

Sociální implikace lidí trpících atypickými poru- chami příjmu potravy

Ivona Bařinková

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivona Bařínková**
Osobní číslo: **H15391**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Sociální implikace lidí trpících atypickými poruchami příjmu potravy**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti atypických poruch příjmu potravy a prevence záchvatovitého přejídání.

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

Realizace kvalitativního výzkumu prostřednictvím metody rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-0840-x.

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat. Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.

MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. První kroky z poruchy příjmu potravy. Uhřetitz: Doron, 2013. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-115-2.

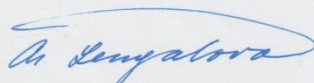
ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Blašítková**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. listopadu 2017**

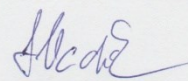
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. dubna 2018**

Ve Zlíně dne 22. listopadu 2017



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka





Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

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 ¹⁾;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně6.3.2018

.....Bart 4 / Jona

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k 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 rozmnoženiny.

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

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

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

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

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

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

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít 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 jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá sociálními důsledky atypických poruch příjmu potravy. První kapitola teoretické části se zabývá vymezením mentální anorexie a mentální bulimie, novými typy poruch příjmu potravy, dále příčinami vzniku a důsledky poruch příjmu potravy. V druhé kapitole teoretické části jsou vymezené atypické poruchy příjmu potravy včetně sociální implikace. Třetí kapitola je zaměřena na prevenci a vztah problematiky k sociální pedagogice. Praktická část bakalářská práce se zabývá kvalitativním výzkumem a interpretací výzkumného šetření. Cílem práce je zjistit, jaké jsou sociální důsledky atypických poruch příjmu potravy.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, psychogenní přejídání, záchvatovité přejídání, závislost na jídle, sociální důsledky

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the social consequences of atypical eating disorders. The first chapter of the theoretical part deals with the definition of mental anorexia and mental bulimia, new types of eating disorders, the causes of the onset and consequences of eating disorders. In the second chapter of the theoretical part are defined atypical eating disorders, including social implications. The third chapter focuses on the prevention and relation of the issue to social pedagogy. The practical part of the bachelor thesis deals with qualitative research and interpretation of research. The aim of the thesis is to find out what are the social consequences of atypical eating disorders.

Keywords: eating disorders, psychogenic overeating, binge eating, food addiction, social consequences

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Lucii Blašíkové za odborné vedení, cenné rady, čas a ochotu při zpracování bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala respondentům, za jejich čas a ochotu sdílet informace, které byly využity pro výzkum. Poděkování patří také rodině, za podporu a trpělivost, jak při psaní bakalářské práce, tak i po celou dobu studia.

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

„Vše, co jsme, je výsledkem našich myšlenek.“

Budha

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	13
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	14
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	15
1.3 NOVÉ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	16
1.4 ETIOLOGIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	17
1.5 DŮSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	19
2 ATYPICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	21
2.1 ATYPICKÁ MENTÁLNÍ ANOREXIE A ATYPICKÁ MENTÁLNÍ BULIMIE	21
2.2 PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ	21
2.3 JINÉ PORUCHY JÍDLA A ZVRACENÍ SPOJENÉ S JINÝMI PSYCHOLOGICKÝMI PORUCHAMI	25
2.4 SOCIÁLNÍ IMPLIKACE.....	26
3 PREVENCE ATYPICKÝCH PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	31
3.1 PREVENTIVNÍ PROGRAM ŠKOLY	34
3.2 NEVLÁDNÍ ORGANIZACE.....	34
3.3 OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ANABELL.....	34
3.4 SOCIÁLNÍ PEDAGOG.....	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	38
4.1 VÝZKUMNÉ CÍLE	38
4.2 METODA SBĚRU DAT	39
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	40
5 ANALÝZA DAT	41
5.1 RESPONDENT SABINA.....	41
5.2 RESPONDENT MONIKA	43
5.3 RESPONDENT: LEONA.....	45
5.4 RESPONDENT DARINA	47
5.5 RESPONDENTKA ELLA.....	49
5.6 RESPONDENTKA HANA.....	51
5.7 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ	54
6 INTERPRETACE DAT	55
6.1 DVO: JAKÉ JSOU PŘÍČINNÉ SOUVISLOSTI PŘI VZNIKU NEMOCI?.....	55
6.2 DVO : JAKÝ MÁ NEMOC VLIV NA PSYCHIKU ČLOVĚKA?	56
6.3 DVO : JAK NEMOC OVLIVŇUJE SPOLEČENSKÝ ŽIVOT?.....	56
6.4 DVO: JAKÝ MÁ NEMOC VLIV NA ZPŮSOBY TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU?	57
6.5 DVO: JAK NEMOC OVLIVŇUJE ŽIVOT V KONTEXTU SOCIÁLNÍCH VAZEB?	57

6.6	HVO: JAKÉ JSOU SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY ATYPICKÝCH PORUCH PŘÍJMU POTRAVY?	59
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	60
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	63
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	66
	SEZNAM TABULEK.....	67
	SEZNAM OBRÁZKŮ	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Příjem potravy je každodenní součástí člověka. Již od nepaměti si lidé konzumaci jídla spojují s oslavami, emocemi a je součástí mnoha kultur. Potrava má ovšem také negativní dopad, především ve spojení se vznikem poruch příjmu potravy, jejichž incidence neustále stoupá. Zároveň je mnoho pacientů, kteří nesplňují diagnostická kritéria mentální anorexie a mentální bulimie, které jsou široké veřejnosti dobře známé.

Teoretická část vymezuje mentální anorexii a mentální bulimii a zaměřuje se také na nové typy poruch příjmu potravy, které se začínají u pacientů diagnostikovat. Pro člověka nepředstavují tak velké riziko, jako u mentální anorexie a mentální bulimie. Přesto se ale jedná o způsoby stravování a vnímání vlastního těla, které jsou omezující a nepřírozené. Dále je věnován prostor příčinám vzniku poruch příjmu potravy, které jsou často multifaktoriálního charakteru. Na vznik poruchy příjmu potravy má velmi často negativní vliv rodina, ve které se od útlého věku vytváří stravovací návyky a vztah k vlastní osobě. Pacienta ovlivňuje také okolní prostředí a média. Další podkapitola vymezuje důsledky, se kterými se pacienti často potýkají. Nemoci spojené s poruchami příjmu potravy, způsobují nejen zdravotní komplikace, ale představují člověku obtíže i v psychické a sociální oblasti.

Druhá kapitola vymezuje atypické poruchy příjmu potravy, kde dle Mezinárodní klasifikace nemocí, patří atypická mentální anorexie a bulimie, psychogenní přejídání, jiné poruchy jídla a zvracení spojené s jinými psychogenními poruchami. Tyto onemocnění jsou podobné především v propojování emocí a příjmu potravy. Kapitola se dále zabývá sociální implikací, čili sociálními důsledky atypických poruch příjmu potravy. Pro dané poruchy je velmi typické a běžné, že o problémech s příjmem potravy pacientovo okolí neví. Dochází velmi často ke vzniku depresí, úzkostem, či k sociálním fobiím, což má velmi negativní dopad na společenský život a kontakt s okolím.

Třetí a zároveň poslední kapitola v teoretické části, se zabývá prevencí, která je velmi důležitým prostředkem, jak předcházet a snížit riziko vzniku poruch příjmu potravy, zejména u dospívajících. Dále se kapitola zabývá Preventivním programem školy, který probíhá na školách v České republice a je zajišťován Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a také nevládním organizacím a občanskému sdružení Anabell, které vedou v oblasti prevence poruch příjmu potravy, velmi záslužnou činnost. Závěr teoretické části bakalářské práce se zabývá vztahem mezi sociální pedagogikou a poruchami příjmu potravy, a to především v možném uplatnění sociálního pedagoga v této oblasti.

Z teoretické části je patrné, že atypické poruchy příjmu potravy mají negativní dopad na fyzické, ale i duševní zdraví pacientů, díky kterému se důsledky onemocnění prolínají také do jejich životů. Praktická část bakalářská práce se zabývá kvalitativním výzkumem a interpretací výzkumného šetření. Cílem práce je zjistit, jaké jsou sociální důsledky atypických poruch příjmu potravy. Při výzkumu byla využita metoda strukturovaného rozhovoru a získané data byly analyzovány za pomoci kódování.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Jednou z hlavních starostí každého člověka bylo neumřít hlady. Potřeba sytosti, jakožto obživný pud, přirozeně určuje uspokojení ostatních potřeb, od reprodukčního instinktu až po seberealizaci. Potrava je nenahraditelným zdrojem základních živin a jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. V průběhu života získává jídlo jak psychický, tak sociální význam. Často se stává odměnou, únikem před samotou, programem nebo i způsobem komunikace (Krch a kol., 2005, s. 15).

Vzájemný vztah mezi potravou a závislostí má dvě roviny. První rovinou je bezpochyby fyziologická závislost příjmu energie a živin z potravy u všech živočichů. Příjem potravy je primární potřeba organismu, jelikož bez energie nedokáže plně fungovat. Existují ovšem výjimky, jako například určitý druh hmyzu, který v dospělosti nepotřebuje potravu přijímat, ovšem jen za podmínky, že si uschoval dostatek energie, během vývojového stádia jako larva. Druhá rovina pohledu přináší vztah potravy a závislosti, jakožto velký problém západní společnosti. V současné době je patologii potravního chování označované jako poruchy příjmu potravy, věnován velký zájem po celém světě. Stále se vyvíjí nejrůznější terapeutické strategie a zkoumají se také možnosti preventivního působení. S některými případy si lékaři stále nedokáží poradit a v důsledku onemocnění tak dochází k celé řadě zdravotních komplikací (Řehulka ed., 2011, s. 287-288).

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a pro svůj chronický průběh, závažné, somatické, psychické a sociální důsledky a jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i jejich sociálnímu okolí. V současné době, se za nejzávažnější poruchy příjmu potravy, považují mentální anorexie a mentální bulimie. Vzhledem k velkému počtu pacientů, kteří se svou diagnózou odlišují, se rozšiřují také atypické poruchy příjmu potravy. I přes zdánlivou vizuální odlišnost jsou si poruchy příjmu potravy v mnoha ohledech podobné. Pacienty spojuje především strach z tloušťky, nadměrně věnují pozornost vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak zhubnout, nebo alespoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti (Krch a kol., 2005, s. 15-16).

Poruchy příjmu potravy mají velký vliv na to, jak se pacienti cítí. Nemocným dělají potíže prosté věci, jako třeba zvažení se po ránu, které jim může zničit náladu celého dne. Odborníci se většinou shodují, že se onemocnění týká především žen, přibývá ale také počet případů, kdy poruchami příjmu potravy trpí muži (Middleton, Smith, 2010, s. 9-11).

První kapitola vymezuje problematiku poruch příjmu potravy v obecné rovině. Následující dvě podkapitoly se věnují podrobněji mentální anorexii a mentální bulimii, následně novým typům poruch příjmu potravy, příčinám vzniku těchto nemocí a také důsledkům.

1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha příjmu potravy, typická především úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Lidé trpící anorexií nejedí proto, že by neměli chuť. Ale pro to, že jíst nechtějí. Na veřejnosti tuto skutečnost popírají a uvádějí mnoho důvodů, proč jídlo konzumovat nemohou (Krch a kol., 2005, s. 16).

Papežová (2012) uvádí, že anorexie proniká do všech částí našeho já a může jej zcela umlčet. Kalorický deficit neoslabuje pouze tělo, ale také mysl a jedinečnost osobnosti se díky anorexii postupně ztrácí.

Diagnostická kritéria mentální anorexie jsou charakterizována následujícími znaky:

- odmítání udržet si tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku,
- snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, užívá prostředky k vyprovokování zvracení, laxativa či diuretika a nadměrně cvičí,
- intenzivní obava z přibírání na váze, a to i v případě, že je pacient velmi vyhublý,
- narušené vnímání vlastního těla a nepřiměřený vliv hmotnosti na vlastní sebehodnocení,
- u žen absence minimálně tří za sebou jdoucích menstruačních cyklů (Krch a kol., 2005, s. 16-17).

Pacienti mění svůj jídelníček, z něhož nejdříve mizí jídla s vysokou energetickou hodnotou, či jsou považované za „nezdravá“, postupně vynechávají sladkosti a tučná jídla, později bílé pečivo, knedlíky, maso a přílohy. Mění se také jídelní režim s postupným vynecháváním hlavních jídel pod různými záminkami. Vyhýbají se jídlu ve společnosti a velmi přecitlivěle reagují na to, mají-li pocit, že je někdo při jídle sleduje nebo například někdo mlaská. Při konzumaci jídla s ostatními lidmi se úzkostlivě srovnávají a vyžadují, aby jejich porce byla co nejmenší. Vzrůstá také zájem o sportovní aktivity, několika kilometrové procházky, či nadměrné posilování. Pacienti se příliš zabývají svojí postavou a tělesnou hmotností. Neustále se váží, nebo se naopak váze se strachem vyhýbají. Postupně přibývají

také zdravotní komplikace jako je zácpa, porucha menstruačního cyklu, zimomřivost či padání vlasů. Začínají se vyhýbat přátelům i rodině, uzavírají se do sebe. Nemocný člověk bývá čím dál více sebestředný, přecitlivělý a podrážděný (Krch, 2010, s. 29-30).

U anorexie rozlišujeme dva specifické typy: **nebulimický (restriktivní) typ**, kdy během nemoci u pacienta nedochází k záchvatům přejídání a **bulimický (purgativní) typ**, který se vyznačuje také záchvaty přejídání (Krch a kol., 2005, s. 17).

Podkapitola vymezuje pojem mentální anorexie. Seznamuje s diagnostickými kritérii této nemoci a zmíněno je také rozlišování dvou typů anorexie a průběh nemoci.

1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha příjmu potravy charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti (Krch a kol., 2005, s. 18).

Pacienti mají velmi silné a neohraňené nutkání se přejídat, a zároveň chorobný strach z tloušťky. Přibírání hmotnosti se snaží zamezit navozováním zvracení, zneužíváním laxativ a diuretik (Cooper, 2014, s. 56).

Papežová (2012) uvádí, že mentální bulimie až v padesáti procentech navazuje na anorexii, na období hladovění a dietního chování. Poslední dobou ale pacienti přecházejí také k psychogennímu záchvatovitému přejídání. Chování bulimického pacienta se může stát provokativní a sobecké. Pro okolí je velmi těžké pochopit, že se může jednat o nezdravou snahu řešení neštěstí a stresu. Nemocní mají často strach ze stigmatizace a někdy nemoc tají velkou část života.

Diagnostická kritéria mentální bulimie jsou charakterizována následujícími znaky:

- silná a nepotlačitelná touha se přejídat,
- snaha zabránit příbytku tělesné hmotnosti vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním laxativ,
- neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle,
- sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.

Stejně jako u mentální anorexie, také u mentální bulimie rozlišujeme specifické typy: **purgativní typ** (pacient pravidelně zvrací a zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil

zvýšení hmotnosti), a **nepurgativní typ**, kdy pacient drží přísné diety, hladovky a intenzivní fyzické cvičení (Krch a kol., 2005, s. 18-19).

Přibližně jedna třetina osob s bulimií měla v minulosti zkušenost s anorexií, nebo se alespoň vyskytly některé rysy. Obě poruchy mají mnoho společných symptomů, jde zejména o postoj k tělesné hmotnosti a tvaru těla (Cooper, 2014, s. 58).

Subkapitola vymezuje pojem mentální bulimie a popsáno je také dělení mentální bulimie do dvou typů. Dále popisuje kritéria, která pomáhají diagnostikovat danou poruchu a věnován je prostor také průběhu nemoci.

1.3 Nové typy poruch příjmu potravy

Mezi nové typy poruch příjmu potravy můžeme zařadit ortorexii, bigorexii a drunkorexii. V extrémní podobě mohou být pro člověka stejně tak riskantní, jako například mentální anorexie, či bulimie (Ideální, Ortorexie, bigorexie, drunkorexie, 2014, 2017).

Ortorexie

Ortorexií se rozumí patologická posedlost zdravou výživou. Pacienti nechtějí konzumovat potraviny, ve kterých se nacházejí konzervační látky, přidaný cukr, velké množství solí, pšeničná mouka nebo průmyslově zpracované potraviny. Konzumují pouze speciální biopotraviny, které ovšem nelze zakoupit kdekoliv. Velkou část svého času věnují studováním složení potravin a mají obavy z konzumace jídel, které dle jejich kritérií nejsou zdravé. Takové stravovací návyky vedou k zúžení škály konzumovaných potravin a kvůli absenci základních makro živin také k podvýživě (Anabell, Manuál pro pedagogy, 2011, 2017).

Bigorexie

Bigorexie je syndrom, známý také pod názvem Adonisův komplex či reverse anorexia (anorexie naruby). Jedná se o zkreslené vnímání svého těla a zahrnuje neobvyklé jídelní návyky, neustálá posedlost dosáhnout vysoké fyzické zdatnosti a nárůstu svalové hmoty (Papežová, 2010, s. 129-130).

Výskyt syndromu je častější u mužů, nejčastěji se věnující kulturistice. Pacienti si připadají slabí a málo svalově rozvinutí, díky čemuž dochází ke zneužívání anabolických steroidů a dalších látek, sloužících podpoře růstu svalové hmoty (Anabell, Manuál pro pedagogy, 2011, 2017).

Drunkorexie

Jedná se o cílené snižování příjmu potravy, s cílem snížit příjem kalorií a nahrazení alkoholem, z důvodu velkého množství kalorií, obsažených v těchto nápojích (Papežová, 2010, s. 131-132).

Podkapitola vymezuje nové typy poruch příjmu potravy, které se začínají vyskytovat. V odborné literatuře je o těchto poruchách zatím málo informací a autoři se jim věnují jen okrajově.

1.4 Etiologie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se řadí mezi multifaktoriální onemocnění, kde nelze určit jednu konkrétní příčinu. Jedná se o duševní poruchu vznikající na základě vnitřních dispozic organismu a vnějších podmínek. Zejména v devadesátých letech, byl kvůli štíhlému ideálu krásy, považován sociokulturní a rodinný faktor hlavní příčinou vzniku onemocnění. Nyní se odborníci soustředí na širší souvislosti, především v oblasti vzrůstajících nároků současných žen společně s dodržováním tradičních rolí (Řehulka ed., 2011, s. 288).

Neexistuje žádná konkrétní příčina, která by vysvětlovala nebo spouštěla u pacientů problémy s příjmem potravy. Na onemocnění se podílí a spolupůsobí biologické, psychologické, rodinné a sociokulturní rizikové faktory (Anabell, Základní metodika – Podpora pedagogům pro výuku v předmětech Člověk a zdraví a Výchova ke zdraví, 2010, 2017).

Biologické faktory

Dědičnost je biologický faktor, který se podílí na rozvoji poruch příjmu potravy. Genetická informace ovlivní vznik mentální anorexie v padesáti až devadesáti procentech a při vzniku mentální bulimie má vliv v třiceti pěti až osmdesáti procentech. Genetika ovlivňuje rozvoj obezity, která hraje významnou roli především při vzniku mentální bulimie. Přesto ovšem nelze říci, že se poruchy příjmu potravy předávají z generace na generaci, jde spíše o genetickou predispozici a osvojování si nevhodných vzorců chování. Z důvodu zvýšeného zájmu o tělesnou hmotnost a množství tělesného tuku, mají ženy desetkrát vyšší riziko onemocnění, oproti mužům. Velmi důležitá je výchova v rodině a také přístup ke zdravému životnímu stylu a správnému stravování (Anabell, Základní metodika – Podpora pedagogům pro výuku v předmětech Člověk a zdraví a Výchova ke zdraví, 2010, 2017).

Psychologické faktory

Pacienti s úzkostnými, obsedantními či perfekcionistickými povahovými rysy mají větší sklon k riziku vzniku mentální anorexie. Pro vznik mentální bulimie je typická emoční labilita a impulzivita. Zvláště u anorexie je charakteristická nadměrná přizpůsobivost, poslušnost, sebekritičnost a uhýbavost, Pacientky obou poruch vykazují nízké sebevědomí, vnitřní nejistotu a negativní sebehodnocení (Anabell, Základní metodika – Podpora pedagogům pro výuku v předmětech Člověk a zdraví a Výchova ke zdraví, 2010, 2017).

Sociální a kulturní faktory

Jedním ze spouštěčů poruch příjmu potravy může být kult krásy naší společnosti, který dává do popředí vyhubnou štíhlou postavu, stejně jako zvýšený zájem o vlastní hmotnost, který se stává společenskou normou. Módní průmysl, média, časopisy, televize i internet propagují štíhlost, jakožto nejdůležitější aspekt atraktivity, úspěšnosti a osobního štěstí. V zemích západního světa jsou takové faktory z části zodpovědné za neustále rostoucí počet onemocnění poruch příjmu potravy (Anabell, Základní metodika – Podpora pedagogům pro výuku v předmětech Člověk a zdraví a Výchova ke zdraví, 2010, 2017).

Rodinné faktory

Rodina má velký vliv na vznik onemocnění nejen geneticky, ale také díky napodobování vzorů chování, především ke vztahu k vlastnímu tělu, sebelásce a návykům ve stravování. Zvýšený výskyt pacientek s poruchou příjmu potravy je v rodinách, kde není zvykem společné stolování a kde je kladen důraz na vysoké ambice, tělesný vzhled a hmotnost. V rodinách pacientek se také více vyskytují různé typy závislostí či psychické onemocnění (Anabell, Základní metodika – Podpora pedagogům pro výuku v předmětech Člověk a zdraví a Výchova ke zdraví, 2010, 2017).

Životní události

Především nepříjemné, negativní životní situace a události mohou být spouštějícími faktory při vzniku poruch příjmu potravy. Pacientky dávají vznik onemocnění do souvislosti s životními změnami, jako je například přechod na jinou školu, rozvod rodičů, vysoké nároky okolí, negativní narážky na tělesný vzhled od blízkých či spolužáků. Takové situace mohou vést ke snaze překonat pocity méněcennosti zdokonalováním vlastního těla (Anabell, Základní metodika – Podpora pedagogům pro výuku v předmětech Člověk a zdraví a Výchova ke zdraví, 2010, 2017).

Subkapitola slouží k seznámení se s příčinami vzniku poruch příjmu potravy. Je evidentní, že přesnou příčinu nemoci, lze najít velmi obtížně, jelikož na vznik poruchy má vliv mnoho faktorů.

1.5 Důsledky poruch příjmu potravy

Neustálé držení diet, přejídání se, zvracení či hladovění a užívání prostředků s cílem ztráty tělesné hmotnosti způsobuje pacientkám mnoho potíží, které mají velký vliv na kvalitu života a tělesné i duševní zdraví. Onemocnění má mnoho zdravotních, psychických ale i sociálních důsledků (Krch, 2008, s. 35).

Zdravotní problémy

Zejména pacienti trpící mentální anorexií citlivěji reagují na chlad a hrozí jim větší riziko podchlazení. Jejich pokožka je často suchá, nažloutlá, zvyšuje se růst ochlupení po celém těle, naopak vlasy jsou velmi řídké a dochází k jejich vypadávání. Zvyšuje se kazivost zubů, zpomaluje se funkce střev, díky čemuž dochází k zácpě a s úbytkem tělesné hmotnosti se také snižuje krevní tlak a pacienti často omdlévají. Vzhledem k velmi nízkému procentu tuku v těle, většina žen nepravidelně menstruuje a negativní změny menstruačního cyklu mohou zapříčinit i neplodnost. U žen i mužů díky vyhublosti dochází ke snížení činnosti pohlavního systému a výrazně se omezí i zájem o sex. Více než devadesát procent pacientů trpící anorexií, má problémy s činností srdce a to zejména s nemocemi jako je bradykardie a arytmie (Krch, 2010, s. 43-45).

V důsledku nedostatku živin z potravy dochází k poškození jater, které tak nejsou schopné produkovat dostatečné množství tělesných bílkovin, díky čemuž dochází k otokům. U mladých pacientek může dojít ke zpomalení nebo úplné zástavě růstu a k opoždění puberty. Zejména u ženy s diagnózou mentální bulimie, mají poměrně často porodní komplikace jako je předčasný porod a nízká porodní váha narozeného dítěte. Bulimičky pocítují nepříjemné důsledky zvracení, mezi které patří otoky slinných žláz pod čelistí, křeče, záněty a vředy jícnu či eroze zubní skloviny. Velmi nebezpečný dopad na zdravotní stav mají projímadla a diuretika, jimiž pacienti usilují o snížení tělesné hmotnosti. Projímadla jsou silně návyková, k dosažení projímavého účinku je potřeba neustále zvyšovat dávky, které ústí k problémům v oblasti tlustého střeva, jelikož mohou narušit stěnu střev (Krch, 2008, s. 35-38).

Psychické obtíže

Časté myšlenky na jídlo, nutkavé pocity neustále jíst, či naopak jíst co nejméně, společně s neustálou touhou redukce hmotnosti, navozuje pocity selhání, neschopnosti a výčitky svědomí, přecházejí až do deprese. Pacienti ztrácejí energii a veškerý jejich zájem směřuje pouze na oblast stravování a tělesný vzhled. Se zvýšeným zájmem o vlastní osobu se objevuje egocentrismus a nepřiměřená sebelítost. Nálada pacientek se odvíjí od stupně sebekontroly a tělesné hmotnosti daného dne. Díky nejistotě a úzkostem přibývá mnoho konfliktů a i malé problémy se zdají jako neřešitelné. Objevují se depresivní příznaky, které jsou spojené s obavami o tělesnou hmotnost, příjem potravy a celkový vzhled. Veškeré myšlenky jsou směřovány na konzumaci potravin, nutkání se přejíst či naopak nechutě k jídlu. Nemocní nedokáží rozlišit pocit hladu a sytosti. Nízké sebevědomí, úzkosti a nespokojenost s vlastním tělem a celkovým vzhledem může dojít i k sebepoškozování. Pacienti se nejčastěji řežou nebo pálí na předloktí (Krch, 2008, s. 38-41).

Sociální důsledky

Vyhýbání se konzumaci potravin a nápadná ztráta tělesné hmotnosti vzbuzuje v okolí nemocných obavy, dotazy a snahu jim nějak pomoci. Takové chování je zdrojem nedorozumění, konfliktů a sociálních problémů. S tím je spojený také úbytek společenského kontaktu a vyhýbání se událostí jako jsou oslavy či plesy, aby zamezily možnosti konzumace jídla. Kvalita života se rapidně snižuje, výkyvy nálad či obavy z jídla mohou vést k nepřiměřenému pití alkoholu a užívání drog. V krajních případech se pacienti dopouštějí, díky nedostatečnému množství prostředků, k menším podvodům či krádežím, které se ovšem stupňují (Krch, 2008, str. 38-41).

Podkapitola věnující se důsledkům poruch příjmu potravy, je zaměřená nejen na zdravotní komplikace, které poruchy pacientům přináší, ale věnován je prostor také sociálním důsledkům a negativnímu dopadu na psychiku člověka.

2 ATYPICKÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Incidence poruch příjmu potravy neustále roste, stejně jako pacientů, kteří plně nesplňují všechna diagnostická kritéria mentální anorexie či mentální bulimie. Kategorie těchto pacientů je často přehlížena, přestože do ní patří čím dál více osob potýkající se s problémy příjmu potravy (Krch a kol., 2005, s. 21).

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN- 10), rozlišujeme diagnózy: Atypická mentální anorexie (F50.1), Atypická mentální bulimie (F50.3), Přejídání spojené s psychologickými poruchami neboli Psychogenní přejídání (F 50.4), Zvracení s pojené s jinými psychologickými poruchami (F50.5) a (F 50.8) Jiné poruchy jídla (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, 2018, 2018).

V následujících podkapitolách jsou vymezeny jednotlivé atypické poruchy příjmu potravy, na základě Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

2.1 Atypická mentální anorexie a Atypická mentální bulimie

Diagnóza Atypická mentální anorexie se užívá u pacientů, kteří nesplňují některé z kritérií Mentální anorexie. Příkladem může být absence strachu ze ztloustnutí i přes výraznou ztrátu tělesné hmotnosti či chování, úmyslně směřující k redukci váhy. Atypická mentální bulimie je diagnostikována v momentě, kdy pacient trpí záchvatovým přejídáním a nadměrně užívá prostředky s projímavými účinky bez markantní změny tělesné hmotnosti. Může také chybět abnormální zájem o vlastní tělesnou hmotnost a tvar vlastního těla jídla (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, 2018, 2018).

O atypických formách mentální anorexie a bulimie, je stále málo informací i přes to, že se jedná o poměrně velkou část pacientů, kteří vyhledají odbornou pomoc. Z celkového počtu pacientů s poruchou příjmu potravy se jedná o šest až třicet šest procent. Atypické formy mají podobné somatické a psychologické důsledky jako u běžných forem poruch příjmu potravy a neliší se ani terapie (Papežová, 2010, s. 123).

2.2 Psychogenní přejídání

Každému se někdy stalo, že se přejedl. Termín přejídat se, má pro různé lidi odlišný význam. Záchvatovitým či psychogenním přejídáním se rozumí konzumace jídla, pro které je

typické abnormální množství snědeného jídla doprovázené subjektivním pocitem ztráty kontroly nad tímto jednáním. Během přejídání se jedná o množství potravy s krátkým časovým rozestupem, které je mnohonásobně větší v porovnání s většinou lidí, doprovázeno ztrátou kontroly nad přejídáním. Pacienti konzumují jídlo bez pocitu hladu, dokud se nedostaví nepříjemný pocit plnosti. Poté často následuje znechucení ze sebe samého, deprese a silné výčitky svědomí. Od ostatních poruch příjmu potravy se záchvatovitě přejídání liší především absencí kompenzačních metod jako je pročišťování, hladovění, užívání laxativ či cvičení (Cooper, 2014, s. 14-17).

Mentální anorexie vzniká nejčastěji v období dospívání, naopak psychogenní přejídání se objevuje častěji ve středním věku. Minimálně třicet procent obézních pacientů trpí psychogenním přejídáním a u padesáti procent jsou popsány také depresivní poruchy. Také se pracuje s pojmem „únikové jedení“, které je typické pro ženy se středním věku, které mají hormonální problémy, řeší rodinné, finanční či jiné problémy. Úniky k jídlu mohou mít následující formy: restriktivní, s přejídáním a kompenzačními mechanismy. Striktní diety, přejídání, nadměrné cvičení či zvracení ovšem danou situaci nevyřeší. Problémem je také využití jídla jako kompenzace nudy, deprese, úzkosti, zlosti nebo emoční prázdnoty (Papežová, 2012, s. 103).

Psychogenní přejídání je charakterizováno následujícími znaky:

- neustálé držení diet a výkyvy váhy,
- neustálé myšlenky na jídlo a diety,
- ztráta kontroly nad jídlom a pocity viny po přejedení,
- celodenní příjem potravy bez pravidelných jídel, tzv. grazing,
- dělení potravin na „dobré“ a „špatné“,
- vyhýbání se společenským událostem spojené s jídlom,
- deprese, úzkosti a pocity bezcennosti kvůli tělesné hmotnosti,
- přesvědčení, že úbytek na váze je odpověď na většinu stávajících problémů (Papežová, 2012, s. 107).

Nakonečný (2011) pracuje s pojmem psychogenní jedení, přejídání, ale i psychogenní obezita, jejímž podmětem je pocit osamělosti, strachu a úzkosti. Kompenzací takových pocitů je nadměrný příjem potravy. Přispívají tomu také zkušenosti z dětství, kdy je dítěti podávána potrava, za účelem zklidnit jeho pláč (Nakonečný, 2011, s. 409).

Příčinou problémů spojených s přejídáním jsou problémy psychického charakteru. Pacienti před záchvatem pociťují stres, napětí či sklíčenost. Mají nenaplněnou potřebu se bavit a aktivně trávit volný čas, nejčastěji díky příliš velké pracovní vyčerpání, nebo neschopnosti využívání volného času správným způsobem. Obvykle touží po lásce, uznání nebo milostném vztahu a sexuálním uspokojení. Potravou se snaží nalézt klid a zaplnit pocit prázdnoty (Virtue, 2012, s. 40-41).

Psychogenní přejídání přináší pacientům řadu zdravotních problémů. Při nepravidelném stravování dochází díky psychické či fyzické námaze ke snížení cukru v krevním oběhu, který vede k pocitům hladu, slabosti, podrážděnosti, emoční lability a únavě. Velké porce jídla přetěžují trávicí systém a může vést k pocitům na zvracení, nadýmání, vyčerpání ale i k depresivní náladě, úzkostem, výčitkám a pocitům beznaděje. Pacienti nejčastěji sahají po jídle s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin a nízkým obsahem živin a vlákniny, které negativně přispívá k bolestem hlavy, únavě, úzkostem a depresivním náladám. Dále volí potraviny s vysokým obsahem cukru, které zvyšují hladinu krevního cukru a vyplavují inzulin, jenž přispívá k pocitům hladu, zadržování vody, srdečním obtížím, vysokému cholesterolu a zvyšuje se také riziko vzniku obezity a diabetu. Zvyšují také konzumaci kofeinu, který v nadměrném množství může vést k podrážděnosti, úzkostem a nespavosti (Papežová, 2012, s. 107-109).

Jídlo jako závislost

Absence či přebytek potravy přináší pacientům podobné pocity, jako mají narkomané. Závislost na potravě plně splňuje kritéria látkové závislosti. Návykovými látkami jsou jednoduché sacharidy a tuk v potravinách. Dochází tak k vyplavení neuropřenašečů, které způsobují zlepšení nálady, ovšem jen na krátkou dobu. Tím vznikají abstinenční příznaky, ztráta kontroly a recidiva. Přejídání má také behaviorální charakter, jelikož jídlo přináší krátkodobé pocity uspokojení, stejně jako u závislosti na nakupování či herních automatech. Závislostí se rozumí stav organismu poskytnout tělu i duši okamžitě příjemný pocit. Jedná se o mechanismus, díky kterému se zvýší produkce dopaminu v mozku v oblastech, které odpovídají za systém odměn (Řehulka ed., 2011, s. 288-289).

Potravu si lidé spojují s určitými událostmi, činnostmi a možnostmi kompenzace nepříjemných pocitů jako je například samota. Často se jedná o způsob, překonat konzumací jídla problémy. Pacienti uvádí, že mají tendenci k přejídání ve stresových situacích, v depresi nebo když se cítí osaměle, zklamaně, smutně, podrážděně či si jídlem kompenzují nudu a

neaktivitu. Z těchto na první pohled ne příliš nebezpečných situací, se postupně stávají automatické spouštěče přejídání. Příčinou záchvatu pak může být i zjištění, že pacient neobleče staré oblečení, nebo vidí sám sebe na fotce, či v zrcadle. Takovým situacím je proto vhodné předcházet a naučit se hledat jiné způsoby, jak takové situace řešit (Krch, 2010, s. 174-175).

Celkový vzhled, tělo, ale i chuť k jídlu je odrazem toho, v jakém stavu je mysl člověka. Chuť k jídlu může být varovným signálem duševní a emoční nepohody. Lidé se snaží konzumaci zmírnit vnějšími prostředky, jako jsou prášky, diety a podobně. Takové metody ale z dlouhodobého hlediska nefungují. Břicho je centrum lidských emocí, je to oblast, kde cítíme strach, zlost, ale i lásku. Každému se někdy stalo, že mu ze strachu či nervozity bylo nevolno nebo v zamilovanosti cítil příjemné šimrání v břiše. Také intuici člověk cítí kolem žaludku. Konzumaci potravy tak lze uspokojit nejen žaludek, ale také emocionální stránku člověka (Virtue, 2012, s. 17-19).

Příjem potravy je ovlivňován emocemi od kojeneckého věku. Láhev s mlékem je u dětí spojována s pocitem emočního komfortu a pohody. Jídlo je navíc spojováno s odměnami a pozitivními pocity od útlého věku. Příkladem může být čokoláda za vhodné chování u lékaře, či lízátko, za podmínky, že dítě přestane plakat. Propojení emocí a jídla lze pozorovat i na způsobu vyjadřování. V anglickém jazyce lze nalézt mnoho láskyplných oslovení, které souvisí s potravou (Sweetheart, Sweetie, Honey a podob.). Ať už se jedná o narozeniny, svátek sv. Valentýna, či jakoukoliv oslavu, většinou je spojována s dortem, zmrzlinou, či jinými sladkostmi. Vnímat potravu, jako způsob oslavy, se člověk učí od dětství. Pozoruhodný fenomén nastává v momentě, kdy se člověk zamiluje. Je natolik zaplaven štěstím, že ztrácí myšlenky na jídlo. Pokud je zcela spokojený a šťastný ve svém životě, přirozeně nevyužívá potravu jako kompenzaci. Touha po konkrétním jídlu má dva důvody: zvýšení energie nebo zlepšení nálady. Nejde tedy o potravinu, ale o pocit, kterého chce člověk dosáhnout (Virtue, 2012, s. 79-88).

Emoční hlad

Fyzický hlad vypadá na první pohled stejně jako hlad, který je emočně podmíněný, známý také jako vlčí. Chuť na jídlo podmíněná emocemi, uvědomění si, této skutečnosti včas, zabrání epizodě přejídání. Vlčí hlad je náhlý, týká se konkrétního jídla a je velmi naléhavý, pacienti mají velmi silnou potřebu jíst okamžitě. Fyzický hlad je postupný, začíná kručením v břiše, bez tužby určitého typu jídla. Emočně ovlivněnou konzumaci jídla člověk po-

ciťuje v ústech a především v mysli, na rozdíl od fyzického, který je pociťován v žaludku a přichází na základě fyzických potřeb. Pacienti, kteří přijímají potravu na základě emočních podnětů, konzumují potravu automaticky a hlad navíc neustává. Největším paradoxem je především fakt, že pacientky jedí, aby jim bylo lépe. Přesto ale nastávají pocity viny, vyčítky a deprese (Virtue, 2012, s. 52-42).

Rozpoznat, o jaký hlad se jedná, není úplně jednoduché a je potřeba cvičit. Mnohdy nestačí ani pevná vůle, protože emoce jsou velmi silné. Virtue (2012) popisuje pět kroků k oddálení vlčího hladu:

- počkat patnáct minut, než dojde ke konzumaci potravy,
- vzdálit se od místa, kde se jídlo nachází,
- vypít velkou sklenici vody a vyčistit si zuby,
- zeptat se sám sebe, co cítím a právě prožívám,
- pocity strachu, zlosti, napětí a studu nahradit láskou k sobě (Virtue, 2012, s. 54-57).

Subkapitola věnující se psychogennímu přejídání je nejvíce obsáhlá, jelikož je daná porucha často diagnostikována a autoři jí v odborné literatuře začínají věnovat větší pozornost. Zároveň je vysvětleno, jaké jsou důvody vzniku dané poruchy a popsána je také problematika spojení emocí a příjmu potravy.

2.3 Jiné poruchy jídla a zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami

Kategorie: **Jiné poruchy jídla** vymezuje další poruchy příjmu potravy, mezi které patří **syndrom Pica neorganického původu u dospělých**, který se vyznačuje nutkavým požíváním látek, které nejsou určeny k jídlu (např. hlína či písek), a také psychogenní ztráta chuti k jídlu (Praško, Látalová et al., 2013, s. 680).

Oproti Mezinárodní klasifikaci nemocí nabízí Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-IV) také diagnózu: **Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy**, kde oproti MKN-10 nejsou rozlišeny diagnózy atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie. Do této kategorie řadíme případy, kdy pacientka splňuje kritéria mentální anorexie ale zároveň má pravidelnou menstruaci nebo došlo k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, avšak tělesná hmotnost stále odpovídá normě. Patří zde také diagnózy pacientů, kteří splňují všechna kritéria mentální bulimie, ale epizody přejídání nejsou příliš časté, nebo potravu pouze žvýkají a následně vyplivují. Do této kategorie tedy patří případy paci-

entů, kteří vykazují všechny znaky poruch příjmu potravy, ale frekvence některých příznaků (příklad může být zvracení) neumožňuje diagnostikovat danou poruchu (Krch a kol., 2005, s. 21-22).

Lze zde zařadit i „**syndrom nočního přejídání**“ (Stunkard, Grace a Wolf, 1955 in Krch a kol., 2005), který se vyznačuje večerní anorexií, nespavostí a nočními záchvaty přejídání. Syndrom je spojován s životním stresem a neúspěšnými pokusy o zhubnutí. Pacienti se vyznačují neschopností přestat jíst, v momentě kdy začnou, bez pocitu hladu, avšak pouze v případě, že mají jídlo k dispozici (Krch a kol., 2005, s. 21-22).

Diagnostická kritéria pro syndrom nočního přejídání jsou charakterizovány následujícími znaky:

- denní jídelní režim směřuje nejvíce k večerním a nočním hodinám,
- minimálně dvacet pět procent jídla z celého dne je konzumováno po večeři,
- během jednoho týdne, minimálně dvě probuzení s konzumací jídla (Papežová, 2010, s. 255-256).

Diagnózou **Zvracení spojené s jinými psychologickými** poruchami se rozumí opakované zvracení, které se vyskytuje u disociativních poruch a u hypochondrických poruch, případně nadměrné zvracení v těhotenství, kdy při opakovanému zvracení dochází na základě emočních faktorů (Praško, Látalová et al., 2013, s. 680).

V podkapitole jsou definovány nemoci: Jiné poruchy jídla a zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami. Zároveň jsou popsány rozdíly při klasifikaci nemoci mezi Mezinárodní klasifikací nemocí a Diagnostickým a statistickým manuálem mentálních poruch. Definováno je také noční přejídání včetně diagnostických kritérií.

2.4 Sociální implikace

Vzhledem k tomu že lidé, kteří jsou závislí na jídle, svůj problém tají, mají velké problémy v osobním a společenském životě. Zejména přejídání je velmi osamělé jednání, které způsobuje velkou izolaci nejen od okolí, ale i od těch nejbližších. Nedostatek sebevědomí a nespokojenost vlastním tělem velmi ovlivňuje společenský život. V momentě, kdy pacienti zaznamenají příbytek na váze, nebo se přejedí, vyhýbají se společenským akcím, uzavrou se sami do sebe a nechtějí se vídat s přáteli. Veškerý volný čas věnují zájmu o jídlo, ať už jde o pouhé myšlenky, přípravu nebo samotnou konzumaci. Nemocným dělá problém setkávat se s přáteli v restauracích, či se účastnit rodinných setkání a oslav. Takovým chová-

ním se tak zcela odstavují od přátel, rodiny a společenského života. Onemocnění má velký vliv na partnerské vztahy a rodinný život. Kvůli náhlým změnám nálady a nevědomosti o partnerově nemoci, dochází k neshodám a nepochopení. U lidí trpících psychogenním přejídáním může dojít také k finančním problémům, protože nákupy potravin jsou více nákladné (Cooper, 2014, s. 32-33).

Pacienti mají ve většině případů malou sebeúctu, s tím je spojené kolísání nálady a absence sebepercepce. Problémy se objevují v oblasti sociálního přizpůsobení, které se projevuje sociální úzkostí, izolací a budováním vztahů. Svůj zájem směřují na to, jak okolí hodnotí jejich vzhled a chování (Novák, 2010, s. 20-21).

Sebedůvěra

Pacienti mají ve většině případů malou sebeúctu, s tím je spojené kolísání nálady a absence sebepercepce. Problémy se objevují v oblasti sociálního přizpůsobení, které se projevuje sociální úzkostí, izolací a budováním vztahů. Svůj zájem směřují na to, jak okolí hodnotí jejich vzhled a chování (Novák, 2010, s. 20-21).

Důsledkem nízké sebedůvěry je podceňování, strach se pokusit o cokoli nového a vyhýbání se aktivního řešení problémů, spojené s jejich odkládáním. Pocit provinilosti je spojený se „**syndromem podvodníka**“, který se vyznačuje přesvědčením, že cokoli člověk dělá, neumí, nebo dělá špatně a neustále očekává, že jej někdo označí za podvodníka. Další obavy jsou spojované s postrádáním něčeho, co je nezbytné, ale zároveň nedosažitelné kvůli pocitu, že člověk není dost dobrý. U ústní zkoušky dostává horší známku i přesto to, že má stejné znalosti jako ten, který má sebevědomí zdravé. Při prodeji sám navrhne kupujícímu nižší cenu a u pracovního pohovoru, nemusí uspět, i když má dostatečné vzdělání, znalosti a dovednosti. Nízké sebevědomí se projevuje i v bezohlednosti k sobě samém, neschopnosti říct svůj názor, snižování nároků na výběr střední, či vysoké školy, povolání, nebo výběr partnera. Nejistý člověk přijme jednodušeji toho, kdo o něj vyjádří zájem, přičemž sebejistý, je při výběru vybíravější a důslednější. Typické je také negativní vnímání všech situací, zaměřování se na nedostatky na sobě samém a neschopnosti přijímat kritiku, či pochvalu od ostatních (Toman, 2016, s. 22-28).

Stres a negativní emocionální stavy

Stres hraje významnou roli nejen z hlediska spouštěče nevhodného stravovacího chování, ale je také důsledkem onemocnění. Zároveň má velký vliv na emocionální stav, zejména v negativním smyslu, jelikož je jedním z faktorů, který ovlivňuje vznik depresí. Stres lze

dle Křívohlavého (2001), definovat jako negativní emocionální zážitek, doprovázený souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, které se zaměřují na změnu situace, která člověka nějakým způsobem ohrožuje. Zároveň pracuje s termínem „napětí“, kterým vyjadřuje emocionální stav člověka v ohrožení (Křívohlavý, 2003, s. 169-171).

Člověku stres způsobuje mnoho zdravotních komplikací jako je migréna, nepravidelná menstruace, časté močení, svalové napětí v krční oblasti, vyrážky či bolesti břicha. Ovlivňuje ale také emocionální stav člověka. Jedná se o rychlé změny nálad, přehnané zatěžování se věcmi, které nejsou důležité, či nadměrné obavy o vlastní zdravotní stav. Negativně se projevuje při schopnosti vyjádřit druhé osobě náklonost a sympatii. Člověk se obtížněji soustředí, špatně udržuje pozornost a je více podrážděný. Zároveň se odcizuje sociálnímu styku, což omezuje kontakt a komunikaci s ostatními lidmi (Křívohlavý, 2003, s. 181).

Strach je faktor, který ovlivňuje sociální implikaci pacienta. Často je zaměňován s úzkostí, při které člověk pociťuje ohrožení, ale neví, čím je způsobeno, na rozdíl od strachu, kde jsou důvody známy. Je navíc propojený s dalšími emocemi, jako jsou pocity hněvu, nejistota, slabost, bezmoc či závist vůči těm, kteří podobnými stavy netrpí. Strach z konkrétních věcí, situací nebo lidí se nazývá fobie. Může být doprovázena bušením srdce, pocity ohrožení a mdlobami (Toman, 2017, s. 16-23).

Velkým stresorem je sociální izolace, která je jedním z hlavních důsledků atypických poruch příjmu potravy. Člověk je společenský tvor a proto osamělost, kterou pociťuje, vnímá jako bolest. S tím jsou spojené pocity bezmocnosti, podřadnosti, opuštěnosti a strach z pohrdání. Pohrdání patří mezi velmi silnou mezilidskou emoci a spojuje se s pocity ponížení (Toman, 2017, s. 40-42).

Úzkost

Dalším důsledkem atypických poruch příjmu potravy je úzkost. Základní formou může být nervozita, která se projevuje podrážděností. Úzkost lze vyjádřit také vnitřním napětím, neklidem, stísněností či mučivými pocity. Dle Janíčka (2008), je velmi těžké pojem definovat, jelikož se jedná o psychickou bolest, která je nepopsatelná, nenapodobitelná a nepřenositelná. Jedná se o projev akutního, či očekávaného ohrožení zvenčí nebo zevnitř. Nepřichází náhodně a je nepřímou reakcí duše a těla na nepřiznané a nepoznané vnitřní konflikty (Janíček, 2008, č. 17-19).

Úzkost může mít mnoho podob, často se objevuje náhle a dotyčný má strach z toho, že nějaký strach dostane. Projevuje se obavami, že se člověk dostane do situace nebo objektu, kde nebude možnost pomoci či útěku. Úzkost se vyskytuje také ke vztahu k jiným lidem, především ze strachu z kritiky druhých, nebo navázání kontaktu (Morschitzky, Sator, 2014, s. 29-30).

Náhlá úzkost neboli strach ze strachu, je diagnostikována jako panická porucha. Jedná se o opakované záchvaty, které nejsou připisovány konkrétní situaci nebo objektu, ale přicházejí spontánně a nelze je předvídat. Ataky úzkosti jsou spojovány s mimořádnými namáhavými a nebezpečnými situacemi. Začíná náhle, stupňuje se a trvá několik minut, až půl hodiny. Symptomy může být bušení srdce, zvýšení srdeční frekvence, návaly potu, motorický třes, sucho v ústech, svíravé pocity na prsou a nevolnosti. Psychickým symptomem je často pocit nejistoty, slabosti, strach ze smrti a ze ztráty kontroly (Morschitzky, Sator, 2014, s. 36-37).

Ve vztahu atypických poruch příjmu potravy a fobií, se nejčastěji pacienti potýkají s fobií sociální. **Sociální fobie** spočívá ve výrazném strachu ocitnout se ve velké pozornosti ostatních lidí a zároveň se jedná o obavy spojené s nevhodným a trapným chováním. Takové stavy přicházejí při společenských situacích jako je společné stolování, verbální výstupy na veřejnosti, setkávání s přáteli na veřejných místech a také situace, kdy se pacient musí připojit ke skupinám malého charakteru, jako jsou například plesy, večírky, pracovní konference nebo školní prostory. Podstatou sociální fobie je úzkost z pocitu, že dotyčného ostatní neustále pozorují, posuzují a kritizují. Člověk, trpící sociální fobií, se proto předem vyhýbá takovým situacím, nebo je velmi vypjatě prožívá. Pacient má problémy se verbálně vyjadřovat před ostatními lidmi, oslovovat cizí osoby opačného pohlaví či konzumovat jídlo a pít v přítomnosti druhých. Problémy nastávají také při účasti na sportovních aktivitách, kde jsou přítomni diváci či přeprava hromadnou dopravou a používání veřejných toalet (Morschitzky, Sator, 2014, s. 68-69).

Deprese

Jedním z problémů, které pacienti popisují, jsou depresivní myšlenky a deprese. Depresi lze definovat jako psychologický stav s pocitem vnitřního neklidu, smutku a skleslosti spolu se zpomalováním duševních i tělesných procesů. Charakteristické je také snížené sebevědomí, úzkosti, sebeobviňování a pesimismus (Hartl, Hartlová, 2010, s. 107).

Osoba v depresi je velmi přecitlivělá k sobě samému a vztahuje na sebe veškeré poznámky, narážky a nonverbální komunikaci v negativním smyslu. Kritika od ostatních často vede k sebeobviňování a k pocitům viny. Typické je přesvědčení o nemožnosti změny negativních charakteristik, stejně jako úsudek, že danou osobu nikdo nemá a ani nebude mít rád. V depresi se člověk podceňuje, cítí se beznadějně a sám sebou pohrdá (Křivohlavý, 2013, s. 79-81).

Subkapitola se věnuje sociálním důsledkům atypických poruch příjmu potravy, které jsou také výzkumným problémem v realizovaném šetření, které je popsáno níže. Pacienta nemoc negativně ovlivňuje nejen po zdravotní stránce, ale má velmi neblahý dopad i na jeho život.

3 PREVENCE ATYPICKÝCH PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Prevenici lze členit na primární, sekundární a terciální. Primární prevence probíhá v rámci výchovy v rodině a závisí na působení společnosti a stravování dané kultury. Stejně tak je důležité sebevědomí dospívajících, které ovlivňují média s kulturními vzory (Šmahel, 2004 in Papežová, 2010).

Sekundární prevence hledá a ovlivňuje skupiny, které jsou ohroženy možným výskytem poruch příjmu potravy, mezi které mohou patřit obézní děti, či dospívající s onemocněními, které jsou spojovány s dietou a hubnutím, ale také děti, jejichž záliby ovlivňuje vzhled a tělesná hmotnost, jako je například balet nebo modeling. Obnovou plného zdraví včetně plodnosti a zamezení předávání špatných stravovacích návyků dalším generacím, se zabývá prevence terciální (Papežová, 2010, s. 141).

Základem prevence poruch příjmu potravy by měla být primárně rodina. Spočívá především v dostatečné komunikaci mezi rodiči a dětmi, v postojích ke stravování a ve správných stravovacích návycích. Přesto je ale důležité na problematiku stravování upozorňovat také v rámci vyučování ve škole. Ve škole děti tráví velkou část dne, kde se kromě školních znalostí učí také společenským hodnotám. V rodině jsou často kladeny velké nároky na skvělé studijní výsledky či vzhled a taková výchova má negativní dopad na sebevědomí dítěte (Anabell, 2011).

Při výchově k správným stravovacím návykům má důležitou roli v rodině především matka. Výchova ke zdravému životnímu stylu na dítě působí od útlého věku. Kromě rodiny, by při osvojování si návyků zdravého životního stylu, měla škola poskytovat důležité informace ve vhodné dobu. Děti by si měly být vědomé všech tělesných, psychických a sociálních změn v době dospívání, před nástupem puberty. Neměly by se vynechávat ani témata vývoje druhotných pohlavních znaků jako součást sexuálního dozrávání. Nejen informace z oblasti zdravé výživy ale i podpora sebedůvěry, tolerance a sebevědomí, působí preventivně ve spojitosti s onemocněními (Machová, Kubátová a kol., 2015, s. 203).

Škola je velmi stěžejní v životě každého jedince při vstupu do společnosti, proto by měla být jedním z klíčových při realizaci primární prevence, jelikož působí na žáky, kteří jsou ohroženi vznikem poruch příjmu potravy. Prostředí ve škole má pro prevenci velmi specifické podmínky, protože má velký vliv na aktivity určené k prevenci v rámci vyučování a mohou zajistit povinnou účast (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 46-47).

Pedagogové, školní psychologové, výchovní poradci a metodici prevence by proto měli být dostatečně informováni o poruchách příjmu potravy, o jejich příčinách, prognóze, ale i důsledcích, a vhodným způsobem, by měli tyto poznatky předávat žákům. Nevhodně interpretovaná prevence často působí i jako spouštěč chování, před kterým měla naopak žáky varovat. Žáci se tak například díky besedě či dokumentu dozví, jakými prostředky mohou dosáhnout nižší hmotnosti, nebo je zaujmou fotografie hubených dívek. Dospívání s sebou nese mnoho psychických, ale i tělesných změn, o kterých je vhodné žáky předem poučit a zamezit tak předsudkům spojených s tělesnou hmotností a vzhledem (Anabell, Manuál pro pedagogy, 2011, 2017).

Důraz by měl být kladen zejména na rozvoj zdravého sebevědomí a také naučit děti mít rády nejen ostatní ale i sebe takové jaké jsou, bez ohledu na to, jak vypadají. Prevencí se rozumí také varování před nezdravými stravovacími návyky a riziky spojené s nepřiměřenou kontrolou hmotnosti či snahou o její redukci. Je žádoucí umožnit dětem pauzu na plnohodnotný oběd a zamezit prodeji nezdravých potravin ve školních bufetech, ale zároveň nezanechat u dětí strach z přibírání na hmotnosti na základě kategorizování jídel s vysokou a nízkou kalorickou hodnotou. Příjemné klima ve třídě vytváří dětem vhodné podmínky pro jejich osobnostní růst a sebevědomí. Pedagog nesmí opomenout učit děti vhodně reagovat na stresové situace, neúspěchy či kritiku (Anabell, Manuál pro pedagogy, 2011, 2017).

Při prevenci ve škole je velmi důležitá participace učitelů ale i ostatních pracovníků školy a především jejich osobní postoj a předsudky k obézním lidem, k vzhledovým odlišnostem, ale i přístupu ke stravování. Pedagogové vyučující tělesnou výchovu, při hodinách nesmí snižovat sebevědomí obézních žáků (Řehulka ed., 2011, s. 290).

Aby byla realizace prevence úspěšná, je důležité, aby učitelé, metodikové prevence či školní psychologové, měli dostatečné informace, znalosti a postoje k této problematice. Také pedagogičtí pracovníci mohou být problémy s vlastním vzhledem či tělesnou hmotností a kombinace těchto faktorů může mít negativní vliv na úspěch preventivních aktivit. Je proto potřeba, aby škola zajistila pedagogům možnost získat dobré teoretické znalosti například e-learningem či díky seminářům a přednáškám (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 48-49).

Předcházení přejídání

Jedním z preventivních opatření přejídání, je vhodné nakupování potravin. Je ž dodržovat několik zásad, mezi které patří nakupování potravin, pouze tehdy, cítí-li se pacient najedený a nakupuje pouze potraviny, které potřebuje z předem připraveného seznamu či jídelníčku. Mezi další zásady patří zákaz nakupování potravin do rezervy, light potravin, sladkostí a pročitání si kalorických tabulek u jednotlivých surovin. Při stolování je přínosem, plánovat si přesně určenou porci, bez možnosti si přidat. Ze stravování si lze vytvořit podmíněný reflex, který je odpovědí organismu na jakýkoliv podnět. Nejčastěji se jedná o příchod domů ze školy či práce, čtení časopisů, sledování televize nebo návštěva kina. V takových situacích poté dochází ke konzumaci potravin bez pocitu hladu, vnímání chutí a množství jídla. Nejvhodnějším způsobem jak předejít jedení na základě podmíněného reflexu je, si jídlo předem plánovat a docílit tak pravidelného jídelního režimu, který je klíčový při prevenci přejídání (Krch, 2010, s. 174-180).

Jelikož je velmi častým spouštěčem patologického jednání ve stravování stres, či stresová situace, je přívětivé se stresu vyvarovat. V dnešní době je to ale velmi složité, a proto je vhodným řešením, se naučit se stresem pracovat. Pojem lze definovat jako stav napětí, který je reakcí lidského organismu na podněty, neboli stresory (Plamínek, 2013, s. 128).

Stres zatěžuje nejen lidskou psychiku, ale i srdce a krevní oběh, díky kterému se zvyšuje krevní tlak a cholesterol a může způsobit i diabetické onemocnění. Při stresu se zvyšuje tvorba kortizolu, při kterém se zvyšují pocity hladu. Prof. DDr. Huber (2009), sestavil pět zásad, kterými lze zvyšovat odolnost vůči stresu. Jednou ze zásad je učení, které funguje nejen jako prevence stárnutí mozku, ale také jako duševní aktivita a forma odreagování. Druhou zásadou je fyzická aktivita, při které je vyplavován hormon štěstí. Odolnost vůči stresu lze zvyšovat také smíchem a dobrou náladou, které mají relaxační účinky, stejně jako láska, která je projevem náklonosti, něžnosti a je spojována s pocitem bezpečí. Poslední zásadou je lecitin, látka obsažená v buňkách každého těla, která účinně bojuje proti stresu. Je proto vhodné lecitin užívat v tekuté, žvýkací nebo tabletové formě (Bankhofer, Huber, Leoben, 2006, s. 11-13).

Nejvhodnějším způsobem, jak bojovat s atypickými poruchami příjmu potravy, je prevence vzniku těchto nemocí. Kapitola se věnuje rodině, jakožto primárnímu prostředí, kde by měla probíhat. Následně je popsána důležitost prevence ve školním prostředí, včetně doporučení, jak předcházet přejídání. Následující podkapitoly se věnují preventivnímu progra-

mu školy a organizacím, které na prevenci atypických poruch příjmu potravy, v České republice participují.

3.1 Preventivní program školy

Na školách zajišťuje prevenci Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, konkrétně oddělení institucionální výchovy a prevence. Školní metodik prevence zpracovává preventivní program školy, dříve nazývaný jako preventivní program školy, na jeden školní rok, který podléhá kontrole České školní inspekce. Jedná se o dokument školy zaměřený zejména na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu a jejich rozvoj. Program je průběžně valorizován a jeho vyhodnocená účinnost je součástí výroční zprávy o činnostech dané školy. V metodickém doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, v příloze č. 3: Poruchy příjmu potravy, se pracuje pouze s pojmy mentální anorexie a mentální bulimie. Vzhledem k rostoucí incidenci pacientů, kteří nesplňují diagnostická kritéria mentální anorexie, či mentální bulimie, je proto na místě, aby byly atypické poruchy příjmu potravy do metodických doporučení zahrnuty (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Metodické dokumenty, 2010, 2017).

3.2 Nevládní organizace

Prevence v České republice není příliš jednotná. Angažuje se v ní několik organizací, mezi které patří práce **Centra pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy** na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovi v Praze.

Společně s dalšími evropskými zeměmi se centrum podílelo na vzniku preventivního online projektu **PRO-YOUTH**, který je koncipován pro žáky základních, středních i vysokých škol ve věku od patnácti do dvaceti pět let. Internetové stránky projektu poskytují informace o onemocnění, odborné články, svépomocné rady, ale také poskytují možnost bezplatně chatovat s psychologem. Projekt je realizován neziskovou organizací E-clinic z. ú.- Institut pro studium, prevenci a léčbu poruch příjmu potravy a komorbidních poruch, ve spolupráci s Centrem sociálních služeb Praha a norskou partnerskou organizací ROS, která projekt podporuje také grantem (Healthyandfree, 2015).

3.3 Občanské sdružení Anabell

Občanské sdružení Anabell fungující od roku 2002, nabízí podporu a pomoc pacientům, či lidem s možným ohrožením poruchami příjmu potravy. Nabízejí internetové poradenství,

linku důvěry a v kontaktních centrech v Praze, Brně a Ostravě také sociální a terapeutické služby. Na internetových stránkách (www.anabell.cz) nabízí řadu online publikací a zpravodajů zaměřující se nejen na léčbu a hledání možných východisek z poruch příjmu potravy a problémů s nevhodným stravováním, ale také prevenci vzniku a výskytu nemocí. Publikace jsou určeny jak pro pacienty a jejich příbuzné, tak i pro pedagogy zaměřující se na problematiku v předmětech Člověk a zdraví a Výchova ke zdraví. Na projektech a službách se podílí multidisciplinární tým tvořený psychology, terapeuty, lékaři, nutričními specialisty a sociálními pracovníky (Anabell, 2018).

Na základních a středních školách je prevence Poruch příjmu potravy realizována v nízké míře a řada učitelů nemá dostatečné informace o Atypických poruchách příjmu potravy. V oblasti prevence realizovalo Kontaktní centrum Anabell v Brně **projekt PPP** (Podpora profesionální prevence), který probíhal od 1. dubna 2009 do 30. června 2011 a zaměřoval se na vzdělávání pedagogů a metodiků prevence základních a středních v Jihomoravském kraji v oblasti problematiky poruch příjmu potravy. Cílem projektu bylo především rozšířit dovednosti a předat informace o možnostech prevence problematiky stravování a poruch příjmu potravy, osvojování si zdravých stravovacích návyků a možnostech prezentace problematiky žákům a studentům interaktivní a zážitkovou formou (Anabell, Projekty, 2009, 2018).

3.4 Sociální pedagog

Závěrem bych ráda poznamenala, že pro práci sociálního pedagoga s pacientem s poruchou příjmu potravy, či s osobou ohroženou možností vzniku některé z onemocnění, je velký prostor. Porucha příjmu potravy je multifaktoriální onemocnění a příčiny, které vznik nemoci ovlivňují, je mnoho. Vztah k jídlu se vytváří již od kojeneckého věku a potrava je spojována s lidskými emocemi po celá staletí. Součástí každé oslavy byla vždy velká hostina a jinak tomu není ani dnes. Jídlo a způsob stravování je také součástí lidských kultur a proto je velmi složité tento fenomén razantně měnit. O to větší důraz by měl být kladen především na prevenci, která by měla začít v rodině. Zejména při výchově je důležité, nevyužívat potravu, jako způsob odměny. V rodině se vytváří návyky, které dítěti často zůstávají v dospělosti a proto je vhodné, naučit dítě vhodně se stravovat od útlého věku.

Jelikož příčiny vzniku poruch příjmu potravy vznikají již v období dospívání, je nezbytné, se na prevenci zaměřit na základní škole. Sociální pedagog by měl děti vhodně varovat před nezdravými stravovacími návyky a zaměřit by se měl také na rozvoj zdravé sebedůvě-

ru a sebelásky, která je často vnímána v negativním smyslu a mnohdy je také spojována se sobectvím. Sebeláska ale znamená, že se má člověk rád takový, jaký je i přes své nedokonalosti. Navíc pouze za předpokladu, že osoba miluje sama sebe, může dovolit ostatním, aby jej milovali také. A to nejen v partnerském vztahu, ale i ve vztahu k rodině, přátelům, či kolegům. Dospívající by si měli být vědomi toho, že tělesné změny, jsou součástí vývoje. Zároveň je důležité příjemné klima ve třídě, které má velký vliv na osobnostní růst a sebevědomí dětí. Na realizaci prevence může participovat také pedagog volného času, jelikož vhodné využití a způsob trávení volného času působí na dospívajícího velmi pozitivně a snižuje se tak i možné riziko výskytu onemocnění.

Při práci s dospělými, se může u pacientů sociální pedagog zaměřit zejména na jeho resocializaci. Porucha příjmu potravy je nemoc dlouhodobého charakteru, trvající měsíce i roky, nemoc má tak negativní vliv na vztahy s přáteli, partnery, vzdělání, zaměstnání, záliby i zdravotní stav. Zejména po dlouhodobé léčbě, či hospitalizaci v psychiatrické léčebně je velmi složitý návrat do společnosti. Sociální pedagog může být nápomocný například při zařizování administrativy spojené s nástupem či přerušáním studia. Problémy nastávají i u běžných situací jako je nákup potravin, návštěva kina nebo posilovny a proto je žádoucí, pomoc při obnově kontaktu se sociálním prostředím.

V poslední podkapitole je vysvětleno, jakým způsobem souvisí problematika se sociální pedagogikou a jak by se v dané oblasti mohl využít potenciál sociálního pedagoga, jelikož je pro něj především v oblasti prevence na školách, prostor.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce vychází z informací, které jsou popsány v teoretické části práce. Navazuje tak na poznatky z literatury a zaměřuje se na výzkum, který se zabývá sociálními implikacemi lidí trpících atypickými poruchami příjmu potravy. V empirické části jsou zvoleny výzkumné cíle, výzkumný problém a výzkumné otázky. Následuje metoda sběru dat a výzkumný soubor.

4.1 Výzkumné cíle

Poruchy příjmu potravy nejsou pouze zdravotní komplikací, mnohem více je postihována lidská psychika a duše. Celá problematika je velmi intimní a pro pacienty velmi choulostivá. Příčiny i důsledky nemoci jsou multifaktoriální a mezi sebou provázané. Zároveň je nezbytné se pro následnou interpretaci dat ponořit hlouběji a pochopit tak veškeré souvislosti.

Pro sběr dat je z těchto důvodů zvolen kvalitativní výzkum, který Švaříček a Šed'ová (2014), definuje jako: „*Proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickému vztah mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“ (Švaříček, Šed'ová, 2014, s. 17).

Výzkumný problém

Výzkumným problémem rozumí jasné pojmenování, čemu se bude výzkum věnovat. Vychází z výzkumných cílů, reálně se odehrává a zároveň je něčím problematickým (Švaříček, Šed'ová, 2014, s. 64). **Výzkumným problémem** je problematika atypických poruch příjmu potravy a vznik sociálních důsledků. Je zvolen především proto, že této problematice se autoři především v České literatuře příliš nevěnují.

Výzkumné cíle

Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jaké jsou sociální důsledky atypických poruch příjmu potravy.

Na hlavní výzkumný cíl navazují **dílčí výzkumné cíle**:

- Zjistit příčinné souvislosti při vzniku nemoci.
- Identifikovat vliv nemoci na psychiku člověka.

- Identifikovat vliv nemoci na společenský život.
- Identifikovat vliv nemoci na způsoby trávení volného času.
- Zjistit, jak nemoc ovlivňuje život v kontextu sociálních vazeb.

Výzkumné otázky

V rámci výzkumu jsou stanovené výzkumné otázky, které vycházejí z výzkumných cílů.

Hlavní výzkumnou otázkou je tedy: Jaké jsou sociální důsledky atypických poruch příjmu potravy?

Díličí výzkumné otázky jsou stanoveny následovně:

- Jaké jsou příčinné souvislosti při vzniku nemoci?
- Jaký má nemoc vliv na psychiku člověka?
- Jak nemoc ovlivňuje společenský život?
- Jaký má nemoc vliv na způsoby trávení volného času?
- Jak nemoc ovlivňuje život v kontextu sociálních vazeb?

4.2 Metoda sběru dat

V případě kvalitativního výzkumu lze využít mnoho způsobů získávání potřebných dat. Při výzkumu byla využita metoda strukturovaného rozhovoru. Hendl (2016) uvádí, že: „*Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami sestává z řady pečlivě formulovaných oblastí, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět... Základním účelem toho typu interview je co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru.*“ (Hendl, 2016, s. 177-178).

Pro realizaci šetření bylo vytvořeno schéma okruhů otázek, na které byli respondenti dotazováni. Rozhovor byl zaměřen na pět dílčích témat, které se vztahovaly k možné sociální implikaci spojené s atypickými poruchami příjmu potravy.

Jádro interview bylo zaměřeno na témata:

- **příčinné souvislosti** při vzniku nemoci,
- **psychická stránka** respondenta v době nemoci,
- vztahy s **přáteli**,
- vztahy s **rodinnými příslušníky**,
- možný dopad na **partnerské vztahy**,
- vliv onemocnění na **společenský život**,
- **způsob trávení volného času** během nemoci.

V rámci kvalitativního konceptu šetření je jako design výzkumu zvolena zakotvená teorie. Jedná se o určitou strategii výzkumu a také o způsob analýzy získaných dat. Metoda umožňuje systematické zpracování dat a je účelná v oblastech výzkumu, které nejsou dostatečně teoreticky zpracované (Hendl, 2016, s. 127-128).

4.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří homogenní skupina žen, ve věku od devatenácti do dvaceti osmi let, které trpěly, nebo stále trpí psychogenním a nočním přejídáním. Pohlaví a věk respondentek byl zvolen záměrně, jelikož atypickými poruchami příjmu potravy trpí ženy ve věku od osmnácti do třiceti let, nejvíce. Ve dvou případech se jedná o respondentky, které znám ze svého okolí a čtyři respondentky byly e-mailem osloveny na základě blogů nebo videí, které o své nemoci publikují na internetu. Rozhovor s osobním setkáním byl využit u pěti respondentů, u šesté respondentky byl využit video hovor, jelikož osobní setkání, kvůli jejímu pobytu ve Spojených státech amerických, nebylo možné.

Výzkumné šetření bylo realizováno od prosince 2017 do února 2018. Interview probíhalo v kavárnách na základě výběru respondentek tak, aby bylo prostředí jim blízké a příjemné. Každý respondent byl požádán o svolení se zpracováním poskytnutých informací pro účely výzkumu a ujištěn o zachování anonymity. Rozhovory byly nahrávány a následně přepsány se změnou jména, případně města, pro zachování diskrétnosti. Výzkumný soubor se tedy skládá z šesti respondentek s atypickými poruchami příjmu potravy:

JMÉNO	VĚK	DIAGNÓZA
Sabina	21 let	Psychogenní a noční přejídání
Monika	19 let	Psychogenní přejídání
Leona	22 let	Psychogenní přejídání
Darina	26 let	Psychogenní a noční přejídání
Ella	22 let	Psychogenní přejídání
Hana	28 let	Psychogenní přejídání

Tabulka č. 1: Základní údaje o respondentech

5 ANALÝZA DAT

Metodou analýzy dat je kódování, jakožto základní analytická technika zakotvené teorie. Kódování je způsob, který umožňuje z dat vybrat proměnné, které jsou základem budoucí teorie (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 90-92).

Přepsané rozhovory byly analyzovány a jednotlivá slova, věty, či odstavce byly rozděleny do jednotek, kterým byly přiřazeny jednotlivé kódy. Vytvořené kódy byly kategorizovány na základě podobnosti a vnitřní souvislosti. Kategorie jsou nazvány následovně: jak to začalo, co cítím, rodina, mimo domov, přátelé, ten nejbližší, volný čas. Následující podkapitoly obsahují jednotlivé kódy a vzniklé kategorie. Následuje tabulka s výpovědí respondentů, které se vážou k dílčím kategoriím.

5.1 Respondent Sabina

Kategorie: **JAK TO ZAČALO**

Kódy: škola, problémy ve škole, adaptace, učitelé, spolužáci, kompenzace, smutek, návyk, spokojenost.

Kategorie: **CO CÍTÍM**

Kódy: zdravotní potíže, špatné svědomí, pláč, ústraní, smutek, bezmoc, odborná pomoc, návyk, noční přejídání, záchvat.

Kategorie: **RODINA**

Kódy: matka, absence podpory, nechápavost, zhoršení vztahu, uzavřenost.

Kategorie: **MIMO DOMOV**

Kódy: volný čas, jídlo, záchvat, společenský život, spouštěč, ústraní.

Kategorie: **PŘÁTELÉ**

Kódy: přátelé, adaptace, seznámení, sebevědomí, smutek, záchvat.

Kategorie: **TEN NEJBLIŽŠÍ**

Kódy: seznamování, méněcennost, sebevědomí, partner, odborná pomoc, sebeláska

7. kategorie: **VOLNÝ ČAS**

Kódy: domov, neaktivita, prevence

KATEGORIE	SUMARIZACE VÝPOVĚDI RESPONDENTA
JAK TO ZAČALO	Nástup na novou střední školu, špatná adaptace s novými spolužáky a učiteli. Kompenzace smutku sladkostmi s postupným návykem.
CO CÍTÍM	Záchvatovité a noční přejídání bylo doprovázeno bolestmi břicha, výčitkami svědomí, pláčem a pocity smutku. Respondentka vyhledala pomoc psychologa.
RODINA	O nemoci věděla pouze matka, která neměla dostatečné pochopení a nedokázala pacientku dostatečně v těžkých chvílích podpořit. Došlo ke zhoršení vztahů a větší uzavřenosti.
MIMO DOMOV	Společenský život jde do pozadí. Trávení volného času probíhalo v domácí prostředí. Respondentka nenavštěvovala společenské akce, na kterých je možnost konzumace potravin a alkoholu, jelikož se jednalo o spouštěče záchvatů.
PŘÁTELE	Respondentka navazovala špatně nová přátelství a složitě se adaptovala v novém kolektivu. Tuto skutečnost přisuzovala nízkému sebevědomí.
TEN NEJBLIŽŠÍ	Ztížená byla oblast seznamování se s opačným pohlavím. Trpěla pocity méněcennosti, nízkým sebevědomím. Účinná byla v tomto případě terapie, díky které se naučila mít ráda sama sebe.

VOLNÝ ČAS	Trávení volného času probíhalo zejména v domácím prostředí bez větších aktivit. Jednalo se zároveň o preventivní opatření před vznikem dalšího záchvatu.
-----------	--

Tabulka č. 2: Otevřené kódování respondentky Sabiny

5.2 Respondent Monika

Kategorie: **JAK TO ZAČALO**

Kódy: příbytek na váze, špatné stravovací návyky, hubnutí, dieta, kalorický deficit, výsledky, striktní režim

Kategorie: **CO CÍTÍM**

Kódy: záchvat, nevědomé jedení, výčitky svědomí, pláč, zdravotní obtíže, kompenzace, nezdravé jídlo, odborná pomoc

Kategorie: **RODINA**

Kódy: přiznání, absence pochopení, nákup potravin, hádky, deprese, pláč, kompromis

Kategorie: **MIMO DOMOV**

Kódy: stud, nákup potravin, resocializace, odborná pomoc, strach, společenské události

Kategorie: **PŘÁTELE**

Kódy: podpora, odborná pomoc, kontakt

Kategorie: **TEN NEJBLIŽŠÍ**

Kódy: nevědomost, stud, sebevědomí, hádky, náladovost, nelibost, zklamání, dokonalost, zklamání

Kategorie: **VOLNÝ ČAS**

Kódy: nízká produktivita, sport, kompenzace, domácí prostředí

KATEGORIE	SUMARIZACE VÝPOVĚDI RESPONDENTA
JAK TO ZAČALO	Příčinou psychogenního přejídání byl striktní, dietní režim ve velkém kalorickém deficitu. Postupně začalo docházet ke kompenzaci redukčního režimu formou konzumace nezdravého jídla.
CO CÍTÍM	Docházelo k přejídání, nevědomému jedení, výčitkám svědomí, pláči, depresím i k zdravotním obtížím. Respondentka byla hospitalizovaná v psychiatrické léčebně a poté docházela k psychologce ambulantně.
RODINA	Rodina nedokázala nemoc respondentky pochopit, problémy přicházely například při nákupu potravin, a také docházelo k hádkám.
MIMO DOMOV	Problémy přicházely v oblasti resocializace po terapiích s psychologem a užívání antidepresiv. Přicházel strach z návštěvy kulturních akcí, či restaurací.
PŘÁTELE	Respondentka se příliš nestýkala s přáteli i před nemocí, ale průběhu léčby v psychiatrické léčebně, jí vyjádřili podporu.
TEN NEJBLIŽŠÍ	Přítel nejdříve o nemoci respondentky nevěděl, jelikož cítila stud a toužila po dokonalosti. Kvůli nízkému sebevědomí a náladovosti docházelo k hádkám a neshodám.
VOLNÝ ČAS	Trávení volného času probíhalo často v domácím prostředí nebo formou individuálních sportů a procházek, jenž byly kompenzací přejídání.

Tabulka č. 3: Otevřené kódování respondentky Moniky

5.3 Respondent: Leona

Kategorie: **JAK TO ZAČALO**

Kódy: rozchod, nespokojenost s vlastním tělem, hubnutí, hledání informací, kalorický deficit, sportovní aktivita, striktní režim, psychická nerovnováha

Kategorie: **CO CÍTÍM**

Kódy: striktní režim, posedlost, záchvat, kompenzace, zdravotní obtíže, psychická nerovnováha, psychická bolest, nenávisť, hledání informací, sebeláska, vyšší tělesná hmotnost

Kategorie: **RODINA**

Kódy: nevědomost, stěhování, spouštěč, domácí prostředí, dětství, vina, vztek, hádky, konflikt, izolace od domova, prevence

Kategorie: **MIMO DOMOV**

Kódy: vyhýbání, koupaliště, komplex, restaurace, výmluvy

Kategorie: **PŘÁTELÉ**

Kódy: vyhýbání, sociální izolace, reakce okolí, společenské události, deprese, omezený styk

Kategorie: **TEN NEJBLIŽŠÍ**

Kódy: hádky, náladovost, sexualita, sebevědomí, stud

Kategorie: **VOLNÝ ČAS**

Kódy: domácí prostředí, výčitky, vyhýbání, sport

KATEGORIE	SUMARIZACE RESPONDENTA	VÝPOVĚDI
JAK TO ZAČALO	Příčinou psychogenního přejídání byl rozchod s přítelem a následná touha po snížení tělesné hmotnosti ve velkém kalorickém deficitu a velmi striktním režimu ve stravování, stejně jako nadměrná fyzická aktivita.	

CO CÍTÍM	Respondentka udává, že se jí záchvaty stále vracejí. Nemá pouze zdravotní potíže, cítí také psychickou bolest a nenávisť k sobě samé.
RODINA	Rodiče respondentky o její nemoci neví, jelikož bydlí na kolejích. Spouštěčem záchvatů je domácí prostředí, přítomnost rodičů a zřejmě blok z dětství. Dříve jim to dávala za vinu a tato skutečnost stála také za hádkami a konflikty. Omezila také dojíždění z kolejí, jako prevenci před dalšími záchvaty.
MIMO DOMOV	Obtíže a navštěvováním míst a událostí, kde přijde do styku s jídlem. Tuto skutečnost přirovnává závislosti na alkoholu.
PŘÁTELE	Přátelé zaznamenali tělesné změny respondentky. Reakce okolí jí způsobovaly deprese a následné záchvaty přejídání, kvůli kterým omezila kontakt s přáteli.
TEN NEJBLIŽŠÍ	V průběhu nemoci se seznámila se svým současným partnerem, který měl velmi pozitivní vliv na minimalizaci počtu záchvatů. Přesto dochází k hádkám zejména kvůli náladovosti a kvůli nízkému sebevědomí udává také problémy v sexuálním životě.
VOLNÝ ČAS	V minulosti kvůli nemoci trávila volný čas v domácím prostředí především kvůli špatné náladě a výčítkám svědomí po záchvatu. Díky nemoci začala více sportovat.

Tabulka č. 4: Otevřené kódování respondentky Leony

5.4 Respondent Darina

Kategorie: **JAK TO ZAČALO**

Kódy: kalorický deficit, kulturistika, striktní režim, neúspěch, zákaz, omezení, dieta, životní změny

Kategorie: **CO CÍTÍM**

Kódy: odborná pomoc, poruchy spánku, sebevědomí, náladovost, úzkost, deprese, strach, sociální fobie, smutek, kompenzace, změna tělesné hmotnosti, zdravotní potíže

Kategorie: **RODINA**

Kódy: vědomost, pochopení nemoci, hádky, nesouhlas, podpora, vztek, zklamání, chladný vztah

Kategorie: **MIMO DOMOV**

Kódy: strach, reakce okolí, domácí prostředí, sociální kontakt, přítomnost jídla, záchvat, přejídání, posměšky, ponížení, výmluvy

Kategorie: **PŘÁTELE**

Kódy: nevědomost, stud, vyšší tělesná hmotnost, strach, reakce okolí, omezený kontakt, adaptace, seznamování

Kategorie: **TEN NEJBLIŽŠÍ**

Kódy: bez závazků

Kategorie: **VOLNÝ ČAS**

Kódy: stud, ztráta motivace, jídlo potěšením, změna zálib, domácí prostředí, nicnedělání, ztráta

KATEGORIE	SUMARIZACE RESPONDENTA	VÝPODĚDI
JAK TO ZAČALO	První záchvaty přejídání začaly po závodní sezóně v kategorii „bikiny fitness“, které nebyly pro respondentku úspěšné. V závodní přípravě byla dlouhou dobu ve striktním re-	

	<p>žimu a ve velkém kalorickém deficitu. Jídlem po závodech kompenzovala smutek z neúspěchu. Zároveň se jednalo o psychicky náročné období, jelikož ukončovala studium a hledala si zaměstnání.</p>
CO CÍTÍM	<p>Respondentka uvádí, že si potravou kompenzovala smutek, strach a zklamání spojené nejen s neúspěšnými závody, ale také z přibírání na tělesné hmotnosti. Trpěla také depresi, úzkostmi a sociální fobií. Kvůli těmto potížím vyhledala odbornou pomoc.</p>
RODINA	<p>Matka a sestra o nemoci věděly. Z počátku nedokázaly její potíže pochopit a docházelo mezi nimi k hádkám a neshodám. Vztahy jsou dle jejich slov, zejména s matkou, chladné, pro kterou byla její nemoc a chování s tím spojené, zklamáním.</p>
MIMO DOMOV	<p>Nedostatečné sebevědomí, sociální fobie a úzkosti měly vliv i na společenský život. Respondentka měla strach z reakcí okolí na její zvýšenou hmotnost. Zároveň nechtěla navštěvovat jakékoliv události, kde byla přítomnost jídla. Odmítala služební cesty, večera, či návštěvy kina, aby předešla možným záchvatům.</p>
PŘÁTELE	<p>Přátelé o nemoci nevěděli, respondentka se za ni styděla, protože se bála reakcí okolí. Při hledání zaměstnání měla kvůli nízkému sebevědomí úzkosti před pohovory a po přijetí přicházely úzkostné stavy ze seznamování a adaptace v novém prostředí.</p>

TEN NEJBLIŽŠÍ	Respondentka v době nemoci partnera neměla.
VOLNÝ ČAS	Nemoc velmi ovlivnila způsob trávení času respondentky, která na čas úplně přestala navštěvovat posilovnu, i když před nemocí chodila cvičit téměř denně. Volný čas trávila zejména doma a ztratila motivaci cokoliv dělat.

Tabulka č. 5: Otevřené kódování respondentky Dariny

5.5 Respondentka Ella

Kategorie: **JAK TO ZAČALO**

Kódy: problémy ve vztahu, kompenzace, malá pozornost, snaha se zalíbit, hubnutí, cvičení, dieta, žal, zakázané potraviny, přejídání, koloběh, závislost

Kategorie: **CO CÍTÍM**

Kódy: sebevědomí, deprese, samota, záchvat, zdravotní obtíže, posedlost jídlem, výčitky svědomí

Kategorie: **RODINA**

Kódy: nevědomost, změna stravy, hádky, srovnávání, náladovost, izolace, odloučení, stěhování, samota

Kategorie: **MIMO DOMOV**

Kódy: společenské události, domácí prostředí, strach, oslavy, přítomnost jídla, záchvat, výčitky svědomí

Kategorie: **PŘÁTELE**

Kódy: náladovost, omezený kontakt, domácí prostředí, samota

Kategorie: **TEN NEJBLIŽŠÍ**

Kódy: nevědomost, samota, hádky, posměšky, rozchod, sebevědomí, sexualita

Kategorie: **VOLNÝ ČAS**

Kódy: sport, nadměrná fyzická aktivita, bez radosti, neschopnost odpočívat, kompenzace, ztráta vlastního já

KATEGORIE	SUMARIZACE RESPONDENTA VÝPOVĚDI
JAK TO ZAČALO	Příčinou byly problémy v partnerském vztahu. Snažila se o redukci hmotnosti, za účelem získat si partnerovu pozornost. Velmi snížila svůj denní příjem a zvýšila fyzickou aktivitu. Smutek, žal a nepříjemné situace spojené s nefungujícím vztahem si kompenzovala „zakázaným jídlem“, které jinak kvůli snaze zhubnout, nejedla.
CO CÍTÍM	Nemoc ovlivnila nejen psychické, ale i fyzické zdraví. Trpěla bolestmi břicha a nadýmáním. Zároveň kleslo její sebevědomí a cítila nenávist k vlastnímu tělu.
RODINA	Respondentka měla tendenci se srovnávat se svojí sestrou, což bylo příčinou hádek. V domácím prostředí nedokázala dodržovat striktním režim, což negativně ovlivňovalo náladu. Tento fakt byl zároveň důvodem ke stěhování od rodičů. Kvůli samotě se ale stav respondentky ještě více zhoršil.
MIMO DOMOV	Respondentka přestala navštěvovat společenské události, zejména ty, kde byla přítomnost jídla. Kvůli posedlosti jídlem se vyhýbala rodinným oslavám, či návštěvě

	kina nebo diskotéky.
PŘÁTELE	Díky nemoci velmi omezila kontakt s přáteli a špatnou náladu, samotu si kompenzovala jídlem.
TEN NEJBLIŽŠÍ	Přítel o nemoci nevěděl a ke stravovacím způsobům respondentky měl připomínky. Častěji docházelo k hádkám a také se méně vídali. Nízké sebevědomí se negativně projevilo v sexuálním životě a nemoc přispěla k následnému rozchodu.
VOLNÝ ČAS	Respondentka začala více sportovat, ale pohyb jí nepřinášel žádnou radost. Fyzickou aktivitou se snažila kompenzovat velké množství zkonsumovaného jídla. Zároveň udává, že neuměla odpočívat a měla pocit, že ztratila samu sebe.

Tabulka č. 6: Otevřené kódování respondentky Elly

5.6 Respondentka Hana

Kategorie: **JAK TO ZAČALO**

Kódy: zahraničí, nespokojenost, hubnutí, dieta, zvědavost, nové potraviny, sociální sítě, způsob zábavy, volný čas, nuda, smutek, stravovací návyky, přibírání na váze, reakce okolí, neschopnost rozpoznat hlas, kompenzace

Kategorie: **CO CÍTÍM**

Kódy: uzavření do sebe, strach, úzkost, bezmoc, vědomosti, deprese, záchvat, stesk, samota, neschopnost rozpoznat hlad, absence sebelásky, sebevědomí, pláč

Kategorie: **RODINA**

Kódy: reakce na změnu, vztek, reakce okolí, omezený kontakt, velká vzdálenost, výmluvy

Kategorie: **MIMO DOMOV**

Kódy: výlety, strach, domácí prostředí, samota, neaktivita, náladovost

Kategorie: **PŘÁTELÉ**

Kódy: negativní reakce, sociální síť, nesdílení, omezený kontakt, výmluvy, seznamování, sebevědomí

Kategorie: **TEN NEJBLIŽŠÍ**

Kódy: bez závazků

Kategorie: **VOLNÝ ČAS**

Kódy: domácí prostředí, výlety, cestování, náladovost, výčitky svědomí, pláč, smutek pre-
vence, záchvaty

KATEGORIE	SUMARIZACE RESPONDENTA	VÝPOVĚDI
JAK TO ZAČALO	Respondentka uvádí, že psychogenním přejídáním začala trpět, po příjezdu do Spojených států amerických. Před odletem byla nespokojená se svojí postavou a několikrát se pokoušela o redukci hmotnosti. V USA začala ochutnávat nové potraviny, které v České republice nejsou a jídlo se tak stalo způsobem zábavy, trávení volného času a také útěchou a zaháněním smutku a stesku po domově a také stravovací návyky americké rodiny, u které bydlela.	
CO CÍTÍM	I přes snahu zhubnout, přibírala na tělesné hmotnosti. Cítila se bezmocná a nebyla schopná nutkání se přejíst. Nemoc měla negativní vliv na sebevědomí, cítila se méněcenná	

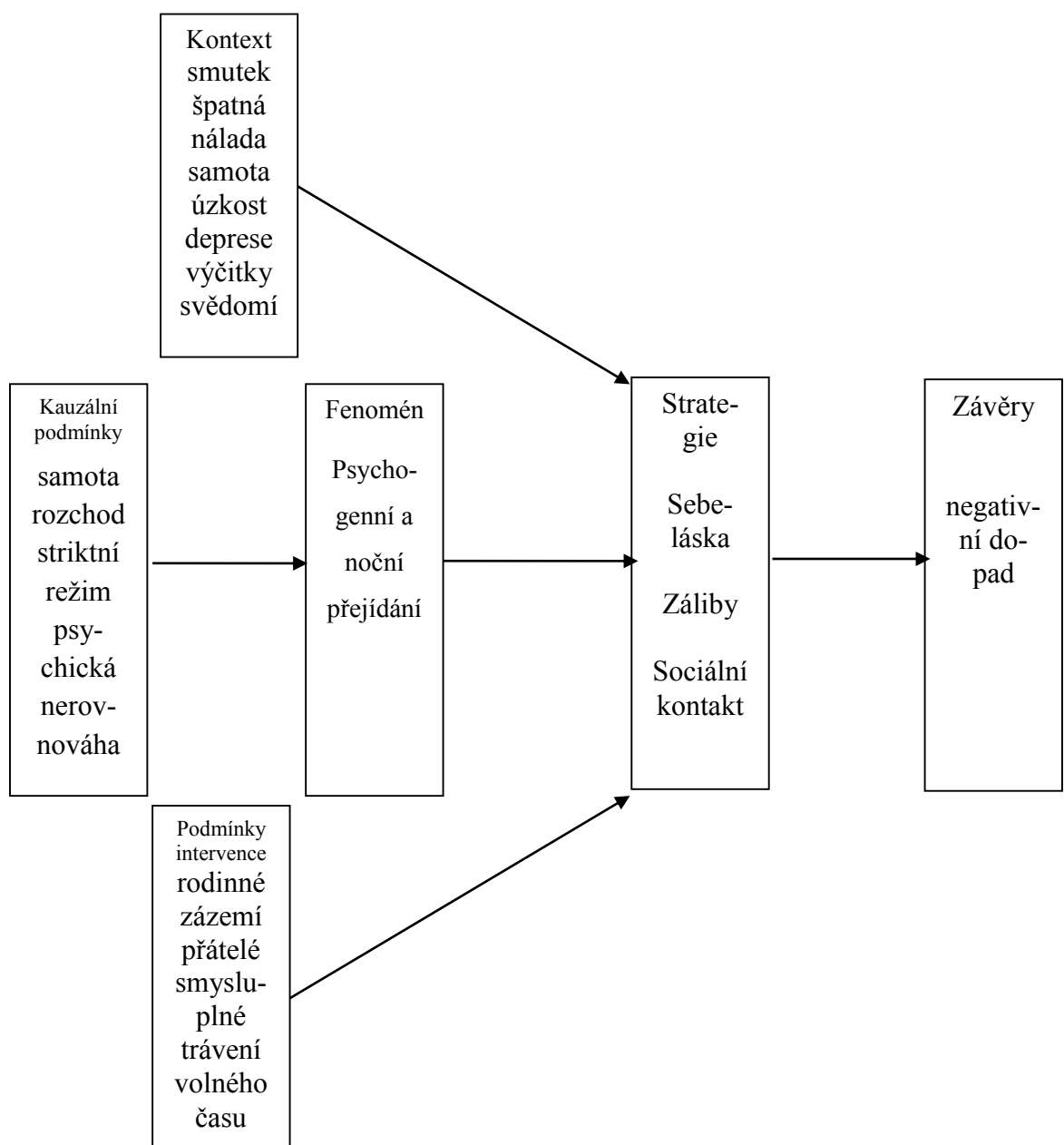
	a zároveň přiznává, že neměla ráda sama sebe.
RODINA	S rodinou velmi omezila telefonický kontakt a video hovory, jelikož se bála jejich reakcí na její vzhled v souvislosti se zvýšenou tělesnou hmotností. Před video hovory s rodinou měla úzkostné stavy a ze strachu se raději kontaktu vyhýbala.
MIMO DOMOV	Po propuknutí nemoci přestala ve volném čase cestovat, stranila se výletům s americkou rodinou, u které bydlela a pracovala, jelikož měla strach, že by neměla své stravování pod kontrolou. V domácím prostředí ale ze samoty přesto k záchvatům docházelo.
PŘÁTELE	Stejně jako rodina v České republice, tak také přátelé si všimli tělesných změn, na které reagovaly. Respondentka proto omezila kontakt také s přáteli a přestala jim sdílet své fotky z USA. Ve Spojených státech amerických špatně navazovala nová přátelství a neměla zároveň touhu nové přátelé poznat.
TEN NEJBLIŽŠÍ	Respondentka partnera nemá.
VOLNÝ ČAS	Volný čas trávila v domácím prostředí, po záchvatu měla často špatnou náladu a neměla zájem cokoli dělat. Konzumace potravin se stala formou trávení času. Omezila svoji tvorbu na YouTube a na blogu.

Tabulka č. 7: Otevřené kódování respondentky Hany

5.7 Axiální kódování

Po otevřeném kódování následuje kódování axiální. Jedná se o hledání souvislostí, mezi jednotlivými kategoriemi znázorněné v tzv. paradigmatickém modelu. Využití modelu umožňuje o datech systematicky přemýšlet a zohledňovat dynamiku jednotlivých dat (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 232).

Paradigmatický model znázorňuje fenomén atypických poruch příjmu potravy ve vztahu ke konceptu, kauzálním podmínkám, intervenujícím podmínkám, strategii jednání a k následkům, na základě získaných dat:



Obrázek č. 1: Paradigmatický model

6 INTERPRETACE DAT

Následující kapitola se zabývá interpretací dat z realizovaného kvalitativního výzkumu. Interpretaci dat lze chápat jako systematický rozbor toho, co data, která byla kategorizována a nalezená spojení, znamenají (Švaříček, Šedřová, s. 244). Na základě výpovědí respondentů, je v této často odpovězeno na hlavní výzkumnou otázku a také na otázky dílčí. Cílem výzkumu je zjistit, jaké jsou sociální důsledky atypických poruch příjmu potravy.

6.1 DVO: Jaké jsou příčinné souvislosti při vzniku nemoci?

Již z teoretické části je zřejmé, že poruchy příjmu potravy mají z hlediska příčin, multifaktoriální charakter. A jinak tomu není ani u atypických poruch příjmu potravy. Respondentka Sabina udává, že příčinou vzniku psychogenního a záchvatovitého přejídání, byl v jejím případě nástup na novou střední školu. Nedokázala se dostatečně adaptovat, seznámit se s novými spolužáky a nesedl jí ani kolektiv učitelů. Období tak pro ni bylo velmi stresové a konzumace sladkostí se tak stala kompenzací těchto faktů a kvůli malému sociálnímu kontaktu, také způsobem trávení volného času. Respondentka Monika a Leona i Darina, udávají, že příčinou jejich nemoci, byl velmi striktní režim v kalorickém deficitu, za účelem redukce hmotnosti. U obou respondentek začalo postupně docházet ke kompenzaci špatného psychického rozpoložení potravinami, které měly ve svém režimu „zakázané“. Leona zároveň zmiňuje, že příčinou vzniku nemoci, byl zároveň rozchod s tehdejšími přítelem. Takové období pro ni bylo velmi psychicky náročné a konzumace potravy tak fungovala jako zajištění příjemných pocitů a emocí. U respondentky Dariny stojí za příčinou kromě striktního režimu v kalorickém deficitu také kompenzace smutku z neúspěchu ze závodů v kulturistice, a také náročné životní období, kdy ukončovala studium a hledala zaměstnání. Respondentka Ella připisuje příčinu své nemoci problémům, které měla v tehdejší vztahu. Přítel jí nevěnoval dostatek pozornosti, a proto se snažila tuto skutečnost změnit tím, že zredukuje svoji tělesnou hmotnost. Držela tedy striktní diety, ale v momentě, kdy se necítila psychicky dobře, utěšovala své pocity potravinami, které do svého redukčního jídelníčku jinak nezařazovala, stejně jako respondentka Monika, Leona a Darina. Respondentka Hana vidí také redukci hmotnosti ve velkém kalorickém deficitu, jako jednu z příčin, ale zároveň udává, že konzumace potravin pro ni byla formou zábavy a kompenzací smutku a samoty, stejně jako u respondentky Sabiny.

6.2 DVO : Jaký má nemoc vliv na psychiku člověka?

Atypické poruchy příjmu potravy přinášejí pacientům řadu zdravotních komplikací, jako jsou bolesti břicha, nadýmání či zpomalený metabolismus. Kromě zdravotních obtíží ale způsobuje potíže také psychické. Všechny respondentky mají společné velmi nízké sebevědomí v důsledku nemoci, které příčinou dalších problémů, které jsou popsány níže. Zároveň se ve svých výpovědích shodně shodly na tom, že po záchvatu, měly velmi silné výčitky svědomí, které následně negativně ovlivnily průběh celého dne. Respondentky Simona a Monika, popisovaly, že v průběhu nemoci cítily často smutek, který postupně přecházel do depresí. Obě respondentky na základě svého psychického stavu musely vyhledat odbornou pomoc v podobě psychologa, a v případě Moniky také pobyt v psychiatrické léčebně, po které ještě následovala ambulantní léčba. Odbornou pomoc v podobě psychologa vyhledala také Darina. Respondentka Leona popisuje, že ze všeho nejtěžší byla psychická bolest, kterou cítila, stejně jak nenávisť k vlastnímu tělu, se kterou se ztotožňují také respondentky Ella a Hana. Ta popisuje časté pocity méněcennosti. Darina se kromě smutku a strachu, potýkala také s depresemi, úzkostmi a sociální fobií.

6.3 DVO : Jak nemoc ovlivňuje společenský život?

Všechny respondentky kromě Hany shodně vypověděly, že největší problémy v oblasti společenského života, se projevovaly především při navštěvování společenských událostí s přítomností potravy. Respondentky měly často strach a následně se vyhýbaly rodinným oslavám, návštěvám restaurací, či kin. Na takových akcích často docházelo k záchvatům přejídání před zraky ostatních a vyhýbání se takovým událostem, tak bylo formou prevence před dalším záchvatem. K omezování docházelo také při návštěvách plesů a diskoték, zejména kvůli konzumaci alkoholu, který má vysokou kalorickou hodnotu, a zároveň jej respondentky popisovaly jako jen ze spouštěčů záchvatů. Monika měla po hospitalizaci v psychiatrické léčebně a následným užívání antidepresiv problémy s resocializací. Popisuje, že problémy přicházely při každodenních činnostech, jako je nákup potravin, či návštěva kina. Leona popisuje vyhýbání se místem, kde lze přijít do styku s jídlem následovně: „*To je hrozné, teď si připadám jako alkoholik, co popisuje, jak se vyhýbá stánku s pivem. Ale s touto nemocí je to vlastně úplně stejné, závislost jak závislost.*“ Darina pocítovala velký strach z reakcí okolí na její vyšší hmotnost v důsledku nemoci, což mělo negativní dopad na její společenský život. Hana, která pracuje jako aupair v Spojených státech amerických, nechtěla jezdit na rodinné výlety s rodinou, u které žije, jelikož měla velký strach z mož-

ného přejídání. Často proto zůstávala doma, kde ovšem kvůli smutku a samotě k záchvatům přesto docházelo.

6.4 DVO: Jaký má nemoc vliv na způsoby trávení volného času?

Všechny respondentky se ve svých výpovědích shodly na tom, že v průběhu onemocnění, většinu volného času trávily v domácím prostředí, bez motivace a schopnosti, cokoliv dělat. Monika a Ella ve volném čase více sportovaly za účelem kompenzace velkého množství konzumované potravy. Ella tuto skutečnost popisuje následovně: *„Začala jsem mnohem víc sportovat, ale dost nezdravě. Cardio na lačno, náročné tréninky ve fitku, kruhové tréninky, TRXko, Všechno to jídlo jsem se snažila kompenzovat pohybem. Nepřinášel mi ale žádnou radost, když jsem den necvičila, připadala jsem si, že jsem přibrala aspoň dvě kila. Neuměla jsem vůbec odpočívat, Naopak úplně jsem přestala hrát na piano a malovat. Dá se říct, že jsem úplně ztratila samu sebe.“* Darina naopak udává, že v době nemoci přestala sportovat úplně i přes to, že před nemocí se sportu, konkrétně kulturistice věnovala na závodní úrovni. Celou skutečnost popisuje tak, že díky náladovosti, nízkému sebevědomí a zvýšené tělesné hmotnosti ztratila chuť a motivaci cvičit. Pro Hanu se konzumace potravy stalo způsobem zábavy a formou trávení času. Zároveň velmi omezila svou tvorbu videí na YouTube a psaní blogu.

6.5 DVO: Jak nemoc ovlivňuje život v kontextu sociálních vazeb?

Pro atypické poruchy příjmu potravy je velmi typické, že lidé, trpící těmito nemocemi, své problémy dlouho tají, nebo se jejich okolí o těchto potížích nedozví vůbec. Na rozdíl od mentální anorexie a mentální bulimie, nelze na první pohled lidi s atypickými poruchami příjmu téměř rozpoznat. Nedochozí totiž k drastickému úbytku tělesné hmotnosti a zdravotní komplikace s tím spojené, také nejsou tolik znatelné. Často dochází k postupnému přibírání na tělesné hmotnosti, což se zdá společně se stárnutím a zpomalováním metabolismu, přirozené. Všechny respondentky se shodly na tom, že dlouhou dobu, o jejich nemoci nikdo z jejich okolí nevěděl, či dokonce stále nikdo neví. Sabina udává, že se po nějakém čase svěřila své matce, která však neměla pro její nemoc pochopení, neuměla ji dostatečně podpořit, což mělo za následek především zhoršení vztahů a respondentka se zároveň zavřela více do sebe. Ve vztahu k rodině, podobně popisuje situaci také Monika, Leona, Hana a Ella. Jejich rodinní příslušníci neměli o nemoci žádné tušení. Neměli tím pádem vysvětlení, pro jejich změnu chování, náladovost či podrážděnost a docházelo

tak často k hádkám, konfliktům a zhoršily se také vzájemné vztahy. Leona a Ella navíc udávají, že kvůli nemoci, se odstěhovaly od svých rodičů a velmi s nimi omezily kontakt. Pro Ellu, bylo domácí prostředí spouštěčem záchvatů, což dávala svým rodičům za vinu. Ella se v domácím prostředí neustále porovnávala se sestrou, což vyústilo v další neshody. Naopak Darina se se svými problémy svěřila matce a sestře a celou situaci popsala následovně: „ *Trvalo jim hrozně dlouhou dobu, než mi fakt uvěřily, že to, jak se chovám, není můj rozmar, ale vážně nemoc. Zvlášť s mamkou jsem se kvůli tomu hrozně moc hádala. Od té doby jsou naše vztahy dost chladné, hrozně jsem tím mamku zklamala.* “

Respondentka Sabina udává, že negativním důsledkem její nemoci bylo špatné navazování sociálních vazeb. Zejména kvůli nízkému sebevědomí měla problémy při hledání partnera a seznamování s novými spolužáky. Monika s přáteli omezila kontakt, ale zároveň udává, že při hospitalizaci v psychiatrické léčebně, se jí dostalo od přátel příjemné podpory. Omezený kontakt s přáteli popisuje také Leona, Darina, Ella i Hana. Respondentky Leona, Hana a Darina tuto skutečnost připisují především strachu z reakcí okolí na jejich zvýšenou tělesnou hmotnost v důsledku nemoci. Darina udává, že trpěla také sociální fobií, díky které měla obtíže při hledání nového zaměstnání a úzkostné stavy před plánovaným seznamováním s novými kolegy. Ella se díky odloučení od svých přátel cítila sama a v důsledku samoty tak docházelo k dalším záchvatům. Celou situaci popisuje následovně: „ *Ta nemoc ti vezme všechno, i přátelé. Máš neustále blbou náladu, takže nemáš ani paradoxně chuť se s někým vidět. A když jo, tak s nima vlastně nemáš co dělat, protože do kina se ti nechce, protože by sis musela dát nachos nebo popcorn, do klubu jít taky nechceš, protože bys musela pít kalorický alkohol. Tak radši zůstaneš doma a nudu a žal utopíš v jídle, kvůli kterému jsi vlastně nechtěla jít ven. Je to úplně absurdní.* “

Nemoc má negativní dopad také na vztahy s partnerem. Respondentka Monika udává, že partner o jejich potížích dlouhou dobu nevěděl, jelikož se partnerovi tuto skutečnost styděla říct, protože v jeho očích, chtěla být vždy dokonalá, a psychogenní přejídání chápala jako selhání. Zároveň přiznává, že byla velmi náladová, díky čemu docházelo k hádkám a konfliktům. Leona se seznámila s přítelem v průběhu nemoci. Nový partner měl na četnost záchvatů nejdříve pozitivní vliv, ale po čase se respondentce nemoc vrátila a kromě hádek zaznamenala potíže také v sexuálním životě, zejména kvůli nízkému sebevědomí. Partner respondentky Elly o nemoci také nevěděl. Docházelo často k hádkám a omezení kontaktu. Zároveň přiznává, že nemoc měla negativní dopad také na sexuální život i na následný rozchod.

6.6 HVO: Jaké jsou sociální důsledky atypických poruch příjmu potravy?

Na základě realizovaného šetření lze konstatovat, že atypické poruchy příjmu potravy mají velmi negativní dopad na sociální život. Bez ohledu na příčinu vzniku nemoci, měla nemoc u všech respondentek nepříznivý dopad v oblasti vztahů se svými rodinnými příslušníky, přáteli, či životními partnery. Všechny respondentky se shodly, že o průběhu nemoci, jejich blízcí dlouho dobu nevěděli, nebo o problémech s poruchou příjmu potravy nevědí do dnes. Díky nevědomosti tak dochází k nepochopení ve vztahu ke změně pacientova chování a vzniká tak mnoho hádek, konfliktů a zhoršují se také vzájemné vztahy. Zejména díky nízkému sebevědomí a absence sebelásky, se objevují problémy v partnerských vztazích. Respondentky, které v době nemoci měly partnera, uvádějí, že díky nespokojenosti s vlastním tělem, výčitkám svědomí, nízkému sebevědomí, či náladovosti, velmi často docházelo k neshodám, konfliktům a dvě respondentky také uvádějí problémy v oblasti sexuálního života. Jedna respondentka připisuje vliv nemoci také na následný rozchod s dlouholetým partnerem. Kromě negativního vlivu na sociální vazby, atypické poruchy příjmu potravy nepříznivě ovlivňují také společenský život a způsoby trávení volného času. Pět z šesti zkoumaných, udávají, že u nich přicházely problémy zejména při navštěvování společenských událostí s přítomností potravy, neboť na takových akcích často docházelo k záchvatům přejídání. Proto také z velké části nastává k omezení účasti na takových událostech, jako prevence před možnými záchvaty před zraky blízkých přátel a okolí a vzniká tak i sociální izolace. Ta nastává také v oblasti trávení volného času, neboť z realizovaného výzkumu vyplývá, že většina volného času je tráveno v domácím prostředí, bez známek větší aktivity a produktivity. U respondentek sice dochází ke zvýšenému zájmu o sport a fyzickou aktivitu, ale má spíše kompenzační charakter, který nepřináší radost, ani dobrý pocit z vykonaného pohybu. Závěrem je nutno podotknout, že společným jmenovatelem sociální implikace atypických poruch příjmu potravy, je u respondentek absence zdravého sebevědomí, sebedůvěry a sebelásky a již z teoretické části bakalářské práce je zřejmé, že tyto aspekty mají negativní vliv na život člověka.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z teoretické části bakalářské práce je zřejmé, že potrava je neodmyslitelnou součástí každého člověka. Je potřebná pro fungování lidského organismu, ale přináší člověku také emocionální zážitek, o čemž svědčí spojení emocí a příjmu potravy. V posledních letech ale přibývá mnoho nemocí, které jsou spojené s poruchou příjmu potravy a jsou odlišné od mentální anorexie a mentální bulimie. Liší se průběhem, přístupem ke stravování, vnímáním vlastního těla a odlišné jsou také po psychické stránce pacienta.

Poruchy příjmu potravy mají velmi negativní dopad na pacientovo zdraví, psychiku i společenský život. Je proto velmi důležité, zaměřit se na jejich příčiny. Z teoretických poznatků je evidentní, že vznik nemoci ovlivňuje mnoho faktorů a ideálním zamezením vzniku těchto nemocí je dostatečná prevence. Ta by měla probíhat primárně v rodině a spočívá zejména ve vhodné komunikaci mezi dětmi a rodiči a ve správných stravovacích návycích dané rodiny. Kromě rodiny má na prevenci velký podíl také školní prostředí, kde dítě tráví velkou část dne. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, které zajišťuje realizaci Preventivních programů školy, v metodických doporučeních k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, pracuje pouze s pojmy mentální anorexie a mentální bulimie. Bakalářská práce by tak mohla posloužit jako materiál při zpracování Preventivního programu školy, metodikům prevence, či pedagogickým pracovníkům, kteří na realizaci preventivních aktivit participují.

Výsledky šetření by mohly být přínosné dospívajícím, kteří jsou nejvíce ohroženi rizikem vzniku atypických poruch příjmu potravy, jako příklad negativního dopadu na život lidí, kteří trpí těmito poruchami. Zároveň by šetření mohlo posloužit jako podklad k dalšímu zkoumání této problematiky, jelikož je atypickým poruchám příjmu potravy věnována málokdy pozornost. Zajímavým pohledem by mohlo být zkoumání v oblasti vlivu školního prostředí na sebevědomí a sebedůvěru dítěte, jelikož se jedná o důležitý faktor jak při vzniku poruch příjmu potravy, tak také při průběhu dané nemoci.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala sociálními implikacemi lidí trpících atypickými poruchami příjmu potravy. Zkoumaná problematika byla zvolena na základě absence daných informací v odborné literatuře, neboť autoři se atypickým poruchám příjmu potravy věnují velmi okrajově i přes to, že incidence pacientů, kteří nesplňují diagnostická kritéria mentální anorexie a mentální bulimie, stále roste.

Teoretická část bakalářské práce vymežila pojmy jako je mentální anorexie a mentální bulimie, věnovala se novým typům poruch příjmu potravy, které se u pacientů začínají diagnostikovat. Dále se první kapitola zabývala příčinami vzniku poruch příjmu potravy a také důsledky daných nemocí. Druhá kapitola teoretické části vymežila pojem atypické poruchy příjmu potravy, které se často liší, dle jednotlivých autorů. V bakalářské práci se užívalo dělení atypických poruch příjmu potravy dle Mezinárodní klasifikace nemocí. Dále se druhá kapitola věnovala sociálními implikacemi atypických poruch příjmu potravy. Třetí kapitola teoretické části se zabývala prevencí, která je stěžejní nejen v rodině, ale také ve školách, kde děti tráví velkou část dne a kromě vědomostí, se zde učí také společenským hodnotám. Poslední kapitola teoretické části se dále zabývala Preventivním programem školy a organizacím, které se zabývají prevencí poruch příjmu potravy v České republice. Závěrečná podkapitola se týkala vztahu problematiky poruch příjmu potravy a sociálního pedagoga, který může najít v této oblasti uplatnění zejména na školách při realizaci prevence, či v mimoškolních zařízeních na pozici pedagoga volného času, neboť smysluplné trávení volného času je vhodnou prevencí při vzniku poruch příjmu potravy.

Empirická část bakalářské práce se věnovala problematice atypických poruch příjmu potravy a vznikem sociálních důsledků, jejímž cílem bylo zjistit, jaké jsou sociální důsledky atypických poruch příjmu potravy. Pro sběr dat byl zvolen kvalitativní výzkum a pro sběr dat byla využita metoda strukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvoří homogenní skupina žen, ve věku od devatenácti do dvaceti osmi let, které trpěly, nebo stále trpí psychogenním a nočním přejídáním.

Atypické poruchy příjmu potravy ovlivňují nejen zdraví, ale psychickou stránku člověka. V důsledku nemoci u pacientů dochází ke vzniku depresí, úzkostí či sociálních fobií. Respondentky se své výpovědi shodly na tom, že nemoc velmi výrazně ovlivnila jejich snížené sebevědomí a absentovala také sebedůvěra a sebedůvěra. Tyto aspekty se negativně projevují nejen k vlastní osobě, ale také ve vztahu k druhým. Silné výčitky svědomí i výkyvy

nálady jsou příčinou hádek a konfliktů s rodinou, či partnerem, neboť díky velmi časté nevědomosti a nízkému povědomí o atypických poruchách příjmu potravy, dochází k nedostatku pochopení. Nemoc nepříznivě ovlivňuje také společenský život a trávení volného času, který pacienti nejčastěji tráví v domácím prostředí a dochází tak k sociální izolaci.

Na základě teoretických poznatků i výzkumného šetření je zřejmé, že atypické poruchy příjmu potravy, představují nebezpečí. Ohrožují nejen fyzické a psychické zdraví, ale také pacientův život. Měl by být kladen velký důraz na prevenci v rodině i ve školním zařízení, kde děti tráví velkou část dne a osvojují si zde nejen vědomosti, ale také společenské postoje a hodnoty.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Literatura

- [1] COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1.
- [2] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [3] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [4] HUBER, Johannes, Hademar BANKHOFER a Elisabeth HEWSON. *30 způsobů jak se zbavit stresu*. Praha: Grada, 2009. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2486-7.
- [5] JANÍČEK, Jeroným. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 2008. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-366-6.
- [6] KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 802470840x.
- [7] KRCH, František David. *Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd.* Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
- [8] KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním. 3., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024721309.
- [9] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi. 3., aktualiz. a rozš. vyd.* Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4774-3.
- [11] MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN isbn978-80-247-5351-5.
- [12] MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron, 2013. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-115-2.
- [13] MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0.

- [14] NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-443-8.
- [15] NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.
- [16] PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
- [17] PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
- [18] PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Management (Grada). ISBN 978-80-247-4751-4.
- [19] PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
- [20] PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.
- [21] ŘEHULKA, Evžen, ed. *Studie k výchově ke zdraví: škola a zdraví pro 21. století, 2011*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2011. ISBN 978-80-210-5722-7.
- [22] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [23] TOMAN, Ivo. *Sebedůvěra, sebevědomí a jak je zvýšíte*. Praha: TAXUS International, 2016. Osobní rozvoj (TAXUS International). ISBN 978-80-87717-10-3.
- [24] TOMAN, Ivo. *Strach, tréma, obavy a návody, jak na ně*. Praha: TAXUS International, 2017. Osobní rozvoj (TAXUS International). ISBN 978-80-87717-14-1.
- [25] VIRTUE, Doreen. *V zajetí jídla: co znamenají naše nutkavé chutě a jak je překonat*. Praha: Synergie, 2012. ISBN 978-80-7370-207-6.

Internetové zdroje

- [26] Centrum Anabell, z.ú.. *Centrum Anabell, z.ú.* [online]. Copyright © 2002 [cit. 19. 02. 2018]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>

- [27] Home. *Home* [online]. Copyright © 2015 E [cit. 19. 02. 2018]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php>
- [28] Metodické dokumenty (doporučení a pokyny), MŠMT ČR. *MŠMT ČR* [online]. Copyright ©2013 [cit. 19. 02. 2018]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>
- [29] Ortorexie, bigorexie, drunkorexie || Anorexie, bulimie, přejídání. *Anorexie, bulime, přejídání - idealni.cz* [online]. Copyright © Copyright 2015 [cit. 13. 03. 2018]. Dostupné z: <https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>
- [30] Projekty | Centrum Anabell. *Centrum Anabell* [online]. Copyright © 2002 [cit. 19. 02. 2018]. Dostupné z: <http://www.centrum-anabell.cz/cz/projekty?id=10-ppp-podpora-profesionalni-prevence.html>
- [31] ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Copyright © 2018 Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MKN- 10	Mezinárodní klasifikace nemocí
DSM – IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
Tab.	Tabulka
DVO	Dílčí výzkumná otázka
HVO	Hlavní výzkumná otázka
USA	Spojené státy americké

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Základní údaje o respondentech

Tabulka č. 2: Otevřené kódování respondentky Sabiny

Tabulka č. 3: Otevřené kódování respondentky Moniky

Tabulka č. 4: Otevřené kódování respondentky Leony

Tabulka č. 5: Otevřené kódování respondentky Dariny

Tabulka č. 6: Otevřené kódování respondentky Elly

Tabulka č. 7: Otevřené kódování respondentky Hany

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Paradigmatický model

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P1: Výpověď respondentky Elly

PŘÍLOHA P I: VÝPOVĚĎ RESPONDENTKY ELLY

Ella A.

22 let

Studentka VŠ

Diagnóza: Psychogenní přejídání

T = tazatel, E= Ella

T: Ahoj Eli, ještě jednou moc děkuji, že jsi vážila čas a jsi ochotná mi poskytnout informace o tvém onemocnění.

E: Jasně, není za co, snad ti to nějak pomůže, pro mě je to maličkost.

T: Dřív než začneme, chtěla bych tě obeznámit s tím, že informace budou použity do mé bakalářské práce, anonymita je naprosto samozřejmá. Otázky budou často z mého pohledu dost intimní a proto pokud ti budou jakkoliv nepříjemné, nemusíš pocho-pitelně odpovídat, já to budu plně respektovat.

E: Jejda, no budu se snažit, ti odpovědět, jak to půjde.

T: Já z našeho předchozího povídání vím, že jsi poměrně dlouhou dobu trpěla poru-chou příjmu potravy. Můžeš mi to trochu přiblížit?

E: Ano, trpěla jsem přejídáním. Četla jsem, že se tomu říká záchvatovité přejídání, psy-chogenní nebo emoční, ale princip nemoci je asi stejný. Zjednodušeně se dá říct, že jsem své problémy v životě zajídala a kompenzovala si je jídlem.

T: Vzpomínáš si, kdy sis uvědomila, že to, jakým stylem přistupuješ k příjmu potra-vy, je vlastně nemoc, nebo minimálně nevhodné a nezdravé chování?

E: Nedávno jsem nad tím přemýšlela, protože jsem si tak nějak v hlavě před naším rozhovorem urovnávala myšlenky, protože jsem se zamýšlela nad tím, na co se mě asi budeš ptát. A vlastně si nějaký zásadní den moc nevybavuju. Jediné co vím je to, že to začalo tak nějak nevinně. Měla jsem dlouholetý vztah, ve kterém jsme měli problémy hlavně v tom smyslu, že mi přítel nevěnoval moc pozornosti, tak jsem se mu chtěla víc líbit a proto jsem se rozhodla, že zhubnu, začnu cvičit a budu držet dietu. Pár měsíců jsem byla na opravdu nízkém příjmu, do toho několikrát týdně cvičení, no postavu jsem měla jak ze žurnálu.

Jenže člověk takový režim dlouho vydržet nemůže. Přítelův zájem nepřicházel ani po zhubnutých kilech a já tak svůj žal začala zajídat. Vždycky potravinami, které jsem měla zakázané, takže čokoládky, tučná jídla, dorty, zákusky, zmrzliny. Takové přezírání se na mé postavě samozřejmě rychle začaly projevovat a já tak vstoupila do koloběhu držení diet, každodenního cvičení a po pár dnech zase několikadenní přejídání. Potrava se stala mou závislostí a začala ovládat nejen mou mysl, ale také můj život. Měla jsem pocit že, když zase zhubnu, problémy ve vztahu zmizí. Takže vlastně jsem si uvědomovala, že mám s jídlem problém, věděla jsem, že mě to ovládá, ale až po čase, ze začátku to bylo docela příjemné, dá si po dlouhé době třeba čokoládu.

T: Když jsi zmínila přítele, věděl o tom, jaké máš se stravou problémy?

E: Nevěděl, a neví to ani teď, když už jsme od sebe. Záchvaty mě přepadaly vždycky, když jsem byla samotná, když na mě neměl čas, nebo když jsme byli pohádaní. Před ním jsem jedla zdravě a málo, jen na dovolených, zvláště když jsme měli All inclusive, tak jsem to nevydržela. To se mi pak několikrát stalo, že jsme trávili večery na pokoji, místo s přáteli, protože mi z toho jídla bylo špatně. Vždycky si mě pak dobíral, že jsem neměla jíst tolik dortů, ale myslím, že nic netušil.

T: Říkala jsi, že problémy ve vztahu byly nejspíše příčinou psychogenního přejídání. Myslíš, že ale samotná nemoc mohla mít i nějaký negativní důsledek na váš vztah?

E: Teď moc nevím, jak to myslíš, jakože jestli to pak bylo ještě horší s námi kvůli mému přejídání?

T: Ano, přesně tak.

E: Jo tak to rozhodně. Asi jako nejpodstatnější vnímám náš rozchod po 7letech, kterému má nemoc určitě hodně přispěla. Ta nemoc mi vzala všechno, sebevědomí, sebedůvěru, lásku sama k sobě, která přešla v nenávisť k vlastnímu tělu a k sobě samém. A to se projeví i vztahu k ostatním lidem. Nemohla jsem s ním spát, protože jsem se bála, že uvidí mé špeky, že se mu nebude líbit mé tělo a že se semnou kvůli tomu rozejde. Nechtěla jsem jezdit k vodě, i když jsme dřív jezdili často. Postupně jsem propadala do depresí, všechno jsem viděla černě a díky tomu jsem pak začala vidět chyby nejen na sobě ale i na něm, což mě zpětně hrozně mrzí. Kuba samozřejmě nechápal, co se mnou děje, takže jsme se neustále hádali a vídali se čím dál méně.

T: A jak to brala tvá rodina? Věděla o tvém problému, nebo to bylo podobné?

E: Já myslím, že naši něco tušili. Nejdřív zaznamenala změny moje mamka, protože jsem si požádala, aby mi kupovala celozrnné pečivo, víc zeleniny, ovoce, tvarohu, libového masa a tak. Ale pak si začala všimnout, že zase daleko víc sahám po nezdravých a tučných jídlech a taky že jsem schopná sníst půlku plechu buchet nebo celou vánočku.

T: Zaznamenala jsi kvůli tomu třeba s rodiči nebo sourozenci víc hádek a konfliktů jako tomu bylo u přítele?

E: Jo, často jsem se hádala hlavně se sestrou, která jí docela málo, a já se s ní vždycky porovnávala. Pořád jsem jí říkala, že jí špatně a málo, což se jí samozřejmě nelíbilo. V momentě kdy se najedla taky, neměla jsem po přejedení takové výčitky a chlácholila jsem sama sebe, že je to normální. A podobně to bylo s rodiči, jedno léto jsem zůstala u rodičů a bylo to hrozné, pořád mi něco vadilo, lákalo mě jejich jídlo, nedokázala jsem striktně udržet režim, který jsem měla na bytě na vysoké, tak jsem kvůli tomu další rok zůstala přes prázdniny v Brně.

T: Takže se dá říct, že kvůli nemoci si se na prázdniny musela odstěhovat?

E: Dá se říct, že jo, jezdila jsem domů jen občas, myslela jsem si, že to mé problémy vyřeší, ale vlastně to bylo ještě horší, protože jsem se tam cítila hrozně sama a záchvaty jsem měla několikrát týdně.

T: Cítila ses sama? A co přátelé?

E: Ta nemoc ti vezme všechno, i přátelé. Máš neustále blbou náladu, takže nemáš ani paradoxně chuť, se s někým vidět. A když jo, tak vlastně nemáš co s nima dělat, protože do kina se ti nechce, protože bys sis musela dát nachos nebo popcorn, do klubu jít taky nechceš, protože bys musela pít kalorický alkohol. Tak radši zůstaneš doma, a nudu a žal utopíš v jídle, kvůli kterému jsi vlastně nechtěla jít ven. Je to úplně absurdní, celá ta nemoc je postavená na hlavu, a teď zpětně si fakt klepu na čelo, jak jsem mohla být hloupá.

T: Já myslím, že důležité je, že si to teď zpětně uvědomuješ, aspoň se ze svých chyb můžeš poučit. V čem ještě tvá nemoc ovlivnila tvůj společenský život?

E: Společenský život? Ten jsem skoro dva roky neměla žádný. Sebevědomí na bodu nula, tím pádem návštěva diskotéky nebo plesu nepřicházela v úvahu, nehledě na to, že máš pořád strach z toho, že se tam přejíš. Ovšem co bylo pro mě největší peklo, byly jednoznačně rodinné oslavy a rauty. To byly fakt situace, kde se nešlo ovládat, snědla jsem fakt vše, co

mi přišlo pod ruku, následovala probdřená noc s nafouklým břichem a hroznými bolestmi a pak týden výčitky svědomí a držení diet. Později jsem to vyřešila tak, že jsem se takovým událostem radši vyhýbala, nebo si schválně plánovala práci.

T: změnili se na základě takového chování i tvoje koníčky a trávení volného času?

E: Začala jsem mnohem víc sportovat, ale dost nezdravě, cardio na lačno, a náročné tréninky ve fitku, kruhové tréninky, TRXko. Všechno to jídlo jsem se snažila kompenzovat pohybem. Nepřinášel mi ale žádnou radost, když jsem den necvičila, připadala jsem si, že jsem přibrala aspoň dvě kila. Neuměla jsem vůbec odpočívat. Naopak úplně jsem přestala hrát na piano a malovat. Dá se říct, že jsem Úplně ztratila sama sebe.

T: Elli, já ti moc děkuju, za tak upřímnou zpověď. Já myslím, že jsem se zeptala na vše, co jsem chtěla. Ať se ti daří!

