*

V souhrnu můžeme říct, že každé onemocnění je charakteristické jiným přístupem ke konzumaci potravin. Anorektici se mu vyhýbají, bulimiky uklidňuje a ortorektici ho neberou jako něco, co má chuť, ale jako nositele nutrientů.

## 8.6 Kategorie: Pohyb aneb pohyb jako hnací motor

Tato kategorie byla založena na následujících kódech:

- Nadměrná fyzická zátěž
- Posedlost cvičením
- Sportovní aktivita

Z výpovědí jsme se dozvěděli, že všichni respondenti podstupovali nadměrnou fyzickou zátěž formou silového cvičení, HIT cvičení, běhu nebo jízdy na kole. Jejich cílem bylo vydat, co největší množství energie a frekventovanost aktivity neustále zvyšovat i na úkor spánku. Úmorné sportování, dril a posedlost svým tělem byly každodenním šálkem kávy nemocných. Ze získaných informací můžeme vyvodit, že v důsledku velmi časté fyzické zátěže chyběla osobám energie na běžné aktivitě. V první řadě jim šlo o splnění každodenního sportovního výkonu. Ve většině případů adolescenty sportovní aktivita ani nenaplňovala, byli prostě posedlí, jak sama uvedla Veronika: *„Ze silového cvičení se stalo HIT cvičení a to každý den. Nemohla jsem vynechat ani den. Když jsem měla celý den školu a třeba jen hodinu volno během dne, tak jsem jela 15 minut domů, abych si zacvičila 30 minut a pak zase 15 min zpět do školy.“* nebo například pro Karolínu bylo cvičení trestem: *„Cvičila jsem denně. Byly to nesmyslná videa z YouTube – různé poskakování atd. Šlo o to, co nejvíce spálit. Cvičení jako samotný pro mě bylo trestem, protože jsem na něj neměla tolik energie, kolik bych*

potřebovala. *Vždycky jsem se těšila, až to budu mít za sebou. Pak mě to uspokojilo a byla jsem šťastná.*“ Rodina, přítel, práce pro ně bylo až na druhém místě. Byli schopní zrušit schůzku, nepřijít na rodinnou oslavu jen z důvodu, že by nestihli splnit jejich každodenní trénink. Argumentovali tím, že by sami sebe zklamali, pokud by nenaplnili jejich každodenní sportovní program.

## 8.7 Kategorie: Vyřešení problému aneb šťastný konec

Tato kategorie byla založena na následujících kódech:

- Vyléčení
- Sebekontrola
- Život bez onemocnění

V našem výzkumu se naštěstí všichni respondenti dostali z problémů poruchy příjmu potravy. Na každém z nich to zajisté zanechalo ať už větší či menší následky, ale svůj boj s nemocí vyhráli. Respondenti tento zážitek hodnotí jako dobrou zkušenost a ponaučení pro svůj nynější život. V nemoci vidí přínosy jako například, že je to naučilo pravidelné sportovní aktivitě, naučili se jíst zdravěji, vědí kolik, čeho sníst. Jí zdravě a cvičí ne protože musí, ale protože chtějí. Jak sama uvedla Barbora: *„Snažím se jíst vyváženě, to znamená ke snídani většinou buď vejce s pečivem, nějaká domácí pomazánka s pečivem nebo sendvič se zeleninou a ovocem. Větší snídani s více bílkovinami, abych neměla do hodiny hlad. K obědu nějaké maso s přílohou, svačina většinou něco malého, zdravého, sladkého, co si upeču. A večer třeba pečivo s domácí pomazánkou, salát, zbytek z oběda, sendvič se zeleninou. Jsem zvyklá jíst hodně bílkovin, to je pozůstatek, z toho, když jsem si počítala kalorie. Zároveň se nijak neomezují a nepřemýšlím tolik, co vlastně jím. Dám si klidně v kavárně ke kávě dortík nebo u známých ochutnám jejich tlačenku. Nic si nevyčítám.*“ Rovněž si začali více vážit svého zdraví, protože si uvědomili, že o něj lze snadno a nenávratně rychle přijít. Začali jinak přemýšlet a došlo jim, že nemusí být otroci stravy a cvičení a mohou tyto aktivity dělat jen pro to, že je baví, jak sám vysvětluje Štěpán: *„Nadále se věnuji výživě, řeším, co jím, ale už vůbec ne v takovém měřítku. Jím podle pocitu, podle toho, na co mám zrovna chuť. Někdy si dám i něco nezdravého i bez výčitek. A cítím se asi tisíckrát lépe, protože poslouchám signály mého těla. Nyní se držím stabilně na cca 85 kg při 190 cm a cítím se tak nejlépe. Cvičení mě pořád baví. Jím zdravě, protože chci. Už si nic nepočítám. Občas mám pocit, že lidi z výživy dělají až příliš vědu přitom stačí se řídit základy – pestrá strava, jíst hodně*

*ovoce, zeleniny, hýbat se. Alkohol a nezdravé věci si klidně dát, ale s mírou. Nejlepší je najít tu harmonii.*“

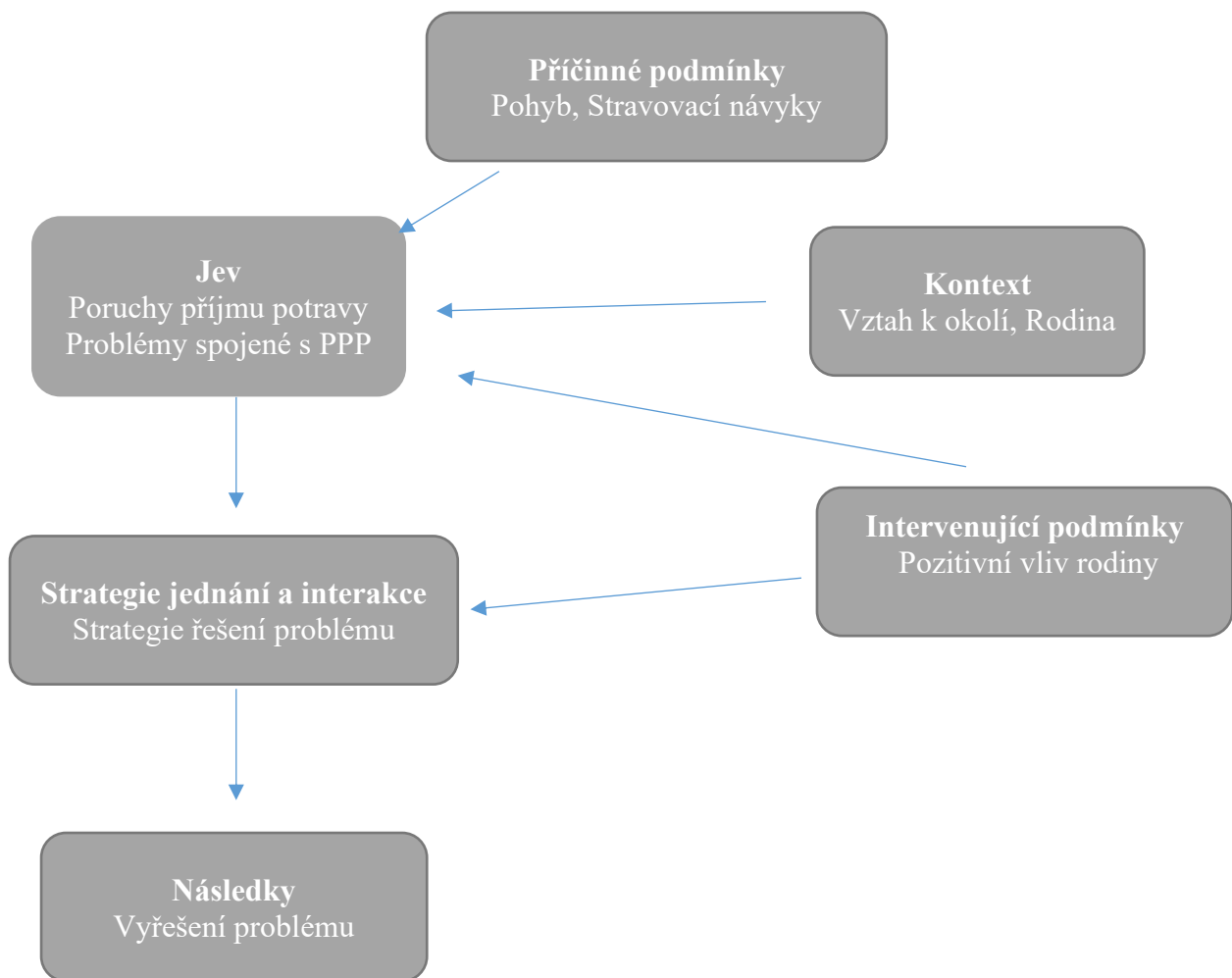
K neposledním výhodám patří určitě to, že díky onemocnění mohou rozpoznat příznaky u blízkých osob rychleji a pomoci jim řešit problém s předstihem. Budou znát praktiky, díky nimž se jim podařilo porazit nemoc.

## 9 PARADIGMATICKÝ MODEL

Paradigmatický model je tvořen z těchto prvků: (A) Příčinné podmínky → (B) Jev → (C) Kontext → (D) Intervenující podmínky →

(E) Strategie jednání a interakce → (F) Následky

Na základě vztahů, které nám vznikly mezi kategoriemi, jsme vytvořili paradigmatický model, který popisuje již vzniklé vztahy. *Použití tohoto modelu umožňuje o datech systematicky přemýšlet, vzájemně je k sobě vztahovat složitými způsoby a zároveň zohlednit procesuální dynamiku v datech* (Švaříček, Šed'ová, 2007).



Obrázek č.1 Paradigmatický model

Zdroj: vlastní



Jako příčinné podmínky označujeme přístup ke stravě a k fyzické zátěži, v našem případě jsou to kategorie „Pohyb“ a „Stravovací návyky“. Kdy účastníci rozhovoru uvedli, že díky nedostatečné stravě či nezdravému lpení na ní vznikla porucha příjmu potravy. Dále také uvedli, že právě závislost na fyzické aktivitě jen podmínila rozvinutí poruchy příjmu potravy. Tyto příčinné podmínky považujeme za zrod jevu „Poruchy příjmu potravy“ a „Problémy spojené s PPP“. V našem výzkumu zkoumáme jevy spojené s anorexií, bulimií a ortorexií. Všichni respondenti shledávají prožití si poruchami příjmu potravy jako přínosnou zkušenost do života, díky které si uvědomili mnoho věcí a naučili se více porozumět svému tělu. Toto období všichni pokládají za velmi náročné ať už z vlastního úhlu pohledu nebo i z pohledu ostatních. K poruchám příjmu potravy patří i problémy spojené s ní. Z výpovědí respondentů můžeme vyvodit, že mezi nejčastější problémy patří psychické, zdravotní a sociální problémy. Mezi zdravotní problémy patří zhoršená kvalita spánku, ztráta menstruace u žen, problémy s imunitou a trávením. Sociální problémy jedinci zaznamenali, v tom, že se bránili kontaktu s okolím a omezil se jejich okruh přátel na minimum. Respondenti rovněž popisují psychické problémy, kdy u všech respondentů došlo k rapidnímu zhoršení psychického stavu v důsledku onemocnění. S tímto jevem se pojí kategorie „Vztah k okolí“ a „Rodina“. Můžeme zaznamenat, že právě okolí a rodinní příslušníci mají častokrát velký vliv na průběh onemocnění a případně jeho včasné podchycení. Od jedinců zaznívalo, že je jejich okolí nedokázalo příliš pochopit, ztratili s mnoha lidmi vazby nebo se jejich vztahy zhoršily. Co se týče rodiny, tak pro ně byla důležitá určitá tolerance rodičů, podání pomocné ruky nebo jaký byl obecně přístup rodičů k danému řešení problému spojeného s poruchou příjmu potravy. S tímto jevem taktéž souvisí intervenující podmínky „Pozitivní vliv rodiny“, které se váží ke kategorii „Strategie“. Kategorie „Pozitivní vliv rodiny“ se pojí ke zkoumanému jevu. Z výpovědí respondentů můžeme vydedukovat, že právě kladný postoj rodiny při procházení si nemocí pomohl se skoncováním s nemocí dříve a mohl zabránit negativním důsledkům. Mezi strategie jednání a interakci patří kategorie „Strategie“. Adolescenti se rozhodli svůj problém řešit dvojím způsobem. Buď vyhledáním odborné pomoci nebo řešením problému „na vlastní pěst“. Ve strategii řešení problému hrála velkou roli motivace řešení onemocnění, kdy respondenti nejčastěji uváděli motivaci jako navrácení dobrého vztahu s rodiči, opětovné získání zdraví či nečekané a důležité události v životě. Hraje zde významnou roli přehodnocení dosavadních hodnot a myšlení. To, co plyne ze strategií je následek nazvaný „Vyřešení problému“. Pro všechny informanty bylo prožití si poruchou příjmu potravy dobrou zkušeností do nynějšího života. Uváděli jako kladné, že se díky tomuto naučili pravidelné

sportovní aktivitě, jíst zdravěji a obecně se jejich přístup k jídlu změnil k lepšímu. Mezi pozitiva, která zazněla patří taktéž skutečnost, že mohou nyní rychleji rozpoznat příznaky některého z onemocnění poruch příjmu potravy u svých kamarádů či blízkých.

## 10 SHRNUTÍ

Cílem našeho výzkumné šetření bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, ze které vyplynuly 4 dílčí. Výzkumné otázky nám korespondují s výzkumnými cíli, proto tento výzkum odpovídá i na ně. První výzkumná otázka zněla, **jak prožívali jedinci období poruch příjmu potravy**. Všichni informanti se shodli na tom, že toto období pro ně bylo velmi psychicky náročné. Častokrát docházelo k náhlým změnám nálad či pocitům beznaděje. K tomuto se připojovaly zdravotní komplikace jako ztráta menstruace, kterou zaznamenaly 3 dívky z výzkumného souboru. Často byla zmíněna i zhoršená kvalita spánku, problémy s trávením či špatná kvalita vlasů. Tyto problémy vznikají v důsledku nedostatečné či příliš striktní konzumace jídla, nedostatku živin či nadměrné fyzické aktivity. Jedinci byli během svého období prožívání poruch příjmu potravy velmi ovlivněni svým nezdravým přístupem ke konzumaci potravy a každodenně směřovali veškeré své myšlenky na jídlo a pohyb.

Druhá výzkumná otázka měla za cíl **popsat příčiny, které se promítly na vzniku poruch příjmu potravy**. Z nasbíraných dat lze vyvodit, že za příčinou vzniku poruch příjmu potravy stojí z velké části okolí, s kterým přichází adolescent do styku. Právě špatně mířené poznámky na osobu z řad vrstevníků a rodiny nebo také vliv sociálních sítí mohou mít nedozírně špatné následky na zdraví jedince. Na osoby byly kladeny nebo si sami kladli přílišné nároky na své tělo a vzhled, začali být posedlí svou postavou a jediná jejich motivace byla vidět sebe v zrcadle dle svých představ. Zajisté i prostředí, ve kterém se pohybuje má velký vliv na to, zda u jedince propukne onemocnění.

Třetí výzkumná otázka se vztahovala k tomu, **jak se toto onemocnění odrazilo v sociálních vazbách adolescentů**. Většina informantů se v průběhu onemocnění uzavřela před okolím, vyhýbali se kontaktu, ztratili sociální kontakt a vztah s ostatními se zhoršil. Potvrdilo se, že chtěli být sami, jelikož cítili zradu v nepochopení od okolí. Mnoho z nich přišlo o řadu kamarádů nebo se objevil i názor, že si respondentka myslela, že nemá kamarády z důvodu svého vzhledu a postavy. K této výzkumné otázce se váže i vztah s rodinou, kdy u mnoha jedinců došlo k zhoršení vztahu s členy rodiny v důsledku přístupu z jejich strany. Často je do jídla nutili, každodenně je vážili, vyhrožovali hospitalizací, na čemž se všichni shodli, že není přístup, co by pomohl, ba naopak. Častokrát dochází k vzájemnému odcizení mezi rodiči a dítětem v tomto období.

Čtvrtá výzkumná otázka měla za cíl zjistit, **jaké skutečnosti přispěly k úspěšné léčbě**. Zde hrálo roli, zda si jedinec vybral řešení problému vlastní cestou nebo vyhledal pomoc odborníka. Náš výzkum je tvořen jedinci, kteří všichni úspěšně porazili poruchy příjmu potravy.

Dva informanti se svěřili do péče odborníků a čtyři nevyhledali odbornou pomoc. Z odborné péče byla využita pomoc psychologa a poradna specializující se na poruchy příjmu potravy. Jedinci nechtěli využít pomoci odborníků z důvodů, že se báli názorů okolí, nesprávné odborné pomoci nebo zastávali názor, že daný problém zvládnou vyřešit sami. K úspěšné léčbě přispěla především snaha o urovnání vztahů a navrácení důvěry s rodiči a blízkým okolím, uvědomění si opravdových hodnot, rozšíření obzorů a opětovné získání zdraví. U žen byla touha po navrácení menstruace, možnost otěhotnění v budoucnu a vést plnohodnotný život se vším všudy.

### **10.1 Doporučení pro praxi**

Výzkum nám potvrdil, že poruchy příjmu potravy jsou bohužel velmi často vyskytujícím se jevem ve společnosti, především u mladších jedinců, kteří jsou snáze ovlivnitelní. Toto téma by se dle mého mělo více dostávat do povědomí adolescentů, ale i ostatních, aby mohli rozpoznat příznaky, jak u sebe, tak u blízkého okolí a tím předcházet onemocnění nebo zmírnit jeho dopady. Z výzkumu je patrné, že právě podpora od jedincových přátel a pevný rodinný základ velmi napomáhají úspěšné léčbě, což si myslím, že je využitelná informace pro praxi. Rovněž je dle mě málo probádaná porucha příjmu potravy zvaná ortorexie a měli bychom se ní více zabývat formou výzkumů a psaním odborných publikací na toto téma, jelikož v českém jazyce existuje pouze minimální množství prací.

### **10.2 Diskuze**

V našem výzkumu jsme se dozvěděli, že na vzniku anorexie se podílí vliv okolí, ve kterém se jedinec pohybuje, jejich poznámky na osobu či kritické události v jejich životech, což potvrzuje i Papežová, Hanusová (2012) hladovění může souviset s různými událostmi-spouštěči (hrozící rozvod rodičů nebo rodinná krize, vážná ztráta, nemoc, alkoholismus nebo jiná závislost v rodině, kritická poznámka trenéra-autority – o váze v tanečním či sportovním klubu, předčasný odchod z domova, práce au-pair v zahraničí, šikana, srovnání kolektivu vrstevníků podle zevnějšku a další). Většinou se spojí více rizikových faktorů, které

pravděpodobnost onemocnění zvyšují, onemocnění tedy vyvolá souhra nepříznivých okolností.

Poruchy příjmu potravy se z velké většiny týkají žen, což nám dokazuje i naše výzkumné šetření, někdy ale může docházet k zatajování poruch příjmu potravy u mužů, jelikož za tento problém mohou cítit neoprávněně pocity studu. Této problematice se věnovala ve své bakalářské práci Krbcová (2017), kdy konstatuje, že poruchy příjmu potravy u žen převažují v poměru 9:1. Tento poměr může být nižší, protože poruchy příjmu potravy jsou častokrát vnímány jako ryze ženský problém a muži se častokrát snaží tento problém nepřiznat.

Potvrdilo se, že kvalita života informantů se po prodělání onemocnění zlepšila, začali si vážit sami sebe, svého těla a zdraví. Změnili své myšlení a uvědomili si, které hodnoty jsou opravdu důležité. S mým výsledkem se shoduje i výsledek výzkumu v bakalářské práci Černochové (2012), kdy oproti dřívějšímu nacházely na svém životě informantky spíše kladné stránky a domnívaly se, že kvalita jejich života se zvýšila a ony se cítí být ve větší psychické pohodě. Důvodem bylo více energie nebo obohacení sociálních kontaktů.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla věnována zkušenostem adolescentů s poruchami příjmu potravy a jejím cílem bylo analyzovat průběh a dopad poruch příjmu potravy na život adolescentů.

Teoretická část nahlíží na poruchy příjmu potravy z teoretického hlediska, kdy přibližujeme v první a druhé kapitole důležité pojmy jako je adolescence či kvalita života pro lepší pochopení dané problematiky. Třetí kapitola představuje z obecnějšího hlediska poruchy příjmu potravy a následující kapitoly rozebírají jednotlivá onemocnění tedy anorexii, bulimii a ortorexii podrobněji. Zaměřujeme se na příčiny, které se podílí na vzniku těchto onemocnění, což bývá nejčastěji vliv okolí či rodiny. Popisujeme příznaky, které se liší u jednotlivých onemocnění dle přístupu ke konzumaci potravy. Dále též uvádíme různé typy léčby, které se odvíjejí od toho, zda se jedinec rozhodne pro řešení problému vlastní cestou nebo chce využít odborné pomoci. Rovněž je důležité neopomenout důsledky tohoto onemocnění, které v některých případech mohou vést k tomu, že jedincovo myšlení poznamenají na velkou část života. Rozebíráme prevenci, o které by měly vědět všechny osoby již od útlého věku, jelikož žijeme v době, kde je na postavu a náš vzhled vyvíjen velký nápor. Televize, časopisy a sociální sítě nám ukazují neustále ženy s dokonalými postavami a nám se do podvědomí dostává, že nejsme dost dobří, když nevypadáme jako oni. Proto je velmi důležité, aby všichni věděli, že to není realita a každý z nás je jedinečný, ať vypadá jakkoli.

V praktické části jsme zkoumali prožívání jedinců v období, kdy si procházeli poruchami příjmu potravy, snažili jsme se najít příčiny, které vedly ke vzniku onemocnění, analyzovali jsme, jak se onemocnění odrazilo v sociálních vazbách adolescentů a zjistili jsme, jaké skutečnosti přispěly k úspěšné léčbě. Praktická část se skládá z kvalitativního výzkumu, kdy jsme si jako první stanovili výzkumné otázky a cíle a následně zvolili vhodnou metodu a techniku výzkumu a vybrali si výzkumný soubor, na který chceme náš výzkum soustředit. Poté jsme postupovali analýzou dat, kdy jsme námi získané polostrukturované rozhovory okódovali a v rámci zakotvené teorie utvořili sedm kategorií, kdy se ke každé pojí kódy. Každou kategorii jsme podrobněji popsali a charakterizovali. Vytvořili jsme paradigmatický model, který nám pomohl pochopit vztah mezi jednotlivými kategoriemi. Na konci praktické části jsme shrnuli výzkum formou zodpovězení výzkumných otázek a navrhli doporučení pro praxi.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BERG, B. L. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston: Allyn and Bacon, 2001 citováno podle WILDEMUTH, Barbara M. a Yan ZHANG. Unstructured Interviews. WILDEMUTH, Barbara M. Applications of social research methods to questions in information and library science. Westport, CT: Libraries Unlimited, 2009. ISBN 97-815-9158-5039.

ČECH, Ondřej. *Možnosti prevence rizikového chování dětí*. České Budějovice: Theia – krizové centrum o.p.s., 2017. ISBN 978-80-904854-5-7.

FRAŇKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0548-1.

HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA Group, 2003. Psychopradna. ISBN 80-86517-60-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-2470-840-x.

MACEK, Petr. *Adolescence*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.

MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.

MCGREGOR, Renee. *Ortorexie: posedlost zdravou stravou*. Přeložila Dana BALATKOVÁ. Praha: Dobrovský, 2019. ISBN 978-80-7390-968-0.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-98-9.

SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana a Lenka PROCHÁZKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-736-7313-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-262-0644-6.

VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

### Internetové zdroje

ČERNOCHOVÁ, Lucie. *Poruchy příjmu potravy u mladých žen*. Zlín, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Machů, Ph.D. [online]. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: [digilib.k.utb.cz/handle/10563/19381?locale-attribute=cs](https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/19381?locale-attribute=cs).

KRBCOVÁ, Lenka. Vědci našli „gen pro anorexii“. [online]. 2017 [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/vedci-nasli-gen-pro-anorexii/>

Ortorexie, aneb když se zájem o zdravý životní styl stane posedlostí. *Kulturistika.com* [online]. Borek, 2019 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: [https://www.kulturistika.com/vyziva/vyziva/zaklady-vyzivy/ortorexie-aneb-kdyz-se-zajem-o-zdravy-zivotni-styl-stane-posedlosti?gclid=Cj0KCQiA-OeBBhDiARIsADyBcE7ff2udG0VzxMP0Rjlv1I6qtiEeoBxT5Y-jeanSJwTGs13CsufUakoaAnCtEALw\\_wcB](https://www.kulturistika.com/vyziva/vyziva/zaklady-vyzivy/ortorexie-aneb-kdyz-se-zajem-o-zdravy-zivotni-styl-stane-posedlosti?gclid=Cj0KCQiA-OeBBhDiARIsADyBcE7ff2udG0VzxMP0Rjlv1I6qtiEeoBxT5Y-jeanSJwTGs13CsufUakoaAnCtEALw_wcB)

Ortorexie aneb když se zdravé stravování stane úchylkou. *Medlicker.com* [online]. 2020 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/1174-ortorexie>



## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

PPP Poruchy příjmu potravy

WHO World Health Organization

OSN Organizace spojených národů

QOL Quality of life

BMI Body Mass Index

DSM Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

KFC Kentucky Fried Chicken

HIT High intensity interval training

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Paradigmatický model (vlastní zdroj) .....	48
--	----

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č.1 Výzkumný vzorek (vlastní zdroj) .....36

Tabulka č.2 Kategorie a kódy (vlastní zdroj) ..... 38

## SEZNAM PŘÍLOH

- P I Ukázka rozhovoru
- P II Ukázka okódovaného rozhovoru
- P III Kostra polostrukturovaného rozhovoru

## PŘÍLOHA P I: UKÁZKA ROZHOVORU

T-Tazatel

D-Dotazovaný

**T: Kolik je ti nyní let? Pracuješ či studuješ?**

D: Nyní je mi 24 let. Pracuji.

**T: Jakou poruchou příjmu potravy jsi si prošla?**

D: Začala jsem anorexií a pokračovalo to bulimií.

**T: Kdy se u tebe objevila porucha příjmu potravy?**

D: Začala jsem blbnout na konci 9. třídy. To mi bylo 15 let.

**T: Jak u tebe probíhaly poruchy příjmu potravy?**

D: Začala jsem na internetu prohlížet pro Anna blogy a zdálo se to jako dobrý nápad patřit do takovéto komunity. Přestala jsem postupně jíst sladkosti a vyhazovat školní svačiny. Vryla jsem si do paměti, že hodný holky nejedí a že chci být jako květina – žít z vody. Tyhle dvě motta si moc dobře pamatuji. Ze školy jsem spěchala domů studovat další pro Anna tipy.

**T: Jaké jsi měla v té době vztahy s okolím?**

D: Jako první se mi odcizily kamarádky. Rodiče v tu dobu stavěli dům, takže moc doma nebyli a nevšímalí si mě. O prázdninách jsem šla k pediatrovi na prohlídku a ten se zhrozil. Vážila jsem 38 kg na 160 cm. Ztratila jsem menstruaci. Tam si toho poprvé všimla i mamka. Byla úplně vyřízená. Doktor mi dal ultimátum, že přiberu minimálně 10 kg, jinak mě pošle do léčebny.

**T: Jaké byly tvé pocity, když se okolí dozvědělo o tvém problému?**

D: Měla jsem hrozný vztek. Na všechny. Měla jsem v hlavě jen myšlenku, že mi chtějí ublížit. Že mi nepřejí, abych byla šťastná, abych byla hubená, abych byla krásná. Doma jsem měla peklo. Naši do mě tlačili jídlo, denně mě vážili. To byl ten okamžik, kdy přišla bulimie.

**T: Jaký vývoj mělo u tebe onemocnění?**

D: Musela jsem postupně začít víc jíst a po pár měsících téměř o vodě a housce jsem zjistila, že jídlo není tak špatný. Teda až na výčitky po něm. Začala jsem zvracet. Naši měli radost, že jím. Já měla radost, že sice jím, ale nepřiberu. Jednou jsem po sobě dobře neuklidila wc a přišli mi na to. Takže zase peklo, hlídali mě, abych nebyla sama doma a nemohla jít zvracet. Začala jsem zvracet tajně ve svém pokoji. Do igelitek. Ty jsem pak v batohu chodila odnášet do odpadků na druhém konci vsi. Bylo to hrozný. Brzo jsem měla celý krk rozškrábaný a bolelo mě každé polknutí potravy jako při angíně. Takže jsem přestala zvracet a začala se

přejídat. Naši měli radost, že prý jsem z toho konečně venku, ale nebyla. Přibrála jsem cca na 66 kg, měla jsem všude strie. Styděla jsem se a nenáviděla se. Pak jsem střídala drastické diety s přejídáním. Časem jsem si počítala kalorie, ale po sladkém jsem měla pořád výčitky. Pořád jsem nevěděla, kolik, čeho jíst.

**T: Jak se časem změnil tvůj přístup k jídlu?**

D: Začala jsem cvičit. Snažila jsem se sama sebe přijmout a mít se ráda. Ze 66 kg mám nyní 52 kg na 165 cm, což je normální váha. Rodiče se doteď bojí, abych v tom zase nezačala lítat.

**T: Snažil se ti někdo pomoci?**

D: Za tohle jsem si mohla sama, takže jsem se z toho chtěla sama dostat. Snažili se mi pomoci rodiče, ale bohužel nevěděli jak. A nátlak u těchto onemocnění není úplně to pravé. Dost jsme se odcizili. Bylo mezi námi mnoho vzteku, žádné porozumění.

**T: Vyhledala jsi někdy odborníka?**

D: Odborníka jsem nikdy nevyhledala, ani jsem nad tím v začátku nepřemýšlela. Nevěděla jsem, že to bude tak těžké. Teď když nad tím přemýšlím, tak vidím, že tu nejtěžší část jsem zvládla sama.

**T: Stranila ses v té době společnosti?**

D: Byla jsem pořád sama doma. Žádní kamarádi, kluci. Nezajímalo mě to. Měla jsem pořád jen plnou hlavu kalorií. Stále se prohlížela a nesmyslně cvičila. Energie jsem samozřejmě moc neměla, takže jsem chodila spát hned po škole. Pak cvičila a pak zase spát. Pak ve fázi přejídání a zvracení to dopadlo tak, že když jsem se odhodlala jít mezi lidi, tak jsem celý den nic nejedla a na akci snědla vše, co šlo. Pak jsem byla naštvaná a chtěla domů. Na střední jsem byla podivín, který za celý den snědl jeden pomeranč. Můj společenský život byl mizerný.

**T: Ovlivnilo to nějakým způsobem tvé výsledky?**

D: Co se týče školy, tak tam jsem se docela držela. Mám to v potaze a byla jsem k tomu i vychovaná, že škola je důležitá. Jsem svědomitá a pořádná, takže tam to moc nezasáhlo. Zpětně nevím, kde jsem na to brala energii. V tělocviku jsem neměla na nic energii. Učitelka to brala prostě tak, že jsem hubená a slabá. Nic víc za tím učitelé nehledali. Doma jsem, jak blázen skákala panáky, běhala na místě, jezdila na kole. Zkolabovala jsem asi 2x.

**T: Jak jsi na tom byla psychicky?**

D: Psychicky jsem na tom byla mizerně. Nevím moc jak to vysvětlit, protože si myslím, že tohle opravdu pochopí jen člověk, co si tím prošel. Pro ostatní je to sci-fi a nedokáží pochopit, jak někdo dokáže řešit jen postavu a jídlo. Na psychice mi to určitě zanechalo

nějaké šrámy. I Když od okolí slyším, jak mi to sluší, že jsem pěkně hubená, tak já se tak úplně nevidím. Nejsem moc sebevědomá. Intimita ve vztahu se mnou je taky oříšek. Stydím se hrozně dlouho. Třeba půl roku si zvykám na to, že mě někdo vidí nahou. Že mě tak má rád. Že se mu tak líbím.

**T: Odkdy jsi trpěla anorexií a kdy se to změnilo v bulimii?**

D: Anorexií jsme trpěla tak čtvrt roku, za tu dobu jsem zhubla natolik, aby si toho všimlo okolí a já musela začít jíst a přehouplo se to v bulimii.

**T: Jak často jsi byla fyzicky aktivní?**

D: Cvičila jsem denně. Byly to nesmyslná videa z YouTube – různé poskakování atd. Šlo o to, co nejvíce spálit. Cvičení jako samotný pro mě bylo trestem, protože jsem na něj neměla tolik energie, kolik bych potřebovala. Vždycky jsem se těšila, až to budu mít za sebou. Pak mě to uspokojilo a byla jsem šťastná.

**T: Jak to bylo v té době s tvými vztahy s partnery?**

D: Za tu dobu jsem měla dva dvouleté vztahy. V obou případech jsme se vídali jen o víkendech, takže jsem jela ten svůj režim v týdnu a na víkendy jsem si dovolila vypnout. Oba věděli, že jsem si tím prošla, ale tím, že jsme se vídali jen o víkendech, netušili, že to tak úplně není uzavřené.

**T: Co pro tebe znamenalo jídlo?**

D: Nejdřív jsem v něm viděla strašáka, co mi chce vzít pocit štěstí, pocit hubenosti. Když jsem se přehoupala do fáze bulimie, tak mě uspokojovalo a vyvolávalo to ve mně pocit štěstí. Teď vím, že jídlo potřebuji, abych mohla fyzicky fungovat.

**T: Snažila ses jíst zdravě nebo aby ti to spíše jen sedělo do kalorií?**

D: Spíš kaloricky. Neměla jsem problém zajít si do „mekáče“, ale poté celý den už nejíst. Nebyla jsem úplně fanoušek zeleniny, takže jsem si spíše ráda dala prasárnu a pak zbytek dne hladověla.

**T: Měla jsi někdy sebevražedné myšlenky?**

D: Sebevražedné myšlenky mě naštěstí minuly...

**T: Zanechalo na tobě toto onemocnění nějaké zdravotní následky?**

D: Jsem teď na normální váze. Akorát jsem teda od té doby chudokrevná. A co se týče menstruace, tak jsem musela chodit na vyvolávací injekce, ale nyní mám už menstruaci v pořádku. Jinak jsem bez zdravotních následků.

**T: Přemýšlela jsi někdy o tom, že to mohlo mít negativní dopady na tvou budoucnost?**

D: Myslím, že to nemá nějaké výraznější dopady na můj nynější život. Naopak to беру jako zkušenost a budu to umět rozpoznat u druhých, porozumět jim, pomoci.

**T: Co bylo hlavní motivací pro tebe se z toho dostat?**

D: Největší motivací pro mě bylo, aby se konečně zklidnila situace doma. Dupali po mě a bylo to opravdu nepříjemné mít pořád někoho za zadkem s talířem plným jídla, dennodenní vážení, výhrůžky hospitalizací...

**T: Co bys doporučila lidem, kteří nejsou spokojeni ve svém těle?**

D: Ať nikdy nic neřeší drastickým způsobem. Nic není hned a je lepší zajít za někým, kdo tomu rozumí. A to nejdůležitější je přijmout sebe sama a mít se ráda. Protože je to první krok úplně ve všem a pak půjde vše lépe. Já to bohužel vzala z opačného konce.



## PŘÍLOHA P II: UKÁZKA OKÓDOVANÉHO ROZHOVORU

## Rozhovor 4 anorexie VERONIKA

T: Kolik je ti nyní let? Pracuješ či studuješ?

D: Nyní je mi 22 let. Studuji.

T: Jak se u tebe začala projevovat PPP?

D: Jsem 185 cm vysoká, takže posměšky se na mě hrnuly ze všech stran. Do toho táta ze mě <sup>počátek PPP</sup> chtěl mít tu nejlepší z nejlepších, jak ve škole, tak ve sportu – vrcholově jsem střelila. Neměla <sup>přístup rodičů</sup> sociální problémy, jsem díky tomu ani žádné kamarády, nikam nemohla, měla jen školu a tréninky. A tak jsem <sup>úplně odstranila</sup> stres začala zajídat čokoládou, brambůrkami, balíky tavených sýrů. Docela jsem pochopitelně přibrala a okolí se ozvalo. Už jsem si začala všimnat, že holky kolem jsou zadaný a o mě nikdo nezavádí. Postupně se ze mě začal stávat úplně jiný člověk. V létě, když jsem šla do čtvrtáku na gymplu, tak jsem měla v tu dobu závody v zahraničí, kde jsem se opět stávala terčem posměchu a opovržení. To už jsem nevydržela. Pamatuji si, jak jsem seděla u večere, položila jsem vidličku a řekla si, že přestávám jíst.

T: Jak reagovalo okolí?

D: Ze začátku to rodiče brali dobře, protože jsem shodit potřebovala. Tolerovali moje <sup>obrovské množství</sup> jídelníčky a cvičení. Pro představu ráno trochu bílého jogurtu a banán, oběd celozrnné špagety s rajčatovou omáčkou, večere vajíčka a zelenina <sup>průběh stravování</sup>.

T: Jaké fyzické aktivity jsi vykonávala?

D: Cvičila jsem videa podle internetu a k tomu měla <sup>sporovní abstrakce</sup> tréninky střelby. Váha šla dolů a dolů, psychika se začala zhoršovat.

T: Jaký jsi měla postoj k jídlu?

D: Postupně jsem si vytvářela averzi snad ke všem jídlům a taky objevila kalorické tabulky a počítání kalorií. Ze silového cvičení se stalo HIT cvičení a to každý den. Nemohla jsem vynechat ani den. Když jsem měla celý den školu a třeba jen hodinu volno během dne, tak jsem jela 15 minut domů, abych si zacvičila 30 minut a pak zase 15 min zpět do školy. <sup>postoj k jídlu</sup> Tenkrát o Vánocích jsem se zhroutila úplně. Nebyla jsem schopna přijímat žádné jídlo. <sup>psychické problémy</sup> Na svou výšku 185 cm jsem měla pouze 54 kg a rodiče začali vyhrožovat hospitalizací, pokud se <sup>úplně odstranila</sup> nesrovnám. V jídlu jsem viděla prostředek k nějakému bojkotu, ke vzpouře. Možná prostředek k sebepoškozování. Trýznění sebe hlady a fyzické vyčerpání z toho přebíjelo tu bolest psychickou. <sup>postoj k jídlu</sup>

T: Co se ti honilo v hlavě?

D: V hlavě se mi honily různé myšlenky hlavně ohledně jídla. Neustále jsem přemýšlela dopředu, co budu jíst. Musela jíst přesně v hodinu, kterou jsem měla danou. Dejme tomu třeba v sedm ráno snídani, nemohla jsem vynechat, i když to byla malá porce. Přemýšlela jsem kolik kalorií má asi jídlo, co mi dává máma k obědu. Jak hodně budu muset cvičit, protože jdeme na rodinnou večeři. Takže v hlavě jsem měla jen jídlo, byla jsem jím posedlá. <sup>myšlenky na jídlo</sup>

T: Jak jsi vnímala své tělo?

D: Své tělo jsem viděla pořád jen negativně. Neustále jsem na sobě v zrcadle viděla jen kila navíc. Jen na fotkách v plavkách z dovolené jsem si přišla samá kost. Ale stejně jsem si <sup>tělo v negativním světle</sup>



nedala říct a brala to jen jako, že je to vyfocené blbým úhlem. Neříkala jsem si, že bych to tělo nenáviděla. Jen jsem se pořád viděla široká, i když jsem chodila nakupovat oblečení do dětského oddělení.

T: Vyhledala jsi odborníka?

D: Začala jsem docházet do Anabelle k výživové poradkyni. Načítala jsem si příběhy těch, kteří si tím prošli a nějak mi to v hlavě přepnul do normálu. Hlavně jsem chtěla, aby se mi vrátila menstruace a jednou mohla mít děti, což se povedlo. Našla jsem balanc a radost ze života.

T: Jaká byla kvalita spánku?

D: Spánek byl hodně špatný. Buď byly dny, kdy jsem nemohla usnout, protože jsem měla příšerný hlad a kručelo mi v břiše nebo byly noci, které nazývám jako hyperaktivní. Tělo šílí z nedostatku energie, a tak člověku přijde, že není vůbec unavený a že má sílu klidně i přeplavat oceán. Musela jsem se naučit jíst množství jídla, které mi před spaním vyhovuje. Špatně se mi usíná, když jsem opravdu přejedená. Pokud mám ale nyní před spaním hlad, tak se nebojím si něco dát. Ve spánku mám teď pravidelnost a musím zaklepat, že spím teď opravdu dobře.

T: Jak jsi na tom byla s energií?

D: Energií jsem měla jak kdy. Byly dny, kdy jsem byla strašně unavená a při chůzi na ulici jsem chodila, jako kdybych vypila láhev vodky. Měla jsem slabé nohy. Většinou ale převládaly dny, kdy jsem byla fyzicky v pohodě, což většinou lidí s anorexií nejsou a jsou pořád unavení.

T: Jak se k tobě chovalo okolí?

D: Kamarádi se rozdělili na 2 skupiny. Ta nemoc mi pomohla zjistit, kdo je skutečný kamarád. Spousta z nich mě zavrhla, nedokázala to pochopit, přestali se mnou komunikovat. Někteří mi ale podali pomocnou ruku a mentálně mě podporovali.

T: Vyhýbala ses kontaktu s okolím?

D: Postoj k okolí jsem měla dost negativní. Neměla jsem ráda sebe a tím pádem ani ostatní. Nechtěla jsem se s nikým stýkat, seznamovat, jít na kafe, do kina. Měla jsem i myšlenky, že nikdy nechci mít rodinu, že je mi všechno jedno. Pokud mělo dojít k nějakému kontaktu s okolím, jako třeba vyřizování věcí na pojišťovně nebo na poště, tak jsem z toho měla strach. Neměla jsem ani za mák sebevědomí. Bála jsem se zvedat telefon natož abych zavolala někomu mimo lidi z rodiny.

T: Snažila se ti rodina pomoci?

D: Rodina se mi snažila pomoci od samého začátku. Jenže, kdo tu nemoc nezažil, nemůže to pochopit. Oni prostě nedokázali pochopit, že se nemůžu najíst a že bez vážení jídla žít nemůžu. Ze začátku to řešili křikem a vyhrožováním hospitalizací. Pak se do mé situace snažili vcítit, načtli si o tom články a ten přístup změnili.

T: Snažila ses ty sama tuto situaci změnit?



D: Člověk se z toho musí dostat pokaždé sám. Jakmile to člověku v hlavě nesepe, že musí začít hledat cestu zpátky a že vůbec hledání té cesty je potřeba, pak je pomoc druhých k ničemu. Člověk musí věřit, že to jde, že ta cesta existuje. Výživová poradkyně a psycholožka můžou pomáhat, co nejvíce to jde a sestavovat ty nejlepší jídelníčky, ale jakmile není vůle v tom nemocném člověku, je to bohužel ztráta času a energie. I já patřila k těm, kteří z počátku vůli neměli a těm lidem, co podávali pomocnou ruku nevěřila. *spína myšlení*

T: Věnuješ se i nyní nějakým sportovním aktivitám?

D: Ano, cvičím. Ale ne každý den, a ne kardio jen jógu nebo pilates. A není na tom nic špatného. *život bez omezení*

T: Jak to máš nyní s jídlem?

D: Dám si, na co mám chuť. Na dovolené s all inclusive jsem se nebála skoro ničeho. Jsou jídla, která mi dodnes nedělají úplně dobře na psychiku, jako třeba bramborák. Místo smažení si ho udělám v troubě. *život bez omezení*

T: Pociťuješ nyní více energie?

D: Mám určitě více energie a lépe spím. Mám se ráda, našla jsem lásku sama k sobě, jakou jsem nikdy neměla. Teď si stoupnu do zrcadla a sama sobě si řeknu, jak jsem šťastná, že mám tohle tělo a jsem šťastná, že jsem vysoká, i když se mi za to všichni smáli. Konečně si přijdu výjimečná, konečně si přijdu někdo a nic bych na sobě neměnila. *uvědomění si opravdových hodnot*

T: Kdybys to měla shrnout, co ti porucha příjmu potravy dala a vzala?

D: Vzalo mi to pár let normálního života. Vzalo mi to chvíle, které jsem mohla strávit s rodinou a přáteli, ale kvůli strachu z výpadku ze „svého režimu“ jsem všechno odmítla (nešla na oslavu atd.). Dalo mi to ale hodně. Byla to taková škola života, díky tomu jsem poznala, kdo je opravdový kamarád. Přece se říká, že v nouzi poznáš přítele. Začala jsem se hlavně po nemoci úplně jinak dívat na sebe. Začala jsem se mít ráda, vážit si života, hýčkat se a vážit si toho, že jsem ženou. *zamýšlení*

T: Co bylo hlavní motivací přestat?

D: Hlavní motivací bylo samozřejmě zdraví a to, že bych jednou chtěla mít děti. Někdy čas jsem totiž neměla menstruaci. Pochopitelně taky nějaká část mě už chtěla žít normální plnohodnotný život. Říkala jsem si sama sobě, jakou mám budoucnost, jak dlouho tohle můžu vydržet. Nakonec byla tato myšlenka silnější a dovedla mě k tomu, že jsem s léčbou začala. *motivace řešení onemocnění*

T: Máš nějaké zdravotní následky?

D: Zdravotní následky naštěstí nemám a vše se vrátilo do pořádku. Jsem jedním slovem šťastná. *vyčerpání*

## PŘÍLOHA P III: KOSTRA POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Dobrý den,

Jmenuji se Denisa Nesňalová a jsem studentkou 3.ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, fakulty humanitních studií, oboru sociální pedagogika. Pracuji na bakalářské práci na téma: „Zkušenosti adolescentů s poruchami příjmu potravy“. Cílem mé práce je zkoumat, jaké jsou zkušenosti adolescentů s poruchami příjmu potravy, jejím průběhem, kvalitou jejich života a sociálními vazbami. Ráda bych Vás poprosila o Váš čas, výpovědi rozhovoru budou sloužit pouze pro účely zpracování bakalářské práce.

- a) Jmenuji se Denisa Nesňalová, jaké je tvé jméno?
- b) Kolik je ti let?
- c) Navštěvuješ školu či pracuješ?
- d) Jakým typem poruchy příjmu potravy jsi trpěl/a?
- e) Jak dlouho tě trápily poruchy příjmu potravy?

\_\_\_\_\_ informativní otázky

- 1. Mohl/a bys popsat průběh a vývoj nemoci?
- 2. Vzpomeneš si, jak reagovalo okolí poté, co zjistilo, že trpíš poruchou příjmu potravy?
- 3. Jaký jsi měl/a vztah k jídlu a fyzické zátěži?
- 4. Jaké důsledky mají PPP ve tvém nynějším životě?

\_\_\_\_\_ hlavní otázky

