

Rodina jako rizikový faktor pro vznik poruch příjmu potravy u dívek

Michaela Janošková

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michaela Janošková**
Osobní číslo: **H20361**
Studijní program: **B0111A190011 Sociální pedagogika**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Rodina jako rizikový faktor pro vznik poruch příjmu potravy u dívek**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti poruch příjmu potravy, psychického vývoje dívek a rodinného prostředí.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICOVÁ, 2013. Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2247-7.

JEDLIČKA, Richard, 2017. Psychický vývoj dítěte a výchova: jak porozumět socializačním obtížím. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0096-5.

KRCH, František David, 2005. Poruchy příjmu potravy.2., aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0840-X.

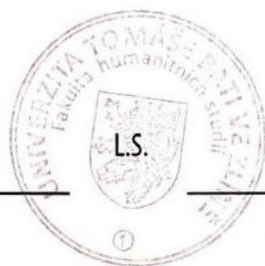
MATOUŠEK, Oldřich, 2003. Rodina jako instituce a vztahová síť.3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-19-9.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Julie Junaščíková**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2024**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2024**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

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

Ve Zlíně dne 15. ledna 2024

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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 18.4.2024

.....

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 nevdělečně 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 nahlížení 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem rodina jako rizikový faktor pro vznik poruch příjmu potravy u dívek. Tato předkládaná práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části práce jsme se věnovali tématům poruch příjmu potravy, jejich příčinám, projevům a také prevenci tohoto onemocnění. Dále jsme se věnovali rodině společně s komunikací v ní. V neposlední řadě zdravému stravování a výchovným chybám, které v rámci toho nastávají. V praktické části jsme realizovali kvalitativní výzkum za pomoci rozhovoru s dívkami trpícími poruchou příjmu potravy. Na situace v rodinách jsme tedy nahlíželi pohledem dívek. Výsledkem výzkumu bylo vytvoření nové teorie.

Klíčová slova: porucha příjmu potravy, rodina, rizikový faktor, stravování, komunikace

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the topic of family as a risk factor for the development of eating disorders in girls. This thesis is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part of the thesis, we focused on the topics of eating disorders, their causes, symptoms and also the prevention of this disease. We also focused on family dynamics and communication within it. Last but not least, healthy eating and educational mistakes. In the practical part, we conducted qualitative research using interviews with girls suffering from eating disorders. So we looked at the situations in the families from the perspective of the girls. The result of the research was the development of new theory.

Keywords: eating disorder, family, risk factor, eating, communication

V této části bych chtěla poděkovat lidem, bez kterých by moje bakalářská práce nevznikla. V první řadě děkuji za cenné rady, připomínky, ochotný a lidský přístup svojí vedoucí práce, Mgr. Julii Junaštkové, která mě celým procesem zpracování bakalářské práce vedla. Díky patří všem účastnicím rozhovorů za jejich ochotu, upřímnost a otevřenost, díky které se mi podařilo naplnit zvolené cíle. V neposlední řadě děkuji své rodině, partnerovi, přátelům a spolužákům za poskytnuté rady a především podporu, nejen při psaní bakalářské práce, ale po celou dobu studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	13
1.1 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	13
1.2 MENTÁLNÍ ANOREXIE.....	14
1.3 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	15
1.4 PŘÍČINY VZNIKU	16
1.5 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE	18
1.6 PSYCHICKÉ PROJEVY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	20
1.6.1 Možnosti léčby	21
1.7 PREVENCE	24
2 RODINA	25
2.1 RODINNÉ FUNKCE.....	25
2.2 KOMUNIKACE V RODINĚ.....	28
2.3 KONFLIKTY V RODINĚ	29
2.4 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ V RODINĚ	31
3 ZDRAVÉ STRAVOVÁNÍ	32
3.1 STRAVOVACÍ NÁVYKY V RODINĚ	33
3.2 NUTRIČNÍ VÝCHOVA.....	33
3.2.1 Chyby v nutriční výchově	34
3.3 ODMÍTÁNÍ JÍDLA V RODINĚ.....	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	38
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	39
4.1 VÝZKUMNÉ CÍLE	40
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
4.3 POJETÍ VÝZKUMU	40
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	41
4.5 VÝZKUMNÁ METODA	42
4.6 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	43
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	44
5.1 ANALÝZA KATEGORIÍ	44
5.1.1 Kategorie Rodinné situace	45
5.1.2 Kategorie Různorodé chování.....	48
5.1.3 Kategorie Prožívání situací	49

5.1.4	Kategorie Jídlo jako nepřítel	51
5.1.5	Kategorie Porucha příjmu potravy	53
5.2	PARADIGMATICKÝ MODEL A JEHO INTERPRETACE.....	54
5.3	ZAKOTVENÁ TEORIE A JEJÍ INTERPRETACE	56
ZÁVĚR		60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		62
INTERNETOVÉ ZDROJE.....		64
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		65
SEZNAM OBRÁZKŮ		66
SEZNAM TABULEK.....		67
SEZNAM PŘÍLOH.....		68

ÚVOD

V dnešní rychle se měnící době se u dětí a adolescentům vyskytuje čím dál častěji rizikové chování různých forem. Jednou z těchto forem jsou poruchy příjmu potravy, které postihují převážně dívky, avšak není až tak neobvyklé, že se porucha rozvine i u chlapců. Kromě známých poruch příjmu potravy jako jsou mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání se začínají objevovat i nové formy poruch příjmu potravy jako například orthorexie, drunkorexie a bigorexie. Přesto, že tato riziková chování zatím nejsou uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod poruchy příjmu potravy, mají něco společného. Nezdravý a narušený vztah k jídlu. Faktorů, které mohou ovlivnit vznik PPP je mnoho. V naší práci jsme se rozhodli zabývat se rodinou, která může být jedním z rizikových faktorů pro vznik tohoto onemocnění. Hlavním cílem v naší práci je **odhalit situace týkající se stravování v rodině, které dívky negativně ovlivnily.**

V teoretické části se budeme zabývat problematikou poruch příjmu potravy. Přes vymezení jednotlivých typů poruch, po příčiny vzniku a také projevy. Nezapomeneme také zmínit zdravotní komplikace, které s sebou tato nemoc přináší a navrhnout možné způsoby léčby. V neposlední řadě popíšeme prevenci před rozvojem tohoto onemocnění.

Rodina je v naší bakalářské práci jedním z hlavních témat, proto se jí v teoretické části budeme také podrobně věnovat. Blíže se podíváme na podstatné funkce, které by zdravá rodina měla v rámci rodinného systému plnit. Důležitým tématem pro nás bude také komunikace v rodině, jelikož přímo souvisí s jídelními situacemi. Zaměříme se také na postavení rodiny k duševnímu onemocnění.

Stravování v rodině může děti výrazně ovlivňovat i v pozdějším věku, a to jak v pozitivním, tak negativním smyslu. Proto jsme se rozhodli věnovat se tématům zdravé stravy a správné nutriční výchovy. Ta by měla v rodinách fungovat právě z důvodu nastavení správných stravovacích návyků u dětí. Nezapomeneme ani na vymezení nutriční chyb, kterých se rodina v rámci výchovy často dopouští.

V praktické části budeme prostřednictvím kvalitativního výzkumu usilovat o naplnění našeho výzkumného cíle kterým je odhalení situací týkajících se stravování, které dívky negativně ovlivnily. O naplnění výzkumného cíle budeme usilovat pomocí rozhovorů s dívkami, které trpí poruchou příjmu potravy. Tento fenomén tedy budeme pozorovat z perspektivy dívek. Bude nás zajímat, jaké nepříjemné pocity dívky v oblastech stravování

zažívaly, jaké byly jejich reakce a také jak je tyto situace v budoucnu ovlivnily. Data získaná z rozhovorů budeme podrobně analyzovat a následně interpretovat v rámci zakotvené teorie.

Tato práce by měla být přínosná z hlediska hlubšího porozumění zkoumaného fenoménu. Přínosem může být i pro rodiče, a to jako návod na správnou výchovu ke stravování a může sloužit jako upozornění na důležitost správného chování v oblastech jídelních situací. Z této práce mohou čerpat také dívky trpící poruchou příjmu potravy, které stále hledají, jaké faktory se na vzniku jejich onemocnění podílely. V rámci sociální pedagogiky může vést k podrobnějšímu nastavení minimálních preventivních programů tak, aby se eliminovalo toto rizikové chování a potlačil vliv rodiny v rámci stravovacích zvyků. V neposlední řadě může provedený výzkum sloužit jako obohacení dosavadních teorií nebo být inspirací pro provádění dalších výzkumů věnujících se této problematice.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

V dnešním světě se musí dospívající vyrovnávat nejen se změnami fyzickými a psychickými, ale také s rychle se měnícím světem. Z tohoto důvodu je právě dospívání obdobím, které je nejvíce rizikové. Experimentování, související s rizikovým chováním během vývojového období je za předpokladu krátkodobého trvání a určité míry normální. V dnešní době se však čím dál častěji vyskytují dospívající, kteří se riziku vystavují dlouhodobě a považují to za svůj způsob života. Mnohdy si však neuvědomují vážné a ohrožujícími následky s tím spojené. Toto chování je popisováno jako syndrom rizikového chování v dospívání – SRCH-D. Mezi projevy problémového chování v reprodukčním období patří nezdravé stravovací návyky, které často hraničí s poruchami příjmu potravy jako je mentální anorexie a mentální bulimie (Kábíček, 2014, s. 35). Poruchy příjmu potravy jsou vážná psychická onemocnění projevující se patologickým vztahem k jídlu a vlastnímu tělu. Pacientky se snaží na psychické a fyzické úrovni ovládat své tělo v oblastech příjmu stravy, tělesné hmotnosti, pocitů hladu a únavy (Probst, 1999, s. 178). „*Pro pacienty s poruchami příjmu potravy je typická depersonalizace. To znamená, že tělo je vnímáno jako cizí, pasivní a necitlivý objekt, který je zdánlivě oddělen od základní osobnosti*“ (Probst, 1999, s. 178). Toto psychiatrické onemocnění se vyskytuje již od útlého věku až do dospělosti. V Mezinárodní klasifikaci nemocí je označováno pod kódem F50. Tímto onemocněním může trpět každý bez rozdílu věku a pohlaví, nejčastěji se však onemocnění vyskytuje u dívek v období dospívání (Krch, 2005). Ohroženy jsou také modelky, baletky a dívky které se aktivně věnují sportu. V období dospívání dívky mohou špatně snášet měnící se tvar těla. Při tomto přirozeném vývoji se dívky setkávají s komentáři od okolí, což může být rizikové pro vznik PPP (Krch, 1998, s. 28). Mezi nejčastěji vyskytující se poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie (Krch, 2005). V této části jsme si vymezili pojem porucha příjmu potravy. Následně se na toto onemocnění podíváme z historického hlediska.

1.1 Historie poruch příjmu potravy

Již po staletí se mluví o různých formách narušeného příjmu potravy. Již v době kamenné se objevovala obezita, která byla následkem nadměrného příjmu jídla. Ve starověku se objevovalo narušené chování v oblasti jídla nazývané jako pika. Toto nevhodné jídelní chování je popisováno jako touha po konzumaci látek, které k požití nejsou určeny. Odmítání potravy patřilo k projevům jiných somatických a psychiatrických onemocnění,

bylo však vnímáno jako doprovázející jev, nikoliv jako patologické chování samo o sobě (Krch, 2005).

Anorexie byla lékařem Richardem Mortonem poprvé popsána v roce 1694. Byly popsány dva případy úmyslného odmítání potravy u chlapce a dívky. Později, v 19. století, byla lékařská veřejnost upozorňována na podobné případy, při kterých se objevovalo odmítání jídla a také nadměrná fyzická aktivita. V české literatuře popsaly první případy PPP Vratislav Jonáš, v roce 1941 a Otakar Janota, v roce 1946. V jejich publikacích popisovali případy poruch příjmu potravy a také jejich léčbu na neurologickém a interním oddělení.

U bulimie je historie kratší. V roce 1976 Bernard Russel, který působil jako anglický profesor, popsal u studentek vysoké školy onemocnění spojené s přejídáním a následnou kompenzací jako bulimanorexii. V roce 1979 potom toto onemocnění popsal jako „zlověstnou formu anorexie“. Toto onemocnění se o rok později dostalo do americké mezinárodní klasifikace nemocí společně se studii o četnosti tohoto onemocnění. Začala se objevovat literatura zabývající se účinností antidepresiv společně se zavedením kognitivně – behaviorální terapie při léčbě. Do evropské klasifikace nemocí byla bulimie přidána v roce 1987 (Papežová, 2012, s. 15). Jak jsme popisovali v této kapitole výše, mentální anorexie byla popisována již v roce 1694. U mentální bulimie to bylo značně později. V následujících podkapitolách si vymežíme mentální anorexii i bulimii, včetně diagnostických kritérií.

1.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je psychické onemocnění, které je charakterizováno především záměrným snižováním tělesné hmotnosti. Samotný výraz anorexie znamená nechutenství, snížení chuti k jídlu nebo až odpor k jídlu. Tyto důsledky se však nemusí vyskytovat u všech nemocných a často bývají až důsledkem dlouhodobého hladovění. Odpírání jídla nebývá vždy způsobeno nechutenstvím a odporem k jídlu ale úmyslným odpíráním jídla, jelikož si to nemocní zakázali. V těchto případech lidé s PPP často neklamou pouze okolí tím, že nemají hlad a chuť, ale především sami sebe. V důsledku hladovění dochází k adaptační reakci organismu, při které se u velké části lidí s mentální anorexií objevuje zvýšená zaujatost jídlem. Ta se často projevuje plánováním jídla, sledováním pořadů o vaření, vymýšlením receptů a také vařením jídel pro druhé, která však dotyční ani nechutnají.

U mentální anorexie se vyskytují dva typy tohoto onemocnění a to nebulimický (restriktivní) typ a bulimický (purgativní) typ. U nebulimického typu jde pouze o striktní omezování jídla

bez záchvatů přejídání. U typu bulimického se střídá období striktního omezování s epizodami záchvatů přejedení. Záchvaty přejedení se dotyčný snaží kompenzovat vyvolaným zvracením, užitím laxativ nebo nadměrným cvičením (Krch, 2005).

Pro diagnózu MA musí dle MKN – 10 dotyčný splňovat následující uvedená kritéria:

- Tělesná hmotnost je udržována na BMI 17,5 a níže. U prepubertálních pacientů nedochází k plánovanému hmotnostnímu přírůstku během růstu.
- Hmotnost bývá snižována úmyslně omezováním jídla a vyhýbáním se nezdravým potravinám. Dále použití jednoho nebo více prostředků podporující hubnutí. Mezi tyto prostředky patří užívání laxativ, diuretik, anorektik, vyvolané zvracení, nadměrné cvičení.
- Zkreslené vnímání vlastního těla, chorobný strach z tloušťky, který jedince vede k nastavení velmi nízké cílové váhy.
- Endokrinní porucha projevující se u žen ztrátou menstruace. Také dochází ke snížení nebo úplné ztrátě sexuálního zájmu u mužů i žen.
- Při onemocnění před pubertou dochází ke zpoždění nebo úplné zástavě projevů puberty. U dívek může docházet k primární amenoree, zástavě růstu prsou (Raboch et al., 2019, s. 179).

1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie je závažné onemocnění, které je charakterizováno záchvaty přejídání, které se opakují a jsou neovladatelné. Tyto opakující se epizody přejídání nemocní spojují s pocity ztráty kontroly nad jídlem (Krch, 2005). „*Mnoho bulimiček popisuje záchvaty přejídání jako něco zoufalého. Pociťují silnou touhu po jídle, která je zcela přemáhá*“ (Pugnerová, 2016, s. 136). Tato porucha je také spojena s přehnanou kontrolou vlastního těla a tělesné hmotnosti. U nemocných mentální bulimií se objevuje velmi silná touha se přejídat a následná snaha zabránit přibrání na váze (Krch, 2005). Z důvodu, aby zabránili navýšení hmotnosti si vyvolávají zvracení, užívají purgativa, nebo kombinují obojí. U těchto lidí se často vyskytuje až chorobný strach z nadváhy. U mentální bulimie jsou rozlišovány dva typy onemocnění. Prvním typem je purgativní typ, ve kterém jsou nemocnými užívány laxativa, diuretika a je vyvoláváno zvracení. V nepurgativním typu nejsou využívány purgativní metody ale spíše přísné diety, časté cvičení a hladovky.

Podle MKN-10 jsou diagnostická kritéria pro MB stanovena následovně:

- Opakující se epizody přejídání, při kterých je zkonsumováno velké množství jídla za krátký čas. Četnost pro určení této diagnózy je opakování epizod po dobu tří měsíců, alespoň dvakrát týdně.
- Chorobné přemýšlení nad jídlem. Silná a nutkavá touha jíst.
- Snaha zabránit přírůstku na váze z požitého jídla pomocí jednoho nebo více způsobů. Způsoby potlačující nárůst hmotnosti jsou vyprovokované zvracení, užití laxativ, diuretik, střídavým obdobím hladovění.
- Pocit znechucení, tloušťky a obavy z navýšení hmotnosti (Raboch et al., 2019, s. 180).

„Přejídání začne, když jsem unavená nebo v depresi, nebo když jsem prostě smutná. Začnu být napjatá a panikařit a mám velký pocit prázdnoty. Snažím se nepřipouštět si puzení k jídlu, ale ono je prostě čím dál silnější. Jediný způsob, jak si dokážu od těch pocitů ulevit, je přejedení. A přejídání utlumí pocity smutku. Vymaže všechno, co mě trápilo. Potíží je ovšem v tom, že to trápení nahradí pocit plnosti, výčitek svědomí a zmaru“ (Cooper, 2014, s. 19).

Z tohoto krátkého úryvku můžeme vycítit, že nemoc je pro dívku začarovaným kruhem, který jí v žádné situaci nenabízí řešení vedoucí ke spokojenosti a psychické pohodě. Popisuje zmítání mezi cestou z nepříjemných pocitů do jiných nepříjemných pocitů. Na začátku popisuje, že příčinou přejídání jsou pocity smutku, únavy nebo deprese. Dále se tedy budeme zabývat příčinami vzniku PPP.

1.4 Příčiny vzniku

Rozvoj poruch příjmu potravy bývá často následkem kritických životních událostí v životě nemocného. Pod kritické životní události způsobující vznik poruch příjmu potravy spadají traumata, posměch a zneužití. Mezi sexuálním zneužitím a rozvojem poruch příjmu potravy existuje souvislost. Zneužití však může být také emocionální a v dětství tato traumatizující zkušenost způsobuje nízkou sebeúctu a pocity úzkosti, v horším případě přispívá k rozvoji poruchy v dospělosti. Někteří autoři uvádějí, že zneužití vyvolává pocity ztráty identity a pocity zoufalství. Tyto nesnesitelné pocity se snaží postižení onemocněním zoufale regulovat. Také jim to přináší smysluplný pocit z nich samotných v případech, že se jim z okolí nedostává podpory. Traumata, které mohou přispět k rozvoji onemocnění mohou být

například nemoc, postižení sourozence, smrt blízké osoby nebo separace od rodiny (Novák, 2010, s. 17).

Pro vývoj tohoto onemocnění je také velmi rizikové období dospívání. Někteří autoři uvádějí že výskyt mentální anorexie je zapříčiněn strachem z dospělosti. Dospívání s sebou nese psychické a fyziologické změny, ze kterých mají dotyčné obavy. U dívek dochází k fyziologickým změnám, během kterým se mění tvar těla, dochází k přibrání na váze a k první menstruaci. Vyšší váha může u dívek způsobit strach ze ztráty kontroly nad svým tělem a snaží se tento proces zmírnit nebo zastavit zkoušením diet a cvičením. V tomto věku je totiž pro dívky důležité, co si o nich myslí okolí. Chtěly by být populární, krásné a štíhlé. Z tohoto důvodu se obávají fyziologických změn a pokouší se je regulovat. V tomto období může dojít k odvracení se od vrstevníků nebo také vyloučení z kolektivu ostatními vrstevníky (Novák, 2010, s. 16).

Faktorů, které u dospívajících posilují strach z tloušťky je mnoho. V televizi a jiných médiích je často vykreslován určitý typ člověka a štíhlost je spojována se zdravím a hrdinstvím. Kladení velkého důrazu na konzumaci správného jídla. Rozdělování potravin mezi zdravé a nezdravé/tučné. Riziková může být také obezita nebo diety a nevhodné jídelní návyky jak u rodičů, tak sourozenců. Mezi sourozenci se může objevovat soutěživost v různých formách.

Rodina pro vznik poruch příjmu potravy může být riziková hned v několika oblastech. Výskyt tohoto onemocnění se může u dospívajících projevit v důsledku dědičnosti. Výskyt PPP ale nemusí být v rodině způsoben pouze předáním genetické informace, ale také prostředí, ve kterém žije. Na vzniku PPP mají významný vliv vzájemné vztahy a prostředí v rodině. Příliš ochranný a ctižádostivý styl výchovy očekávající od dítěte perfektní výkony v různých oblastech může vést k přehnanému perfekcionismu u dítěte. Perfekcionismus jako charakterový rys je rizikovým faktorem pro vznik tohoto onemocnění a většina dívek s PPP se s tímto rysem ztotožňují. Mezi další rizikové chování v rodině je vyhýbání se konfliktním situacím. Pokud v rodině již ke konfliktní situaci dojde, rodina to ignoruje a neumí konflikt řešit. Z důvodu tohoto patologického chování dívky konfliktní situace řeší vlastním způsobem a tím může být právě nevhodné jídelní chování (Krch, 2005, s. 66).

Se vznikem mentální bulimie bývá často spojován nedostatečný sociální kontakt s rodiči. Nemocní popisují, že se jim kontaktu nedostává v takové míře, v jaké by si přáli. V těchto

případech dochází k vyrovnávání emocionálního hladu příjmem potravy, kterým jej utěšují (Faelide, 2010 s. 113).

Faktorů, které se mohou podílet na vzniku tohoto onemocnění je velké množství. Je důležité si uvědomit, že při vzniku PPP se dotýčný vystavuje riziku zdravotních komplikací, které mohou být i život ohrožující.

1.5 Zdravotní komplikace

Zdravotních komplikací způsobených poruchami příjmu potravy je mnoho. Tyto somatické komplikace se podílejí na rostoucí úmrtnosti jak u mentální anorexie, tak i mentální bulimie. Ze všech psychických poruch má mentální anorexie největší úmrtnost.

Nejčastěji se vyskytujícími komplikacemi jsou kardiovaskulární, které se vyskytují téměř u 90% postižených. Z důvodu zpomalení metabolismu v rámci úspory energie v těle dochází ke snížení srdeční tepové frekvence. Ta klesá pod normální tepovou úroveň, což je obvykle méně než 60 úderů za minutu. Častou komplikací, je narušení elektrolytové rovnováhy, která má za následek srdeční arytmie. K tomuto narušení dochází z důvodu nadměrného užívání léků na odvodnění organismu a také projímadel. Srdeční arytmie mohou vést k náhlému úmrtí z důvodu zástavy srdce.

Renální komplikace jsou problémy spojené s ledvinami a mohou zahrnovat klesání hladiny sodíku, chloridů a hořčíku pod normální úroveň. Symptomy nedostatku důležitých minerálů zahrnují nevolnost, únavu, bolesti hlavy, křeče a zvracení. Tyto komplikace se vyskytují nejčastěji u pacientek, které jsou dehydratovány v důsledku zvracení, užívání projímadel a diuretik. Dehydratace vede ke zvýšení rizika vzniku močových kamenů.

U více než poloviny pacientek s mentální anorexií se objevují změny v krevním obrazu a kostní dřeni. Dochází k dysfunkci neutrofilů a snížení hladiny komplementu v těle. Tato zhoršená funkčnost má za následek zhoršenou imunitu a vyšší riziko výskytu infekcí.

Nejčastější endokrinní komplikací, která se vyskytuje u dívek s poruchou příjmu potravy je amenorea. Ke ztrátě menstruace dochází v případě, kdy obsah tělesné hmotnosti klesne pod kritickou úroveň u daného jedince. Je uváděno, že k tomuto jevu dochází při ztrátě více než 15 % z tělesné hmotnosti, která je pro jedince optimální.

Kosterní komplikace u poruch příjmu potravy postihují nejčastěji osoby trpící mentální anorexií. V období dospívání a růstu se u jedinců s mentální anorexií vývoj kostí značně zpomaluje a může dojít i k úplnému zastavení růstu. Dochází ke snížení mentální denzity

kostí (MDK) při které dochází ke přestavbě kostní tkáně a dochází tak k jejímu celkovému úbytku. Největší vliv na MDK má délka trvání amenorey (ztráty menstruace), dále také podvýživa, při které dochází k ovlivňování MDK v důsledku nedostatku estrogenu. Nízká denzita kostí má za následek zvýšené riziko zlomenin a také může způsobit vznik osteoporózy (Krch, 2005, s. 96).

Gastrointestinální komplikace neboli zažívací komplikace se vyskytují častěji u onemocnění MB. V důsledku zvýšeného působení žaludečních šťáv v dlouhodobém hledisku, může dojít ke komplikacím jícnu. Mezi nejčastější patří záněty jícnu, jícnové eroze a vředy. Velmi závažnou komplikací, vyžadující okamžitý chirurgický zásah je prasknutí nebo protržení jícnu zvané jako Bouerhaavův syndrom. Tato komplikace je způsobena pozřením velkého množství jídla a následným zvracením. Výskyt této komplikace je však vzácný. V důsledku častého zvracení a zvýšené konzumace citrusových plodů a šťáv dochází k erozi zubní skloviny. To se projevuje výrazně zvýšenou citlivostí zubů a dochází také k větší kazivosti. Často se vyskytující žaludeční komplikací je zpomalení při procesu vyprazdňování žaludku. To u nemocných způsobuje nepříjemné pocity plnosti i při konzumaci malého množství jídla. Častá je také zhoršená pohyblivost tenkého střeva, která má za následek zácpu.

Mezi metabolické komplikace dochází u MA nejčastěji ke zpomalení bazálního metabolismu. Bazální metabolismus je množství energie, které tělo spotřebuje v klidovém stavu pro udržení základních životních funkcí jako je činnost srdce, udržení teploty těla, dýchání, trávení a obnova buněk. U pacientek se vyskytuje zhoršená regulace tělesné teploty, a tak při vystavení se chladu nedochází ke zvýšení teploty uvnitř těla. Dále je narušen metabolismus glukózy. U případů s výraznou podvýživou se vyskytují poruchy se spánkem. Ty se projevují častějším buzením, špatným hlubokým spánkem a celková doba spánku bývá nižší. Při navýšení hmotnosti poruchy spánku zpravidla mizí.

Dermatologické potíže objevující se z důvodu nedostatečné výživy mohou být suchá šupinatá kůže. Asi u třetiny pacientek se objevuje jemné ochlupení zvané lanugo. To se vyskytuje převážně na tvářích, končetinách a trupu. U MA se objevuje zbarvení kůže do žluta v důsledku nadměrného příjmu vitamínu A a karotenu. Dermatologické obtíže typické pro onemocnění MB bývají modřiny a mozoly na hřbetech rukou, které jsou způsobeny vyvolaným zvracením (Krch, 2005, s. 100).

1.6 Psychické projevy poruch příjmu potravy

Kromě zdravotních komplikací a tím spojených fyzických projevů toto onemocnění také doprovází projevy psychické, které nemocným znesnadňují život. U osob s tímto onemocněním se často vyskytují symptomy úzkosti a deprese, které mají negativní dopady jak na psychickou pohodu, tak na společenský a osobní život u jedinců (Cooper, 2014, s. 32).

„Se svými rodiči vůbec nemluví, protože vůbec nechápu, čím si procházím, i když jsme si bývali blízcí. Mám strašně nízké sebevědomí. Mívám deprese a úzkosti. Nemůžu se s nikým vidět“ (Cooper, 2014, s. 32). Takto popisuje pacientka s mentální bulimií svůj osobní život. Z tohoto krátkého popisu je zřejmé, do jaké míry může porucha příjmu potravy negativně ovlivnit život.

Společenský život bývá narušen z důvodu obav o tělesnou hmotnost. Osoby s MB často vycházejí do společnosti pouze v případě, kdy se ve svém těle cítí relativně spokojené. V opačném případě se uzavírají do sebe, nevycházejí ven a nechtějí se s nikým vidět. Dalším důvodem vyhýbání se společenským situacím je strach z konzumace jídla, se kterou je velká část společenského života spojena. U nemocných poruchou příjmu potravy však představa konzumace jídla a pití alkoholu vyvolává takový strach, že se raději od společenského života odříznou (Cooper, 2014, s. 33).

Osobní život u nemocných bývá ovlivněn neustálými myšlenkami nad jídlem. Přehnaná sebekontrola společně s podvýživou vede k únavě a apatii. Postižení se zabývají pouze vlastním vzhledem a jídlem a ztrácí zájem o jiné věci. Uspokojení v jiných činnostech bývá pro nemocné téměř nemožné. S tímto problémem se pojí sebestřednost, při které jsou jedinci neschopni věnovat se jiným tématům, a to se dále podepisuje na vztazích s ostatními (Krch, 2010, s. 47). Z důvodu častých výkyvů nálad a psychické nepohody se okolí stává terčem při podrážděných reakcích. To má z dlouhodobého hlediska za následek negativní ovlivnění jak rodinných vztahů, tak i těch partnerských (Cooper, 2014, s. 37).

Mentální anorexie má výrazný vliv také na sexuální fungování. U většiny žen dochází v období aktivní mentální anorexie k poruchám touhy. Toto je vysvětleno tak, že vyhublost způsobuje sníženou činnost pohlavního systému, a to má za následek snížený zájem o sex (Krch, 2005, s. 103).

Poruchy příjmu potravy, jak jsme se mohli v předchozích dvou podkapitolách dočíst, se projevují v celé oblasti života jedince a výrazně jej omezují a ohrožují. Z toho důvodu je potřeba s nemocí pracovat a zvolit správnou léčbu aby došlo ke zkvalitnění života.

1.6.1 Možnosti léčby

Při léčbě poruch příjmu potravy je důležité, aby rodina a příbuzní měli na paměti, že se jedná o závažnou psychickou poruchu a nikoli zlovyk. Z toho důvodu je důležité si uvědomit, že apelování na silnou vůli a zdravý rozum u člověka, trpícího tímto onemocněním, nepomáhá. Tento způsob apelování akorát vyvolá konflikty ve vzájemných vztazích s rodinou, které mají za následek zhoršení vztahů. Nemocní jsou postiženi jak psychicky, tak také somaticky a je velmi důležitá péče lékaře. V některých případech je potřeba vyhledat a zařídit lékařskou pomoc i proti vůli nemocného, jelikož toto onemocnění může v krajních případech ohrožovat nemocného na životě. U mentální anorexie na tuto nemoc podlehnou až 5 % případů (Musil a kol., 2006, s. 123). Léčebný program bývá sestaven individuálně a kombinuje psychologický, medicínský a sociální přístup. Problémem při léčbě bývá negativní postoj nemocných v léčbě, častěji u onemocnění mentální anorexie (Vágnerová, 2012, s. 478).

V dnešní době se nabízí široké spektrum pro léčbu poruch příjmu potravy, závisí na závažnosti onemocnění. Poskytnutí služeb v různých formách se také může vzájemně kombinovat, nebo doplňovat.

- Forma léčby v případě že je u pacienta potřeba lékařská péče se nabízí hospitalizace, která může být úplná nebo částečná. Tento typ léčby se volí v případech, kdy je pacient značně vyhublý nebo svým jednáním ohrožen na životě. Dalším důvodem pro volbu této léčby je také situace kdy pacient nereaguje na jiné formy léčby. Tato nemocniční léčba není vnímána jako prostředek vedoucí k úplnému vyléčení poruch příjmu potravy, ale je důležitým krokem k cestě k uzdravení. Při léčbě pacienta se neapeluje pouze na vyléčení fyzického zdraví, ale velká pozornost bývá věnována také psychické stránce nemoci, které s PPP souvisejí. Cílem hospitalizace je návrat k normální hmotnosti nebo zastavení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů. Dále také eliminace užívání projímadel, záchvatů přejídání a zvracení, které jsou spojeny se somatickými komplikacemi. Nemocniční léčba se zaměřuje také na léčbu jiných zdravotních obtíží, které jsou vážné, a také léčbu psychických potíží, které se objevují v souvislosti s PPP. Těmito psychickými stavy jsou deprese, sebepoškození nebo zneužívání psychoaktivních látek (Kreh, 2005, s. 125).
- Rodinná terapie bývá využívána jako doplňková léčba k individuální terapii. Zvláště u mladých pacientů nebo pacientů žijících v rodině bývá rodinné vyšetření pro

porozumění a práci s problémy důležité. Tato forma terapie je určena nejen pro osoby trpící poruchou ale také pro rodinu. Při léčbě je totiž velmi důležitá edukace a přístup rodiny k nemocnému (Krch, 2005, s. 127).

- Kognitivně – behaviorální terapie se využívá převážně při léčbě mentální bulimie, a to u pacientek, jejichž příznaky jsou středně těžké až vážné. Tato terapie funguje na pěti principech, které se dodržují v rámci léčby. Prvním je vedení záznamů o zkonsumovaném jídle, myšlenkách a pocitech souvisejících s jídlem a také záchvatech přejídání a zvracení. Druhý princip je pravidelné vážení. Dalším důležitým bodem je zavedení jídel, kterým se pacientka záměrně vyhýbala a plán jídel společně s normalizací stravování. Čtvrtým principem je změna myšlenkových vzorců s cílem nahradit negativní myšlenky a přesvědčení o jídle pozitivnějšími a realističtějšími myšlenkami. Pátý princip se věnuje prevenci před návratem problematického chování (Krch, 2005, s. 128).
- Svépomoc a psychoedukace se doporučuje u jedinců s mírnými příznaky. Pomocí svépomoci a edukací o problému může dojít ke zmírnění příznaků nebo úplnému uzdravení.
- Ambulantní a lékařská péče je vhodná pro chronické pacienty, kteří během několika let podstoupili několik forem léčby, avšak účinek se neprojevil. Pro pacienty, kteří již odmítají podstoupit další léčbu se doporučuje z hlediska odlišného přístupu. Tato péče se nezaměřuje na překonání PPP, ale jejím cílem je opět navodit u pacientů psychickou a somatickou stabilitu (Krch, 2005, s. 126).
- Interpersonální terapie se primárně nezaměřuje na řešení problémů a vztahu k jídlu, ale snaží se identifikovat mezilidské problémy, které přispěly k rozvoji poruchy stravování. V druhé fázi této terapie se na identifikovaných problémech pracuje (Krch, 2005, s. 129).
- Skupinová terapie, je často využívána během hospitalizace dívek v nemocnicích, ale také jako samostatná terapie nezávisle na nemocničním zařízení. Skládá se z šesti až dvanácti členů společně s terapeutem, který skupinu usměrňuje. Po určité době však terapeut nemusí být přítomen a skupina může fungovat jako svépomocná. Je u pacientů vhodná zejména k navození pocitu že v tom nejsou sami. Vzájemně si vyměňují zkušenosti, úspěchy a neúspěchy. Cílem je vzájemná motivace a společné zvládání krizových situací (Terapie v Praze, 2024).

- Farmakoterapie nebo také terapie medikací může být u PPP důležitou součástí léčby. Psychotropní medikaci je vhodné užívat jako doplňkovou léčbu společně s jinými druhy terapie. Často se užívá u pacientek, u kterých není jiná terapie účinnou nebo z důvodu snížení rizika relapsu (Krch, 2005, s. 131).

Kromě možností léčby již při vypuknutí onemocnění je důležité se věnovat prevenci, aby ke vzniku poruch příjmu potravy vůbec nedošlo. Také je prevence důležitou z důvodu zabránění opětovnému návratu nemoci již po vyléčení nebo přenosu onemocnění na následující generace.

1.7 Prevence

Prevenci při poruchách příjmu potravy můžeme rozdělit mezi primární, sekundární a terciální.

Primární prevence se zaměřuje hlavně na výchovu v rodině, která pro dítě není riziková nebo traumatizující, ale podporuje zdravý vztah k jídlu a vlastnímu tělu. Neméně důležité je v primární prevenci ovlivňování společenských a kulturních faktorů spojených se stravováním. Klíčová je v primární prevenci také podpora zdravého sebehodnocení u dětí a dospívajících. Sebehodnocení bývá často ovlivněno médii a kulturními vzory.

Sekundární prevencí je rozpoznání a ovlivnění dětí a dospívajících, které jsou vystaveny riziku vzniku PPP. Mezi ohrožené skupiny patří děti trpící somatickým onemocněním, které je spojenou s dietami a hubnutím nebo děti, které jsou léčeny pro obezitu. Ohroženy jsou také děti a dospívající věnující se aktivitám, ve kterých je kladen důraz na tělesnou stavbu a váhu. Mezi tyto aktivity spadá modeling, gymnastika, tanec a jiné sporty.

Terciální prevence je zaměřena na zabránění opakovaných výskytů problémů, které jsou spojeny se zdravím a také na obnovu plného zdravotního stavu včetně zachování plodnosti. V poslední době se terciální prevence věnuje snaze zabránit přenosu poruch stravování na následující generace (Papežová, 2010, s. 140).

2 RODINA

„Rodina je strukturovaným celkem (systémem), jehož smyslem, účelem a náplní je utvářet relativně bezpečný, stabilní prostor a prostředí pro sdílení, reprodukci a produkci života lidí“ (Kraus, 2008, s. 80).

Pojem rodina je ve společnosti slovem, které má silný význam. Vzhledem k vývoji společnosti se však představa o normální rodině v rámci rodin značně liší. S vývojem společnosti je pravděpodobné, že děti budou mít na normalitu rodiny jiný pohled než rodiče a prarodiče (Novotná, 2019, s. 41). Kořeny rodiny jako instituce sahající hluboko do minulosti a existence rodiny je spojována s účelem poskytování dětem adekvátní péči. Pro udržení lidstva je rodina biologicky velmi významnou, a kromě toho představuje rodina základní pilíř každé lidské společnosti. Při narození dítěte je rodina prvním společenským modelem, s kterým se dítě setkává a který dítě určitým způsobem formuje (Matoušek, 2003, s. 9). U dospělých osob tvoření vlastní rodiny se stálým partnerem patří mezi nejdůležitější hodnoty v lidském životě. Tyto hodnoty jsou úzce spjaty s pocitem smysluplnosti v životě, pocitem vlastní hodnoty a odráží se na psychické pohodě a zdraví. Partner a také děti dospělému zrcadlí jeho vlastní já. Rodina také funguje jako socializační činitel. Dospělý se díky příbuzným od partnera nebo lidem z okolí svých dětí dostává do kontaktu s velkou spoustou lidí a rozšiřuje tak své sociální pole (Matoušek, 2003, s. 10).

V rodině se vzájemně prolínají postoje sdílení s rodinou a osobním soukromím. Rodina poskytuje dotyčnému pocitu bezpečí a také oporu, formuje osobnost v rámci ztotožňování se s rodinou. Její úlohou je však také dát jednotlivci naprostou svobodu a oporu v tom, budovat si své vlastní já a zachovávat si svou vlastní odlišnost (Matoušek, 2003, s. 83).

Definovali jsme si tedy rodinu a nyní se zaměříme na funkce, které by rodina měla plnit.

2.1 Rodinné funkce

V rámci správného rodinného fungování by rodina měla plnit plnou řadu funkcí, které se v dnešní době neustále rozšiřují. Z tohoto důvodu nastává problém, že rodina nezvládá všechny funkce určené prostředím plnit a tím pádem dochází k nedostatečnému plnění funkcí (Kraus, 2014, s. 81).

Nejzákladnější funkcí rodiny je funkce **biologicko – reprodukční**. Tato funkce zahrnuje reprodukci a péči o narozené děti. Poskytuje bezpečné prostředí pro narození, péči a výchovu potomka. Vlivem měnící se doby je na tuto funkci nahlíženo spíše jako na překážku. Děti

jsou vnímány jako překážka v pracovní kariéře. Toto se projevuje převážně ve vyspělých zemích tím, že klesá počet narozených dětí. Věk matek u prvorozených dětí se čím dál zvyšuje a počet dětí v rodinách postupně ubývá. Není výjimkou, že partneři nepocítují potřebu stát se rodiči (Kraus, 2014, s. 82).

Sociálně – ekonomická funkce v rodině zahrnuje mnoho různých úloh a funkcí, které ve společnosti rodina v oblasti hospodářství plní. V rozvoji ekonomiky je rodina považována za významnou, jelikož se její členové v rámci povolání zapojují do výrobní i nevýrobní sféry. Také je rodina významným spotřebitelem ve společnosti, na kterém je trh závislý. V rodinném systému se rozhoduje o využití materiálních a finančních zdrojů a také investic a výdajů v rámci rodiny. Přerozdělování peněz a prostředků v rodině má významný sociální dopad. Poruchy rodiny v ekonomické funkci se často projevují nedostatkem materiálních statků, což je důsledek nezaměstnanosti nebo také rostoucích nákladů na život.

Ochranná funkce může být nazývána také jako pečovatelská a zaopatřovací a má za úkol zabezpečit celé rodině a převážně dětem životní potřeby, kterými jsou hygienické, biologické a zdravotní. Tuto funkci v posledních desetiletích z velké části plnil stát v oblastech nemocenského pojištění, důchodové pojištění, ozdraven apod. V dnešní době je ale rodina stále více společností nucena k tomu, aby v této funkci převzala větší zodpovědnost. Od rodiny se očekává spoluúčast se státem na plnění této funkce právě v případech, kdy je potřeba se postarat o nemocného nebo nemožoucího člena rodiny. Pro rodinu je plnění této funkce velmi obtížné. Obzvláště v případě, kdy je rodina neúplná. Obtížné zvládnutí těchto situací také ovlivňuje život dětí vyrůstajících v rodině. Děti si v rodině vytvářejí model chování, který se projeví v oblastech chování a péče o vlastní rodiče. Je prokázáno, že citová podpora v dětství výrazně ovlivňuje podporu a péči o vlastní rodiče v pozdějším věku života.

Socializační proces dítěte je hlavní úlohou funkce **Socializačně – výchovné**. Dítě již od narození a po celý čas, kdy v rodině žije od rodiny přijímá široké spektrum informací. Spolu se svými přirozenými vlastnostmi a potřebami biologickými a psychickými tyto informace zpracovává. Na tomto jevu se významně podílí vzory, kterými jsou u dětí nejčastěji rodiče a sourozenci. Problémem v socializačním procesu nastávají situace, kdy různí socializační činitelé jako mohou být rodina, škola a masová média se dostávají do vzájemného rozporu. Toto významně zasahuje do výchovné funkce, která je v jistém smyslu rozdvojená. Rodina a škola mají odlišný názor na výchovu dětí a také mezi těmito socializačními činiteli dochází k přehazování zodpovědnosti. Škola od rodiny očekává, že formování osobnosti dětí bude

výchovným stylem probíhat již v rodině. Na druhou stranu taktéž očekává rodina od školy. Rodiče předpokládají, že nevhodné chování dětí způsobené nevhodným výchovným stylem, škola dokáže napravit. V důsledku problémů ve výchově se u dětí zvyšuje riziko deviantního chování. Za problémové jsou považovány výchovné styly, které jsou v určitých oblastech extrémní, to znamená přehnanou výchovu nebo naopak výchovu volnou. Také odlišný přístup k výchově u rodičů může mít na děti negativní dopad.

V rámci **relaxační** funkce by rodina měla být místem, kde mohou její členové odpočívat a cítit se uvolněně. V rámci této funkce dochází k uvolnění se od napětí a stresu z každodenních povinností a načerpání energie. Rodina je místem pohody a odpočinku. Je místem, kde může člověk být sám sebou. V rámci relaxační funkce by spolu rodina měla trávit čas v rámci společných aktivit, kterými mohou být procházky, hraní karetních her nebo také sledování televize.

Emocionální funkce probíhající v rodině je nenahraditelná jinou institucí. Rodina v rámci této funkce poskytuje dítěti citové zázemí, pocit bezpečí a jistoty. V rodině dochází k vyjádření lásky a podpory a důležitý je také pocit přijetí v rámci rodiny. Rodina má sloužit jako bezpečné a chápající prostředí pro vyjádření vlastních emocí. Emocionální funkce je důležitá pro správný vývoj dítěte v emoční oblasti a projevuje se v budoucnu vztahem k sobě i k ostatním (Kraus, 2014, s. 133 - 137).

Z hlediska toho, jakým způsobem se rodině daří naplňovat všechny z těchto základních funkcí v rodině, dělíme rodinu na čtyři typy.

1. Funkční rodina – Rodina zvládá plnit všechny funkce a tím je zajištěn správný vývoj dítěte.
2. Problémová rodina – Rodina nezvládá plnit všechny funkce a dochází k poruchám některých nebo také všech funkcí rodiny. Problémy spojené s poruchami funkcí rodina řeší nebo je nějakým způsobem kompenzuje.
3. Dysfunkční rodina – V rodině se vyskytují závažné poruchy některých nebo také všech funkcí. Vznikající problémy v rodině není rodina schopna řešit, a to výrazně ohrožuje celou rodinu na jejím fungování a převážně vývoj dítěte. Ve vážných případech dysfunkční rodiny může dojít ke zbavení rodičů rodičovských práv.

4. Afunkční rodina – Rodiny neplní žádné ze svých základních funkcí a svým jednáním dítěti škodí. Život dítěte v takové rodině představuje ohrožující prostředí pro jeho vývoj a existenci. Jediným řešením v situaci, kdy se rodina jeví jako afunkční, je odebrání dítěte z rodiny (Kraus, 2014, s. 137).

2.2 Komunikace v rodině

V rámci zdravého fungování rodiny je také důležitá správná komunikace v rodině, jelikož je základním stavebním kamenem pro zdravé vztahy a fungování domácnosti. Zdravá komunikace mezi rodinnými členy se odráží ve vzájemných vztazích a dochází k hlubšímu porozumění sobě navzájem. Komunikace je v rodině velmi důležitou, jelikož je klíčovou při budování důvěry, porozumění a také vzájemného respektu. Kraus (2014, s. 108) také uvádí, že *„komunikace v rodině by měla být otevřená a upřímná, neboť to přispívá ke správnému fungování rodiny. Správná komunikace napomáhá rozvíjet schopnost řešit problémy a konflikty a je nezbytná pro dosažení celkové spokojenosti.“*

V rodině je komunikace dána převážně způsobem, jakým rodiče dítě vychovávají a také vztahem a přístupem rodičů k dítěti. Tyto faktory výrazně ovlivňují vývoj dítěte. V rodinách se liší způsoby výchovy a také způsoby výměny verbálních a neverbálních informací prostřednictvím komunikace. V rámci efektivní rodinné komunikace je důležité, aby byla věnována pozornost nejen tomu, co ostatní říkají, ale především tomu, co tím myslí a co cítí. K tomuto je potřeba umět druhým naslouchat a tím pádem vnímat jejich potřeby, přání nebo obavy. Při otevřené a upřímné komunikaci v rodině dochází k vytvoření pozitivní atmosféry a bezpečného prostoru pro sdílení lásky, ukazování svých odlišností a respektujícímu přístupu. Prostřednictvím komunikace jsou členové v rámci rodiny schopni řešit vznikající konfliktní nebo stresové situace (Boukalová et al., 2023, s. 242).

Komunikační vzorce v rodině jsou silně spjaty se spokojeností a vzájemnými rodinnými vztahy. Vztahy, ve kterých jsou členové rodiny spokojeni s průběhem komunikace, bývají spokojenější a také odolnější. V opačném případě, kdy je komunikace chybná, se zvyšuje riziko rozpadnutí rodiny v důsledku rozvodů. Také se v rámci neefektivně komunikujících rodin vyskytuje více problémů s chováním dítěte. Způsob a kvalita komunikace mezi dětmi a rodiči má výrazný vliv na kvalitu vztahů mezi nimi. Interakce s rodiči je u dítěte z hlediska fyziologického, kognitivního, emočního a sociálního vývoje jeho potřebou, důležitou pro správný vývoj (Boukalová et al., 2023, s. 244).

V rámci komunikace v rodině můžeme komunikační styly dělit na instrumentální a afektivní. Instrumentální komunikace slouží k běžnému předávání informací. To znamená informace o běžných věcech důležité k plnění rodinných funkcí, např. informace o potřebě vynést koš. Pomocí afektivní komunikace dochází v rodině ke sdělování vzájemných emocí, kterými mohou být radost, smutek, hněv. Ve zdravých rodinách dochází ke komunikaci v obou oblastech naprosto přirozeně a bez problému. Některé rodiny však i přes dobré fungování v instrumentální komunikaci mají s afektivní komunikací výrazný problém. (Boukalová et al., 2023, s. 261). Pro spokojené fungování v rodině by měla probíhat komunikace v obou oblastech. Vzájemné interakce v rodině totiž ovlivňují psychologické „wellbeing“ v rodinách. *„Právě každodenní, opakující se interakční vzorce utvářejí celkovou, jedinečnou atmosféru rodiny.“* (Sobotková, 2007, s. 46).

Spolu s komunikací, která v rodině probíhá, je naprosto přirozené že v rámci komunikace budou v rodině vznikat konflikty.

2.3 Konflikty v rodině

V rodině jako prostředí, ve kterém jsou osoby ve vzájemném vztahu, zcela přirozeně, dříve či později, dochází ke konfliktním situacím. Ke konfliktům dochází v případě rozporů v názorech vnímání a tužbách (Trelaun, 2005, s. 11).

„Konflikt se rodí z konfrontace protikladných vůlí dvou nebo více jedinců“ (Trelaun, 2005, s. 11).

Konflikt bývá často vnímán spíše jako něco negativního a nežádoucího. Konfliktní situace jsou však přirozenou součástí lidského vztahu a života. Interpersonální konflikt s sebou mimo negativní pocity přináší také hodnoty, které jsou důležité pro seberozvoj. Díky konfliktu se musí člověk zabývat problémy a situacemi, kterým se po většinu času vyhýbá. Snaha o řešení konfliktu s sebou přináší i řadu pozitivních dopadů na vzájemné vztahy. Za pomoci řešení konfliktů dochází ve vztazích k lepšímu poznání a porozumění, nastavení jasných pravidel a také mohou být zdrojem osobního růstu (DeVito, 2004, s. 172).

Ke konfliktu dochází jako k reakci na nepříjemné pocity nepochopení, rozhořčení nebo nespravedlnosti a dá se na něj reagovat několika způsoby. Mezi hlavní reakce patří negace, střetnutí a zvládnutí konfliktu.

- Negace – při této reakci dochází k rezignaci. Osoba se dále k tématu nevyjadřuje, ale takzvaně se podřizuje situaci a odmítá konflikt dál řešit.

- **Střetnutí** – během této reakce často dochází k vyhocení situace a řešení konfliktu vzájemnými nadávkami a hrozbami. Osoby si stojí za svým názorem a jejich cílem je zvítězit a přesvědčit druhou stranu o vlastní pravdě. Během konfliktní situace dochází ke zvýšení tónu hlasu, také jsou používána silná gesta a může dojít také k násilí.
- **Zvládnutí konfliktu** – tato reakce je považována jako zdravé řešení konfliktní situace, které jako jediné nabízí vyřešení situace způsobem, kdy jsou všechny osoby spokojeny. V této reakci na konflikt dochází k ústupové pozici a snaha o diskusi, během které dochází k vyjádření vlastních problémů, pocitů a potřeb. Cílem dialogu je vzájemné pochopení, ale i v případě nepochopení může tento způsob zvládnutí konfliktních situací konflikt ukončit (Trealum, 2005, s. 57).

Reakce na konflikt bývají však často podvědomé. V případě, že nás něco naštvě, na tento jev nereagujeme racionálně. V daném momentu při naší reakci nevystupuje vědomá mysl, ale nastává k emotivní reakci, která je způsobena právě emocemi, které cítíme. Dochází tedy k jakési podvědomé afektní reakci bez toho, aniž bychom nad danou situací přemýšleli (Miller, Kadlec, 2018 s. 36).

Jak jsme se mohli v této podkapitole dočíst, konfliktní situace jsou v rodině zcela přirozené. Není potřeba na tyto situace pohlížet negativně, jelikož při správném jednání v takových situacích mohou být přínosné z hlediska lepšího porozumění a zlepšení vzájemných vztahů. Následně se podíváme, jak rodina přistupuje k jedinci v případě, kdy se u něj rozvine duševní onemocnění.

2.4 Duševní onemocnění v rodině

Rodina funguje na základě emočních vazeb mezi rodiči a dítětem a v případě že jsou všichni členové rodiny psychicky v pořádku, jedná se o stabilní rodinu. Plnění rodičovské role v mezích normálu se zrcadlí v chování dítěte. V opačném případě, kdy se chování rodičů odchyluje od normy, se toto chování může přenášet na dítě a projevovat se chováním odchylujícím se od normy (Matoušek, 2003, s. 120).

U psychických onemocnění bývá přesný původ většinou nejasný, faktem však je, že na vzniku duševních onemocnění má podstatný vliv prostředí, ve kterém člověk žije a také dědičné faktory. Jedním z nejdůležitějších prostředí, ve kterém se člověk od narození vyskytuje a také formuje je rodina. V současné době jsou rodinné vztahy a psychické zdraví úzce spojovány (Matoušek, 2003, s. 120).

Propuknutí psychického onemocnění u člena rodiny v rodině často vyvolává reakci popisovanou jako dvoufázová nálepkovací reakce. V první fázi této reakce se rodina snaží nemocného pochopit a jeho chování do určité míry normalizovat. Dochází k zesílení vazeb a kontaktu v rámci rodiny a bývají využívány všemožné prostředky vedoucí k pomoci psychicky nemocnému členovi. Druhá fáze nastává v případě, že se rodině nepodaří chování nemocného normalizovat, žádné prostředky vedoucí k pomoci nezabírají nebo si nemocný nechce nechat pomoci. V této fázi se rodina uzavře a s dotyčným začne omezovat kontakt nebo se obrátí na psychiatrický ústav, kterému člena svěří do péče (Matoušek, 2003, s. 121).

Postoj rodiny k členu trpícímu psychickým onemocněním se může lišit vzhledem k vlivům zapříčiňujícím vznik onemocnění. V případě že si rodina myslí, že je porucha způsobena charakterovými vlastnostmi a rysy daného člověka, se nemocnému často dostává pocit nepochopení. Rodina má v tomto případě odmítavý postoj a tím se snižuje šance na uzdravení. Pro psychicky nemocného člověka je příznivé, pokud si rodina myslí, že za vznikem jeho nemoci stojí nějaké životní události nebo stresové situace. V případě vzniku nemoci z důvodů pracovního přetížení, ztráty blízké osoby apod. rodina zaujímá chápavý postoj a plně osobu s onemocněním podporuje (Matoušek, 2003, s. 121).

3 ZDRAVÉ STRAVOVÁNÍ

Již samotný název zdravé stravování vypovídá o vzájemných vazbách mezi lidským zdravím a výživou. Skladba přijímané stravy a její výživová hodnota je ukazatelem, do jaké míry je daná potravina schopna pozitivně podporovat lidské zdraví. Na zdraví je třeba však pohlížet z širšího hlediska. Když se bavíme o zdraví člověka, nelze jej považovat za zdravého pouze na základě nepřítomnosti nemoci v jeho životě. Do zdraví totiž velkou mírou zasahuje i duševní a sociální pohoda. V dnešní době širokého spektra pestrosti potravin se uvádí, že potraviny mají za funkci nejen správně podpořit fyzické zdraví člověka, ale také výrazně přispět na jeho duševní a sociální pohodě (Komprda, 2009, s. 5).

Jak se mohou někteří lidé mylně domnívat, zdravé stravování není pouze o konzumaci zeleninových salátů a ovoce po celý den, také to není o vyřazování mléčných produktů nebo pečiva. Je to takový způsob, který podporuje jak naše zdraví a kondici, tak i psychickou pohodu a vitalitu. Styl stravování by neměl být založen na držení diet, ale měl by být dlouhodobě udržitelný. Ve zdravém přístupu jde o konzumaci převážně přirozených potravin, které jsou bohaté na živiny, vitamíny, minerály a také antioxidanty. Jídlo by mělo být pestré a vyvážené, což znamená, že by mělo obsahovat vyvážený poměr sacharidů, tuků a bílkovin (Základy zdravé stravy, 2022).

Vyvážená a pestrá strava obsahuje chemické sloučeniny nazývány jako nutrienty. Primární úlohou těchto nutrientů je poskytovat energii. Mezi základní nutrienty patří sacharidy, tuky, bílkoviny, vitamíny, minerální látky a voda. V některých potravinách můžeme nalézt všechny z těchto uvedených nutrientů, v jiných však může být pouze jeden z nich, např. v oleji nalezneme pouze tuk. Základní tři nutrienty, které slouží primárně jako zdroj energie a materiál pro obnovu buněk jsou bílkoviny, sacharidy a tuky. Vitamíny a minerální látky slouží v těle k regulaci buněčného organismu, což je proces zajišťující kontrolu, růst a dělení buněk. Tento proces je důležitý pro rovnováhu a funkci tkání a orgánů. Posledním nutrientem je voda, která je nezbytná pro vytvoření vhodného prostředí pro biochemické reakce (Klimešová, Stelzer, 2013, s. 27).

Jak již bylo výše zmíněno, dostatečný příjem stravy je základní životní potřebou. Tato potřeba má však daleko větší rozměr. Součástí stravy jsou i psychologické a sociální aspekty, které se podílí na výběru a skladbě toho co konzumujeme. Mezi tyto aspekty patří například média, dostupnost potravin, věk, chuť a oblíbenost, kultura a s ní spojené tradice v oblastech stravování a v neposlední řadě rodina. Rodina ovlivňuje výběr potravin již od dětství.

Oblíbené potraviny z dětství spojené s příjemně stráveným časem s blízkými často rádi konzumujeme i v dospělosti. To platí i u oblíbenosti používání rodinných receptů, které byly v dětství tradičně připravovány (Klimešová, Stelzer, 2013, s. 11).

3.1 Stravovací návyky v rodině

Každá rodina má svoje vlastní jídelní tradice a zvyklosti. Praktiky v oblasti stravování, které se v rodinách vyskytují, do určité míry ovlivňují stravovací zvyklosti u dětí a dále se přenášejí i přes několik generací. V současnosti se ve světě společnosti stále více zakládají restaurace a podniky, které se specializují na jednu přípravu jídel typických pro jednu konkrétní zemi. Čínská a indická kuchyně se stávají stále častější a také exotické ovoce, koření a recepty na pokrmy z jiných zemí se staly více dostupné a mohou výrazně pozitivně přispět k obohacení jídelníčku. I přes tuto pestrou nabídku však jídelní návyky některých českých rodin stále zůstávají stereotypní a pevně se drží již zažitých českých tradic (Fraňková et al, 2013, s. 78). Zážitky a zkušenosti v oblasti stravování které jsme zažívali v dětství utváří náš obecný postoj ke stravování v dospělosti. V případě že vzpomínky na rodinná jídla jsou převážně pozitivní, v dětství jsme si jídlo dokázali bez výčitek vychutnat a měli jsme pozitivní pohled na své tělo, je pravděpodobné, že v dospělosti žádný jídelní problém nebude nastávat. Pohled na jídlo a stolování je brán jako normální a běžná věc a není potravinám věnována nadměrná pozornost. V opačném případě, kdy je na stravování v dětství vzpomínáno jako na situace nepříjemné, plné napětí a stresu, nedochází v pozdějším věku k neutrálnímu pohledu na jídlo. Situace jako nucení do jídla, nespokojenost s vlastní postavou, nebo také nespokojenost se stravovacími návyky v rodině jsou rizikové pro vnímání stravování v dospělosti. Stravování bývá často vnímáno jako problematické a komplikované (Kast-Zahn et al., 2008, s. 12). Vzhledem k trans generačním přenosům rodinných zvyklostí a traumat v oblasti jídla je důležité se s vlastními problémy vyrovnat, aby nedocházelo k přenosu rizikového jídelního chování na dítě. Na vytvoření zdravých stravovacích návyků je u dítěte důležité, aby během jídelních situací cítilo klid, mělo širokou nabídku zdravých potravin a cítilo ze strany rodičů podporu (Kast-Zahn et al., 2008, s. 13).

3.2 Nutriční výchova

Správné nastavení jídelních návyků již v dětství je důležitým faktorem pro správný fyzický a také psychický vývoj dítěte. Jako prevence a ochrana před problémy, které mohou vlivem nesprávně nastaveného jídelního chování nastat je důležitá pestrá skladba jídla, jeho

pravidelnost, množství a také pozitivní charakter jídelních situací, které v rodině nastávají. V opačném případě se zvyšuje riziko vzniku onemocnění jak fyzických, tak psychických, které mohou být závažné a mít dlouhodobé trvání. Důležitost nutriční výchovy nespočívá pouze ve zdravém jídelníčku, ale podle Westenhoefera (2002) se děti musí v rámci vztahu k jídlu učit i kladnému vztahu k sobě samému a ke svému tělu. Pro naučení dítěte zdravým návykům a zdravému pohledu na jídlo je důležité si uvědomit, že jídlo není pouze látka, co slouží k zasyčení a vyživení těla. Jídlo výrazně zasahuje do vývoje osobnosti dítěte, jeho vztahů k okolí a také ovlivňuje vztah k sobě samému (Fraňková et al., 2013, s. 92).

3.2.1 Chyby v nutriční výchově

Nutriční výchova je důležitou součástí ve vývoji a vzdělávání dítěte, přesto se však rodiče nebo vychovatelé dopouští velké spousty chyb, které mohou dítě později negativně ovlivnit a způsobit tak další předávání rodinných návyků do dalších generací.

1. Teoretická neznalost –Rodiče nemají základní znalosti v oblasti výživy. Tím je myšlena energetická hodnota a důležité funkce živin obsažené v jídle. Rodiče nedokážou dětem připravit jídlo, které bude pestré, bohaté na živiny a také dobře stravitelné. Dále je pro ně náročné určit, jaké potraviny jsou nebo nejsou vhodné pro určitou vývojovou fázi.
2. Nevhodná skladba jídla – Rodinný jídelníček nemusí být nevhodným pouze v důsledku teoretické neznalosti, ale také vlivem spěchu a nevymezením si času na přípravu jídla. Často jsou konzumovány méně kvalitní a čerstvá jídla z důvodu horší dostupnosti. Také se v rodinách vaří stále stejná jídla a málo se přemýšlí o způsobech, jak jídelníček obohatit. V případě že je rodinný jídelníček úzký a stereotypní, mohou u dětí nastat problémy v situacích kdy se musí stravovat mimo domov a konzumovat tak pro ně nezvyklou stravu.
3. Nešetrné zacházení s potravinami – Spotřeba jídla stále více roste a s ním také vyhazování neúměrného množství potravin, které se nestihly zkonzumovat. V případě rodin žijících na vesnicích se zbytky jídla dají domácím zvířatům, v opačném případě končí neúměrné množství potravin v kontejnerech. Na tento problém můžeme pohlížet ze dvou hledisek. První je problém, který má ekonomický charakter, a to negativní ovlivnění rodinného rozpočtu. Druhým, nenápadnějším problémem je dopad na životní prostředí. Dochází ke zbytečnému utrácení životů zvířat, snižování zásob pitné vody a zhoršení ovzduší vlivem přepravy potravin.

V nutriční výchově by mělo být místo také pro ekologické myšlení související s jídlem. Šetrné zacházení s jídlem by se děti měly učit z důvodu úcty k přírodě, životu zvířat a také k vynaložené lidské práci spojené se zajištěním stravy.

4. Nepravidelnost v jídle – Z dlouhodobého hlediska může mít nepravidelnost v jídle jak zdravotní, tak i psychologické důsledky. Při vynechání jídla během dne, dochází k fázi hladovění, která může způsobit pokles glukózy. Tento jev se nazývá hypoglykémie a projevuje se únavou a špatným soustředěním. To může ve škole představovat problémy s učením a špatný prospěch. Na nepravidelnost jídla v rodinách mají vliv také kroužky nebo pozdní příchod rodičů ze zaměstnání. V těchto případech by rodiče měli kontrolovat pravidelnou stravu dětí formou nachystaných svačín.
5. Nesprávné stravovací návyky – Stravovací návyky rodičů často nejsou v souladu se zdravou a vyváženou stravou. Dospělí preferují kořeněná jídla s vysokým obsahem tuku a takto upravená jídla také podávají svým dětem. Problémovým je také poskytováním dětem nezdravé potraviny jako jsou hranolky, kořeněná jídla a rychlé občerstvení z důvodu časové vytíženosti rodičů. Již v útlém věku dětem bývají podávány sladké nápoje plné barviv, cukrů a kofeinu, a tím se u dětí podporuje potřeba tento typ nápojů konzumovat.
6. Nevhodné postoje – Dospělí mohou k jídlu nevhodně přistupovat v různých formách. Nevhodným postojem bývá kritizování a podceňování důležitosti zdravé a vyvážené stravy. Rodiče nejsou otevřeni změně v přípravě a složení jídel ani na doporučení lékařů a odborníků. Také odmítání jídla, doprovázené negativním komentováním je v přítomnosti dětí nevhodné. Ze strany otců často dochází k odmítání zeleniny, která je součástí hlavního chodu a může tak u dětí způsobit dojem, že zelenina není potřeba. Rodiče by měli ve stravování být pro děti vzorem. Nevhodná je také nadměrná pozornost věnovaná jídlu, kdy se jídlo považuje za všelék. Nadměrná pozornost v některých rodinách vede k situaci, kdy je jídlo centrem života rodin a má prioritní postavení v systémových hodnotách. To v rodinách může způsobovat konflikty v případě, že připravené jídlo není podle představ některého ze členů rodiny.
7. Nevhodné chování při jídle – Chování, které je nevhodné pro správnou nutriční výchovu není pouze o negativním hodnocení jídla. Zahrnuje také komunikaci a celkové chování rodičů během společného stolování. Během společných jídel by se

neměly vyvolávat konflikty, řešit pracovní záležitosti a rozebírat jiná témata způsobující stres nebo nepříjemné pocity. Chování dítěte ve škole a v pozdějším věku může být ovlivněno modelovou situací, které vyzorovalo u chování rodičů.

8. Nedostatky ve stolování – Kultura při stolování odráží fungování rodiny a také její ekonomické poměry. Kulturní úroveň rodiny je vyznačována podle způsobu stolování, používání vhodných příborů při konzumaci jídla a také oblečení ve kterém rodina chodí do restaurací. Úprava stolu by se v rodinách měla vyrovnat zvyklostem v ostatních zemích, jelikož vyjadřuje jak kulturu v rodině, tak i kulturu společnosti. Děti by se měly učit správné kultuře jako používání ubrousku po jídle a používání správných příborů již od nízkého věku. Správné stolování má totiž příznivý vliv na utváření pohody v rodině, která přispívá k dobrému klimatu a zažívání jídla.
9. Nevyvážené diety – Diety, které rodiče dodržují pro ně mohou být zdravotně vhodné v případě, že si dokážou uzpůsobit jídelníček tak, aby v něm byl dostatek všech živin. Přísné omezení jídla v důsledku makrobiotické diety, vegetariánství a veganství však nemusí být vhodné pro děti. Rodiče by měli zvážit, zdali je tento typ stravování vhodný i pro děti vzhledem k potřebě živin důležitých pro jejich správný vývoj.
10. Nerespektující přístup – Tato chyba v nutriční výchově zahrnuje nerespektování individuality dítěte a také jeho věkových a vývojových zákonitostí. Často jsou dětem podávána jídla, která pro ně nejsou zdravotně vhodná a nerespektují jejich potřeby. To zahrnuje především potraviny obsahující přepálený tuk, nasycené mastné kyseliny, nadměrné množství soli, vysoce kalorická jídla a velké množství sladkostí a slazených nápojů (Fraňková et al., s. 94 -99).

3.3 Odmítání jídla v rodině

Již v nízkém věku dítěte dochází k odmítání jídla. Ne vždy však toto odmítání musí být považováno jako něco rizikového, čeho bychom se měli obávat. Záleží na časovém intervalu, po kterou k tomu dochází a také důvodech kvůli kterým toto odmítání nastává. Tyto projevy mají často pouze dočasný charakter. V opačném případě, kdy se stávají součástí osobnosti dítěte, jsou brány jako závažné. Důvodů, kvůli kterým jedinec stravu odmítá je velké množství a liší se také podle věku dítěte (Fraňková et al., 2013, s. 109).

Nechutenství se u dětí často projevuje tím, že odmítají přijímat jakoukoli stravu. Tento případ nastává jako doprovod při různých onemocněních, horečkách nebo infekcích.

Většinou jde pouze o krátkodobý projev, který sám od sebe odezní. Občas se vyskytuje i v případech, že je dítě zaujato jinou činností, která je pro něj zábavnější než konzumace jeho oblíbených jídel. V zápalu zábavy dítě na jídlo zapomíná a nepocituje signály hladu, které jsou dočasně blokovány (Fraňková et al., 2013, s. 110).

Odmítání jídla se u dětí projevuje i jako chování účelové. Touto formou odmítání se dítě snaží prosadit si vlastní názor nebo také vlastní potřeby. Za účelem aby dosáhlo svého, čím mohou být hračky, telefon nebo jiné materiální věci, se snaží rodiče tímto způsobem vydírat. Také se objevuje jako snaha o vynucení pozornosti v případě, že má dítě pocit, že se mu rodiče nedostatečně věnují a nemají ho rádi. Tato situace může nastat při pracovní vyčerpání rodičů nebo narození sourozence. K odmítání jídla dítě vede představa o tom, že pokud se vzdá jídla tak bude nemocné a rodiče toho budou litovat. Dítě odmítání vnímá jako určitou formu trestu pro rodiče za jejich nedostatek pozornosti a zájmu (Fraňková et al., 2013, s. 109).

Závažnější projevy odmítání jídla v dětství se mohou uvádět jako součást projevů poruch příjmu potravy. Většinou se o nechutenství, která má psychogenní původ, hovoří jako o emočním vyhýbání se jídlu. Tento jev může způsobit traumatický zážitek dítěte, který se udal v oblasti jídla. Trauma může vzniknout na základě negativní nebo stresující zkušenosti s jídlem. V případě že dítě po jídle samovolně zvracelo, může mít následně z konzumace jídla strach. V důsledku strachu stravu odmítá z důvodu, aby k tomuto pro něj stresujícímu zážitku znova nedošlo. Trauma může být však u dítěte také způsobeno zážitkem, kterým se jídla netýká, avšak pomocí jídla tento zážitek zpracovává. V nízkém věku dítě nedokáže stresující situace, úmrtí v rodině nebo duševní otřesy racionálně zpracovávat a nastává tedy reakce dítěte ve formě odmítání stravy. To se také vyskytuje jako reakce na konflikty v rodině, zneužívání a týrání nebo později jako reakce na šikanu ve škole. Častým zdrojem odmítání potravy je také narušení vztahů mezi dítětem a rodiči, převážně narušení vazeb s matkou. Tyto konflikty způsobují 1-2 % problémů se stravou. To může z dlouhodobého hlediska negativně ovlivnit vývoj dítěte a v extrémních situacích může docházet k tomu, že se dítě zcela izoluje a odmítá jakékoli vztahy s okolním světem (Fraňková et al., 2013, s. 114).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V tomto výzkumu se zaměříme na vliv rodinného prostředí na vznik poruch příjmu potravy, tím pádem se zaměříme na vymezení těchto poruch. Nejčastějšími poruchami příjmu potravy jsou mentální anorexie a mentální bulimie, závažná psychická onemocnění, spojená s širokým spektrem komplikací jako kardiovaskulární, renální, kosterní, metabolické komplikace a mnoho dalších. V návaznosti na tyto komplikace, dopadnou nejtěžší neléčené poruchy příjmu potravy smrtí (Krch et al., 2005). Právě z tohoto důvodu je potřebné toto rizikové chování dále a více do hloubky zkoumat, aby se odhalily podrobnosti rizikových faktorů a dalo se tak těmto situacím předcházet. Hlubší porozumění bude přínosné pro sociální pedagogiku, aby se v rámci škol již od nejnižšího věku dětí vytvářely správně nastavené minimální preventivní programy zahrnující tuto problematiku. Minimální preventivní programy by měly vést k nastavení zdravých stravovacích návyků a k eliminaci rizikového chování. Důležitým přínosem bude také pro veřejnost, pro léčbu osob, které se s touto poruchou potýkají a blízké okolí. Tato problematika byla již zkoumána a bylo dokázáno, že rodinné prostředí hraje velkou roli při vzniku poruch příjmu potravy a souvisí s ním (Cooper, 2014). Krch (2005) uvádí, že u velkého množství pacientů trpících mentální anorexií a bulimií za počátkem jejich onemocnění stojí různé rodinné události. Toto potvrzuje fakt, že rodina hraje v této problematice významnou roli. U matek s anorektickou minulostí existuje větší riziko, že jejich dítě tímto onemocněním může trpět také, z důvodu genetických predispozicí nebo nebezpečným vzorcem chování a ohrožujícími jídelními návyky. Problematika negativního rodinného klimatu, které zapříčiňuje vznik poruch příjmu potravy byla v roce 2000 zkoumána zahraničními výzkumníky (Baker et al., 2000). Výzkum se zabýval mezigeneračním přenosem stravovacích postojů a chování a byly v něm zkoumány dvě oblasti ovlivňování a tím bylo modelování a přímá kritika. Výzkumným souborem byli muži a ženy vysokoškolského věku a jejich rodiče. Výsledkem výzkumu bylo, že více než vlastním sebehodnocením bylo chování a postoje studentů ovlivněno rodiči. U dcer se vnímaná kritika v oblasti stravování projevila v jejich chování více než u mužů a měla výrazný vliv na jejich chování v oblasti hubnutí. Na tento výzkum jsme se rozhodli navázat a více jej prohloubit v oblasti stravovacích zvyklostí v rodině, negativních komentářů ohledně jídla a nezdravých stravovacích návyků. Snažíme se porozumět tomu, jak se dívky v nepříjemných situacích týkajících se stravování cítily, jak na takové situace reagovaly a jak je tyto situace do budoucna ovlivnily.

4.1 Výzkumné cíle

Hlavním výzkumným cílem je odhalit situace týkající se stravování v rodině, které dívky negativně ovlivnily.

DVC: Porozumět tomu, jaké situace v rodině v oblasti stravování dívky vnímaly jako nepříjemné.

DVC: Zjistit, jak dívky reagovaly na nepříjemné situace v rodině ohledně stravování.

DVC: Zjistit, jak se chování v oblasti stravování v rodině promítlo do jejich vztahu k jídlu.

4.2 Výzkumné otázky

Při formulaci výzkumných otázek je velmi důležité, aby byly v souladu s výzkumnými problémy a výzkumnými cíli (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 69).

HVO: Jaké situace týkající se stravování v rodině dívky negativně ovlivnily?

1DVO: Jaké situace v rodině v oblasti stravování dívky vnímaly jako nepříjemné?

2DVO: Jak dívky reagovaly na nepříjemné situace v rodině ohledně stravování?

3DVO: Jak se chování v oblasti stravování v rodině promítlo do jejich vztahu k jídlu?

4.3 Pojetí výzkumu

V rámci plánování výzkumu nám jde o odhalení situací v rodině, které dívky ovlivnily a přispěly tak k rozvoji poruch příjmu potravy. Ve výzkumu nám jde o hlubší nahlédnutí do problematiky, popsání probíhajících situací v rodině a vžití se do pocitů dívek. Jelikož jde o hluboké a citlivé téma, jeví se nám zkoumání jevu kvalitativní metodou jako nejvhodnější. Na problematiku budeme nahlížet perspektivou dívek, s kterými budeme provádět rozhovory. Hendl (2008, s. 51) uvádí, že výhodou při kvalitativním zkoumání jevu, je získání hloubkového popisu o zkoumaném případě. Informace získané kvalitativní metodou nejsou pouze povrchové, ale umožňují nám sledovat vývoj a také příslušné procesy, které se v rámci jevu odehrávají. Metodu kvalitativního přístupu tedy volíme z důvodu, že nám jde o detailní informace a také vysvětlení, proč zkoumaný jev vznikl.

4.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří dívky, kterým byla diagnostikována porucha příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy jsou u mladých dívek a žen jedním z nejčastějších a nejzávažnějších psychických onemocnění (Krch, 2005, s. 15). Při výběru našeho výzkumného souboru jsme zvolili taktiku záměrného výběru, jelikož cílem kvalitativního výzkumu je, aby vybraný výzkumný soubor správně reprezentoval fenomén, který jsme se rozhodli zkoumat (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 72). Pro výběr výzkumného vzorku musíme vědět, z jakého důvodu je právě tento respondent vhodný pro náš výzkum a dokázat jej propojit s výzkumnou otázkou. Dále ve výběru musíme brát v potaz etické problémy kterými jsou souhlas respondentů s výběrem, vztah ke zkoumaným osobám a také užitek a rizika. Je potřeba vybrat takové případy, díky kterým se nám povede získat co největší množství informací o jevu který zkoumáme (Hendl, 2008).

Na základě těchto doporučení jsme si pro výběr výzkumného souboru stanovili kritéria.

- Dívky s diagnózou poruchy příjmu potravy
- Dívky, které před více než rokem podstoupily hospitalizaci pro poruchu příjmu potravy
- Dívky ve věku 20 – 30 let

Pro výběr výzkumného souboru jsme kontaktovali vedoucího lékaře na oddělení pro poruchy příjmu potravy ve vybrané fakultní nemocnici v jihomoravském kraji. Tato fakultní nemocnice má specializované oddělení zaměřené přímo na léčbu PPP. Lékaře jsme požádali o zapojení do výzkumu formou preposlání výzkumu bývalým pacientkám s žádostí o souhlas poskytnutí kontaktu pro hledání dívek k výzkumu. Se souhlasem jsme získali kontakty na 8 potencionálních dívek k výzkumu. Dalším krokem bylo kontaktování dívek, poskytnutí základních informací o výzkumu, žádosti o zapojení s ujištěním o absolutní anonymnosti. Po souhlasu dívek se zapojením do výzkumu jsme dle předem stanovených kritérií vybrali 4 dívky.

Kvůli zachování anonymity není uvedena konkrétní fakultní nemocnice a ani pravá jména dívek. Pro lepší orientaci jsme dívkám přiřadili fiktivní jména.

Tereza – mentální anorexie, 24 let

Zuzana – mentální bulimie, 22 let

Veronika – mentální bulimie, 27 let

Aneta – mentální anorexie, 21 let

4.5 Výzkumná metoda

Výzkumnou metodou pro kvalitativní výzkum bude hloubkový polostrukturovaný rozhovor s dívkami po hospitalizaci poruch příjmu potravy, pomocí kterého chceme porozumět tomu, jaké nepříjemné situace týkající se stravování dívky v rodině prožívaly, jak na tyto situace reagovaly a jak je ovlivnily v budoucnu. Tato metoda pomůže stanovit prováděnému výzkumu určitý směr a hranice. Ve sběru dat u kvalitativního výzkumu je hloubkový rozhovor metoda, která je používána nejčastěji a lze ji definovat jako „nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek“ (Švaříček, 2010, s. 159). Mezi nejpoužívanější typy hloubkového rozhovoru jsou rozhovor polostrukturovaný, který vychází z několika připravených otázek a téma. Dalším typem hloubkového rozhovoru je nestrukturovaný, založený většinou na jedné otevřené otázce (Švaříček, 2010, s. 160). Ve výzkumu nám polostrukturovaný rozhovor za pomoci předem připravených otázek a témat poslouží ke zkoumání dívek s minulostí poruchy příjmu potravy s cílem porozumění a vžití se do pocitů dívek, které v nich vyvolávaly různé rodinné situace spojené se stravováním. Důležitým principem v hloubkovém rozhovoru při kvalitativním výzkumu, který napomůže odhalit aktuální pocity účastníka rozhovoru je zachycení výpovědí a slov v přirozené formě (Patton, 2002).

V úvodní části rozhovoru představíme sebe a také plánovaný projekt výzkumu. Ujistíme účastníka o zachování anonymity a požádáme jej o souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon. Po úvodní části zapneme diktafon a začneme s úvodními otázkami v rozhovoru, které slouží k navození pozitivního klimatu a vybudování vztahu s účastníkem výzkumu. Budeme se účastníka ptát na to, jak se momentálně cítí, jestli mu vyhovuje prostředí a budeme používat neutrální otázky. Úvodní část bude trvat přibližně 10 minut. Po úvodní části se plynule přesuneme k samotnému jádru našeho výzkumu a budeme se ptát na předem připravených jedenáct hlavních otázek jejichž obsahem bude snaha zjistit jakým způsobem v rodině probíhalo společné stravování, jak probíhalo komentování a komunikace ohledně jídla, jaké jiné zvyklosti ohledně jídla se doma vyskytovaly a jak všechny tyto oblasti dívky vnímaly a jestli jim připisují negativní dopad. Díky polostrukturovanému rozhovoru máme možnost měnit pořadí otázek a přizpůsobit je. Dále nám polostrukturovaný rozhovor dává možnost klást doplňující otázky, zasahovat do rozhovoru v případech kdy tázaný potřebuje otázku více rozvést či vysvětlit a také umožňuje zachycení toho, co se v rozhovoru nejvíce

objevuje a je pro tazaného důležité (Smith, 2003). Během rozhovoru budeme klást také navazující otázky, kterými budeme rozvíjet odpověď na hlavní výzkumnou otázku v případě že ucítíme, že je toto téma pro dotazovaného důležité. Použití doplňujících otázek je důležité pro získání detailnějších informací (Švaříček, 2010, s. 168). Po zodpovězení všech hlavních otázek následně přejdeme na ukončovací otázky v rozhovoru, ve kterých se účastníka zeptáme, jestli se k něčemu nechce vrátit nebo zdůraznit některou z probíraných oblastí. Ukončovací otázky jsou důležitou součástí a rozhovor by neměl být zakončen příliš rychle. Konečná část bude trvat 5 minut. Zakončíme rozhovor poděkováním a rozloučením.

4.6 Způsob zpracování dat

Pro zpracování dat získaných z rozhovorů jsme zvolili metodu zakotvené teorie, u které je cílem generovat novou teorii, která má být zakotvena v datech (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 86). Z důvodu že jev, kterým se zabýváme nechceme popsat, ale jde nám o vytvoření nové teorie, se tato metoda nabízí jako nejvhodnější. U metody zakotvené teorie je v otázce vyjádřeno na co se výzkum zaměřuje a co přesně chce o jevu, který zkoumá vědět. U výzkumné otázky je popsán jev, který zkoumáme jako situace týkající se stravování v rodině a chceme zjistit, jakými situacemi byly dívky negativně ovlivněny (Řiháček, 2013, s. 45).

U metody zakotvené teorie má postup tři fáze, které na sebe navazují. V první fázi je sběr dat a jejich analýza. Sběr dat v našem rozhovoru bude probíhat formou rozhovorů, které se svolením budeme nahrávat na diktafon a poté provedeme doslovný přepis rozhovoru. Následně provedeme analýzu formou otevřeného kódování, při které významovým jednotkám přiřadíme kódy a seskupíme je do kategorií. Tato metoda se nazývá také tvorba konceptů (Řiháček, 2013, s. 48). Množství dat se nedá předem určit, ale končí v případě, že dojde k teoretické saturaci dat, tedy k situaci, kdy nám data přestanou vytvářet nové informace ke zkoumanému jevu (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 88). Ve druhé fázi se zaměříme na jednotlivé souvislosti napříč kategoriemi pomocí axiálního kódování. V této fázi jde o vytváření vzájemných vztahů mezi jednotlivými kategoriemi pomocí paradigmatického modelu. Je důležité vztah mezi nimi specifikovat, aby výsledná teorie nebyla „chudá“ (Řiháček, 2013, s. 51). Poslední fáze je dle Strausse a Combinové (1999) označována jako selektivní kódování. V této fázi jde o určení centrální kategorie, která popíše námi zkoumaný jev. Vzniklou teorii budeme prezentovat jak v textové, tak v grafické formě, abychom ve schématu přehledně znázornili postavení centrální kategorie ve vztahu s ostatními kategoriemi.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V této kapitole se věnujeme analýze a interpretaci dat, které jsme získali pomocí provedených rozhovorů s dívkami. V rámci této části jsme postupovali dle zásad zakotvené teorie. S dodržением těchto postupů sledujeme, jak rodina v oblasti stravování fungovala a také zjišťujeme, jak dívky vnímaly situace, které v rodině v oblasti stravování nastávaly. Pomocí podrobné analýzy získáme odpovědi na stanovené výzkumné otázky, které povedou k naplnění výzkumných cílů.

5.1 Analýza kategorií

Rozhovory s účastníky výzkumu byly opakovaně pročteny a označeny vhodnými kódy reprezentující jev objevující se v části textu. Poté následoval proces seskupení kódů a označení obecnějším kódem z důvodu lepší přehlednosti a redukci četnosti kódů při tvorbě kategorií. Následně byly jednotlivé kódy přiřazovány k sobě podle příbuznosti a propojení daného tématu a seskupovány do kategorií. Po tomto procesu nám vzniklo k našemu tématu pět kategorií.

- Rodinné situace
- Různorodé chování
- Prožívání situací
- Jídlo jako nepřítel
- Porucha příjmu potravy

Názvy kategorií byly vytvořeny tak, aby byly v souladu s přiřazenými kódy a aby jako nadřazený pojem tyto kódy vhodně reprezentovaly. U všech výroků účastnic výzkumu, kterými byly dívky s poruchou příjmu potravy, uvádíme počáteční písmeno jejich pseudonymu pro přehlednou identifikaci a také číslici, která znázorňuje číslo otázky v rozhovoru.

- Aneta (A), Tereza (T), Veronika (V), Zuzana (Z).

Příklad – výrok Anety při odpovědi na první otázku je označen jako (A₁).

5.1.1 Kategorie Rodinné situace

Tato kategorie nám poskytuje náhled na rodinné prostředí v souvislosti s jídelními situacemi. Pomocí analýzy dat jsme zjistili, jaké se v rodině objevovaly zvyky a pravidla a jak rodina fungovala v situacích týkajících se stravování. Pomocí analýzy dat níže jsme zjistili, jaké ovlivňující faktory v se v rodině vyskytovaly.

Tabulka 1 - Kategorie Rodinné situace.

Kategorie	Kódy reprezentující kategorii	Vlastnosti kategorie	Dimenze kategorie
Rodinné situace	Stravovací zvyky	Důslednost rodiny	řádná – žádná
	Pravidla v jídle	Komunikace	Silná – slabá
	Chyby v komunikaci	Rodiče jako vzor	Dobrý – špatný
	Přístup rodiny		

Vlastní výzkum (2023-2024).

Všechny dívky, s kterými byl náš výzkum pomocí rozhovorů prováděn, popsaly **stravovací zvyky** ve stravování jako tradiční kuchyni. Zároveň se rodiny také snažili o pestrost a dostatek ovoce a zeleniny. „*No jedli jsme spíš tradiční jídla, naše rodina si jako nepotrpěla na nějakou zdravou stravu. Snažili jsme se, aby tam bylo ovoce, zelenina, ale nikdo nevařil zdravě. Takže prostě tradiční české jídla.*“ (Z1) Další dívka popisuje svoji zkušenost z rodiny podobně. U výpovědi se však objevuje zdravější stravování ve formě tmavého pečiva na svačinu a vnímání bílých rohlíků jako potraviny, která se jí jen výjimečně v neděli. „*No my jsme v rodině vždy jedli tak nějak normálně. V neděli jsme jedli společně a jinak jak se komu kdy hodilo. Naši dbali dost na to, abychom měli dost zeleniny a na svačinu jsem nosovala víc tmavé pečivo. Vzpomínám, že bílé rohlíky jsme měli jen v neděli, na to jsem se moc těšila.*“ (A1) Rodina jedné z dívek se striktně držela tradiční kuchyně a nezdravá jídla byla povolena velmi omezeně a za odměnu. „*No asi spíš takovou, jakože tradiční kuchyni, že jsme se drželi tradičních jídel a prostě nějaké fastfoody tak to jako vůbec. Do fastfoody jsem chodila jako dítě jednou za uherský rok, když to bylo za vysvědčení nebo za odměnu.*“ (T1) U výpovědi jedné z dívek můžeme vyčíst, že rodina musela šetřit a tím pádem se to občas podepisovalo i na skladbě stravy. Přesto dívka popisuje, že se i tak rodina snažila o to, aby byla strava pestrá. „*Nikdy to nebylo, že by to byla nějaká zdravá verze nebo zdravý jídlo, spíš takový ty smažený jídla nebo míň masa, ale měla jsem to ráda. Hlavně hranolky s kečupem často. Jak*

někdy nebyly peníze, tak jsme třeba měli chleba třídenní, to chudý jídlo bylo. Ale nikdy nebyl jen chleba s máslem, vždy to bylo nějak obohacený.“ (V1) U všech dívek probíhalo jezení společně s rodinou, pouze jedna dívka popisuje že společně jedli jen na Vánoce a jak to běžně vypadalo. „Ona vždycky uvařila, řekla jo tady je oběd a dejte si. Táta si sedl ke stolu, máma si to vzala do obýváku a já se ségrou jsme šly do svého pokoje. Takže takhle to probíhalo.“ (Z3)

V rámci kódu **pravidla v jídle** se vyjádřily všechny dívky a přesně popsaly, jaké pravidla se v jejich rodině v oblasti stravování vyskytovaly. První dívka popisuje, že ji rodiče kontrolovali v tom, co jí a nepřáli si, aby jedla nezdravé potraviny z důvodu obav z nárůstu hmotnosti. „Omezení byly, snažili se mě vést k tomu, abych jedla jídla, které nejsou moc mastné, moc tučné a tak. Babička vždycky říkala nejez ty sladiny. Nechtěla, abych jedla moc cukru a snažili se mě hlídat a nechtěli abych byla tlustá. (T3) V oblasti stravování byla rodina zásadová při sdílení nedělního obědu a důraz na sněžení celé porce na talíři. „Nejvíc mě štvaly klasické nedělní obědy doma. Že prostě nemůžeš jíst ten oběd někde jinde než u jídelního stolu a prostě ten falešný důraz na ukázkovou rodinu, že prostě budeme tady všichni jíst u jednoho stolu a nedej bože, že bych byla někde jinde. V dětství byla typická věta „Nehneš se od stolu, dokud to nesníš.“ Na to byl kladený velký důraz a prostě co jsem tam měla to jsem musela dojíst.“ (T6) I další z dívek popisuje svoji zkušenost s tím, že se muselo sníst vše co bylo na talíři. „No vždycky to bylo tak, že když babča navařila, tak to bylo takový, že se to musí sníst všechno.“ (V2) Dále dívka vzpomíná na vážení po jídle, které bylo u babičky pravidlem. „Utkvělo mi v hlavě asi to, co dělával děda od mamky. Tam se taky muselo sníst všechno, ale vždycky dědu napadlo po jídle, že se musíme jít zvážít.“ (V3) V rodině se také vyskytovaly pravidla, které se netýkaly přímo dívek, ale jednalo se o pravidla v jídle, kterými se řídili rodiče. Dívka popisuje, jaké pravidla se vyskytovaly u matky. „No, že si jakoby nedávala stejné jídla. Dala si třeba jen jednu knedlu, nebo si dala místo brambor brokolici. Taky večer už třeba nejedla, protože už bylo moc pozdě na jídlo“ (A3) Pravidla ohledně stravování se vyskytovaly i u sportujících sourozenců. „Byly, protože ségra, když sportovala, tak se jí to hlídalo.“ (Z14)

V rámci výzkumu jsme zjistili, že u všech dívek se vyskytovaly **chyby v komunikaci**, ve formě nevhodných komentářů nebo vyjadřování se o jídle. Rodiče mají často narážky na velikost porce s narážkami na přibírání. „Když si dám nějaké jídlo a rodině to přijde moc, tak mám na talíři komentáře, že se neunesu, že budu tlustá a podobně, a to není jen u rodičů ale u celé rodiny.“ (T7) Komentáře se vyskytovaly také nepřímou. Matka jedné z dívek dávala

vzkazy na lednici. „*Mamka mi prostě třeba na lednici napsala nežer budeš tlustá*“ (Z14) Dále dívka popisuje, že s matkou nedokázaly společně komunikovat. „*Mamka nikdy nebyla na rozhovory takového typu, že bych si s ní mohla promluvit.*“ (Z16) V rodině se objevovaly tendence komentovat a zmenšovat porci jídla jako vhodnou metodu při hubnutí. „*Převážně to bylo u toho dědy, když jsme museli chodit na tu váhu, tak to komentování bylo pokaždý a pokaždý zdůrazňoval, že bych měla jíst míň.*“ (V11) Matka jedné z dívek kladla velký důraz na to, jak vypadá a často o jídle mluvila negativně. „*Mamka musela všechno hrozně komentovat. Co jí a proč tak jí. Jako kdyby snad nemohla překousnout, že jednou za čas jdeme do restaurace a několikrát si stěžovala, že z toho přibere zas nejmíň dvě kila*“ (A9)

V budování zdravého vztahu k jídlu a stravování obecně hrají rodiče a jejich **přístup k jídlu** velkou roli. Dívky popisují, jak rodina přistupovala jak k jídlu, tak i k nevhodnému komentování, které nastávalo od jiných členů rodiny. V rozhovoru s dívkou jsme zjistili, že otec jí byl v těžkých chvílích oporou a bral ji na kopečkovou zmrzlinu. „*Tím, jak táta viděl, jak jsem zklamaná, tak jsme pokaždý se stavili na kopečkovou zmrzlinu. Ale taky vzpomínám že časem už jsem si ji právě přestala dávat úplně*“. (V13) Zároveň však popisuje, že matka se jí ve chvílích nevhodného komentování z širší rodiny nikdy nezastala. „*A vždycky u toho byla mamka a nikdy neřekla, aby nic neříkal nebo takhle.*“ (V11) Otec v rodině sehrával neutrální pozici, nad jídlem příliš nepřemýšlel za to u matky byl přístup k jídlu nevhodný a projevoval se hlídáním si jídla a konzumací jiných jídel než zbytek rodiny. „*No táta to nějak moc neřešil, tomu bylo vše jedno. Vždycky doma dojídal, byl jako taková popelnice. Mamka se hlídala dost, často o sobě říkala že je tlustá a musí se hlídat, takže i s tím jídlem občas dělala něco jinak než my.*“ (A2) Nevhodným přístupem v rodině se ukázala také nadměrná kontroly stravy u dívky. Dívka popisuje, že nad kontrolou, která ze strany rodičů probíhala, začala přemýšlet. „*Další věc, co mi vadilo, byl přístup rodiny k jídlu, jak mě kontrolovaly od dětství, tak mi dali brouka do hlavy.*“ (T6)

5.1.2 Kategorie Různorodé chování

V této kategorii se objevují různé formy nevhodného chování jako reakce na situace vznikající v rodině. Tyto formy chování se projevují jak v postavení k rodičům, tak také ve v přístupu k jídlu. Během analýzy dat z rozhovorů můžeme sledovat, jak se tyto reakce projevovaly v jejich osobním životě.

Tabulka 2 - Kategorie Různorodé chování.

Kategorie	Kódy reprezentující kategorii	Vlastnosti kategorie	Dimenze kategorie
Různorodé chování	(ne)verbální reakce	Projevy emocí	Silné – žádné
	Porovnávání	Chování dívek	Zjevné – skryté
	Tajení jídla		

Vlastní výzkum (2023-2024).

Výše v analýze uvádíme, že se v rodině vyskytovaly nepříjemné rodinné situace. Snažily jsme se zjistit, jak na tyto situace dívky **reagovaly**. V rámci analýzy dat jsme se dozvěděli, že dívky reagovaly buď výbušně nebo se nevyjádřily vůbec. První dívka svoji reakci popisuje takto: „Většinou jsem bouchla a začala hned křičet, nebo jsem řekla že dobře, tak já to jíst nebudu.“ (T9) U této dívky se však objevovaly také reakce neverbální, při kterých jednala vzdorovitě a chtěla u rodičů vyvolat pocity viny, za jejich jednání. „Nějak jsem si v sobě nastavila, že dobře, vy mě chcete mít hubenou, tak já přestanu jíst. Chtěla jsem jim natruc ukázat, že když to chcou, tak ať se potom vypořádávají s tím, že budu nemocná.“ (T9) Další dívka popisuje, že se při negativním komentování urazila, ale zpětné vazby se jí nedostalo. „Většinou uražením, já byla hodně urážlivá. Ale mamce to bylo úplně jedno, ona na to nikdy nereagovala.“ (Z24) Další dvě dívky reagovaly na nepříjemné situace uzavřením se a izolací. „Jako já se většinou uzavřela do sebe a nebyla jsem nějaký typ co by se hádala.“ (A12) „Já nikdy nic nevyjadřuju a nejsem upřímná, nebo neříkám své emoce.“ (V9)

Ve výzkumu jsem zjistily, že se u dívek také začalo projevovat neustálé **porovnávání** v oblasti jídla. Dívky si ostatními porovnávaly skladbu a porce jídla a na základě toho určovaly, jak bude vypadat jejich stravování. V důsledku návyku jíst o samotě, dělalo jedné z dívek problém jíst ve společnosti a vyskytovalo se neustálé porovnávání. „No tak když jsem jedla s někým, tak jsem se snažila nabrat si tolik jako ostatní, aby to nevypadalo divně.“ (Z26) Další dívka dodala, že porovnávání probíhalo i během nákupů v obchodě. „Prostě je

to takový že, vidím, když nakupuju, co já mám v košíku a co jiný maj v košíku a přijde mi, že já si ty věci dopřávám víc jak ostatní. Taky když já něco chci a mamka to nechce, tak si to prostě radši nedám, než abych v tom byla sama žejo.“ (V19) K tomu se vyjádřila i další dívka, která se v rodině také neustále porovnávala a nikdy nesměla sníst nejvíc. „No s rodinou jsem jedla většinou to, co ostatní, ale vždy jsem se dívala, kolik sní mamka. Nikdy jsem nechtěla sníst víc jak ona.“ (A14)

V rámci nevhodného stravovacího chování u dívek docházelo také k **zatajování jídla**. Společně se zatajováním jídla dívka vysvětluje, že jídlo tajila z důvodu, aby rodiče byli pyšní, že jí zdravě. „...o samotě prostě když jsem měla chuť na něco nezdravého, tak si to prostě dám. Často jsem naschvál dělala že jím málo a očekávala jsem, že mě třeba pochválí, nebo mi dovolí si něco dát.“ (T12) Také u další dívky se vyskytovalo tajezení jídla z důvodu, že se styděla za to že jí večer. „Když už jsem jedla pozdě, tak jsem to tajila, protože jsem nechtěla, aby to někdo věděl a soudil mě.“ (A4) Také v případě, kdy jedna z dívek trávila čas během jídla sama, využila situace, kdy si může dát méně jídla jak v přítomnosti rodiny. „No s rodinou jsem si nabírala vždy podle porcí někoho a když jsem jedla sama a nikdo mě neviděl tak jsem si dala vždy menší porci.“ (V17)

5.1.3 Kategorie Prožívání situací

Prožívání situací v rodině je důležitým faktorem, který může přispět k rozvoji poruchy příjmu potravy. V této kategorii se zobrazuje prožívání dívek jako emoční reakci na nepříjemné situace v rodině, které byly spojeny se stravováním. Pomocí analýzy se dozvíme, jaké pocity dívky nejčastěji prožívaly, co se v jejich nitru odehrávalo a jaké myšlenky se jim honily hlavou.

Tabulka 3 - Kategorie Prožívání situací.

Kategorie	Kódy reprezentující kategorii	Vlastnosti kategorie	Dimenze kategorie
Prožívání situací	Nepříjemné pocity	Myšlenky	Žádné – časté
	Nezdravé smýšlení	Projevy pocitů	Lítost – vztek
	Premýšlení o jídle		

Vlastní výzkum (2023-2024).

V souvislosti se situacemi, které v rodině v oblasti jídla nastávaly dívky zažívaly **nepříjemné pocity**. Nastavená pravidla v jídle, kdy rodiče dívku omezovali ve výběru jídel,

vyvolávaly pocity lítosti. Popisuje, že to vnímala „*jsem to jako něco, co mi odpírali a bylo mi to líto.*“ (T4) V rodině se také vyskytovalo negativní komentování jídla, které v dívkách spouštělo spoustu negativních emocí. „*Takže jakoby, tohle pro mě bylo takové blbě, že jsem vždycky utíkala brečet do pokoje, že je to zákaz, že si jako nemůžu nic dát.*“ (Z14) „*Cítila jsem se hrozně špatně.*“ (Z17) Objevovaly se také pocity vzteku. „*Ale byla jsem vzteklá to zas jo, jen jsem si to vyřešila sama v pokoji tím, že jsem brečela.*“ (A12) Rodinná pravidla u stolu, při kterých se muselo sníst vše na talíři zapříčinila pocity vzteku a bezmoci. „*No jako vztek a taky takovou tu bezmoc, že mě nevyslechnou a neposlouchaj mě.*“ (V8)

Nezdravé smýšlení se objevovalo u všech dívek, nejčastěji toto bylo spojeno se vztahem k jídlu. Dívky spojovaly hladovění s automatickým zmenšením proporcí těla. Zvracení pro ně znamenalo dobrou kompenzaci po konzumaci jídla, bez přemýšlení nad možnými následky. „*Myslela jsem, že když vyhladovím tak se mi to tělo zmenší, ale dívala jsem se na to jídlo prostě s odporem. Pak když jsem jedla, tak mi bylo zas dobře a přestala jsem na všechno myslet. Takže jsem si řekla, jo to jídlo si dám, však ho můžu stejně vyzvracet.*“ (Z23) „*Mám to nastavené tak, že si říkám, tak teď to sním, a budu tlustá, to radši budu štíhlá.*“ (T19) Některé rozhovory nám však odhalily také nezdravé smýšlení o dívkách jako osobnostech. Dívky dávají do výrazné souvislosti to, jak vypadají a jak se cítí. „*Přijde mi, že když mě tolik nechválí tak nejsem hezká a pak o sobě začnu pochybovat vlastně úplně ve všem. Říkám si, jestli bych nechtěla zas slyšet, jak jsem štíhlá a že mi to sluší.*“ (T18) V návaznosti na to popisují, jak se cítí, pokud jsou v jejich očích štíhlé. „*Jsem lepší. Mám silnou vůli a dokážu všechno co chci. Je to vlastně hrozně poznat na tom sebevědomí, a to, jak vypadám, se odráží v tom, jak se vnímám.*“ (T20) Komentování jídla u rodičů mělo na nezdravé přemýšlení o jídle významný vliv. Dívky negativní komentáře o nezdravém jídle od matky převzaly jako obecnou pravdu. „*Akorát jsem si pak říkala, že má asi pravdu. Že pro mě bude lepší, když si dám černé pečivo místo rohlíku. Nebo taky když si dám nějaký salát, co je zdravý místo hranolek.*“ (A11)

Neschopnost se rozhodnout jaké potraviny, v jaký čas a jaké množství jídla by dívky měly zkonsumovat. Myšlenky, které vedou k pochybnostem, co je u jídla správné a co už ne. Takovým způsobem vypadalo **přemýšlení o jídle**, jak ho naše účastnice výzkumu popisují. „*Přemýšlela jsem o tom, co jím, vždycky se mi během jídla honily myšlenky a nevěděla jsem, jestli je to správné.*“ (Z22) Také se během jídla objevovaly vzpomínky nad nepříjemnými poznámkami, které někdy vedly k tomu, že dívka nebyla schopná jídlo dojíst. „*Něco si dám, a během toho jídla přemýšlím nad věcmi, co mi někdo řekl, a nakonec to jídlo ani nedojím.*“

(T19) Neustálé přemýšlení nad jídlem a plánování svého denního jídelníčku. Takto vypadalo přemýšlení nad jídlem u Anety. „*Já jsem o jídle přemýšlela většinu dne, přemýšlela jsem, co si dám a kdy to budu jíst.*“ (A15) Přemýšlení nad jídlem popisuje i další dívka a mimo to mluví také o neschopnosti se rozhodnout, co by vůbec měla jíst. „*I když jsem měla hroznej hlad tak jsem se nemohla rozhodnout co si dám nebo jestli vůbec něco, neustále jsem o tom přemýšlela.*“ (V18)

5.1.4 Kategorie Jídlo jako nepřítel

Jídlo jako nepřítel je název, který vystihuje vztah a pohled dívek na jídlo. Tato kategorie po analýze dat zobrazuje, jaký měly dívky k jídlu vztah a jak k němu přistupovaly, také nám dále odhaluje nevhodné chování a nezdravý přístup k jídlu.

Tabulka 4 - Kategorie Jídlo jako nepřítel.

Kategorie	Kódy reprezentující kategorii	Vlastnosti kategorie	Dimenze kategorie
Jídlo jako nepřítel	Kontrola v jídlu	Moc nad jídlem	Úplná – žádná
	Vztah k jídlu	Pohled na jídlo	Potřeba – nenávisť
	Manipulace s jídlu		

Vlastní výzkum (2023-2024).

Jídlo je součástí života, který by bez výživy nemohl existovat. Většina lidí vnímá jídlo jako samozřejmou věc, nad kterou není potřeba přemýšlet. V našem výzkumu však zjišťujeme že, je jídlo spojováno pouze s negativními pocity. Vyvolává pocity zoufalství, nenávisť a strachu. **Vztah k jídlu** byl u dívek velmi narušen a všechny popisují, že měly z jídla obavy a vnímaly jídlo jako něco špatného, jejich slovy „jako nepřítele“. *Já jsem ho měla za nepřítele. Něco, co mě brzdí od toho, abych byla krásná a aby na mě rodina byla pyšná. Já jsem ho svým způsobem hrozně chtěla, ale nenáviděla.* (T13) „*No asi to zní jako blbě, ale prostě byl to můj nepřítel. Byla jsem často až hrozně zoufalá z toho, že musím jíst.*“ (A15) Začátek vnímání jídla jako svého nepřítele dívka spojuje se začátkem zvracení. „*Pro mě bylo jídlo vždycky nepřítel, od té doby, co jsem začala zvracet tak pro mě bylo nepřítel, protože jsem věděla, že je ve mně nějaký problém a že to nebude jenom tak. Já se od té doby dívala na jídlo špatně.*“ (Z27) Ve výpovědi jedné z dívek, můžeme vyčíst, že potraviny dělila na zdravé a nezdravé. Kvůli strachu z nezdravých potravin, je odmítala konzumovat.

„Já jsem měla jen zdravý a nezdravý, podle své hlavy teda. A ty nezdravý jsem nikdy nemohla, měla jsem z toho strach. (V20)

V rámci analýzy rozhovorů jsme zjistily, že u všech dívek se objevovalo nevhodné chování v jídle, dívky svoji stravu přehnaně **kontrolovaly**, nebo naopak nad jídlem ztrácely kontrolu. *„Postupem času jsem tím byla až posedlá, kontrolovala jsem složení, každou kalorií, měla přesný čas, kdy můžu jíst a kdy ne.“ (A16) „Začala jsem třeba s nesmyslnýma dietama a možná v té době se mi začala trochu rozjíždět ta porucha, protože pak jsem se přestala hlídat a šla jsem si koupit z kapesného něco co jsem chtěla sama, jako spoustu sladkostí a tak.“ (Z17)* Kontrola v jídle se projevovala i při nakupování potravin, které byla vybírány podle složení. *„Začala jsem se, když jsme šli s rodičema do krámu, dívat na složení a brát více procentní šunku.“ (V18)* U některých dívek se období kontroly s obdobím ztráty kontroly vzájemně střídalo. *„Bud' jsem měla období, že jsem jedla úplně minimálně, kontrolovala jsem každou kalorií a byla jsem na sebe hrozně pyšná, že jsem jedla málo. Potom se to ale přelomilo ze dne na den a já jsem se začala strašně přejídat.“ (T11)*

Pod námi stanovenými kódy **manipulace s jídlem** popisujeme, jak se stravování u dívek změnilo, když měly dívky nepříjemné myšlenky. Dívky v rozhovorech popisují vyhazování jídla, nabírání menších porcí nebo dokonce úplné vynechání jídla. *„No projevovalo se to ubíráním jídla. Já právě když jsme byly třeba po té návštěvě, tak jsem chtěla být jiná a chtěla jsem zhubnout a často jsem myslela na to, co mi tam ten děda řekl. Třeba svačiny, co jsem si brala do školy jsem začala vyhazovat a dávala jsem si menší porce jídla.“ (V16)* Další dívka popisuje, že nepříjemné myšlenky, které měla, jí způsobovaly nechut' k jídlu. Z toho důvodu se jídlu vyhýbala a později jí právě vynechání stravy pomáhalo zvládat nepříjemné myšlenky. *„Neměla jsem chuť k jídlu. Většinou jsem nejedla, protože to jídlo mi úplně nepřidávalo. Byla to pak už i moje berlička že jsem prostě nejedla. Tak jsem zvládala těžké situace.“ (A13)* Zvládání nepříjemných myšlenek u jiné dívky probíhalo tak, že si nakoupila a konzumovala nezdravé jídlo. *„Tak kupovala jsem si mnohem víc sladkostí a blbůstky. Po škole jsem šla do obchodu, něco jsem si koupila a prostě se přejedla.“ (Z25)* Manipulace s jídlem, během nepříjemných myšlenek se u další dívky projevovalo dvěma způsoby. Bud' se dívka přejídala anebo množství jídla velmi omezovala. *„U mě byly strašné výkyvy. Že já jsem to prostě bud' zajídala, nebo jedla skoro vůbec. Nic mezi tím.“ (T11)*

5.1.5 Kategorie Porucha příjmu potravy

V poslední kategorii v rámci analýzy dat odkrýváme projevující se poruchu příjmu potravy. V rámci jiných kategorií byly popisovány myšlenky dívek a jejich nevhodné chování v oblasti jídla. Tyto faktory nakonec vystupňovaly v samotnou poruchu příjmu potravy, jejíž projevy budeme níže popisovat.

Tabulka 5 – Kategorie Porucha příjmu potravy.

Kategorie	Kódy reprezentující kategorii	Vlastnosti kategorie	Dimenze kategorie
Porucha příjmu potravy	Zvracení	Psychické onemocnění	Přítel – nepřítel
	Odmítání jídla	Chování k jídlu	Kontrolované – nekontrolovatelné

Vlastní výzkum (2023-2024)

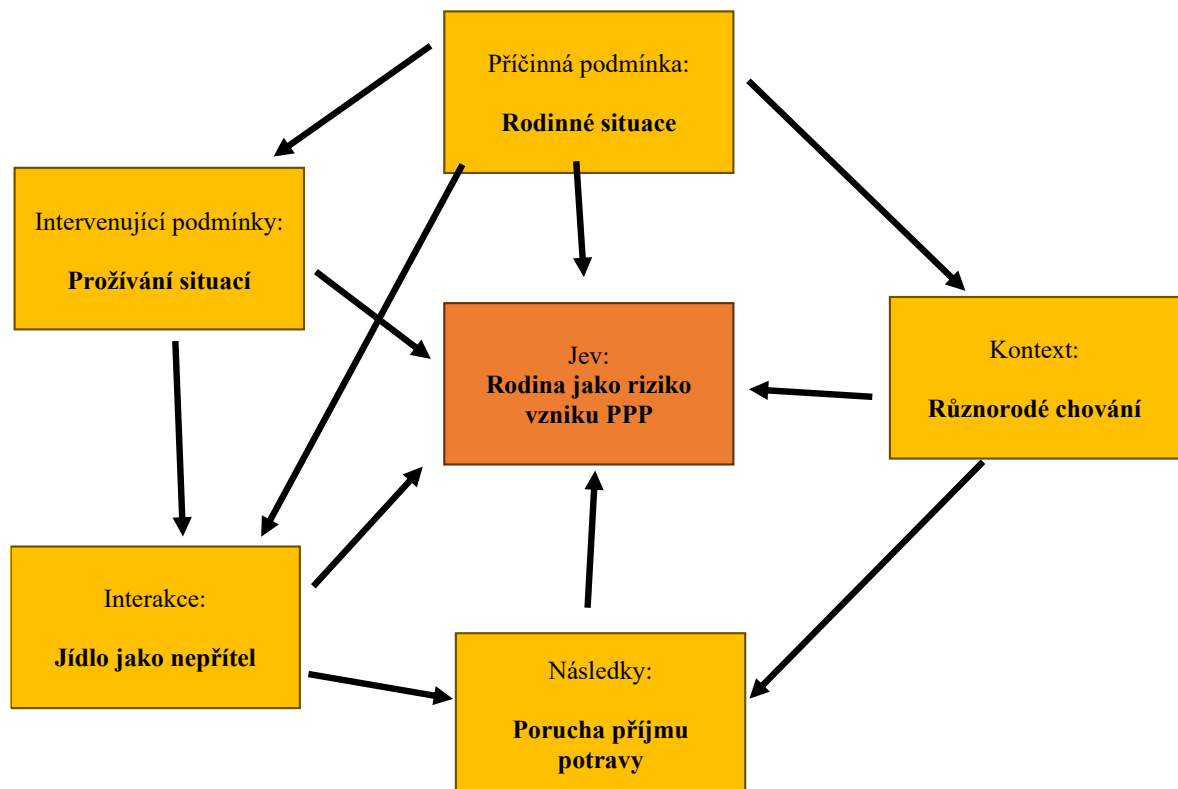
Zvracení jako pomocník při stresu? I takto bývá bulimie vysvětlována. V rámci rozhovoru nám dívka popisuje svůj první zážitek se zvracením a myšlenky, které zvracení doprovázely. „...bylo mi nějak těžko asi i ze stresu že zase přijdu domů a bude tam ten nápis, takže jsem běžela na záchody a tam jsem to poprvé zkusila. Nejdřív jsem si říkala že je to nechutný, ale pak jsem to zkusila několikrát a šlo to. Tak nějak jsem si říkala že tyjo, mně se ulevilo. Tak jsem si řekla, že bych to mohla zopakovat.“ (Z18) Další dívka popisuje svůj boj s nemocí, ve které se přemítala mezi hlídáním a zvracením. Zvracení dívku už natolik trápilo, že se nakonec rozhodla pro léčbu, která jí z velké části pomohla. „No bylo to hrozný, já se buď hlídala, anebo se to pak úplně sesypalo jako domeček z karet. Zvracela sem hodně, a proto jsem se pak taky rozhodla pro léčbu. Jako něco tam furt je, ale jsem na tom jakoby mnohem líp jak dřív no.“ (V22)

Strach z jídla a jeho **odmítání** je jedním z nejnámějších projevů, které jsou s anorexií silně spjaty. Tento chorobný strach se tvoří postupně a nabývá na síle až do chvíle, kdy se stane pro nemocné paralyzujícím a brání jim v konzumaci jídla, bez následné kompenzace a výčitek. Pro Terezu jídlo v dětství nepředstavovalo žádný problém, v průběhu let se ale pohled na jídlo změnil natolik, že se u ní onemocnění rozvinulo. „Jako malá jsem jídlo neřešila ale později se můj svět začal točit kolem jídla, bylo to nenápadné ale najednou jsem měla strach sníst i jablko, neustále jsem se vážila, cvičila, až mi nakonec došlo že už to nejde, diagnostikovali mi anorexii a začla jsem s tím něco dělat.“ (T16) Kontrola nad jídlom a

nepříjemné pocity s ním spojené eskalovaly ke vzniku poruchy. V rámci rozhovoru dívka mluví o nedostatku energie a chorobném strachu, který anorexii doprovázel. „Všechna ta kontrola a strach z jídla se tak stupňovaly, že to došlo do bodu, kdy jsem jen ležela doma bez energie, neschopná se normálně najíst. Pak jsem se rozhodla pro léčbu, nebo spíš okolí mě donutilo. Ale anorexii jsem si přiznala až v průběhu léčby.“ (A16)

5.2 Paradigmatický model a jeho interpretace.

V druhé fázi ve výzkumném šetření se používá axiální kódování, jehož principem je vzájemném propojení kategorií, které nám vznikly a vytvoření vztahů, které mezi nimi působí. S přehledným zobrazením vzájemných vztahů mezi těmito kategoriemi nám pomůže sestavení paradigmatického modelu. (Strauss a Corbin, 1999).



Obrázek 1 - Paradigmatický model (Vlastní výzkum, 2024)

Hlavní částí paradigmatického modelu je fenomén, který v našem výzkumu představuje rodinu jako riziko vzniku poruch příjmu potravy. Tomuto jevu jsme se v praktické části naší bakalářské práce věnovali a také jsme jej detailně zkoumali. Cílem této práce bylo zkoumání vlivu rodiny na vznik poruch příjmu potravy. Tento výzkum byl prováděn z perspektivy

dívek trpících poruchou příjmu potravy, které nám díky polostrukturovaným rozhovorům poskytly důležitá data k výzkumnému šetření.

Příčinné podmínky, které zapříčiňují vznik jevu, jsou další částí paradigmatického modelu. K této části modelu jsme vybrali jako nejvhodnější kategorii s názvem Rodinné situace. V rámci této kategorie jsme podrobně popisovali a prováděli analýzu pravidel v rodině, rodinných zvyků, dále jsme analyzovali komunikaci, která v rodině probíhala nevhodným způsobem a celkovým přístupem rodiny ke stravování. Rodinné situace jsou v našem výzkumu kategorií, která má na vzniku jevu nejvýznamnější vliv. Pokud by v rodinách nedocházelo k nevhodnému chování ze strany rodiny, ke vzniku jevu by nedošlo. To by v našem výzkum znamenalo, že rodina na vznik poruch příjmu potravy neměla žádný vliv.

Prožívání situací je kategorií, kterou jsem přiřadili k intervenujícím podmínkám, které navazují na předchozí část modelu – příčinné podmínky. Podle Strausse, Corbinové (1999, s. 75) jsou intervenující podmínky podmínkami širokými a obecnými. Tyto podmínky významně ovlivňují jak samotný jev, tak dále také kontext a strategie jednání. V námi přiřazené kategorii s názvem Prožívání situací jsme v rámci vhodně přiřazených kódů analyzovaly emoční stránku dívek, která zahrnovala nepříjemné pocity, které prožívaly v důsledku fungování v rodině a dále také nezdravé smýšlení a obecně přemýšlení nad jídlem. V této kategorii jsme se tedy věnovali tématu přemýšlení a negativních pocitů v dívkách, které měly významný vliv na následující část modelu, kterou jsou interakce.

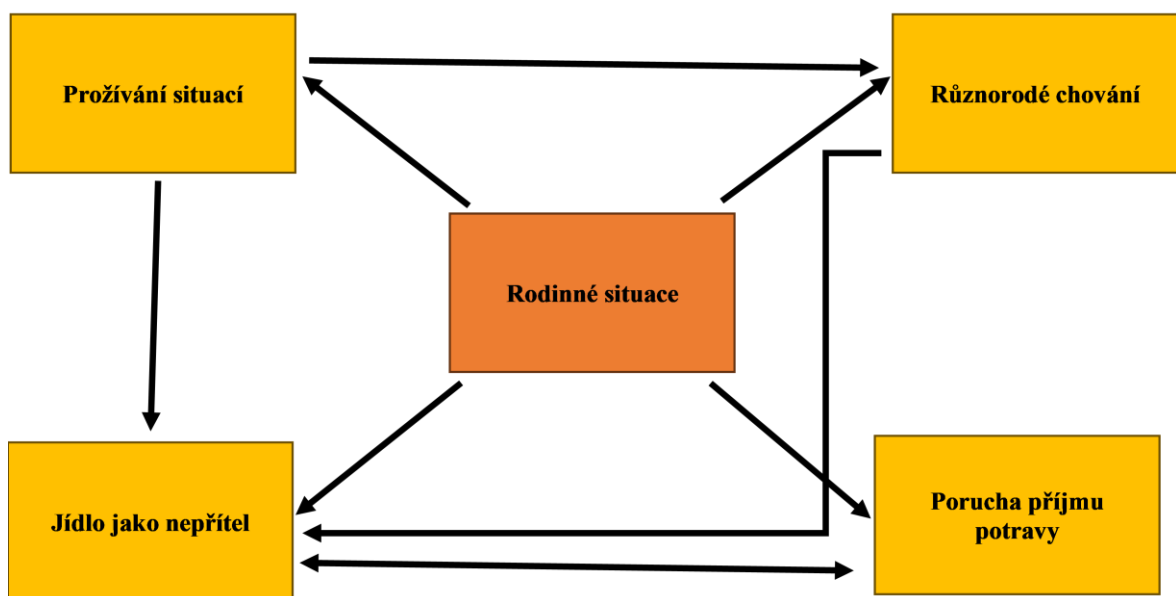
Další částí modelu jsou interakce, které v našem výzkumu nesou název Jídlo jako nepřítel. Hendl (2008, s. 250) tuto část modelu nazývá akce a strategie jednání a jsou to podle něj „cílené a záměrné aktivity, které jsou odpovědí na fenomén a intervenující podmínky.“ V námi přiřazené kategorii popisujeme vztah k jídlu, který dívky popisují jako nepřátelský, z toho důvodu název kategorie. U dívek se také projevovaly problémy s kontrolou nebo ztrátou kontroly při jídle a častá manipulace s jídlem která se projevovala nevhodným jídelním chováním jako jezení žádných, malých nebo naopak velkých porcí. Manipulace s jídlem probíhala jako reakce na prožívání situací a fungování v rodině.

Různorodé chování je kategorií, kterou jsme v paradigmatickém modelu označili jako kontext, který je důležitou součástí jevu. V této kategorii je popisováno chování dívek jako přímé reakce na situace, které se v rodině objevovaly. Porovnávání se v jídle a tajení jídla je nevhodným chováním, kterým dívky reagovaly na rodinné zvyky a celkovým přístupem rodiny ke stravování. Dále se také objevuje chování reagující na situace, které v rodině nastávaly nárazově jako třeba komentování jídla. Na tyto situace dívky reagovaly uzavřením

se do sebe nebo se naopak hádaly a byly vzdorovité. Jejich chování popsané v této kategorii, je důležitou součástí samotného jevu, který jsme jako výzkumníci zkoumali.

Poslední částí modelu jsou následky. Hendl (2008, s. 250) popisuje následky jako „důsledky akcí a strategií, úmyslných i neúmyslných.“ Za následky jsme v provedeném výzkumu označili kategorii nesoucí název Porucha příjmu potravy. V rámci této kategorie jsme odhalili dva rizikové přístupy k jídlu, které se u dívek vlivem ostatních kategorií v částech modelu vyskytovaly. U dívek se vyskytovalo odmítání jídla nebo zvracení, které jsou součástí poruch příjmu potravy. K tomuto rizikovému chování u dívek docházelo postupně vlivem různých faktorů, které jsou popisovány v ostatních kategoriích.

5.3 Zakotvená teorie a její interpretace



Obrázek 2- Model zakotvené teorie (Vlastní výzkum, 2024)

V této kapitole jsme se dostali k fázi kódování nazývanou jako selektivní. V této třetí a zároveň poslední fázi jsme se věnovali posuzování a přeskupování kategorií tak, aby nám vznikla nová teorie. Z našich vzniklých kategorií jsme jednu z nich označili jako centrální kategorii, a k ní jsme následně vytvořili model, popisující nově vzniklou teorii. Díky tomuto kroku jsme získali odpovědi na výzkumné otázky, které jsme si v našem výzkumu stanovili. Centrální kategorií v našem výzkumu se stala kategorie Rodinné situace. Tuto kategorii jsme vybrali z toho důvodu, že obsahuje témata, která jsou důležitá pro sledování samotného jevu,

který v rodině probíhal. Pravidla v rodině, chyby v komunikaci, stravovací zvyky a přístup rodiny tvoří základ pro vzniknutý jev, kterým je ve výzkumu vznik poruch příjmu potravy. Můžeme sledovat jak situace v rodině v oblasti stravování přímo a nepřímo působí na další kategorie a pozorovat tak, jak se jev vyvíjel.

První otázkou, na kterou jsme v našem výzkumu chtěli znát odpověď byla jaké situace v rodině v oblasti stravování dívky vnímaly jako nepříjemné. V rodině v oblasti stravování probíhalo velké množství různorodých situací, které dívky vnímaly jako nepříjemné. Tyto situace jsme podrobněji popsali v kategorii Rodinné situace. Situace, které dívky vnímaly jako nejvíce nepříjemné, byly situace týkající se nastavených pravidel souvisejících se stravováním. Dívky popisují, že jim byla nepříjemná kontrola ze strany rodiny, která dívkám nezdravé jídlo přímo zakazovala nebo předhazovala komentáře, že by nezdravé jídlo neměly konzumovat. Pocity rozčilení nastávaly u jedné z dívek v momentě, kdy jeden z rodičů často negativně komentoval jídlo, které sám konzumoval. Také přísný důraz na společné stravování při nedělních obědech společně s trváním na dojedení celé porce, co měly dívky na talíři. U jedné z dívek se objevovalo pravidelné vážení po každém obědě u babičky, které dívku stresovalo. Fraňková et al. (2013, s. 79) uvádí, že nepříjemné situace v rodině, mohou být pro děti rizikové. Pozitivní klima v rodině totiž zajišťuje nejen pocit bezpečí, ale utváří tak prostředí vhodné pro správný psychologický vývoj dítěte a také pozitivní přístup k jídlu. Konflikty nebo také nepříjemné a stresové situace mají za následek nevhodné ovlivnění chuti k jídlu a také jeho zažívání. Nadměrná pozornost v oblasti stravování ze strany rodičů může být ohrožující pro budování zdravých postojů k jídlu.

Další otázkou, na kterou jsme se v našem výzkumném šetření snažili najít odpověď, byla jak dívky reagovaly na nepříjemné situace v rodině v oblasti stravování. Reakce u dívek, které nám účastnice výzkumu popisovaly v rámci rozhovorů, můžeme rozdělit na reakce přímé a reakce z dlouhodobého hlediska. První byly přímé reakce, které u dívek nastávaly jako okamžitá reakce na nepříjemnou situaci nebo nepříjemné komentování. V těchto případech se reakce dívek až na jednu z nich shodují. Dívky v těchto situacích navenek nereagovaly nijak, uzavřely se do sebe a zpracovaly si svoje emoce samy. Popisují však pocity vzteku a smutku. Pouze jedna z dívek na takové nepříjemné situace reagovala verbálně a její reakce byla afektivní. Z dlouhodobého hlediska byly reakce dívek různorodé, avšak všechny vedly ke stejnému závěru, a to k rizikovému jídelnímu chování. Nepříjemné situace dívky zvládaly za pomoci jídla neboli nezdravému přístupu k jídlu. Dívky byly zvyklé nepříjemné a stresové situace zajídat nebo se naopak jídlu vyhýbat a získat tak kontrolu alespoň v oblasti jídla.

(Fraňková et al., 2013, s. 114) se ve svojí publikaci věnuje situacím, které jsou u dětí důvodem k odmítání jídla. Jedním z důvodů bylo narušení rodinných vazeb a také konfliktní a nepříjemné situace v rodině. Mimo odmítání jídla tyto rodinné situace také mohou vést k izolaci a odmítání vztahů s okolím. V rámci výzkumného šetření v této práci jsme zjišťovali reakce ne u dětí ale u dívek, přesto se však reakce na nepříjemné a konfliktní situace v rodině velmi podobají.

Poslední, co nás v našem výzkumu zajímalo byla odpověď na otázku, jak se chování v oblasti stravování v rodině promítlo do jejich vztahu k jídlu. Vztah k jídlu byl u dívek dlouhodobě rodinou utvářen a ovlivňován. V rámci výzkumného šetření se ukázalo, že na vztah k jídlu, který dívky popisují jako nepřátelský, mělo v rodině vliv spoustu faktorů. Jednalo se o pravidla v jídlu, které byly dívkám nepříjemné nebo které přejímaly od rodičů jako vzor pro správný přístup k jídlu. Důležitou roli hrály také nevhodné komentáře v rodině, které dívkám na jídlo vytvářely špatný pohled a poté jídlo vnímaly jako něco špatného. Dívky popisují svůj vztah k jídlu jako negativní až nepřátelský. Jídlo v nich vyvolává pocity strachu, zoufalství a považují jej za něco, co je v životě brzdí. Ve výzkumu zabývajícím se transgeneračním přenosem stravovacích návyků byla zkoumána síla modelových situací v oblasti stravování a také vliv rodinného prostředí na stravovací návyky u dětí. V tomto výzkumu však na rozdíl od výzkumu v této práci bylo na rodinné prostředí bylo pohlíženo z celé perspektivy. Výzkumníci došli na to, že vysoká míra stresu rodičů způsobená finančními potížemi, nedostatkem času a depresí je spojena s méně častými a méně zdravými jídlu u dětí. (Fisberg, 2024)

V rámci zodpovězení všech dílčích otázek se nám podařilo nalézt odpověď na naši hlavní výzkumnou otázku, a to jaké situace týkající se stravování v rodině dívky negativně ovlivnily. V rodinách se událo spoustu rizikových situací, které na negativní ovlivnění dívek měly vliv. V rodinách byly nastaveny jasná pravidla v jídlu. Zákaz sladkostí nebo rychlého občerstvení, omezení tučných jídel, dietní pravidla v jídlu jednoho z rodičů, také nutnost sníst všechno co je na talíři. Tyto pravidla v jídlu si dívky od dětství převzaly za vlastní a považovaly je za správné. Další rizikovou situací, která v rodinách nastávala bylo komentování velikosti porcí, upozorňování na stravu za účelem zamezit přibírání na váze nebo také přímé upozorňování, že by neměly jíst. Vlivem těchto poznámek se dívky cítily nepříjemně a začalo se u nich projevovat nezdravé přemýšlení o jídlu. Tyto faktory dále vedly k vytvoření nezdravému vztahu k jídlu. Na chování dívek v rámci jídla se to podepisovalo přílišnou kontrolou, která u některých po nějaké době selhala a projevovala se

přejídáním. Dívky s jídlem manipulovaly, zmenšovaly porce nebo se naopak přejídaly, aby zastavily nutkavé nepříjemné myšlenky. Některé z dívek tajily, co kdy snědly, aby zamezily nepříjemným komentářům ze strany rodiny. Také nepříjemné myšlenky a pocity, které v sobě měly zvládaly za pomoci jídla. Buď kontrolou nad ním nebo přejídáním. Toto rizikové chování v rámci jídla se stupňovalo natolik, že se u dívek rozvinula porucha příjmu potravy, která se projevovala odmítáním jídla nebo zvracením. Rodina může být rizikovým faktorem nejen v situacích, týkajících se stravování, ale také nadměrný tlak ze strany rodiny a absence podpory může vést k psychopatologickým projevům v oblasti jídla. (Nebel-Schwalm et al. 2024) zkoumali spojitost mezi tlakem a podporou rodiny s patologickým jídelním chováním. V závěru výzkumu se potvrdilo, že tlak rodiny má na patologické jídelní chování a spokojenost s vlastním tělem významný vliv.

ZÁVĚR

Porucha příjmu potravy je psychické onemocnění, které se stává čím dál častějším a rozšířenějším, je však náročné určit jeho jasnou příčinu. Na vzniku onemocnění se podílí velké množství faktorů, které jsou často vzájemně provázány. V naší práci jsme se rozhodli o zkoumání rodiny jako rizikového faktoru pro vznik poruch příjmu potravy u dívek z důvodu, že rodina je sociálně pedagogickým tématem a také prostředím, ve kterém je jedinec ovlivňován od narození po celou dobu života v rodině. Z pohledu dívek jsme se snažili o hlubší nahlédnutí do problematiky a odhalení rizikových situací.

V teoretické části jsme se věnovali vymezení poruch příjmu potravy, jejich příčinám a projevům. Nezapomněli jsme se také věnovat možnostem léčby a prevencí tohoto onemocnění. Dalším důležitým tématem v této práci byla rodina a funkce, které by zdravá rodina měla plnit. Pro správné fungování v rámci rodinného systému je důležitá také zdravá komunikace, proto jsme se o toto téma zajímali také. Nastavení stravovacích návyků v dětství, ovlivňuje přístup k jídlu v pozdějším věku. Z toho důvodu jsme se rozhodli zabývat se tématem zdravého stravování a nutriční výchovy společně s chybami, kterých se rodina často dopouští. Nakonec jsme se zabývali odmítáním jídla společně s důvody, kvůli kterým k tomuto jevu již v dětství dochází.

V praktické části jsme se věnovali výzkumu, který jsme prováděli kvalitativním způsobem. Výzkum byl prováděn po jednotlivých krocích jako bylo stanovení výzkumného problému, formulace výzkumných cílů a otázek, vymezení kritérií pro výzkumný soubor, volba vhodné metody pro sběr dat a také způsob zpracování dat. Výzkumným souborem ve výzkumu byly 4 dívky, které splňovaly námi stanovená kritéria. S těmito dívkami jsme pomocí polostrukturovaných rozhovorů získávali odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Do polostrukturovaných rozhovorů jsme měli připravených 11 hlavních otázek, ale u všech dívek jsme se doptávali na doplňující otázky, které byly pro náš výzkum obohacující. Se získanými daty z rozhovorů jsme pracovali na základě principů designu zakotvené teorie. V první fázi jsme prováděli otevřené kódování, při kterém jsme významové jednotky v rozhovorech označovali kódy. Vzniklé kódy jsme poté na základě podobnosti seřadili do kategorií. Druhá fáze, nazývána také jako axiální kódování spočívala ve vzájemném propojení a vytvoření vztahů mezi kategoriemi. Tyto vzájemné vazby jsme znázornili v paradigmatickém modelu společně s označením příčinné podmínky, intervenující podmínky, kontextu, interakcí a následků. Poslední fází bylo přeskupení kategorií tak, aby nám vznikla nová teorie. Ve schématu jsme označili centrální kategorii, kterou byla

kategorie s názvem Rodinné situace a vytvořili vzájemné vazby mezi kategoriemi. Pomocí toho jsme tak mohli sledovat, jak se jev vyvíjel a odpovědět na výzkumné otázky, které jsme stanovili na začátku výzkumu.

Výsledky výzkumného šetření nám odhalily, jaké situace, týkající se stravování v rodině, dívky negativně ovlivnily. Potvrdily tak, že rodina může být pro vznik poruch příjmu potravy rizikovým faktorem. Nepříjemné situace v rodinách se týkaly striktně nastavených pravidel v jídle a také komunikace, která o jídle probíhala. V rámci rodiny byly dívky nuceny jíst celé porce, nebo naopak byly vedeny k tomu, že je nezdravé jídlo špatné a nesměly ho jíst. Často se také vyskytovalo negativní komentování jídla společně s narážkami vzbuzujícími strach z přibrání na váze.

Výzkumné cíle v této práci se nám podařilo naplnit v plném rozsahu tak, jak jsme si stanovili na začátku výzkumu. Nově vzniklá teorie v rámci výzkumu tedy obohacuje teorie dosavadní a zároveň rozvíjí zjištění z jiných výzkumů, které se podobným tématem zabývaly. Může být také inspirací pro další výzkumy věnující se této problematice. Výsledky mohou být užitečné jak pro dívky s PPP, rodiče tak hlavně pro sociální pedagogy společně s vychovateli ze škol. V rámci minimálních preventivních programů by se měli snažit o změnu nezdravých postojů k jídlu vytvořených v rodinném prostředí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BOUKALOVÁ, Hedvika; CERHA, Ondřej; SEDLÁČEK, Mojmir a ŠÍROVÁ, Eva, 2023. *Psychologie komunikace*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1388-0.
- COOPER, Peter J, 2014. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0706-1.
- DEVITO, Joseph A, 2004. *Základy mezilidské komunikace*. Přeložil Milan BARTUŠEK, přeložil Jiří REZEK. Praha: GRADA Publishing. ISBN 80-7169-988-8.
- FALEIDE, Asbjørn O.; LIAN, Lilleba B. a FALEIDE, Eyolf Klæboe, 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2864-3.
- FRAŇKOVÁ, Slávka; PAŘÍZKOVÁ, Jana a MALICHOVÁ, Eva, 2013. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2247-7.
- HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie metody a aplikace*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
- KÁBÍČEK, Pavel, CSÉMY, Pavel, HAMANOVÁ, Jana et al., 2014. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-793-4.
- KAST-ZAHN, Annette a MORGENROTH, Hartmut, 2008. *Aby děti správně jedly: rady pro rodiče dětí od narození do 15 let*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-1937-2.
- KLIMEŠOVÁ, Iva a STELZER, Jiří, 2013. *Fyziologie výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3280-9.
- KOMPRDA, Tomáš, 2009. *Výživou ke zdraví*. Velké Bílovice: TeMi CZ. ISBN 978-80-87156-41-4.
- KRAUS, Blahoslav, 2014. *Společnost, rodina a sociální deviace*. Recenzované monografie. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-411-3.
- KRAUS, Blahoslav, 2014. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0643-9.
- KRCH, František David, 2005. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, Psyché. ISBN 80-247-0840-X.

- KRCH, František, 2010. *Mentální anorexie*. Vyd. 2., přeprac. Vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-607-4.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 80-86429-19-9.
- MUSIL, Jiří et al., 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1153-9.
- NOVÁK, Michal, 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-7204-657-7.
- NOVOTNÁ, Kateřina, KYSELÁ, Iva, 2019. *Moje děti, tvoje děti, naše šťastná rodina*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2891-9.
- PAPEŽOVÁ, Hana, 2010. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-18-9.
- PAPEŽOVÁ, Hana, 2012. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PRUBST, Michael, 1999. *Vztah k vlastnímu tělu u poruch příjmu potravy*. Praha: Grada. ISBN 80-716-9627-7.
- PUGNEROVÁ, Michaela, KVINTOVÁ, Jana, 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5452-9.
- RABOCH, Jiří et al., 2019. *Duševní zdraví a životní styl. Psychiatrie životním stylem*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5501-7.
- ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo a HYTYCH, Roman, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
- SMITH, Jonathan A, ed. *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. Thousand Oaks, Calif. SAGE Publications, 2003. ISBN 0-7619-7230-7.
- SOBOTKOVÁ, Irena, 2007. *Psychologie rodiny*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-250-8.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- Baker, C. W., Whisman, M. A., & Brownell, K. D. Studium mezigeneračního přenosu stravovacích postojů a chování: Metodologické a koncepční otázky. *Health psychology*, roč.19 (2000), č. 4, s. 376–381. In: *sciencedirect* [online]. [cit. 2024-05-02]. ISSN 02786133 Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.4.376>
- KRCH, František David; CSÉMY, L. a DRÁBKOVÁ, Hana. Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů. (Školní studie). *Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS*, roč. 99 (2003), č. 8, s. 415-422. ISSN 1212-0383. [online]. [cit. 2024-14-04]. Dostupné z: <https://katalog.npmk.cz/records/304b3ec5-4687-4049-bc05-9841404d17cf?locale=csJAK> (npmk.cz)
- Mauro Fisberg, Nathalia GioiaPriscila Maximino. Transgenerační přenos stravovacích návyků. *Jornal de Pediatria*, roč. 100 (2024), s. 82-87. In: *sciencedirect* [online]. [cit. 2024-14-04]. ISSN 00217557 Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2023.11.007>
- Nebel-Schwalm, Marie S. Tlak a podpora rodiny na stravovací návyky a vnímání těla mladých dospělých: Role pohlaví. *Appetite*, roč. 196 (2024). In: *sciencedirect* [online]. [cit. 2024-14-04]. ISSN 107262 Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107262>
- Skupinová terapie, 2024. In: *Terapie v Praze* [online]. [cit. 2024-03-17]. Dostupné z: [Skupinová terapie | Terapievpaze.cz](https://www.terapievpaze.cz)
- Westenhofer J. Stanovení stravovacích návyků v dětství pro dlouhodobou kontrolu hmotnosti. *Annals of Nutrition and Metabolism*, roč. 46 (2002), s. 18-23. In: *Karger* [online]. [cit. 2024-14-04]. ISSN 12428077 Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000066396>
- Základy zdravé stravy pro úplné začátečníky, 2022. In: *Botanic* [online]. [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: [Základy zdravé stravy pro úplné začátečníky | Botanic.cz](https://www.botanic.cz)

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

PPP Poruchy příjmu potravy

MA Mentální anorexie

MB Mentální bulimie

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

SRCH-D Syndrom rizikového chování v dospívání

MDK Mentální denzita kostí

Např. například

Apod. a podobně

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Paradigmatický model	54
Obrázek 2 - Model zakotvené teorie	56

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Kategorie Rodinné situace.....	45
Tabulka 2 - Kategorie Různorodé chování.....	48
Tabulka 3 - Kategorie Prožívání situací.....	49
Tabulka 4 - Kategorie Jídlo jako nepřítel.....	51
Tabulka 5 – Kategorie Porucha příjmu potravy.....	53

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky do rozhovoru

Příloha P.II: Zakódovaný rozhovor

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY DO ROZHOVORU

1. Jaké máš vzpomínky na rodinná jídla z dětství?
2. Vnímáš některé situace jako zlomové?
3. Byly v rodině nějaké pravidla nebo omezení týkající se jídla?
4. Jaké situace tě v rodině v oblasti jídla rozčilovaly a proč?
5. Jak jsi reagovala na nepříjemné komentování jídla v rodině?
6. Jakým způsobem jsi vyjadřovala nesouhlas nebo rozčilení?
7. Jak vypadalo tvoje chování v rámci stravování, když jsi měla nepříjemné myšlenky?
8. Čím se lišilo stravování s rodinou a stravování o samotě?
9. Jakým způsobem jsi o jídle přemýšlela?
10. Jak se tvůj vztah k jídlu změnil od dětství do dospělosti?
11. Jaké společné postoje k jídlu sdílíš se svými rodiči?

PŘÍLOHA P II: ZAKÓDOVANÝ ROZHOVOR

ROZHOVOR 1 – Tereza, 24 let – mentální anorexie

T: Jaké máš vzpomínky na rodinná jídla z dětství?

TE₁: No asi spíš takovou, jakože tradiční kuchyni, že jsme se drželi tradičních jídel a jakože prostě nějaké fastfoody tak to jako vůbec. Do fastfoodu jsem chodila jako dítě jednou za uherský rok, když to bylo za vysvědčení nebo za odměnu, ale celkově mě rodina hlídala abych jedla zdravě a nejedla tolik sladkostí. Byl důraz na to, aby ty jídla byly nějak vyvážené.

STRAVOVACÍ ZVYKY

PRAVIDLA V JÍDLĚ

T: Vnímáš některé situace jako zlomové?

TE₂: Asi ani ne. Já myslím že všechno se to tak nějak táhlo postupně. Věci se prostě nabalovaly na sebe až jsem to prostě neunesla a začla to řešit po svém.

NEVERBÁLNÍ REAKCE

T: Byly v rodině nějaké další pravidla a omezení týkající se jídla?

TE₃: Omezení snažili se mě vést k tomu, abych jedla jídla, které nejsou moc mastné, moc tučné a tak. Babička vždycky říkala nejez ty sladiny. Nechtěla abych jedla moc cukru a snažili se mě hlídat a nechtěli abych byla tlustá.

PRAVIDLA V JÍDLĚ

T: Jak si to vnímala jako dítě?

TE₄: Jako něco, co mi odpírali a bylo mi to líto. Když jsem byla ve fázi dětství a spolužáci si do školy občas donesli colu nebo snickersku a já sem tam byla s celozrnným chlebem se šunkou a záviděla jsem jim. Přišlo mi, že mi něco odpírali a že to přece není tak hrozné. Právě proto jsem měla o to větší chuť si dát třeba něco sladkého a o to víc jsem to tajila.

NEPŘÍJEMNÉ POCITY

POROVNÁVÁNÍ

TAJENÍ JÍDLA

T: Jak ses cítila ve vztahu k rodičům, když ostatní mohli a ty ne?

TE₅: Cítila jsem tam odepření a trucovala jsem. Natruc jsem jedla nezdravě. Až jsem byla starší tak jsem si začala říkat, že mají asi pravdu.

(NE)VERBÁLNÍ REAKCE

T: Jaké situace tě v rodině v oblasti jídla rozčilovaly a proč?

TE₆: Nejvíc mě štvaly klasické nedělní obědy doma. Že prostě nemůžeš jíst ten oběd někde jinde než u jídelního stolu a prostě ten falešný důraz na ukázkovou rodinu, že prostě budeme tady všichni jíst u jednoho stolu a nedej bože, že bych byla někde jinde. V dětství byla typická věta „Nehneš se od stolu, dokud to nesníš.“ Na to byl kladený velký důraz a prostě co jsem tam měla to jsem musela dojíst. Další věc, co mi vadilo, byl přístup rodiny k jídlu, jak mě kontrolovaly od dětství, tak mi dali brouka do hlavy. Jak mě kontrolovali, kolik a co jím, tak jsem byla posedlá tím, jestli si můžu vzít něco navíc.

PRAVIDLA V JÍDLĚ

PŘÍSTUP RODINY

KONTROLA V JÍDLĚ

T: Jak jsi reagovala na nepříjemné komentování jídla v rodině?

TE₇: No tak tam to komentování probíhá do teďka. Když si dám nějaké jídlo a rodině to přijde moc tak mám na talíři komentáře, že se neunesu, že budu tlustá a podobně a to není jen u rodičů ale u celé rodiny. Takže já jsem se vždy uzavřela do nějaké svoji bubliny a byla jsem na sebe naštvaná, že sem asi fakt jedla moc a v ten moment přišla jsem o chuť to jídlo sníst a prostě jsem měla k tomu jídlu postoj, že je to fuj. *CHYBY V KOMUNIKACI*
(NE)VERBÁLNÍ REAKCE

T: Jak jsi na komentování reagovala v rámci komunikace?

TE₈: Já jsem na to reagovala stylem, že jsem se začala obhajovat co jsem ten den snědla a že když si dám ještě tohle tak to nebude moc. *(NE)VERBÁLNÍ REAKCE*

T: Jakým způsobem jsi vyjadřovala nesouhlas nebo rozčilení?

TE₉: Většinou jsem bouchla a začala jsem hned křičet, nebo jsem řekla že dobře, tak já to jíst nebudu. Nějak jsem si v sobě vlastně nastavila že Dobře, vy mě chcete mít hubenou, tak já přestanou jíst. Chtěla jsem jim natruc ukázat, že když to chtěou, tak ať se potom vypořádávají s tím, že budu nemocná. *(NE)VERBÁLNÍ REAKCE*

T: Chtěla jsi je teda svým způsobem potrestat?

TE₁₀: Jo, já jsem jim prostě chtěla ukázat, že když to chcete, já vám to dopřeju ve 200%. *(NE)VERBÁLNÍ REAKCE*

T: Jak vypadalo tvoje chování v rámci stravování, když jsi měla nějaké nepříjemné myšlenky?

TE₁₁: U mě byly strašné výkyvy. Že já jsem ten stres prostě buď zajídala, nebo jedla skoro vůbec. Nic mezi tím. Buď jsem měla období, že jsem jedla úplně minimálně, kontrolovala jsem každou kalorií a byla jsem na sebe hrozně pyšná že jsem jedla málo. Potom se to ale přelomilo ze dne na den a já jsem se začala strašně přejídat. *MANIPULACE S JIDLEM*

T: Čím se lišilo stravování s rodinou a stravování o samotě?

TE₁₂: Tam se to lišilo asi tím, že před rodinou jsem se snažila vypadat jako holka co se snaží jíst zdravě aby byli pyšní, ale o samotě prostě když jsem měla chuť na něco nezdravého tak si to dám. Často jsem naschvál dělala že jím málo a očekávala jsem, že mě třeba pochválí, nebo mi dovolí si něco dát. Že mi vlastně vyloženě řeknou ať se jdu najíst. *KONTROLA V JIDLE*
TASENÍ JÍDLA

T: Jakým způsobem jsi o jídle přemýšlela?

TE₁₃: Já jsem ho měla za nepřítele. Něco, co mě brzdí od toho abych byla krásná a aby na mě byla rodina pyšná. Já jsem ho svým způsobem hrozně chtěla, ale nenáviděla. *VZTAH K JIDLU*

T: Co z toho převládalo?

TE₁₄: To se střídalo, chvíli to bylo tak a pak zas tak. Chvíli jsem se držela a nejedla a pak jsem zas jedla normálně a pak zas moc. Během týdne se to hrozně měnilo.

KONTROLA V JÍDLU

T: Měla jsi potraviny nějakým způsobem rozdělené?

TE₁₅: Já jsem si to vždycky zadávala do aplikace kalorické tabulky a bylo mi úplně jedno jestli to bylo zdravé nebo nezdravé ale šlo i jen o to, kolik to má kalorií. Já jsem se řídila jen tím. Když jsem třeba viděla, že čínská polévka má málo kalorií, tak jsem si řekla: „Jo dobré, já si dám čínskou polévku a vystačí mi to jako oběd.“ Nehleděla jsem na to, co to tomu tělu dá, ale prostě kolik to má kalorií.

KONTROLA V JÍDLU

T: Jak se tvůj vztah k jídlu změnil od dětství do dospělosti?

TE₁₆: Jako malá jsem jídlo neřešila ale později se můj svět začal točit kolem jídla, bylo to nenápadné ale najednou jsem měla strach sníst i jablko, neustále jsem se vážila, cvičila, až mi nakonec došlo že už to nejde, diagnostikovali mi anorexii a začla jsem s tím něco dělat. Teď se na to snažím dívat jako na automatickou věc.

ODMÍTÁNÍ JÍDLA

T: Stává se ti někdy že o tom pochybuješ?

TE₁₇: Stává se to strašně často. Nějakou dobu jsem v pohodě, jsem se sebou spokojená a pak na nějaké rodinné sešlosti slyším že jsem oplácaná a začnu si říkat, jestli to dřív nebylo lepší. Jestli když jsem hubenější nejsem lepší člověk a jestli to s tím jídlem dělám správně.

OPATRY V KOMUNIKACI

NEPRAVÉ SMYŠLENÍ

T: Spojuješ nějakým způsobem to, jak jíš a jaký jsi člověk?

TE₁₈: Z velké části jo, protože když jím podle pocitu a mám zdravou ženskou váhu tak nedostávám tolik pochvalu. Přijde mi že když mě tolik nechválí tak nejsem hezká a pak o sobě začnu pochybovat vlastně úplně ve všem. Říkám si, jestli bych nechtěla zas slyšet, jak jsem štíhlá a že mi to sluší.

NEPRAVÉ SMYŠLENÍ

T: Jak se ty tvoje pochybnosti projevují?

TE₁₉: Jsem znechucená ze svého těla a občas mám zas nechutenství k jídlu. Něco si dám a během toho jídla přemýšlím nad věcmi, co mi někdo řekl, a nakonec to jídlo kolikrát ani nedojím. Mám to nastavené tak, že si říkám tak teď to sním a budu tlustá to radši budu štíhlá.

PŘEMÝŠLENÍ O JÍDLU

NEPRAVÉ SMYŠLENÍ

T: A když si štíhlá tak o sobě přemýšlíš jak?

TE₂₀: Jsem lepší. Mám silnou vůli a dokážu všechno co chci. Je to vlastně hrozně poznat na tom sebevědomí, a to, jak vypadám se odráží v tom, jak se vnímám.

NEPRAVÉ SMYŠLENÍ

T: Jaké společné postoje k jídlu sdílíš se svými rodiči?

STRAVOVACÍ ZVYKY

TE₂₁: Já bych řekla, že s rodičema ohledně jídla toho moc společného nemám. Vůbec nežijou v tom, jak se teď normalizuje mít normální postavu a furt žijou v tom, že všichni musí být hubení a jíst zdravě i když to vlastně pro to tělo úplně zdravé není.

T: V dětství si nějaké společné postoje sdílela?

PRAVIDLA V JÍDLĚ

TE₂₂: Tak to jsem vnímala úplně jinak. Když mi říkali at' nepiju limonády tak jsem je poslechla a pila jsem jen vodu. Když mi řekli nejez tu čokoládu, budeš tlustá tak jsem si řekla: „Oni to řekli, je to tak.“ Že prostě v tom dětství jsem jela podle toho, co oni říkají, to bylo správné. Až později mi došlo, že to tak třeba úplně není. (NE)VERBÁLNÍ ZEMCE

T: Je něco o čem by ses chtěla zmínit nebo se k něčemu vrátit?

TE₂₃: Asi ne, já myslím že jsem vše řekla.

T: Tak ode mě je to všechno. Já ti moc děkuji za rozhovor.