

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PANDÉMIA COVID-19 A JEJ DOPAD
NA MENTÁLNU ANOREXIU A
BULÍMIU U ŽIEN VO VEKU 18 – 26
ROKOV

THE IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC O ANOREXIA
AND BULIMIA NERVOSA IN WOMEN AGED 18 – 26



Bakalárska diplomová práca

Autor: **Ěma Marcela Barinová**

Vedoucí práce: **Mgr. Ondrej Gergely**

Olomouc

2023

Pod'akovanie

V úvode patrí obrovská vďaka vedúcemu práce Mgr. Ondrejovi Gergelymu za ochotu, podporu, povzbudenie, rýchle a nápomocné spätné väzby a i trpezlivosť, ktorú so mnou mal. Ďalej by som rada poďakovala všetkým respondentkám, ktoré boli ochotné so mnou zdieľať obrovskú časť ich života a taktiež aj Psychiatrickej nemocnici Philippa Pinela v Pezinku za možnosť realizácie výskumu. Veľká vďaka patrí i obom psychologičkám, ktoré mi umožnili spoznať komplexnosť a náročnosť ich práce.

V neposlednom rade by som chcela poďakovať svojej rodine, priateľom a priateľovi za ustavičnú podporu a trpezlivosť.

Prehlásenie

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na tému: Vplyv pandémie COVID-19 na poruchu príjmu potravy u žien vo veku 18-26 rokov vypracovala samostatně pod odborným dohľadom vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dňa

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH.....	3
	ÚVOD.....	5
	TEORETICKÁ ČASŤ.....	6
1.	Vymedzenie veku.....	7
1.1	Vymedzenie obdobia dospievania.....	7
1.2	Vymedzenie obdobia dospelosti.....	9
2	Porucha príjmu potravy.....	12
2.1	Mentálna anorexia.....	14
2.1.1	Rizikové faktory vzniku.....	14
2.1.2	Dopad na zdravie.....	15
2.2	Mentálna bulímia.....	16
2.2.1	Rizikové faktory vzniku.....	17
2.2.2	Dopad na zdravie.....	17
2.3	Hospitalizácia a liečba.....	18
3.	Pandémia COVID-19.....	21
3.1	Ochorenie COVID-19.....	22
3.1.1	Šírenie nákazy.....	22
3.1.2	Postcovidový syndróm.....	23
3.2	Preventívne opatrenia.....	23
3.2.1	Lockdown.....	25
3.3	Psychické zdravie počas pandémie.....	26
4.	Pandémia COVID-19 vo vzťahu k poruchám príjmu potravy.....	29
4.1	Izolácia.....	29
4.2	Vplyv sociálnych sietí v období pandémie.....	30
4.3	Telemedicína.....	32
4.3.1	Telepsychiatria, e-Mental Health.....	33
	EMPIRICKÁ ČASŤ.....	35
5	Výskumný problém a cieľ výskumu.....	36
5.1	Výskumné otázky.....	37
6	Prístup výskumu a použité metódy.....	39
6.1	Prístup a typ výskumu.....	39
6.2	Metóda zberu dát.....	39
6.3	Metóda spracovania a analýzy dát.....	41
6.4.	Výskumný súbor.....	43
6.5	Etické hľadisko a ochrana súkromia.....	45
7	Výsledky.....	47
7.1	Predstavenie respondentiek.....	47
7.2.	Faktory vplyvajúce na poruchu príjmu potravy.....	49

7.2.1	Faktory súvisiace so sociálnou podporou.....	50
7.2.2	Faktory súvisiace s nastavením režimu.....	52
7.2.3	Faktory súvisiace so sociálnymi sieťami.....	55
7.3	Faktory súvisiace s vyhľadáním pomoci.....	57
7.4	Alternatívna forma komunikácie.....	62
8	Diskusia.....	66
9	Záver	73
10	Súhrn.....	74
LITERATÚRA.....		77
PRÍLOHY.....		93

ÚVOD

Na dôsledky pandémie COVID-19 upozorňujú mnohé výskumy, ktoré analyzujú dopad na duševné zdravie počas tohto obdobia. Niektoré výskumy spojitost' nachádzajú v najvýraznejších protipandemických opatreniach, ktorými boli sociálne dištancovanie, a lockdown. V našej bakalárskej práci sa venujeme poruchám príjmu potravy (ďalej len PPP) v kontexte pandémie COVID-19. Mnohí PPP udávajú do obdobia adolescencie, avšak nie je vylúčené v iných obdobiach života. Toto ochorenie je známe svojou častou recidívou, najmä pri nedostatočnej odbornej pomoci a liečbe.

Už pred týmto obdobím sa mnoho výskumov venovalo faktorom vplývajúcim na PPP. Počas pandémie sa však spoločnosť ocitla v úplne inom rozpolžení a nastavení. Napriek tomu, že sa verejnosť od seba izolovala, bol paradoxne preukázaný vyšší výskyt stresu a tlaku. Podstatným sa stal prebytok času, ktorý sme väčšina trávili vo svojich domovoch, ktoré nie vždy mohli byť prosperujúcim zázemím. Zároveň sme niesli zodpovednosť za nastavenie denného harmonogramu, čo pri absencii mnohých záujmov bolo namáhavé. Práve sociálnym sieťam sme obetovali viac času než udáva zdravá miera a komunikácia s priateľmi sa presunula na druhú koľaj. Niektorí sme sa snažili čeliť pasivite doby dodržiavaním aktívneho a zdravého životného štýlu, čo u ľudí s PPP mohlo nadobudnúť úplne iný význam. Taktiež i termíny u lekárov alebo pomáhajúcich profesií sa presúvali do online priestoru alebo sa ich čakacia doba predlžovala.

V tejto súvislosti sa naskytli otázky typu – Aké faktory vplývali na rozvoj tak komplexného ochorenia akou je PPP? Ako prebiehala komunikácia a práca s odborníkom v tejto dobe? Rozhodla som sa preto venovať vo svojej bakalárskej práci práve tejto problematike, nakoľko sa šírilo mnoho informácií o náraste pacientov s PPP, konkrétne sa jednalo o poruchy mentálna anorexia a bulímia.

Cieľ výskumnej práce sa zameriava hlavne na faktory vplývajúce na mentálnu anorexiu a bulímiu u žien vo veku 18 – 26 rokov. Kombinujeme pohľad pacientiek i odborníčok pre hlbšie a presnejšie porozumenie tejto problematike. V tejto súvislosti nás samozrejme zaujímajú i faktory, ktoré predchádzali vyhľadaniu pomoci počas pandémie a skúsenosti pacientiek i odborníčok s alternatívnou formou komunikácie.

I. TEORETICKÁ ČASŤ

1. VYMEDZENIE VEKU

1.1 Obdobie dospievania

Obdobie dospievania je širokým a veľmi dôležitým obdobím pre formovanie osobnosti človeka. Vekové ohraničenie sa u mnohých autorov značne líši. Zhodnú sa na tom, že ide o obdobie, začínajúc objavením sa prvými známkami pohlavného zrenia, akceleráciou rastu a končí dosiahnutím plnej reprodukčnej činnosti a zároveň dokončením telesného rastu (Wild & Schwartz, 2012).

Vágnerová (2000) delí dospievanie na dva úseky a to *ranú* (11-15) a *neskorú* (15-20) adolescenciu, Macek (2003) dospievanie rozdeľuje na tri obdobia – *včasná* (11-13), *stredná* (14-16) a *neskorá* (17-20 a dlhšie) adolescencia.

Langmeier a Krejčírová (2006) a zároveň i Příhoda (1971) rozdeľujú obdobie dospievania do dvoch polovíc. Prvým významným obdobím je *pubescencia* (11-15), ktorá sa ďalej rozdeľuje na dva úseky – *fáza prepuberty* (11-13), ktorá sa začína objavením prvých pohlavných znakov a končí nástupom menarché u dievčat a u chlapcov prvou nočnou polúciou. Prvú polovicu tohto obdobia uzatvára *fáza vlastnej puberty* (13-15), ktorá trvá až do dosiahnutia plnej reprodukčnej činnosti, ktorá je dosiahnutá až v druhej polovici dospievania - v období *adolescencie* (15-22).

Adolescencia

Adolescencia je podľa Langmeiera a Krejčírovej (2006) druhá veľmi významná polovica dospievania. Po „búrlivejších“ začiatkoch prichádza obdobie, ktoré charakterizujeme ako obdobie, v ktorom sa mení postavenie jedinca, prehľbujú sa priateľské vzťahy. Jedinec taktiež preukazuje záujem autonómiu. Adolescent je oproti predchádzajúcemu obdobiu zodpovednejší a s tým sa mení i jeho sebapojatie (Macek, 2003).

Dôležitou súčasťou prežívania sú práve emócie. Tie bývajú na začiatku častokrát vyhrotené a nekoordinované, preto sa hovorí aj o emočnej nestabilite (Říčan, 2004). Niekedy sa nám môže zdať, že adolescent je až precitlively a svoje emócie nedokáže držať pod kontrolou. Je to spôsobené z časti i hormonálnym pôsobením, ktoré ovplyvňuje

i ďalšie roviny jeho vývoja. Ku koncu obdobia sa emócie dostávajú pod kontrolu a sú viac vyrovnané (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Psychické i sociálne zmeny sú však rovnako ovplyvnené aj vonkajšími faktormi. Najmä by sme mohli hovoriť o tom, že sa jedinec snaží nájsť vzťah medzi realitou a tým, čo subjektívne prežíva (Larson & Brown, 2007).

Vágnerová (2000) spomína, že práve na začiatku tohto obdobia nachádzame ešte neisté sebahodnotenie. Preto považujeme za nevyhnutné spomenúť, že práve tu sa stretávame s možným neprijatím telesných zmien. Vzápätí to môže vyústiť až do vzniku porúch príjmu potravy, ktorou trpí najmä dievčenská populácia (Karsten, 2006).

K sebahodnote patrí bez pochyb i identita, ktorá je zároveň kľúčovou úlohou obdobia dospievania (Erikson, 2015). Nezabúdajme na to, že dospievajúci si všimajú zmien na svojom tele. Na druhej strane bez vytvorenej stabilnej identity, je pre nich ťažké pochopiť a prijať tieto zmeny (Langmeier & Krejčířová, 2006). Dbajú o svoj vzhľad a zaujímajú sa o to, ako ostatní na nich reagujú. Sekundárne to môže zanechať následky na ich sebavedomí. I Gómez-López et al. (2019) potvrdzujú, že negatívne sebahodnotenie môže byť príčinou nedostatočného seba prijatia a sebavedomia.

Dnes majú veľký vplyv na budovanie sebavedomia aj sociálne siete či médiá. Adolescentov môžeme zároveň považovať za jedných z najčastejších používateľov sociálnych médií. Potvrdila to britská štúdia Shanklemana et al. (2021), ktorá hovorí, že sa jedná až o 96 % užívateľov vo veku 16-24 rokov.

Zdieľanie obsahu na internete väčšinou pokrýva kontext fyzického vzhľadu a to je práve doménou, ktorá zaujme najmä dievčenskú populáciu. Na sociálnych médiách sa stretávame s príspevkami, ktoré bývajú vo väčšine upravované či retušované. Na druhej strane si mnohé dievčatá tento fakt neuvedomujú alebo nepripúšťajú. Sociálne médiá sa tak stávajú priestorom pre prezentovanie idealizovaných predstáv o vzhľade (Steinsbekk et al., 2021), ktoré môžu veľmi ľahko vyústiť do mechanizmu porovnania sa s ostatnými (Fardouly & Vartanian, 2016). Fioravanti et al. (2022) poukazujú na fakt, že vystavovanie sa kontextu, ktorý sa zameriava na fyzický vzhľad, tvar postavy či stravovanie, sekundárne ovplyvňuje sebaobraz mladých dievčat. U mnohých dievčat sa tak môžeme stretnúť s negatívnym sebaobrazom a pocitom nedostatočnosti (Fardouly & Vartanian, 2016).

1.2. Vymedzenie obdobia dospelosti

Niet pochýb o tom, že vývojové obdobia ako detstvo či dospievanie je viac preskúmaná ako obdobie dospelosti. Langmeier a Krejčířová (2006) popisujú, že i napriek malému počtu empirických štúdií v rámci dospelosti, trávime až tri štvrtiny týmto obdobím.

Rozdeľujú ho do štyroch etáp. Prvá – *včasná dospelosť* (od 20-25 až 30) je prechod medzi adolescenciou a dospelosťou. Druhú etapu tvorí *stredná dospelosť* (do 45 rokov). Treťou etapou je *neskorá dospelosť* (do 60 až 65 rokov) a posledná etapa sa nazýva *staroba* (65 a viac rokov), ktorá sa ďalej rozdeľuje na *včasnú* a *neskorú* (Langmeier & Krejčířová, 2006).

U mnohých autorov sa stretne práve s kritériami dospelosti ako ekonomická nezávislosť, zakladanie rodiny či vlastné bývanie. Za hlavné kritérium dospelosti je pokladaná zrelosť (Langmeier & Krejčířová, 2006). Mnohé štúdie však poukazujú na ten fakt, že práve prechod do dospelosti nespĺňa spomenuté kritéria. Jednotlivci sa venujú skôr individuálnemu záujmom či osobnostnému rastu. Preto sa považuje za vhodné túto vekovú skupinu oddeliť od dospelosti ako takej (Nelson et al., 2005).

Mladá dospelosť

Mladú dospelosť chápeme ako prechod od adolescencie k dospelosti. V zahraničnej literatúre sa stretáme s označením *youth*, čo v preklade znamená *mladosť*. Za *mladú dospelosť* pokladáme vekové rozmedzie od 18-25 rokov (Higley, 2019).

Významnou zahraničnou autorkou venujúcou sa obdobiu mladej dospelosti je práve G. Sheehy na ktorú budeme aj v tejto časti odkazovať. Sheehy (1996) rozdeľuje dospelosť do troch štádií. Prvé štádium sa nazýva *provizórna dospelosť*¹ a pokrýva vek 18 až 30 rokov. V tomto období si jedinci naďalej budujú svoju identitu a dbajú na možnosť voľby a slobodu rozhodovania. Snažia sa experimentovať a nemajú príliš veľké záväzky. Vek 30 rokov, býva mnohokrát pre dospelosť považovaný za symbolický. Preto ho Sheehy pomenovala ako *prvá dospelosť*. V 30. rokoch si mnohí zvyknú zakladať prvé rodiny, majú stabilné zamestnanie či vlastné bývanie. Posledným štádiom dospelosti je tzv. *druhá dospelosť*, ktorá začína od 45. roku a prekračuje až za hranice 85 rokov. Toto štádium sa ďalej rozdeľuje na *vek majstrovstva* (45-65 rokov) a *vek celistvosti* (65-85).

¹ Z angl. slova *provisional adulthood* (Sheehy, 1996)

V českej či slovenskej literatúre natrafíme na odlišné vekové ohraničenie tohto obdobia. U mnohých českých autorov začína toto obdobie až od 20. roku. Je nevyhnutné spomenúť to, že vekové ohraničenia nie sú tým kľúčovým. Psychická zrelosť a nastavenie jedinca sú rozhodujúcimi faktormi (Shim et al., 2009). K tomu sa pripája aj Arnett (2007) a dodáva, že dôležitým je práve subjektívny pocit vyspelosti a samostatnosti.

Mnohí vedci sa zhodujú v tom, že adolescencia a dospelosť by mali byť od seba oddelené ešte jedným „medzi-obdobím“ resp. prechodným obdobím do dospelosti. Mladí dospelí sa v porovnaní s predošlým obdobím vyznačujú stabilnejším psychickým ladením, dosahujú vrchol svojej fyzickej či sexuálnej zrelosti a uvažujú nad svojimi ďalšími krokmi (Langmeier & Krejčířová, 2006). No na druhej strane však nemajú zamestnanie, do ktorého by pravidelne prichádzali. Nezakladajú si vlastné rodiny a mnohí z nich skôr študujú na vysokej škole (Arnett, 2007).

Mladá dospelosť je obdobím, kde je veľmi dôležité zistiť, aké ciele sú pre jedinca dôležité a na nich pracovať. Môžeme to do istej miery považovať za znak toho, že človek má ambície a chce ich realizovať. Aj Maslow (2014) vo svojej hierarchii potrieb poukázal na to, že na samotnom vrchole stojí „sebarealizácia“ a teda rozvinutie ľudského potenciálu, naplnenie svojich túžob je najvyššou ľudskou potrebou.

Budovanie identity úzko súvisí s ďalšími cieľmi, ktoré si mladí dospelí stanovia, čo samozrejme vplýva ďalej na ich sebahodnotu a sebavedomie. Odpovedajú tým na otázky: „Kto som?“ a „Kým chcem byť?“. Vidíme, že dnešná generácia viac času venuje svojim osobným záujmom, štúdiu alebo kariére. Ten manželský či rodinný život je dnes už odkladaný na neskorší vek (Langmeier & Krejčířová, 2006). Niektorí dokonca odkladajú aj osamostatnenie sa od rodičov, či materstvo. Odkladanie týchto aspektov dospelosti niekedy môže viesť až k nezrelej dospelosti² (Thorová, 2015).

Moderný svet však má aj svoju negatívnu stránku. Uponáhľanosť doby, zvýšený tlak a očakávanie, sa u mladých dospelých často vyznačuje aj zhoršeným psychickým zdravím (Rodgers & Chabrol, 2009). Problémové bývajú najmä nenaplnené túžby a očakávanie, ktoré práve pramenia z vonkajšieho tlaku (Davidow et al., 2018). Veľakrát sa snažia nájsť práve takú prácu, ktorá bude dobre platená a zároveň v nej môžu rozvíjať svoj potenciál (Arnett, 2007). Ani štúdium nebýva častokrát ideálne. Mnohí svoj smer v priebehu rokov

² V angl. slovníku *emerging adulthood* (Munsey, 2006)

menia dokým nájdú to, čo ich skutočnosti baví a rozvíja ich potenciál (Davidow et al., 2018). Thorová (2015) pomenovala tzv. „štvrtživotnú krízu“, ktorá nastáva krátko po vstupe do sveta dospelých. Jedinci tak čelia problémom všedného dňa, ktoré musia vyriešiť sami. Táto kríza je doprevádzaná neistotou a to i na úrovni vlastnej identity alebo vzťahu s okolím.

2. PORUCHA PRÍJMU POTRAVY

Potrava je prirodzená a nevyhnutelná súčasť ľudského života. Dostatočným príjmom živín a vyváženou stravou sa človek môže vyvíjať a rásť. Novorodenec by asi ťažko prežil bez primárneho kontaktu a výživy od svojej matky. Pripomeňme si aj ten fakt, že tento kontakt, má ďaleko hlbší zmysel ako len ten fyziologický (Orel, 2020). Porucha, ktorú zaznamenávame už od 19. storočia, je porucha príjmu potravy (PPP), ktorú podľa MKN-10 (2023) označujeme F50.

Charakterizujeme ju ako patologické odmietanie potravy, ktoré je doprevádzané rušivými myšlienkami a emóciami, ktoré negatívne ovplyvňujú ďalšie psychosociálne fungovanie jedinca (Guarda, 2021). Človek je bytosť, ktorá sa nachádza v bio-psycho-sociálnej a spirituálnej rovine, čo znamená, že roviny sa navzájom ovplyvňujú či pretínajú (Orel, 2019). Bez ohľadu na etnicitu, náboženstvo či pohlavie, sa stretávame s PPP vo všetkých populáciách (Howland, 2021).

Vo väčšine sa PPP vyvíjajú v adolescencii a mladej dospelosti, avšak nie je výnimkou, že sa môžu vyskytnúť i v staršom veku. Štatistiky potvrdzujú, že tieto poruchy sa častejšie vyskytujú u žien (Sharan & Sundar, 2015). Nesmieme však podceňovať výskyt PPP u mužov. Medzi najčastejšie poruchy zaradíme **mentálnu anorexiu, mentálnu bulímiu** a v súčasnosti sa čoraz viac stretávame aj so **záchvatovým prejedaním**³.

U tohto typu poruchy sa stretávame s nadmerným zameraním na svoju váhu, tvar postavy, jedlo resp. životosprávou, čo vyústi k nebezpečnému stravovaciemu správaniu (Litin, 2018). Ustavičný pocit telesného defektu, ba priam až patologická nespokojnosť s vlastným vzhľadom, môže vyústiť do niečoho, čo označujeme ako *dysmorfofobická porucha*. Nie je to však podmienkou vzniku PPP, pretože tam sa môžeme stretnúť aj s poruchou vnímania alebo interpretácie telesných signálov (Sejčová, 2008).

Medzi spúšťačie faktory zaradíme duševné zdravie, genetický alebo biologický faktor a tak isto aj sociálne prostredie v ktorom sa jedinec pohybuje. Vplyv však má aj sociálna interakcia, kultúrny kontext a doba v ktorej jedinec vyrastá (Orel, 2020). Pokiaľ sa

³ V angl. slovníku *Binge Eating (BE)* – konzumácia nadmerne veľkého množstva jedla bez jeho následného vyvrátenia v krátkom časovom úseku. Nasleduje úzkosť, zahanbenie, pocit viny (Howard, 2018)

však isté faktory spoja, ktoré sú len ťažko ovplyvniteľné, môžeme hovoriť aj o predisponovanom pacientovi (Krch, 2007). Zároveň sa s vývojom porúch príjmu potravy spája nízke sebavedomie v spojitosti s negatívnym postojom k vlastnému telu (Litin, 2018).

Spomeňme, že typickým znakom obdobia adolescencie je i túžba vyhovieť ideálu štíhlosti (Langmeier & Krejčířová, 2006). V našej spoločnosti si od histórie pestujeme určitý ideál „štíhlosti“, ktorý sa prezentuje a zároveň propaguje prostredníctvom módy, diétného priemyslu a najmä prostredníctvom sociálnych médií (Nasser, 2009). Je nutné podotknúť, že príčiny vzniku jednotlivých porúch sú rôznej povahy (Orel, 2020). Fakt je, že jedna porucha príjmu potravy môže predchádzať tej druhej. V takomto prípade hovoríme o relapsovanom pacientovi. Podľa Pápežovej & Hanusovej (2012) sa s týmto príkladom stretávame najmä u nedostatočne preliečených pacientov.

V súčasnosti vychádzame z diagnostických systémov MKN-11 (platný od 1.1.2022) a DSM-5. V našom výskume sme vyhľadali z MKN-10 (2021), nakoľko ešte neboli zverejnené oficiálne preklady MKN-11. V tomto diagnostickom systéme nájdeme všetky poruchy príjmu potravy pod kategóriou **Syndrómy porúch chovania, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktormi** a nesú označenia F50-F59.

Tabuľka 1: Prehľad porúch príjmu potravy podľa MKN-10 (2023)

Označenie poruchy	Názov poruchy
F50.0	Mentální anorexie
F50.1	Atypická mentální anorexie
F50.2	Mentální bulímie
F50.3	Atypická mentální bulímie
F50.4	Přejídání spojené s psychologickými poruchami
F50.5	Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
F50.8	Jiné poruchy příjmu potravy
F50.9	Porucha příjmu potravy NS

Zdroj: MKN-10 (2023)

Aj prosté „prejedanie“ zaraďujeme medzi PPP. Zajedanie smútku, hnevu alebo stresu má svoj emočný podklad a zanecháva tak isto následky na psychike. Prejdenie zaraďujeme

do tzv. *psychogenného prejedania*. Pod to spadá napr. obezita alebo iné formy porúch príjmu potravy (Pápežová & Hanusová, 2012).

Neodkladnosť riešenia poruchy je nespochybniteľná. Jej včasné odhalenie a liečba môžu dopomôcť v prevencii zdravotných ako psychických následkov, zlepšiť kvalitu života a nutričný stav jedinca (Di Francesco et al., 2018) a niekedy dokonca aj zachrániť ľudský život (Beat eating disorders, n.d.).

2.1 Mentálna anorexia

Mentálna anorexia je poruchou, ktorú charakterizujeme ako zámerne obmedzenie príjmu potravy, úmyselné chudnutie, ktoré vedie k úbytku hmotnosti. V MKN-10 (2023) ju nájdeme pod označením F50.1. Pacientky, trpiace touto poruchou desí akýkoľvek nárast na váhe a majú skreslené videnie svojho tela. Jedinci neodmietajú prísun potravy z dôvodu nasýtenia, ale pre zníženie celkového príjmu kalórii (McGregor, 2019). Vedeli by sme hovoriť o tzv. „syndróme samovyhládovania“ (Keel, 2017). U tohto typu poruchy sa často stretáme aj s prehnaným zdravým životným štýlom (Krch, 2007), ktorý sa vyznačuje nadmerným cvičením alebo posadnutosťou zdravými potravinami. Označujeme ju ako *ortorexia* (Gramaglia et al., 2017).

Mentálna anorexia sa rozdeľuje na dva podtypy - **reštriktívny** a **purgatívny** typ. Pri reštriktívnom nedochádza k vracaniu či nadužívaniu laxatív alebo diuretík. Purgatívny typ je známy aj ako bulimicky. Podobne ako u bulímie teda dochádza k opakovanému zvracaniu alebo nadužívaniu preháňadiel (Krch, 2007).

2.1.1 Rizikové faktory vzniku

Mentálna anorexia je typická pre obdobie adolescencie, ale výnimkou nie je ani výskyt v inom období. Faktom je, že sa môže viazať s človekom po celý jeho život. Medzi rizikové faktory môžeme zaradiť rôzne aspekty. Zahŕňame sem napr. rodinné krízy, stratu blízkej osoby alebo okolie kritizujúce telesného vzhľadu. Väčšinou tejto poruche predchádza viacero spúšťačov a nepriaznivých okolností naraz (Pápežová & Hanusová, 2012).

Pokles hmotnosti môže byť od okolia zároveň považovaný ako úspešná forma sebakontroly (Pápežová & Hanusová, 2012), čo jedinec logicky vníma pozitívne a snaží sa v tom pokračovať. Na druhej strane sa ideál krásy stáva skresleným a jednotvárnym, ktorý

ovplyvňuje vnímanie vlastného tela. Prevalencia mentálnej anorexie sa udáva do obdobia adolescencie, kedy je identita v procese vytvárania sa jedinci snažia kráčať s dobou a jej hodnotami (Holmqvist, 2013). Barret (1997) potvrdzuje, že samotná medializácia štíhlych žien, im dodáva pocit neistoty. Nastáva tak nutkanie svoje telo vystaviť rôznym diétam, kedy sa usilujú o úbytok telesnej hmotnosti, aby svoj vzhľad prispôsobili ideálu krásy.

Ako sme vyššie spomínali, riziká a spúšťače nájdeme aj v rodinnom prostredí. Mentálnej anorexii mnohokrát predchádzajú rôzne traumatické udalosti (Pápežová & Hanusová, 2012), domáce násilie, fyzické či sexuálne zneužívanie alebo aj zanedbávanie. U týchto jednotlivcov sa niekedy stretávame aj s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD). Alkoholizmus alebo abúzus drog zaraďujeme tak isto medzi ohrozujúce faktory z rodinného prostredia (MentalHelp, n.d.).

Existujú aj povahové rysy, ktoré na základe výskumov boli potvrdené ako tie, ktoré predisponujú tejto poruche. Pápežová & Hanusová (2012) zaznamenali 5 povahových čŕt:

- **Potrebu pozornosti** - jedinec snaží vyniknúť spomedzi ostatných
- **Perfekcionizmus** - spojený so striktno dodržovaným stravovacím plánom
- **Asketizmus** – odriekanie jedla
- **Potreba kontroly** - túžba mať nad jedlom kontrolu
- **Sebatrestajúce chovanie** – chovanie založené na princípe odmena a trest

2.1.2 Dopad na zdravie

Meczekalski et al. (2013) ju udávajú ako tretiu najzávažnejšiu chronickú poruchu obdobia adolescencie. Novšie štúdie poukazujú na to, že mentálna anorexia sa môže vyskytovať aj v iných vekových obdobiach (van Eeden et al., 2021).

V porovnaní s ostatnými PPP, sa pri tejto poruche stretávame s najvyššou závažnosťou úmrtia, ktorá dosahuje 5% za desaťročie (Ramírez-Cifuentes et al., 2018).

Fyzické zdravie

Jedinci s mentálnou anorexiou často trpia zhoršeným imunitným systémom, anémiou, kognitívnym poklesom (Di Francesco et al., 2018) a dehydratáciou (Krch, 2007). Až u 80 % pacientov sa preukazovali kardiovaskulárne ochorenia, medzi nimi najčastejšie išlo

o bradykardiu⁴ alebo arytmiu. V rámci endokrinologických porúch sa sem zaraďujeme primárnu⁵ a sekundárnu⁶ amenoreu. Taktiež dochádza k elektrolytovej dysbalancii⁷ (Němečková, 2007). Mentálna anorexia rovnako ovplyvňuje metabolizmus kostí a u mladších pacientiek dokonca zastavuje rast kostí. Dievčatá, ktorým bola už v skoršom veku diagnostikovaná mentálna anorexia, majú tak vyššiu pravdepodobnosť osteoporózy. Ďalšie následky poznáme ako napr. vypadávanie vlasov, suchosť pokožky a nadmerne telesné ochlpenie, ktoré je badateľné najmä na rukách pacientky apod. (Meczekalski et al., 2013.).

Duševné zdravie

Medzi dopady na duševné zdravie patria napr. poruchy nálad, depresie, úzkostne poruchy. Niektorí pacienti uvádzali sociálnu fóbiu, OCD alebo iné afektívne poruchy (Meczekalski et al., 2013). Fakt je, že samotný priebeh mentálnej anorexie sa môže komplikovať vznikom depresívnych symptómov alebo suicidálnymi myšlienkami. V mnohých prípadoch je chronický priebeh mentálnej anorexie spojený so sociálnou izoláciou a pracovnou neschopnosťou (Němečková, 2007). Zároveň sa môže tejto poruche predbiehať telesne dysmorfobická porucha, ktorá sa vyznačuje nespokojnosťou so svojím telom, neustálymi úpravami svojho tela a častým vyhľadávaním procedúr, ktoré by ich nedostatky mohli napraviť (Mayo Clinic Staff, 2022).

2.2 Mentálna bulímia

Pri tomto type poruchy sa stretávame s označením „vlčí hlad“ (Orel, 2020) z dôvodu nekontrolovateľnej konzumácie nadmerného množstva jedla (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2020). Striedajú sa tak epizódy hladovania a konzumácie nadmerného množstva jedla, ktoré podľa Krchu (2007) prebiehajú najmenej dvakrát do týždňa po dobu 3 mesiacov. Po konzumácii nasledujú zvyčajne pocity viny zo straty kontroly nad sebou samým. Prijaté jedlo je následne samovoľným vyvracaním zbavené z tela. Ďalej sa však zneužívajú rôzne preháňadlá, diuretiká či iné skupiny liekov, ktoré konzumované jedlo zbavia z tela (Němeková, 2007).

⁴ Bradykardia – spomalenie srdčej frekvencie zväčša pod hodnotou 60 tepov/ min (Hafeez et al., 2021)

⁵ Oneskorenie prvého menštruačného cyklu (Hodicka et al., 2015)

⁶ Strata menštruačného cyklu po dobu viac ako 3 mesiace (Hodicka et al., 2015)

⁷ Elektrolytová dysbalancia zahŕňa hypokalémiu, hyponatriémiu a hypofosfatémiu (Jones, 2021)

Podľa MKN-10 (2023) ju označujeme F50.2. Na rozdiel od mentálnej anorexie, nie je cieľom pokles na váhe, skôr sa javia chorobné obavy z pribratia (Tress et al., 2008). Krch (2007) dodáva, že sa nevyskytuje ani žiadny závažnejší úbytok hmotnosti, ako to býva napr. u mentálnej anorexii.

V minulosti sa jej toľko pozornosti nevenovalo. Mentálne bulímia bola popisovaná viac menej ako súčasť anorexie. Neskôr sa však vyčlenila ako samostatná PPP, pretože nebolo badateľné na, žeby pacientka trpela podvýživou (Němečková, 2007). Tress et al. (2008) dodáva, že pacientky môžu mať normálnu váhu až ľahkú nadváhu.

2.2.1 Rizikové faktory vzniku

Van Eeden et al. (2021) uvádzajú že doterajšie štatistiky zaznamenali 1 – 3 % prevalenciu tejto poruchy u žien. Podobne ako pri anorexii, sa s touto poruchou stretávame u adolescentiek alebo v mladej dospelosti. Na rozdiel od anorexie, sa táto porucha častejšie vyvinie v neskoršom veku. Dokonca ju mnohí opisujú ako relaps mentálnej anorexie. Buď mentálnej anorexii predchádza alebo jej nasleduje. V 30 – 40 % prípadoch sa vyskytuje v lekárskom spise daného pacienta už záznam o mentálnej anorexii (Krch, 2007).

Pacientky, ktoré častejšie vykazujú incidenciu tejto poruchy preukazujú špecifické osobnostné rysy. Sú to vo väčšine *depresívne poruchy s autoagresívnymi tendenciami*, ktoré sa preukazujú neschopnosťou kontrolovať vlastné impulzy. Tress et al. (2008) ďalej špecifikujú, že popri hladovaní pociťujú osamelosť, úzkosť a labilitu. Preto býva častokrát prísun jedla útechou.

I samotná rodinná situácia môže byť ohrozujúca pre vznik mentálnej bulímie. Stačí, aby blízky člen rodiny, napr. súrodeneц, trpel jednou z porúch príjmu potravy, čo sekundárne môže ovplyvniť vznik mentálnej bulímie. Vplyv majú tak isto negatívne komentáre a zosmiešňovanie postavy dotyčnej osoby (Cella, 2020)

2.2.2 Dopad na zdravie

Fyzické zdravie

Dôsledok častého zvracania má za následok zdurenie podčelústnych slinných žliaz. Následkom býva rozšírenie tváre v dolných partiách a dochádza aj k sfarbeniu chrupu či zubným kazom, vplyvom žalúdočných kyselín (Eating Recovery Center, n.d.). Mentálna bulímia môže spôsobovať zdravotné problémy z dôvodu nadužívania laxatív či diuretik.

Jedným z nich je výrazne zvýšené riziko srdečnej arytmie (Krch, 2007). Kardiovaskulárne komplikácie vznikajú aj vplyvom elektrolytovej dysbalancie (Němečková, 2007). Často sa vyskytuje aj nadúvanie, vznikajú časté kŕče v bruchu (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2020), tráviace problémy, pankreatitída a zápal pažeráka (Němečková, 2007). Rovnako ako pri mentálnej anorexii dochádza k strate menštruačného cyklu. Niekedy prichádzajú epizódy zvracania až do extrémov, kedy pacientka zvracia až do úplného stratu síl (Ministerstvo zdravotníctva SR., 2020). V pokročilejších fázach tejto poruchy dochádza k automatickému vyvráteniu konzumovaných potravín.

Duševné zdravie

V priebehu mentálnej bulímie sa môžu objaviť značné výkyvy nálad, apatia, depresívne a úzkostné symptómy a tak isto aj suicidálne myšlienky. Následkom býva nižšia sústredenosť a výkonnosť. Němečková (2007, 2011) dodáva, že u pacientiek, ktoré trpia mentálnou bulímiou dochádza k zneužívaniu návykových látok a to najmä alkoholu a samozrejme aj preháňadiel. Ministerstvo zdravotníctva SR (2020) ďalej uviedlo problémy so sebedomím, sebahodnotou a pretrváva i pocit hanby.

2.3 Hospitalizácia a liečba

Hospitalizácia

Hospitalizácia je vždy detailne zvažovaná. Je nevyhnutná, pokiaľ telesná váha klesla pod 75% primeranej telesnej hmotnosti, zároveň je jedinec extrémne dehydrovaný, trpí depresiou alebo extrémnou bradykardiou (Krch, 2007). Paulinyová & Matzová (2016) dodávajú, že hospitalizácia je nutná aj vtedy, ak zlyháva samotné rodinné prostredie a iné formy liečby sú nedostupné alebo neúspešné.

Hospitalizácia je považovaná za nutnú aj v prípade, že u pacientky sa vyskytuje suicidálne myslenie a zdravotný stav je dodatočne ohrozený nadmerným príjmom alkoholu či užívaním drog. Cieľom hospitalizácie je predovšetkým stanoviť normálny režim stravovania, prekonať rozvrat vnútorného prostredia a zároveň odstrániť somatické a psychické následky.

Liečba

Pri terapii sa používa tzv. komplexná terapeutická liečba, t.j. psychoterapia, režimová liečba, prácu s rodičmi a v niektorých prípadoch aj farmakoterapia. Každý liečebný plán je

vytvorený špeciálne pre dotyčnú osobu (Jones, 2021). Liečba kladie dôraz na budovanie zdravého vzťahu k jedlu a usiluje o vytvorenie zdravých stravovacích návykov. Tým pádom vedie k obnove telesnej hmotnosti. V liečbe ide pochopiteľne o psychickú integráciu a obnovu vzťahov a kontaktu s okolím (Paulinyová & Matzová, 2016). Cieľom liečby je aj edukácia samotnej pacientky a rodinných príslušníkov ohľadom poruchy. Je preto dôležité, aby si dotyčný uvedomoval fyzické a psychické následky svojej poruchy. Do edukácie zahrňame aj spôsob vyšetrenia a liečby a v prípade farmakoterapie aj možné nežiaduce účinky predpísaných psychofarmak (Orel, 2020).

Najčastejšie sa pracuje za pomoci kognitívno-behaviorálnej terapie (KBT), ktorá zahŕňa prácu s motiváciou a chápanie prežívaných emócií. Svoboda et al. (2006) dodáva, že pri liečbe sa prihliada k vytvoreniu zdravého sebaobrazu a sebaistoty. Ďalej sa využíva napr. interpersonálna, kognitívno-analytická, psychoanalytická terapia apod.

Terapie sú skupinové, individuálne, ale aj rodinné (Němečková, 2007). Rodinné terapie bývajú veľmi dôležité a efektívne, najmä pokiaľ sa jedná o detských pacientov alebo adolescentov. Faktom je, že podpora od rodiny, je potrebná v akomkoľvek veku. Paulinyová & Matzová (2016) vo svojej práci uvádzajú, že práve edukácia rodičov a zaistenie terapeuticky prospešného prostredia sú kľúčové pre ďalší vývoj pacienta.

V rámci farmakoterapie sa najčastejšie používajú antidepresíva SSRI⁸. Podľa Němečkovej (2007) sú antidepresíva preferované aj pre svoj tlmiaci účinok. Vyššia dávka je podávaná pacientkam, ktoré trpia ťažkou depresívnou poruchou. Taktiež sú podávané aj atypické antipsychotika, ktoré pôsobia na prejavy OCD, negatívnu symptomatológiu a depresívne prejavy.

Na druhej strane mnohé výskumy naznačujú, že používanie psychofarmak pri liečbe PPP, nie je vždy potrebné a nemôžeme ich považovať ako nevyhnutnú či kľúčovú súčasť liečby. Aj preto je odporúčaním mnohých odborníkov psychofarmaka zahŕňať do liečby len v určitých prípadoch (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2020). Okrem tlmiaceho efektu, ovplyvňujú aj telesnú váhu (zvýšenie telesnej hmotnosti) (Orel, 2020). Ďalej sa využíva napr. hormonálna medikácia (de Vos et al., 2014).

⁸ Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu (z angl. *selective serotonin reuptake inhibitors*) (Orel, 2015)

U mentálnej anorexie je treba brať na vedomie, že sa jedná o tzv. *ego-syntónnu poruchu*, jednotlivé kroky teda robí vedome, preto sa často stretávame s odmietaním liečby resp. s ambivalenciou voči celej terapii (Svoboda et al., 2006). Pacientka si sama nedokáže uvedomiť v akom vážnom stave sa nachádza. Po hospitalizácii by mal terapeut dohliadať na to, aby pacient dodržiaval stravovací plán i naďalej. Preto je dôležité do samotnej terapie zahrnúť aj rodičov, aby vedeli v domácom prostredí poskytnúť dostatočnú oporu a mohlo sa tak obísť relapsu (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2020).

3. PANDÉMIA COVID-19

Pandémia je epidemiologický stav, kedy sa ochorenie šíri globálne. Zasahuje veľmi široké územie, prekračuje hranice mnohých národov a má obrovský dopad nie len na zdravotný stav ale všeobecne na každodennú životnú rutinu. Prenos ochorenia je celosvetový a ovplyvňuje veľké množstvo ľudí (Kelly, 2011). Od epidémie sa líši tým, že nie je sezónna a riziká zdravotného stavu, ktoré so sebou pandémia prináša, sa rozširujú celosvetovo. Už v minulosti sme sa stretli s pandemickými ochoreniami, ktoré mali svoj pôvod zväčša vo zvieracích chrípkach (Australian Government – Department of Health, 2022). Dnes je prípad pandémie aktuálny a poznáme ho pod vírusovým ochorením Covid-19.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) vyhlásila v marci 2020 koronavírusové ochorenie Covid-19. Prvý prípad sa vyskytol už v decembri 2019 v Číne, kedy ešte mnohí netušili, že sa stane globálnym (WHO, n.d.). Na Slovensku bol prvý prípad potvrdený na začiatku marca 2020 (ÚVZ SR, 2020) a odvtedy prichádzali odstrašujúce správy o nárastoch tohto respiračného ochorenia (World Health Organisation, 2020). Na základe toho sa začali robiť protipandemické opatrenia, ktorých dopad bol všestranný.

V priebehu niekoľkých týždňov prišlo nariadenie zostať doma a izolovať sa od ostatných - prišiel tzv. *lockdown*. To viedlo k zmene a tzv. nútenej aklimatizácii na nový životný štýl (Nelson et al., 2020).

Za veľmi krátky časový úsek začal Covid-19 pre mnohých predstavovať jedno z najväčších zdravotných ohrození a to najmä pre ľudí starších ako 65 rokov. Títo ľudia sú náchylnejší podľahnúť tomuto ochoreniu. Avšak výnimkami nie sú ani prípady oveľa mladších ľudí. Podľa najnovších štatistík bolo na celom svete zaznamenaných cez 454 miliónov prípadov a až 6 miliónov úmrtí (Worldometer, 2022) a z toho sa na Slovensku zaznamenalo 1,5 milióna prípadov a viac ako 18 tisíc úmrtí do dnešného dňa.

Pandémia viedla k mnohým devastačným zmenám, ktoré postihli verejné zdravotníctvo, školstvo či potravinové systémy a dopad na ekonomiku pociťujeme do dnešného dňa. Mnohí prišli o prácu, či strechu nad hlavou (World Health Organisation, 2020). V pravom slova zmysle, zasiahla pandémia najmä to, čo je na prvý pohľad neviditeľné, no tvorí najzraniteľnejšiu časť človeka - duševné zdravie (Strauß et al., 2021).

3.1 Ochorenie COVID-19

Koronavírus je infekčné respiračné ochorenie ktoré je spôsobené vírusom SARS-CoV-2⁹. U mnohých ľudí sa stretne s tým, že toto ochorenie prebieha miernou až závažnou záťažou dýchacích ciest. Hlavnými príznakmi tohto ochorenia je slabosť a vyčerpanosť, bolesť hlavy, hrdla a svalov. Často sa objavuje kašeľ, horúčka. Špecifickým znakom Covid-19 je strata dvoch významných zmyslov – čuch a chuť.

Medzi závažnejšie príznaky patrí – sťažené dýchanie, bolesť v hrudníku, zmätenosť a v neposlednom rade sťažená mobilita či orientácia (World Health Organisation, 2020). Fakt je, že priebeh tohto ochorenia môže u každého človeka variovať. Niektorí ostávajú asymptotickí (bezpríznakoví), niektorí majú ľahký až stredný priebeh, a vo veľmi závažných prípadoch sa stretávame aj s úmrtím. Podľa celosvetovej analýzy Coronavirus Resource Center (2022) je v Slovenskej republike percentuálna šanca úmrtia na Covid-19 pod 1 %.

WHO uviedla, že horší priebeh hrozí skôr starším osobám a osobám, ktorí sa liečia na iné choroby - srdcové ochorenia, vysoký krvný tlak, obezita, cukrovka, rakovina alebo iné typy respiračných ochorení (World Health Organisation, 2020). Pri týchto ľuďoch je riziko úmrtia vyššie (Európsky informačný portál o očkovaní).

Koronavírus však počas jednotlivých období postupne mutoval. Negatívnou stránkou mutácie boli zvýšené riziko nákazy a horší priebeh ochorenia. Jednotlivé mutácie boli rozpoznávané pod menami *Alfa*, *Beta*, *Gamma* a *Delta*. U týchto variant sa stretne aj s rozličnými príznakmi, ktoré sú podľa jednotlivých zistení zdravotne náročnejšie na záťaž (Hammer et al., 2021).

3.1.1 Šírenie nákazy

⁹ Koronavírus 2 spôsobujúci ťažký akútny respiračný syndróm (angl. *severe acute respiratory syndrome*) (Centers for Disease Control and Prevention, 2017)

Koronavírus je kvapôčkové ochorenie, ktoré sa šíri medziľudskou interakciou. Kvapôčky sa šíria vzduchom, následne ich ľudia vdychujú. Kvapôčky sa môžu nachádzať aj na povrchoch objektov, ktoré sa pri kontakte môžu dostať ľahko do tela a tak infikovať človeka. Jedinec o svojom ochorení vedieť ani nemusí. Vo väčšine prípadov dochádza k objaveniu prvých príznakov v lehote 2-5 dní od posledného kontaktu (Európsky informačný portál o očkovaní). Tomuto respiračnému ochoreniu sa najlepšie darí v uzavretých a nevetraných priestoroch, kde sa nachádza veľa ľudí na jednom mieste (World Health Organisation, 2020).

Na prelome roka 2020 a 2021 vznikla možnosť očkovania proti koronavírusovému ochoreniu. Rôzne typy vakcín tak priniesli najmä z hľadiska zdravia - znižujú riziko úmrtia, ťažkého priebehu choroby a s tým spojenej potreby hospitalizácie (NHS, 2022). Vzhľadom na vtedajšiu neistotu a chaos v spoločnosti, predstavovalo očkovanie proti koronavírusu pozitívnu víziu do budúcnosti, čo sekundárne prinieslo psychologickú pohodu a opätovný návrat do starého života (Samal, 2021)

3.1.2 Postcovidový syndróm

Pre mnohých nakazených pacientov sa príznaky Covid-19 neskončili ani po jeho prekonaní. Začali sa vyskytovať pacienti, u ktorých isté príznaky pretrvávali aj po niekoľkých mesiacoch po nakazení (Lamprecht, 2020).

Koronavírus nemá efekt len na pľúca, ale napadá aj iné orgány v tele. Zanecháva následky v podobe kardiovaskulárnych (infarkt myokardu), obličkových, pečenej ochorení a rovnako má negatívny efekt aj na centrálny nervový systém (Ciotti et al., 2020). Uvádza sa, že po prekonaní koronavírusového ochorenia sa stále vyskytovali kašeľ a problémy s dýchaním. Niektorí z týchto pacientov, aj napriek prekonaniu Covid-19, zostali pripútaní na lôžkach a na pľúcnych ventilátoroch. Na druhej strane sa u niektorých vyvinul postraumatický stresový syndróm (PTSD), syndróm chronickej únavy ktorá zhoršila fyzickú ako aj psychickú aktivitu (Mayo Clinic Staff, 2021) a často boli zaznamenané boli aj poruchy spánku (Lamprecht, 2021).

3.2 Preventívne opatrenia

Proti šíreniu nákazy boli od začiatku pandémie vytvárané protipandemické opatrenia. Prvé opatrenia na Slovensku vstúpili do platnosti 6. marca 2020. Začal platiť tzv. *hygienicko-epidemiologický* režim (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2020).

Medzi prvé opatrenia patrili – prekrytie dýchacích ciest, umývanie a dezinfekcia rúk, dodržiavanie 2 metrového odstupu, častá ventilácia priestorov, nezdržovať sa príliš dlho v nevetraných a uzavretých priestoroch. Bližšie k opatreniam odkazuje obrázok č. 1.. Následne sa začali uzatvárať škôlky, školy, bary, voľnočasové zariadenia, obchodné centrá, pedagogicko-psychologické poradne. Návštevy lekára boli len pre akútne prípady a taktiež aj v prípade nemocničných návštev došlo k obmedzeniam (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2020).

V priebehu niekoľkých týždňov sa zaviedla povinná 14-dňová karanténa, pre všetkých ktorí prichádzali na územie Slovenskej republiky a zároveň tých, ktorí sa nakazia ochorením Covid-19. Aj ľudia, ktorí boli v kontakte s nakazenou osobou mali rovnako povinnosť sa zdržiavať v izolácii až do výsledku vykonaného Ag alebo RT-PCR testu (World Health Organisation, 2021).

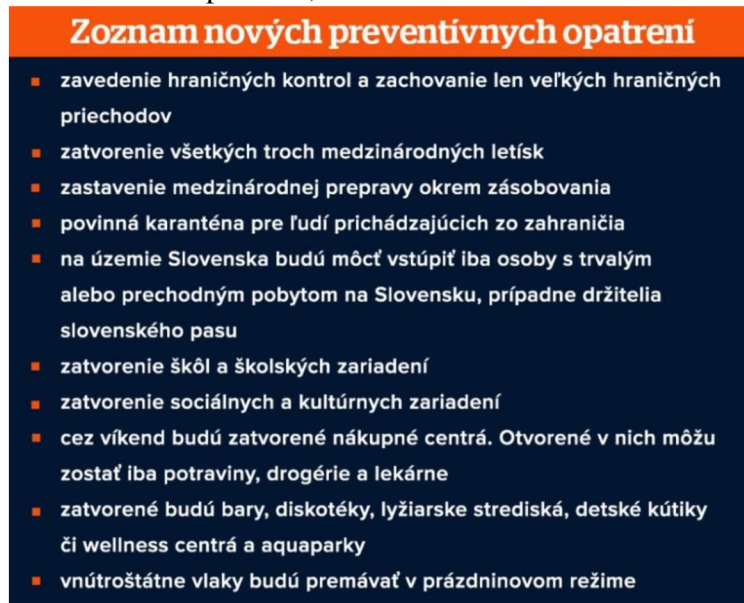
Školy v priebehu niekoľkých dní museli vyučovacie hodiny premiestniť do virtuálneho sveta. Distančné vzdelávanie prebiehalo cez rôzne online platformy. Učitelia sa tak museli „prenastaviť“ na nový spôsob výučby. Podľa prieskumu Lepp et al. (2021) uviedlo až 61 % učiteľov vyťaženosť už v prvých týždňoch „nového“ spôsobu výučby. Pri prechode na dištančné vzdelávanie pedagogickí zamestnanci uvádzali okrem únavy aj nedostatok podpory od ich vedenia školy či ministerstva. Väčšina učiteľov nikdy predtým skúsenosť s danými platformami a online výučbou nemala (Cindrich et al., 2021).

O pár mesiacov neskôr nebolo možné vôbec niekam vycestovať. Na Slovensku začal platiť zákaz vychádzania a taktiež zákaz pohybu mimo svoj okres. Nedošlo len k ovplyvneniu denného režimu a návykov, ktoré ľudia dovtedy mali. Dôsledky boli badateľné na stravovacích návykoch, fyzickej aktivite a do toho celého sa pridal aj spánkový režim (Cindrich et al., 2021).

Dôležité bolo zostať informovaní o dianí vo svete. Samotné opatrenia však spôsobovali v spoločnosti rozruch. Najmä pre ich častú zmenu. Mnohí tak nevedeli, čo si môžu dovoliť a čo nie. Neistota v danej dobe mala za následok, že strach a panika narastali (Banerjee & Rai, 2020). Bolo nevyhnutné zostať v aktuálnom dianí. Pretože človek mohol získať pokutu za nedodržanie aktuálne platných opatrení (Ministerstvo vnútra SR, 2021). Informovanosť však na druhú stranu môže aj uškodiť, najmä ak ide o „zahltie“. Ako pandémie tak i samotný koronavírus mnohí spochybňovali. Šírili sa najmä dezinformácie a

konšpiračné teórie. Vírus bol veľakrát podceňovaný (Ngyuen et al., 2021), čo zmätok a rozruch medzi ľuďmi len posilňoval.

Obrázok 1: Preventívne opatrenia, 1. vlna koronavírusu



Zdroj: TASR (2020).

3.2.1 Lockdown

Lockdown znamená v preklade *uväznenie* resp. *uzamknutie* ľudí na určitú dobu. Obmedzuje sa tým ich voľný pohyb a sú nútení zostať tam, kde sa momentálne nachádzajú. Cieľom lockdownu je zabrániť šíriacemu sa nebezpečenstvu, nákaze či chorobe ako je to v prípade pandémie. V roku 2020 sa zaviedol vo všetkých krajinách lockdown, aby sa predišlo šíriacemu sa vírusu Covid-19. Konkrétne na Slovensku sa zaviedol 16. marca. Na 14 dní sa vtedy uzavreli okrem škôl aj pracoviská, maloobchody, lekárne, drogérie, čerpacie stanice, prevádzky s verejným stravovaním a pod. (ÚVZ SR, 2020). Len málo ľudí vtedy tušilo, že spomínaný lockdown bude trvať niekoľko mesiacov.

Považujem za nevyhnutné spomenúť, že dištancovanie sa od spoločnosti je veľmi neprirodený spôsob života. Izolácia vedie k chronickej osamelosti a nude (Banerjee & Rai, 2020). To však nie je jediným vplyvom, ktorý so sebou lockdown priniesol. Vôbec, keď sa prizeráme na duševné zdravie, je pobyt na čerstvom vzduchu prospešný a pre nás a naše telo obohacujúci. Čas, ktorý ľudia predtým strávili vonku, v prírode, resp. všeobecne na čerstvom vzduchu, významne vplýval na mieru prežívaného stresu Cindrich et al. (2021).

Lockdown spôsobil to, že pracovné, školské povinnosti a niektoré voľnočasové aktivity museli byť presunuté do domáceho prostredia. Vychádzanie z domu bolo obmedzené. Na stretnutia s priateľmi akosi nezostával priestor, resp. ho bolo ťažké zrealizovať, kvôli šíriacemu sa koronavírusu. Na Slovensku bolo počas druhej vlny zakázané vychádzať mimo svoj okres a von z domu od určitej hodiny (Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie SR, 2021).

Nezabúdajme, že ľudia sú prosociálne, spoločenské bytosti. Komunikácia s ľuďmi naokolo je prirodzenou súčasťou nášho života. Vďaka nej si ľudia dokážu nie len vymieňať informácie navzájom, ale aj budovať a spevňovať vzťah (The Scientific World, 2020). Lockdown nemal vplyv len na dospelých, ale najmä na deti a dospievajúcich. Uzatvorenie škôl a sociálne dištancovanie sa u nich preukázalo ako veľmi škodlivé. Niektorí tak prišli o intenzitu vytvorených priateľstiev alebo o priateľstvá úplne (Loads et al., 2020).

Aj sila vzťahu mnohých partnerstiev či manželstiev ochabli. V roku 2020 v mesiacoch jún až október zaznamenala 122 % nárast rozvodov (Stewarts, 2021). Mnohí partneri sa nevideli niekoľko mesiacov. Stali sa tak sociálne izolovanejšími, čo spätne ovplyvnilo ich duševné zdravie a samozrejme i to fyzické. Často sa jednalo o pocit viny, osamelosti, nepochopenia zo strany druhých (Loads et al., 2020). Objavovali sa úzkosti či depresívne symptómy. Zároveň zásah do režimu výrazne ovplyvnil stravovacie návyky, čo sa spätne môže preukázať ako vplyv na PPP (Cindrich et al., 2021). Ngyuen et al. (2021) tieto tvrdenia potvrdzujú a vo svojom výskume prehlásili, že takéto odstrihnutie od spoločnosti negatívne ovplyvnilo životný štýl ľudí vo všetkých vekových kategóriách.

3.3 Psychické zdravie počas pandémie COVID-19

Počas pandemickej doby bol každý nútený si vytvoriť svoj vlastný denný režim. To viedlo aj k nemalým zmenám v oblasti fyzickej aktivity či v spánkovom režime (Cecchetto, 2021). Čo sa týka stravovacích návykov Clapp (2020) popisuje, že prístupnosť k potravinám, výživnému jedlu robila mnohým ľuďom problém. Jeden z mnohých dôvod bol aj nedostatok financií a zdražovanie potravín.

Adamčíková & Zavarská (n.d.) vo svojej analýze zistili, že najväčší vplyv mali tri konkrétne faktory. Prvým sa stalo samotné prepuknutie a respiračného ochorenia a jeho šírenie. Ďalšou kategóriou sú samotné protipandemické opatrenia, t.j. sociálna izolácia,

nedostupnosť osobného kontaktu, strata režimu. Poslednou, teda treťou kategóriou sú sociálno-ekonomické dopady pandémie. Pod nimi si môžeme predstaviť stratu zamestnania, dlhy, zvyšovanie cien za potraviny či chudobu.

Pandémia Covid-19 výrazne zvýšila zdravotnícku pomoc, no znížila *face-to-face* sedenia. Na druhej strane netrvalo dlho a vyústilo to do online priestoru a tzv. telemedicíne, ktorá mala byť alternatívou ku klasickým sedeniam (Cindrich et al, 2021). Klasické, osobné sedenia sa však online komunikácii nedokážu vyrovnáť. Dôsledkom bolo aj výrazné narušenie psychickej pohody¹⁰ a to prispelo k nárastu psychických porúch. Adamčíková & Zavorská (n.d.) uvádzajú, že práve prísne opatrenia a lockdown mali výrazný negatívny vplyv na duševné zdravie.

Už spomínaná sociálna izolácia a pocit osamelosti dopustili, aby najmä úzkostne a depresívne symptómy zintenzívnili. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) tento prípad potvrdila, a zároveň pridala, že práve vplyvom karantény sa zvýšila aj miera užívania alkoholu alebo iných psychoaktívnych látok. Vnútorne napätie tak častejšie vyústilo do opakovaného mieru sebapoškodzovania a čoraz viac ľudí prichádzalo do styku so suicidálnym myslením (Elbogen et al., 2021).

Hawes et al. (2021) vo svojej longitudinálnej štúdií porovnávali výskyt symptómov depresie a úzkostí u adolescentov a mladých dospelých pred koronavírusom a rok po jeho výskyte. Vo výsledkoch uviedli, že v porovnaní s predošlými rokmi, vykazovali tieto vekové skupiny zvýšené symptómy depresie a úzkostí. Vplyvom negatívneho psychického rozpoloženia došlo k zhoršeniu symptómov.

Pandémia však sama o sebe nepriniesla len negatíva. V tejto uponáhľanej a stresujúcej dobe to mnohým naznačilo, že je potrebné niekedy spomaliť. Dôležitosť prikladať i našim pocitom a emóciám. Tým, že bol istú dobu obmedzený fyzický pobyt v práci, ľudia mali možnosť pozornosť venovať duševnému i fyzickému zdraviu. Napriek šíriacemu sa ochoreniu sa ľudia počas pandémie naučili viac relaxovať, oddychovať a dopriať si chvíľku oddychu vtedy, keď to potrebujú (Zhang & Ma, 2020).

Napriek tomu, že školy boli nútené prejsť na online režim vzdelávania, prinieslo to obrovský technologický rozvoj školstva. Tento pokrok poskytol najmä viac možností

¹⁰ z angl. slova *psychological well-being*

v edukačnom systéme. Pozitívny dopad však môže mať len vtedy, ak je používaný správne (Magomedov et al., 2020)

Na druhej strane sa mnohí rozhodli urobiť drobné zmeny vo svojom životnom štýle. Rozhodli sa pre lepšie stravovanie a do svojho denného režimu zahrnúť viac aktivity. Čas s rodinou sa stal pre viacerých oveľa podstatnejším. Do istej miery môžeme hovoriť o tom, že počas celej pandémie to bola aj naša najintenzívnejšia sociálna opora, ktorá nám bola poskytovaná. Štúdia, ktorá sa tejto problematike venovala následne potvrdila, že títo ľudia následne skórovali nižšie na škále IES¹¹ (Zhang & Ma, 2020).

¹¹ 22-položková sebahodnotiaci škála (angl. *Impact of Event Scale*). Respondent subjektívne zhodnotí uvedenú položku na stupnici. Položky súvisia so symptómami PTSD (Zhang & Ma, 2000)

4. PANDÉMIA COVID-19 VO VZŤAHU K PORUCHÁM PRÍJMU POTRAVY

Pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bola pandémia veľkou prekážkou. Už v raných štádiách šírenia nákazy sa v spoločnosti zaznamenali depresívne a úzkostné symptómy a s tým spojený strach o vlastný život (Findlay et al., 2020). Zreteľný nárast pacientov zaznamenali viacerí odborníci na svojich pracoviskách. Významným sa stal najmä nárast pacientov trpiacich poruchami príjmu potravy. Giel et al. (2021) potvrdzujú, že už v prvých štyroch týždňoch sa vplyvom lockdownu a depresívnych symptómov u mnohých začali preukazovať známky PPP, ktorým následne prepadli. V Írsku zaznamenali špecializovaní lekári pre liečbu PPP 3 až 4 násobný nárast pacientov, oproti predošlým rokom. Jednalo sa predovšetkým o detí a dospelých, ktorí PPP prepadli (Parsons et al., 2021).

Za príčinu nárastu pacientov s PPP mnohí odborníci uvádzajú napr. zvýšené sebazpozorovanie a zaneprázdnenosť zdravým stravovaním (Koleničová, 2022). Potvrdzuje to i Schlegl et al. (2022), ktorí zaznamenali vo svojej štúdii zvýšený nárast sebazpozorovania, strach z nárastu hmotnosti. Vytvorilo sa viac priestoru pre kontrolu prijatého a pripravovaného jedla a štruktúru jedálneho lístka. So záujmom o svoj fyzický vzhľad sa taktiež zvýšil záujem o fyzickú aktivitu. U mentálnej bulímie zmapovali nárast užívania diuretík, laxatív a častejšie zvracanie, ktoré sa zvýšilo o 36,4 %.

Nepribudlo len nových prípadov, ale problematický bol i priebeh u pacientov, ktorí mali diagnostikovanú PPP už pred začatím pandémie (Parsons et al., 2021). Giel et al. (2021) dodávajú, že ďalšou rizikovou skupinou boli aj „preliečení“ pacienti. Mnohí z nich buď relapsovali späť do svojej PPP alebo do inej poruchy. V tomto prípade išlo najmä o dospelých pacientov. Zo zaujímavosti spomeňme, že najčastejšie pacienti relapsovali do mentálnej bulímie alebo záchvatového prejedania (Parsons et al., 2021).

4.1 Izolácia

Sociálny kontakt človek nevyhľadáva len pre výmenu informácií. Má totiž oveľa širší záber na psychické zdravie a najmä na ľudský mozog. Oveľa dôležitejšiu rolu hrá fyzická blízkosť, náklonnosť, dôvera s danou osobou a tak isto aj *body-language*¹². Z toho plynú aj prirodzené potreby pre človeka ako napr. potreba byť ocenený či nápomocný druhým. V ľudskom mozgu sa tak môžu tvoriť pozitívne emócie ako je radosť a vzbudzujú istotu a vzájomná dôvera. Zároveň sa posilňuje vzťahová väzba medzi osobami (Benoy, 2020). Preto je pochopiteľné, že výsledkom pretrvávajúcej absencie ľudského kontaktu je vyššia nespokojnosť so životom, horšie zvládanie každodenných problémov a pretrvávajúca negatívna nálada (Clair et al., 2021). Brandt et al. (2022) dlhodobú stratu sociálnej interakcie spájajú so zvýšenou konzumáciou alkoholických nápojov alebo požívanie iných psychoaktívnych látok z dôvodu zahňania pocitu osamelosti.

Mnohí odborníci sa zhodujú v tom, že jednou z príčin vzniku PPP počas pandémie by mohla byť práve izolovanosť, pocit samoty a tak isto maladaptívne správanie v spojitosti so zvládaním pandemickej doby. Hwang et al. (2020) poukázali na to, že práve izolácia a pocit osamelosti môžu stať za dokonanými samovráždami. Clifton et al. (2022) spomínajú, že domáca izolácia a nútený odstup sekundárne ovplyvnili i motiváciu k liečbe PPP alebo iných závažných ochorení.

4.2 Vplyv sociálnych sietí v období pandémie

Internet a sociálne médiá majú veľký vplyv na myslenie a prežívanie ľudí v spoločnosti. Počas pandemického obdobia sa mnohí viac vystavovali sociálnemu tlaku z médií a osobný kontakt a vzťahy medzi rovesníkmi slabli (Parsons et al., 2021). Vo všeobecnosti preukazujú mnohé výskumy, že sa ľudia počas pandémie vystavovali sociálnym médiám častejšie ako v predošlých rokoch (Chao et al., 2020). Jednou z príčin je samozrejme potreba ostať informovaný. No na druhej strane tieto informácie mohli zahŕňať skôr negatívny ako pozitívny kontext a tak ovplyvniť zmýšľanie a celkové prežívanie (Marks et al., 2020).

Internet je miestom, kde môžu ľudia medzi sebou slobodne preposielať príspevky a informácie. Preto považujem za nevyhnutné spomenúť i ten fakt, že sa prostredníctvom internetu dajú veľmi ľahko šíriť dezinformácie či konšpiračné teórie, ktoré môžu dopomôcť k panike či väčšej ustráchanosti v spoločnosti (Lelisho et al., 2022).

¹² reč tela

V rámci udržovania zdravého životného štýlu a prevencie obezity, sa počas pandémie začali šíriť rôzne výzvy ohľadom cvičenia, chudnutia alebo dodržiavanie určitého stravovacieho či cvičebného plánu. Vystavovanie sa tejto forme sociálneho tlaku môže negatívne ovplyvniť body-image, spustiť tzv. sociálne porovnávanie (Marks et al., 2020) a sekundárne vyvolať alebo posilniť PPP (Cooper et al., 2020). Aj Jiotsa et al. (2021) vo svojom výskume poukazujú na zvýšené vystavovanie sa sociálnym médiám a najmä kontextu ideálu krásy a štíhlosti, ktoré majú v spoločnosti pevné miesto. Vytvára sa tak priestor, kde sa ľudia môžu inšpirovať rôznymi osobami na sociálnych sieťach, ktoré podstúpili rôzne diéty, užívajú prípravky na chudnutie a zverejňujú svoj výsledok na sociálnych sieťach. Netýkalo sa to len diagnostikovaných pacientov, ale aj pacientov, ktorí mali nábeh na PPP. Potvrdzujú to aj Spettigue et al. (2021) ktorí preukázali, že v porovnaní s predošlými rokmi sa u pacientov častejšie vyskytovalo excesívne cvičenie, obmedzovanie v strave v rámci diéty apod.

Na internete sa ľudia veľmi rýchlym a jednoduchým spôsobom dostanú k informáciám, ktoré potrebujú. Pre ľudí diagnostikovaných PPP je to možnosť slobodne navštevovať stránky ako „Pro-Ana“ alebo „Pro-Mia“, ktoré negatívne vplyvajú na vývoj ich PPP. Pretrvávajúcim negatívum je, že mnoho takýchto stránok je verejných a ľahko dostupných (Borzekowski et al., 2010). Tieto stránky obsahujú škodlivé návody, ktoré jednoznačne vplyvajú na vývoj a priebeh tejto poruchy (Beat Eating Disorders, n.d.). Marks et al. (2020) preukázali, že ľudia častokrát na sociálnych médiách vyhľadávajú kontext spojený s jedlom. U 42% prípadov sa potvrdilo používanie sociálnych sietí za účelom nájsť rady ohľadom stravovania. Jiotsa et al. (2021) spomínajú, že ideál krásy a štíhlosti si stále drží svoje pevné miesto v spoločnosti. Vhodným príkladom je spomenúť, že aj počas pandémie sa začali šíriť rôzne výzvy ohľadom cvičenia, chudnutia alebo dodržiavanie určitého stravovacieho či cvičebného plánu. Nie je to samozrejme aspekt len pandemickej doby, ale zvýšené vystavovanie sa sociálnym sieťam jednoznačne podporuje sociálny tlak, ktorý môže sekundárne ovplyvniť body-image, spustiť tzv. sociálne porovnávanie (Marks et al., 2020) a sekundárne vyvolať alebo posilniť PPP (Cooper et al., 2020). Pre zníženie symptómov PPP by sa malo prihliadať na kontrolu zverejneného obsahu na internete či sociálnych médiách (Jiotsa et al., 2021).

Na druhej strane ponúka internet aj možnosť ľahkého prístupu k službám zaoberajúcim sa duševným zdravím. Počas pandémie sa častejšie objavovali príspevky

ohľadom duševného zdravia na ktoré upozorňovali prostredníctvom rôznych sociálnym médií (Parsons et al., 2021)

Cieľom bolo zvýšiť povedomie o zdraví fyzickom, ale najmä duševnom (Viguria et al., 2020). Na rozdiel od stránok ako „Pro-Ana“ alebo „Pro-Mia“, existujú stránky, skupiny a diskusné fóra na pomoc pacientom s PPP alebo inými ochoreniami. Ľudia si tak môžu medzi sebou vymieňať skúsenosti a podporovať sa navzájom (McCormack, 2010).

anorexiu. Jej problémy začali pred dvomi rokmi. Zo začiatku mala Lea miernu nadváhu, ktorú chcela zmeniť. Počas karantény mala prebytok voľného času, ktorý chcela využiť aktívnejšie. Všetko, čo robila alebo zjedla si zapísala. Bola fixovaná na prijaté a spálené kalórie. Postupom času si vybudovala prísny režim, ktorý bol vymedzený na hodiny a bolo nutné ho dodržiavať.

Pre inšpiráciu používala známe sociálne siete, na ktorých trávila viac voľného času než predtým. Tam nachádzala nie len cvičenia, pohybové výzvy, ale aj stravovacie videá ako napr. „*What I eat in a day?*“, v ktorých rôzni ľudia prezentujú čo a koľko zjedli. Necítila sa izolovaná, sociálny kontakt udržiavala skôr pomocou internetu ako osobne. No prvoradý bol nastavený prísny režim. Vážnosť svojho stavu si neuvedomovala až do chvíle, kedy sa začali objavovať zdravotné následky jej prísneho režimu. K liečbe ju motivovali hlavne jej rodičia.

4.3 Telemedicína

Už v 19. storočí nachádzame prvé počiatky elektronickej komunikácie v podobe rádia, telefónu či telegrafu. Pre mnoho výhod a rýchlu komunikáciu bola takáto forma komunikácie začlenená aj do lekárskej sféry. Dnes tento fenomén poznáme pod pojmom *telemedicína* (Středa & Hána, 2016).

Telemedicína spadá pod generalizujúci pojem *eHealth*, čo v preklade predstavuje elektronické zdravotníctvo, ktoré poskytuje zdravotnícke služby cez komunikačné technológie (NCZI, 2017). Telemedicína však sama o sebe označuje všeobecný pojem, ktorý v sebe zahŕňa ako zdravotnícku starostlivosť, poskytovanie služieb tak aj jednotlivé lekárske disciplíny, ktoré so sebou nesú predponu *tele* alebo *e*. Táto predpona je zároveň skratkou pre elektronickú komunikáciu (Středa & Hána, 2016). Hovoríme teda napr. o *teleneurológii*, *telestomatológii*, *telepsychiatrii* apod. I zdravotná služba poskytovaná

prostredníctvom internetu sa snaží zachovať efektívnosť pomoci a poskytnúť potrebnú starostlivosť infikovaným (Portnoy et al., 2020). Veľké pozitívum je práve ochrana pacientov a odborníkov pred šíriacou sa nákazou alebo škodlivým vírusom akým je napr. koronavírus (Loeb et al., 2020). Predstavuje tak flexibilnejší spôsob spojenia medzi pacientom a odborníkom aj v prípade sociálneho dištancovania (Halámková, n.d.).

4.3.1 Telepsychiatria, e-Mental Health

Poskytovanie psychiatrickej zdravotnej starostlivosti a služieb prostredníctvom telekomunikačných technológií sa nazýva *telepsychiatria*, resp. *e-psychiatria*. Umožňuje komunikáciu medzi psychiatrom a pacientom, jeho diagnostikáciu, nastavenie farmakologickej liečby či následnú kontrolu (Středa & Hána, 2016).

Do kontextu telepsychiatrie môžeme zahrnúť aj *e-mental health*, teda diaľkovú starostlivosť o psychické či duševné zdravie (Středa & Hána, 2016). V rámci online terapie s pacientmi s PPP sa využívali buď video-konferencie alebo telefonické kontaktovanie. Niektorí odborníci však do online terapie neposkytovali. Mnoho pacientov tak prišlo o kontakt so svojim odborníkom (Schlegl et al., 2022), čo narušilo i celkový priebeh liečby (Parsons et al., 2021). Vznikla už dávnejšie v minulosti v podobe krízových liniek pomoci na podnet prevencie pokusov o samovraždu. Dnes ich využívajú nie len samotní klienti, ale aj rodičia alebo blízki za účelom vyhľadať pomoc alebo radu pre lepšiu orientáciu v problémovej situácii (Středa & Hána, 2016). Práve počas pandémie COVID-19 sa na tieto linky pomoci obrátilo čoraz viac ľudí. Až 85% nárast volajúcich zaznamenala slovenská internetová poradňa IP-čko, ktorá pre vysoký počet volajúcich musela navýšiť kapacitu odborníkov (Inzercia, 2021).

Na Slovensku existuje špecializovaná linka pomoci „Chuť žiť“, ktorá sa zaoberá PPP. Na Slovensku je tak jediná linka pomoci, ktorá sa špecializuje práve na túto poruchu. Linka poskytuje volajúcim upokojenie, stabilizáciu a podporu. Pre mnohých rodičov, či blízkych predstavuje záchytný bod, kde môžu získať potrebné informácie, ktoré im pomáhajú v lepšej orientácii v danej problematike. Chuť žiť zároveň ponúkajú aj dlhodobú pomoc prostredníctvom psychologického a nutričného poradenstva. Pre pacientov i rodičov ponúkajú aj online stacionáre, podporné či terapeutické skupiny a liečebno-vzdelávacie programy (Šamajová, 2022).

Okrem poskytovania zdravotnej starostlivosti cez videoporadňu, chatovú, emailovú alebo telefonickú poradňu, sa využívajú aj špeciálne platformy sprostredkujúce tento kontakt. V zahraničí sú známe napr. *BetterHelp*, *Talkspace Online Therapy* alebo *Cerebral*. Nevýhodou však je, že mnohé z nich sú platené (Carter & Lester, 2022). Na Slovensku boli a stále sú používané platformy ako napr.: *Hedepy*, *Ksebe*, *Chut' žiť'* apod. Na webových stránkach ľudia nájdu pravidlá využívania a inštrukcie pre skontaktovanie sa s odborníkom a zároveň ponúkajú výber z možností spojenia. Je potrebné spomenúť, že odborníci pracujúci v týchto organizáciách a na krízových linkách sú na túto prácu vyškolení (Sokol, n.d.).

Na druhej strane je potrebné spomenúť, že napriek všetkým pozitívam má táto metóda aj svoje negatíva (Siwicki, 2020). Online forma terapie určite nedokáže nahradiť rozhovor za fyzickej prítomnosti pacienta a odborníka, ktorý je vo svojej podstate intímnejší a osobnejší. Tak isto môžu nastať problémy alebo celkové zlyhanie v samotnom spojení a tak narušiť priebeh terapie (Halámková, n.d.). Komunikácia pomocou online platforiem má svoj háčik práve v kvalitnom pripojení. Ďalej neverbálna komunikácia a body-language, nám rovnako pomáhajú odhaliť aktuálne pocity a prežívanie klienta a stávajú sa tak nezanedbateľnými prejavmi akejkoľvek komunikácie (Cherry, 2022). Halámková (n.d.) spomína, že mnohokrát je ťažké komunikovať s klientom online, pretože chýbajú práve tieto aspekty neverbálnej komunikácie. V rámci liečby PPP táto alternatíva napr. neumožňuje kontrolovať zmeny hmotnosti či fyziologické funkcie (Cooper et al., 2020).

II. EMPIRICKÁ ČASŤ

1. VÝSKUMNÝ PROBLÉM A CIELE VÝSKUMU

Problematike duševného zdravia sa v dnešnej dobe venujú mnohé výskumy v Českej i Slovenskej republike i v zahraničí. COVID-19 nastolil neprirodzený spôsob života, ktorý ovplyvnil nie len sociokultúrne prostredie a prežívanie, ale zapríčinil i nárast mnohých duševných porúch. Hoci pokles kvality duševného zdravia bol v pandemickom období badateľný, špecifický význam prikladáme najmä PPP a to už od začiatku pandémie (Zipfel et al., 2022).

Parsons et. al. (2021) vo svojej štúdií popisujú mnoho faktorov, ktoré nie len zapríčinili vznik ale aj recidívu PPP. Podčiarkovali najmä pocit izolovanosti, prevládajúci strach z neznáma a maladaptívne správanie v spojitosti s pandemiou COVID-19. Mnohí sa uzatvárali v izbách a trávili čas najmä sami so sebou (Giel et al., 2021). Sociálny kontakt sa často presúval do online priestoru a ten osobný sa stal vzácnym. Niektorí tak prišli o sociálnu podporu, porozumenie a možnosť opory, ak neboli prítomné v domácom prostredí. Pre zachovanie kontaktu trávili svoj čas online. Vystavovali sa tak častejšie sociálnym sieťam, kde sa propagoval ideál krásy, fyzická aktivita a zdravá strava pre udržanie fyzickej kondície a duševnej pohody, čo bolo dôsledkom nárastu sociálneho porovnávania sa a psychologickéj nepohody (Marks et al., 2020). Mnohých prepadol strach z možnej recidívy, z opätovného zlyhania a z následného sklamania seba i ostatných (Parson, 2021). Prevalencia PPP prevládala najmä u ženskej populácie (Zipfel et al., 2021).

Na Slovensku bol za rok 2021 počet novodiagnostikovaných pacientov s PPP o 31,3 % vyšší než v predošlom roku. Nárast zaznamenali najmä psychiatrické ambulancie. Uvedme, že najviac novodiagnostikovaných pacientov sa týkalo vekového rozmedzia 15 – 19 rokov. Odborníci zaznamenávajú nepretržitý nárast. Zaujímavosťou je, že priemerný počet novodiagnostikovaných pacientov za 5 ročné obdobie stúpol o takmer 38 % (NCZI, 2021)

V bakalárskej práci sa zaoberáme vplyvom pandémie na poruchu príjmu potravy u žien. Rozhodli sme sa pre vekové rozmedzie 18 – 26 rokov, nakoľko tento vek pokrýva koniec obdobia adolescencie a začiatok mladej dospelosti a na základe uvedených štatistík aj incidenciu tohto ochorenia.

V týchto obdobiach sa jedinci obvykle snažia nájsť a rozvíjať vlastnú identitu pričom čelia mnohým očakávaniam a tlakom dnešnej uponáhľanej doby (Langmeier & Krejčířová, 2006). Zameriavame sa na poruchy, s ktorými sa v praxi stretávame najčastejšie – mentálna anexia a bulímia.

I napriek tomu, že telemedicína bola známa už pred samotnou pandémiou COVID-19, umožnila väčší rozvoj e-komunikácie v psychologickú a psychiatrickú starostlivosť pre PPP a psychické zdravie všeobecne (Parsons et al., 2021). V zahraničí ale aj na Slovensku vznikla i linka pomoci, ktorá sa špeciálne zameriavala na poruchu príjmu potravy. V rámci výskumu sme chceli zároveň preskúmať nie len straty, ale aj zisky, ktoré pandémia v kontexte psychiatrickej i psychologickú starostlivosť priniesla.

CIELE VÝSKUMU

Hlavným cieľom nášho výskumu je zmapovať vplyv má pandémie COVID-19 na vznik a priebeh PPP na základe výpovedí našich respondentiek. Zamerali sme sa preto na dve skupiny žien a to – nerelapsovaná a relapsovaná, ktorý nám umožňuje zároveň porovnať obdobie pred a počas pandémie. Ako „relaps“ v tomto prípade považujeme znovuobjavenie príznakov už diagnostikovanej poruchy alebo objavenie príznakov novej PPP. Na základe skúseností z oboch skupín sa nám podarilo porovnať spúšťacie faktory a priebeh u jednotlivých porúch počas pandemického obdobia.

Rovnako nás zaujímal postoj odborníkov a ich skúsenosti s uvedenou problematikou vrátane alternatívnej komunikácie s pacientmi.

5.1 VÝSKUMNÉ OTÁZKY

Na základe uvedeného výskumného problému a cieľov ktoré sme si stanovili, sme sa rozhodli si položiť tieto výskumné otázky. K prvej otázke pridávame i podotázku, nakoľko izolácia bola významným aspektom pandémie a mohol mať teda podstatný vplyv na vznik a rozvoj PPP.

Pokladáme si preto tieto výskumné otázky:

VO₁: Aké spúšťacie faktory sa v pandemickom období COVID-19 vyskytovali?

VO_{1.1}: Ako bola vnímaná izolácia u respondentiek počas pandémie COVID-19?

VO2: Ako sa líšil bežný deň pred a počas pandémie?

VO3: Čo ovplyvnilo vyhľadanie odbornej pomoci počas pandémie?

VO4: Aké alternatívne formy komunikácie sa v zdravotnej starostlivosti používali?

6. PRÍSTUP VÝSKUMU A POUŽITÉ METÓDY

6.1 Prístup a typ výskumu

Kvalitatívny prístup nám umožňuje skúmať jednotlivé predmety štúdia, nazerat' na človeka so všetkými jeho možnosťami, pomocou ktorých môže výskumník nachádzať kauzalitu a súvislosti v jednaní (Ferjenčík, 2000). Na koľko sme si zvolili preskúmať a pochopiť jednotlivé skúsenosti našich participantiek, ako najvhodnejší sa nám zdal práve tento prístup.

Ide o prístup, ktorý sa zaoberá najmä vlastnosťami a prežívaním, ktoré sú nekvantifikovateľné, neopakovateľné a jedinečné u každého človeka (Miovský, 2006). Cieľom je ponoriť sa do získaných dát a vytvoriť ideograficky popis skúmaného fenoménu v jeho prirodzenom prostredí (Hendl, 2008). Spomeňme, že napriek hĺbkovému zaoberaniu sa skúmaným fenoménom, je tento proces náročný najmä na čas a spôsobilosti výskumníka. Výskumník zároveň nie je pasívnym pozorovateľom, ale vstupuje do procesu a opiera sa pritom o vlastnú interpretáciu, čo potencionálne ovplyvňuje aj výsledky tohto procesu. Kvalitatívny prístup neumožňuje výsledky zovšeobecniť a kvantifikovať na celkovú populáciu (Hendl, 2008).

Za typ výskumu sme sa rozhodli zvoliť prípadovú štúdiu. Predmetom záujmu je buď 1 prípad, či homogénna skupina ľudí (mnohoprípadová štúdia). Ide o dôkladne porozumenie jedného prípadu, vďaka ktorému môžeme lepšie chápať podobné prípady. Opierame sa pritom o kvalitatívne metódy: *pozorovanie*, *rozhovor* a *analýza dokumentov*. Rovnako umožňuje výskumníkovi použiť i kvantitatívne metódy. Použitie metód sa odvíja primárne od stanovených výskumných otázok alebo hypotéz (Sedláček, 2007, in Knechtová et al., 2019). Kľúčové je, aby vybraní participantí vhodným spôsobom reprezentovali skúmanú problematiku. Preto je vhodná najmä u menšej, ťažko dostupnej alebo nepreskúmanej skupiny ľudí (Smith et al., 2009, citovane v Čermak & Kostínková, 2013).

6.2 Metóda zberu dát

Na základe stanovených výskumných otázok a cieľov našej práce, sme sa rozhodli pre **kvalitatívny prístup**, ktorý umožňuje človeka skúmať holisticky. Snaží sa o porozumenie prežitej skúsenosti respondenta a pochopiť jeho jednanie. Ide o proces, kde sa výskumník

snaží na základe menšieho homogénneho okruhu účastníkov získať bohatosť dát. Výsledkom sú hlboké dáta, ktoré sú nenumerné. Výskumník sa pri tom opiera o pozorovanie, interview, analýza dokumentov, audio- a vizuozáznam, ktoré radíme medzi metódy kvalitatívneho prístupu (Miovský, 2006).

Pre náš výskum sme sa rozhodli využiť **pološtrukturované interview**. Tento typ interview je tzv. medzičlánkom štrukturovaného a neštrukturovaného interview. Veľkou výhodou je flexibilnejší prístup v porovnaní s inými formami interview. Výskumník má pripravenú sadu otázok, ktoré však môžu mať ľubovoľný sled. V prípade neporozumenia ich môže výskumník preformulovať. Dovoľuje, aby výskumník v prípade potreby formuloval i dodatočné otázky, ktoré sa mu v danom prípade zdajú byť vhodné a pomôžu tak rozšíriť poznanie a chápanie prípadu (Wildemuth, 2017). Rozhovory sme si zaznamenali na audiozáznam.

Pred samotným započatím jednotlivých interview sme previedli **pilotný rozhovor** ohľadom stanovených otázok. Pilotný rozhovor sme sa snažili čo najviac prispôbiť pripravovanému výskumu. Preto sa nám zdalo najvhodnejšie zvoliť dvoch rozličných ľudí, ktorí nám naše otázky poskytnú spätnú väzbu.

Otázky pre účastníčky sme rozoberali so ženou, ktorá v minulosti trpela anorexiou i bulímiou a momentálne na túto tému vedie prednášky a diskusie. Cieľom bolo najmä predísť prílišnej štruktúrovanosti otázok a vyhnúť sa príliš osobným otázkam z dôvodu etických zásad. Zároveň sme konzultovali aj cieľovú skupinu, ktorá sa najskôr zameriavala vekové rozmedzie 14 – 17 rokov. Nakoľko by bola cieľová skupina ťažko dostupná a vo výskume sa venujeme citlivej téme, bolo vhodnejšie, aby sme sa vo výskume zamerali skôr na dospelú populáciu.

Otázky pre odbornú spoločnosť sme chceli najskôr prebrať s psychológom alebo psychiatrom, ktorý sa v praxi zaoberá PPP. Nakoniec sme spolupracovali s odborníčkou na tému body-image, ktorá zároveň vedie o danej téme rozsiahlejšie výskumy. Po oboch rozhovoroch sme upravili naše otázky podľa spätnej väzby a spoločnej dohody.

Dĺžka rozhovoru s účastníčkami bola 30 – 45 minút a s odborníčkami 50 – 60 minút. S hospitalizovanými respondentkami sme absolvovali interview osobne v tichej ničím nerušenej miestnosti. Na koľko boli jednotlivé pacientky hospitalizované, interview prebehlo v danom zariadení. S psychologičkami sa po spoločnej dohode interview konalo

prostredníctvom aplikácie Zoom. Obe skupiny sme na začiatku poučili a upozornili na nahrávanie s tým, že dáta budeme využívať výhradne pre výskumné účely.

Rozhovor sme si rozdelili do 3 častí. V úvode rozhovoru sme najskôr snímali základné údaje o účastníkoch výskumu:

- **respondentky** – vek, diagnóza, kedy začali prvé prejavy ochorenia vrátane relapsu
- **odborničky** – pracovisko, doterajšia prax, skúsenosti s danou problematikou

V jadre sme sa otázky prechádzali podľa nastavenej schémy. Na otázky nám všetky participantky ponúkli bohaté odpovede. Snažili sme sa pochopiť ich skúsenosti a vcítiť sa do ich psychického rozpoloženia počas pandémie.

Na záver sme zvolili skôr neformálnu komunikáciu. Respondentkám sme umožnili čokoľvek k rozhovoru dodať alebo sa na niečo spýtať. Po prejavenom záujme o výsledky, sme sa rozhodli zaslať naše výstupy výskumu na ich e-mailové adresy.

6.3 Metóda spracovania a analýzy dát

Tematická analýza je typická pre kvalitatívny prístup. Ide o metódu analýzy, ktorá v získanom súbore dát hľadá určité vzorce a spoločné témy, ktoré sa dajú definovať na celkový súbor dát. Výskumník tieto témy nie len popisuje, ale ich aj interpretuje vzhľadom k výskumným otázkam (Kiger & Varpio, 2020).

Veľkou výhodou využitia tematickej analýzy je práve jej flexibilita, ktorá je využiteľná v rôznych komplexných témach a umožňuje hlboký prehľad o získanom materiáli. Braun a Clark (2006) ju považujú za východiskovú analytickú metódu z ktorej plynú ďalšie metódy. Odlišuje sa napr. od Zakotvenej teórie, či IPA. Zakotvená teória sa v závere snaží vytvoriť všeobecnú a udržateľnú teóriu na základe získaných dát. IPA i napriek komplexnému a otvorenému prístupu ku skúsenostiam a myšlienkam respondentov, je viazaná teóriou, čím sa odlišuje od tematickej analýzy (Braun & Clarke, 2006).

Tematická analýza je previazaná 6 konkrétnymi postupmi. V priebehu procesu je potrebné, aby sa výskumník k jednotlivým bodom vracal (2017, Braun & Clarke, in Kiger & Varpio, 2020).

1. Zoznámenie sa s dátami

V úvode je dôležité sa najskôr s dátami oboznámiť. Zoznámenie môže výskumník dosiahnuť aj transkripciou dát alebo opakovaným vypočutím rozhovoru. Prvá fáza je časovo náročná, ale pre ďalšie postupy veľmi dôležitá (Braun & Clarke, 2006).

2. Generovanie počiatkových kódov

Po oboznámení s dátami si výskumník začne robiť prvotné poznámky, predbežné nápady. Hľadá súvislosti pomocou ktorých vytvára kódy. Kódy označujú časti našich dát, ktoré výskumníkovi pripadajú dôležité a významné. Vďaka nim zároveň organizujeme dáta do určitých skupín. Môžu pomenúvať aj latentný význam našich dát. V porovnaní s témami, je kódov kvantitatívne viac a v ďalších fázach sa postupne združujú do kategórii (Braun & Clarke, 2006).

Kódovanie je možné robiť ručne (manuálne) alebo pomocou špeciálneho programu (Braun & Clarke, 2006). Pre náš výskum sme zvolili prvú možnosť.

3. Hľadanie tém

Prechádzame do fázy, kde obsiahnuté kódy združujeme do skupín, pričom sa vytvárajú určité témy. Medzi kódmi sa snažíme nájsť určité spojenie resp. vzťah a tie medzi sebou porovnávame a spájame. Pre uľahčenie používame často grafickú prezentáciu našich kódov napr. tabuľku či myšlienkovú mapu. Pomôcť si môžeme aj zoradením všetkých tém na papier s krátkou charakteristikou (Braun & Clarke, 2006).

Práve myšlienkové mapy sú dobrou voľbou pre vizuálnu prezentáciu tém, podtém a vzájomného spojenia medzi nimi (2017, Braun & Clarke, in Kiger & Varpio, 2020).

4. Posudzovanie tém

Výskumník jednotlivé témy pretrieduje, pričom ich zlučuje, oddeľuje alebo vyhadzuje. Témy by sa nemali prekrývať, je potrebné aby boli rozlíšiteľné. V tejto fáze je dôležité klásť dôraz na to, k akým údajom témy pripisujeme. Výsledkom tohto procesu je vytvorenie konzistentnej myšlienkovvej mapy, ktorá jasne a zrozumiteľne prezentuje hlavné témy (Braun & Clarke, 2006).

Je zároveň potrebné, aby si výskumník počas analýzy robil poznámky o prípadných zmenách, čo mu umožňuje tesnejší vzťah k údajom (2006, Clarke & Braun, in Kiger & Varpio, 2020).

5. Pomenovanie tém

V tomto bode sa výskumník pokúša popísať najdôležitejšie aspekty zvolených tém. Témy je dôležité pomenovať čo najvýstižnejšie a najadekvátnejšie. Výskumník pritom vymedzuje čo jednotlivé témy zahŕňajú a reprezentujú vzhľadom ku skúmanému problému. V rámci procesu je možné identifikovať i podtémy, ktoré môžu chápanie čitateľa spresniť (Clarke & Braun, 2006).

6. Spísanie správy

V poslednom kroku ide o spísanie záverečnej analýzy a popis zistených faktov. Správa obsahuje nie len jasnú a výstižnú interpretáciu nálezov, ale aj výskumníkovu odôvodnenie tém v súvislosti s výskumnými otázkami (2006, Clarke & Braun, in Kiger & Varpio, 2020).

6.4 Výskumný súbor

V súvislosti s našimi stanovenými výskumnými otázkami a cieľom práce sme sa zamerali na ohraničenú cieľovú skupinu žien, vo veku 18 – 26 rokov, ktorým bola počas pandémie diagnostikovaná mentálna anorexia alebo bulímia alebo do tohto ochorenia počas pandémie COVID-19 relapsovali. Naš výberový súbor bol teda nepravdepodobnostný, konkrétne sme použili metódu zámerného výberu. V zmysle triangulácie našich dát, sme vyhľadali i odborníkov, ktorí sa počas obdobia pandémie PPP venovali. Zámerný výber sme preto skombinovali so samovýberom ktorého účasť je stanovená na základe dobrovoľnosti (Miovský, 2006).

V rámci vyhľadania našej cieľovej skupiny sme sa rozhodli si najskôr vytvoriť zoznam potencionálnych pracovísk, kde by sa mohli nachádzať naše respondentky. Nakoľko sme náš výskumný súbor vyhľadávali na Slovensku, oslovili sme preto všetky potencionálne psychiatrické nemocnice (5), psychiatrické oddelenia fakultných nemocníc (8), ďalej psychiatrické a psychologické ambulancie (43), tak isto linky pomoci (2) a občianske združenie Anabell v Bratislave a v Žiline (2). Kontaktovali sme najmä západ

Slovenska, nakoľko sa najviac špecializovaných oddelení, ambulancií a nemocníc nachádza práve tam. Neváhali sme však osloviť aj nemocnice a ambulancie zo severu, stredu či východu Slovenska. Pozvanie do výskumu bolo smerované nie len ženám s diagnostikovanou PPP, ale i odborníkov. Z tohto dôvodu sme kontaktovali aj detské psychiatrické oddelenia, nakoľko sme u odborníkov zohľadňovali len ich doterajšiu prax. Bolo oslovených dokopy 60 možných pracovísk.

Kontaktovanie sme rozdelili do dvoch možných spôsobov. Najskôr sme jednotlivé pracoviská kontaktovali prostredníctvom e-mailu. Do správy sme vložili základné osobné údaje výskumníka, vysvetlili cieľ a dôvod pripravovaného výskumu a zdôraznili i možnosť online rozhovoru, nakoľko sme kontaktovali nemocnice, ambulancie a kliniky z rôznych častí Slovenska a mohlo to tak uľahčiť samotný kontakt. Bližšie informácie sme vložili do sprievodného listu (viď príloha č.2), kde respondent našiel napr. údaje o okruhoch rozhovoru a ďalšie informácie o výskume. Respondenti boli v správe ako aj v sprievodnom liste oboznámení s ochranou osobných údajov a audiozáznamom. Pracoviská, ktoré nám náš mail neodpovedali, sme kontaktovali telefonicky. Mnohí odborníci sa nám snažili pomôcť preposlaním výskumu na kolegov, ktorí sa s problematikou stýkali. Tu sme siahli i po metóde snehovej gule.

Cieľovú skupinu sme sa pokúsili vyhľadať i cez sociálne siete. Do skupiny, ktorá niesla tematiku nášho výskumu, sme vyvesili plagát (viď príloha č.4), ktorý obsahoval základné informácie o výskume a kontaktné údaje na výskumníka.

Po prevedenej pilotnej štúdií sme sa rozhodli do výskumu zaradiť len dospelé participantky kvôli etickým aspektom psychologického výskumu. Medzi naše hlavné požiadavky patrila lekárom diagnostikovaná aspoň jedna z menovaných PPP (mentálna anorexia alebo bulímia) a samozrejme ženské pohlavie participantky. Všetky respondentky, ktoré s rozhovorom súhlasili boli krátko pred ukončením ich liečby v psychiatrickej nemocnici. U odborníkov sme požadovali jediné kritérium, a to prax s uvedenou problematikou počas pandemického obdobia.

Pre náš výskum sa nám podarilo zhromaždiť dáta 5 žien s diagnostikovanou PPP. Participantiek sa prihlásilo dokopy 6, avšak dáta jednej participantky sme museli kvôli nenaplneniu hlavného kritéria z výskumu odstrániť.

Dokopy 3 respondentky boli diagnostikované s mentálnou anorexiou a 2 s mentálnou bulímiou, pričom 3 uviedli, že ide o relapsovanú formu PPP, ostatné sú novodiagnostikované pacientky. Vekové rozmedzie sa pohybovalo od 18 – 20 rokov. Pre lepší prehľad poslúži čitateľom tabuľka 3 so základnými informáciami o respondentkách. Pre zachovanie ich anonymity uvádzame fiktívne mená:

Tabuľka 3: Charakteristika respondentiek

Meno	Vek	PPP	Relaps
Andrea	20	Mentálna bulímia	Áno
Judita	19	Mentálna bulímia	Nie
Lea	18	Mentálna anorexia	Nie
Denisa	20	Mentálna anorexia	Áno
Tamara	20	Mentálna anorexia	Áno

Rovnako nám prišla odozva od dvoch psychologičiek pracujúcich v organizácii venujúcej sa špeciálne PPP. Obe psychologičky pracovali so svojimi klientami počas pandémie za pomoci alternatívnych foriem komunikácie (chat, video, e-mail alebo telefonicky kontakt). Pracovali najmä na krízových linkách pomoci a poskytovali poradenstvo aj prostredníctvom e-mailu. Zdôrazňujeme, že práca, ktorú vykonávali, bola jednorazová a nemožno ju považovať za dlhodobé poradenstvo.

6.5 Etické hľadisko a ochrana súkromia

Náš výskum sprevádzalo aj dodržiavanie etických zásad psychologického výskumu. Už v rozoslanom e-maile sme uviedli ciele práce, spôsob narábania s dátami a dobrovoľnosť účasti na výskume. Zároveň sme uviedli, že celý rozhovor sa bude nahrávať na audiozáznam.

V priebehu výskumu sme sa riadili podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov. V úvode nášho interview sme pre objasnenie zrekapitulovali cieľ našej práce a opätovne zdôraznili princíp anonymity, dôvernosti a dobrovoľnosti výskumu. Na interview boli prinesené informované súhlasy, ktoré respondentky v úvode každého rozhovoru podpísali a výskumníkovi boli vrátené späť. Po transkripcii sme naše dáta

archivovali na bezpečnom mieste a odstránili osobné či iné identifikovateľné údaje. Ako už bolo uvedené vyššie, mená respondentiek sme zmenili za fiktívne.

Všetky respondentky boli oboznámené možnosťou na niektorú z otázok neodpovedať alebo rozhovor kedykoľvek ukončiť s tým, že s ich dátami ďalej pracovať nebudeme. Rozhovory sme si so súhlasom respondentiek nahrávali. Následný prepis archivovali. S dátami ďalej narábala len výskumníčka. Počas výskumu nedošlo k poškodeniu psychického či fyzického zdravia účastníčok.

7. VÝSLEDKY

Pred samotným prezentovaním výsledkov a zodpovedaním výskumných otázok, by sme radi čitateľa zoznámili s našimi participantkami. Nižšie v krátkosti popisujeme skúsenosti jednotlivých respondentiek, ktoré nám ponúkli náhľad do ich skúseností.

7.1 Predstavenie respondentiek

Andrea

Andrea (20 rokov) má diagnostikovanú mentálnu anorexiu. Okrem toho ma diagnostikovanú Hraničnú poruchu osobnosti (HPO).

Mala 12 rokov, keď sa začali prejavovať jej problémy s jedlom. Jedným zo spúšťačích faktorov bola škola, kde sa jej spolužiaci za fyzický vzhľad vysmievali. Od vtedy ju ochorenie prepadlo. Ako 14 ročná bola diagnostikovaná na detskom oddelení s mentálnou anorexiou, no primárne tam išla kvôli automutilácii. Problémy sa postupne nabaľovali a z anorexie relapsovala do bulímie. Postupom času prepadla drunkorexii alebo zneužívala energetické nápoje, aby oklamala hlad. Andrea bola hospitalizovaná i na začiatku pandémie COVID-19, kde však nemohla prijímať vôbec žiadne návštevy a stav jej to zhoršilo. Hospitalizovaná bola niekoľkokrát v rôznych nemocniciach v Slovenskej i v Českej republike.

Po niekoľkých neúspechoch to rodina už nedokázala ďalej zvládať a Andreu vyhodili z domu. Žila so svojim priateľom, ktorý, ako ona sama opísala, bol manipulátor, ktorý jej zakazoval sa s týkať sa inými ľuďmi. Mnohokrát sa jej vyhrážal a psychicky ju vydieral. Jedlo a alkohol vnímala často ako svoju jedinú útechu. Cítila sa izolovaná, osamelá a svoj život chcela skončiť. Ku koncu pandémie bola hospitalizovaná a rozhodla sa svoj život zmeniť k lepšiemu.

Judita

Judita má 18 rokov a je diagnostikovaná s mentálnou bulímiou. Juditine problémy sa začali krátko pred letom 2021. Už pred pandemiou si zakladala s najmä na školskom prospechu, verila, že to určuje jej hodnotu a preto všetko robila naplno. Obetovala tomu aj svoj spánok, čo sa neskôr preukázalo extrémnym vyčerpaním. Často na online hodiny zaspávala, nebolo ju možné zobudiť ak nespala niekoľko desiatok hodín.

Počas pandémie sa to však zhoršilo, pretože prišla o podnety (koníček, sociálny kontakt), ktoré jej pomáhali sa odreagovať a prísť na iné myšlienky. Sociálny kontakt nevyhľadávala, cítila sa na to príliš včerpaná. Judita sa učievala dlho do noci a povinnosti jej spôsobovali extrémny stres, ktorý sa snažila zajedať. Tu mapuje aj svoje začiatky s bulímiou.

Neskôr vyhľadala aj psychologickú pomoc a vyskúšala aj online terapie, na ktoré nie raz zaspala. Svoj stav však brala vážne a rozhodla sa pre hospitalizáciu.

Lea

Lea (19 rokov) má diagnostikovanú mentálnu anorexiu. Jej problémy začali pred dvomi rokmi. Zo začiatku mala Lea miernu nadváhu, ktorú chcela zmeniť. Počas karantény mala prebytok voľného času, ktorý chcela využiť aktívnejšie. Všetko, čo robila alebo zjedla si zapísala. Bola fixovaná na prijaté a spálené kalórie. Postupom času si vybudovala prísny režim, ktorý bol vymedzený na hodiny a bolo nutné ho dodržiavať.

Pre inšpiráciu používala známe sociálne siete, na ktorých trávila viac voľného času než predtým. Tam nachádzala nie len cvičenia, pohybové výzvy, ale aj stravovacie videá ako napr. „*What I eat in a day?*“, v ktorých rôzni ľudia prezentujú čo a koľko zjedli. Necítila sa izolovaná, sociálny kontakt udržiavala skôr pomocou internetu ako osobne. No prvoradý bol nastavený prísny režim. Vážnosť svojho stavu si neuvedomovala až do chvíle, kedy sa začali objavovať zdravotné následky jej prísneho režimu. K liečbe ju motivovali hlavne jej rodičia.

Denisa

Denisa má 20 rokov a je hospitalizovaná s mentálnou anorexiou. S PPP má skúsenosti od svojich 14 rokov, od kedy relapsuje späť do anorexie. Skúsenosti má však i s bulímiou. Zásluhu na rozvoji jej ochorenia má najmä jej rodina a bývalý partner, ktorí ju v chudnutí podporovali resp. do chudnutia nútili. Stanovovali jej váhové ciele, ktoré musela do mesiaca splňať a negatívne komentovali jej fyzický výzor.

Počas pandémie COVID-19 sa jej problémy však zhoršili. So svojimi priateľmi často nekomunikovala, bola uzavretá, čo sa následne počas pandémie ešte prehĺbilo. Mnohí z jej priateľov sa báli fyzického kontaktu kvôli nákaze. Bola neustále vo svojej izbe, pretože to u nej doma tvorilo jediné bezpečné miesto.

Podporu nachádzala často na známych skupinách ako je Pro-ANA, kde nachádzala metódy a postupy, ako docieľiť úbytok na váhe. Prebytok voľného času jej umožnil si vytvoriť svoj vlastný režim a mať nad sebou absolútnu kontrolu. Počas dňa cvičila niekoľkokrát až do úplného vyčerpania. Zneužívala i energetické nápoje, ktoré zastupovali potravu. Jej problémy si všimla až jej kolegyňa z práce, ktorá po Denisinom skolabovaní zavolała záchranku a následne bola Denisa hospitalizovaná.

Tamara

Tamara (20) má diagnostikovanú mentálnu anorexiu. Začiatky mapuje 6 rokov dozadu, ale hospitalizovaná bola až v roku 2021. Podľa jej slov PPP sa u nej začala rozvíjať koncom základnej školy, kde sa jej spolužiaci vysmievali za jej výzor. Doma to nemala iné. Rodičia ju buď zosmiešňovali alebo negatívne narážali na to koľko a čo zjedla. Cvičila silové cvičenia a mala nastavený jedálniček pod dohľadom trénera.

Jej problémy sa začali zhoršovať nástupom na vysokú školu. Mohla si tak kontrolovať, čo a koľko zje a nikto ju pritom nemohol obmedzovať. Medzi novými spolužiakmi jej bolo často nepríjemne, bola zvyknutá sa izolovať a tak sociálny kontakt prestala vyhľadávať. Neskôr odstrihla kontakt aj so starými priateľmi. Trávila tak viac času na sociálnych sieťach, kde sa inšpirovala videami na cvičenie, zdravou stravou a prezentovaným ideálom krásy. Pomohlo jej to vytvoriť si svoj vlastný režim, ktorý prísne dodržiavala. Inšpiráciu a zároveň podporu nachádzala na internetových skupinách Pro-ANA.

Neskôr si problémy všimol až jej priateľ, ktorý sa jej snažil byť veľkou oporou. Podporil ju vo vyhľadaní pomoci psychologickej i psychiatrickej. Vyskúšala e-mailové poradenstvo, osobné konzultácie, kde sa však cítila skôr nepochopená. Svoju motiváciu však nestrácala a rozhodla sa pre hospitalizáciu

7.2 Faktory vplývajúce na poruchu príjmu potravy

V tejto kapitole čitateľom predstavíme odpovede na naše výskumné otázky na základe získaných informácií z výskumu. Naše tvrdenia a výsledky vždy spájame s odpoveďami našich respondentiek alebo odborníkov.

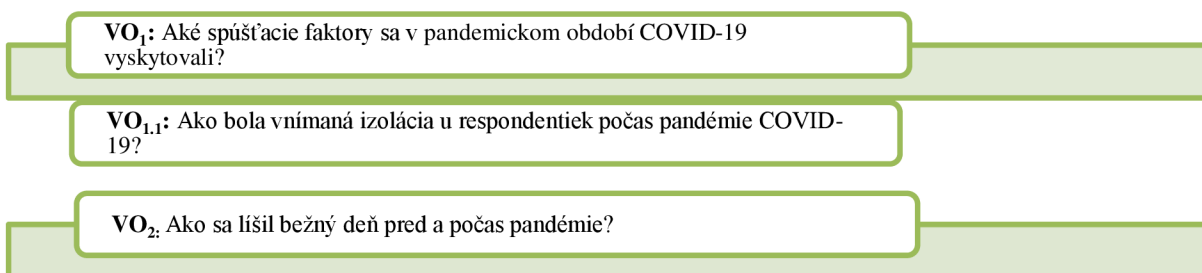
Témy, ktoré sme získali na základe zhromaždených dát, sme rozdelili do troch hlavných skupín:

- **Faktory súvisiace so sociálnou podporou** – Negatívne vzťahy a Sociálne dištancovanie
- **Faktory súvisiace s nastavením režimu** – Prebytok voľného času
- **Faktory súvisiace so sociálnymi sieťami** – Propagovanie zdravého životného štýlu a Internetové skupiny

7.2.1 Faktory súvisiace so sociálnou podporou

Do tejto časti zaraďujeme nasledujúce dve výskumné otázky. Prvej výskumnej otázke sme zároveň pridali podotázku týkajúcej sa izolácie počas pandémie, nakoľko nám práve „izolácia“ prišla ako výrazný doprovod pandémie a zároveň rozvoja PPP.

Schéma 1: výskumné otázky, ktorým sa budeme venovať v nasledujúcej kapitole



Sociálna podpora bola bez pochyb jeden z kódov, ktorý medzi ostatnými dominoval. Do tejto skupiny zaraďujeme témy – *Negatívne vzťahy* a *Sociálne dištancovanie*

Negatívne vzťahy

Významné podiel na rozvoji PPP má práve **domáce prostredie**, v ktorom počas tohto obdobia trávili respondentky najviac času. Mnohé pacientiek svoj domov nehodnotili kladne, práve naopak. Považovali ho za negatívne prostredie, ktorému sa snažili pred pandemiou vyhýbať: „Pred pandemiou som nebývala často doma, chodila som sa tam len vyspať. Teraz to bolo tak, že som bola nonstop uzavretá“ (Denisa). Počas pandémie boli tak obklopené zväčša hádkami či vyhrážaním: „Naša matka nás dokonca i vážila. To bolo pre mňa nepredstaviteľný stres a nepochopila som to nikdy prečo to robila“ (Denisa). Taktiež zosmiešňovanie alebo negatívne komentáre smerované k ich váhe a výzoru jednoznačne ovplyvnili ich sebauvednenie: „Doma to boli posmešky od bratov. Krochkali keď som jedla, že jem ako chlap. Oco sa do toho pridal a stavil sa s bratom, že keď budem mať 18, tak budem mať 100 kg“ (Tamara).

Vyústilo to do toho, že ich detská izba sa stala jediným bezpečným miestom a svet mimo nej prakticky neexistoval, čo prehĺbilo ich uzavretosť a izolovanosť voči okolitému svetu: „*Bola som viac uzavretá do seba. Väčšie úzkosti som mala, cítila som sa sama. Riešila som to jedlo, pohyb, počítanie kalórii*“ (Denisa). Náročnosť neustáleho pobytu doma potvrdili i odborníčky: „*A možno teda aj, že zrazu boli denno-denne. 24/7 s vlastnou rodinou. Taký kontakt s rodinou bol možno taký náročnejší - nemohli odchádzať k iným skupinám, iným ľuďom*“ (Psychologička 1).

Izba síce predstavovala pokojné miesto, na druhej strane práve tam ich myšlienky mali možnosť dostatočne zosilniť. Podiel na PPP majú aj negatívne **partnerské vzťahy**, ktorým sa pred alebo počas pandémie vystavovali. Mnohokrát ich v prežívanej nedostatočnosti utvrdzovali a podporovali ich chorobne vzniknuté myšlienky: „*Nestretávala som sa ani s ľuďmi, s kamarátmi. Môj priateľ bol strašne žiarlivý. Nechcel ma púšťať medzi kamarátov. Ono to bolo až také psychické vydieranie*“ (Andrea). I napriek tomu že boli obklopený „najbližšími“, podpora im bola vzdialená.

Sociálne dištancovanie

Sociálne dištancovanie patrilo medzi jedno zo známych opatrení, ktoré mali slúžiť k ochrane seba i ostatných pred koronavírusom. Mnohí tak prestali tráviť čas s priateľmi či dokonca s vlastnou rodinou, aby predišli ohrozeniu.

Určitá miera osamelosti bola pociťovaná viac-menej u každého z nás. Osamelosť pochopiteľne kráča ruka v ruke s izolovanosťou či uzavretosťou: „*To bolo také, že si niekedy človek ani nemohol vybrať, proste sa cítil sám a izolovane, tak nejak prirodzene to prišlo s tou pandemiou*“ (Tamara).

Pre porovnanie uveďme, že naše respondentky pred pandemiou trávili so svojimi priateľmi veľa voľného času. Práve kvôli neprosperujúcemu domácemu prostrediu ich priatelia predstavovali zdroj opory, povzbudenia a možnosť o prežívanej nepohode komunikovať: „*Pred pandemiou to bolo tak, že sme jazdili s kamarátmi na výlety, alebo sme sa spoločne učili a vždy sme tu tak boli jeden pre druhého. Ale počas pandémie to celé zaniklo*“ (Andrea).

Kontakt sa však vzhľadom na zvyšujúce prípady nákazy postupne obmedzoval. Presunul sa do online priestoru, no virtuálny kontakt sa nedokázal vyrovnáť osobnému. Netrvalo dlho dokým kontakt úplne prerušili: „*Ale s kamoškami zo ZŠ som sa stretávala. Ale nie často, napr. cez víkend sme išli na chvíľku von. Ale potom to zrazu prestalo. Priznám sa, že mne sa už potom ani nechcelo*“ (Judita). Po niekoľkých mesiacoch si ľudia zvykli na to, že spolu netravia čas, ale trávili ho najmä sami so sebou, kde osamelosť narastala: „*najmä tá izolácia, od priateľov, známych, zo školy - práve pri takýchto deťoch, dospievajúcich, adolescentov, tí to pocítili tak citeľne viac*“ (Psychologička 1).

Je potrebné podotknúť, že sociálne dištancovanie alebo izolovanosť sami o sebe PPP nespôsobia. Skôr ovplyvnia psychické zdravie, rozpoloženie, prežívanie a motiváciu dotyčného. Skôr by sme mohli tvrdiť, že obklopenosť negatívnymi vzťahmi dokáže rozvinúť negatívny sebaobraz a pre PPP je teda sekundárnym dôsledkom. Nižšie uvádzame aj grafické zobrazenie tohto vzťahu.

Schéma 2: Vzťah PPP a ďalších premenných



7.2.2 Faktory súvisiace s nastavením režimu

Ďalším významným vplyvom pandémie bolo práve ovplyvnenie prednastaveného režimu. Do tejto kategórie zaraďujeme témy: *Prebytok voľného času; Vlastný režim a Sociálne siete*

Tento faktor je zároveň odpoveďou na druhú výskumnú otázku - *Ako sa líšil bežný deň pred a počas pandémie?*

Prebytok voľného času

Mať určitý harmonogram je prirodzená súčasť života každého. Prednastavený režim dodával do každodenného dňa určitú pravidelnosť, istotu či pocit bezpečia. Počas pandémie bolo však potrebné si však tento režim vytvoriť. Na základe skúseností respondentiek by sme dokázali rozlíšiť dve hlavné skupiny, ktoré uvádzame v schéme 3.

Schéma 3: Dva spôsoby nastavenia režimu



Rozdeľujeme to z dôvodu odlišnosti priebehu denného režimu u mentálnej anorexie a bulímie.

Striktosť režimu

Pre mentálnu anorexiu je typická potreba zaneprázdnenosti a výplň času, aby sa obišiel hlad z dlhotrvajúcej reštrikcie jedla a zároveň docielil úbytok na váhe. V dôsledku pandémie COVID-19 bol zaznamenaný prebytok voľného času, nakoľko panovali mnohé obmedzenia, ktoré sa týkali či už voľnočasových aktivít alebo vyššie spomínaného sociálneho kontaktu.

U všetkých respondentiek mali **chorobné myšlienky** priestor zosilniť: „*Ludia mali oveľa viac času sa v zrkadle obzerať a byť so svojimi myšlienkami strašne často, až tak nezdravo*“ (Tamara). Novodiagnostikované respondentky sa najskôr začali zaujímať o stravu. Ako býva zvykom, vyhýbali sa „škodlivým“ potravinám, ktoré odstránili zo svojho jedálnička, ktorý bol časovo závislý: „*Napr. o 12 som mala prvé jedlo, potom o 15 a 17. A proste musel podľa toho môj režim fungovať. potom také pravidlá, že nemôžem mať za deň 2x to isté jedlo*“ (Laura).

Orientácia na **pohyb** či **cvičenie** bola zrejmá u všetkých okrem jednej respondentky. Práve ten tvoril základ ich režimu. Pohybu sa venovali viackrát za deň, nakoľko sa tomu vytvoril aj dostatočný priestor. Účelom nebol len úbytok hmotnosti, ale aj rýchlejší priebeh dňa, resp. zaneprázdnenosť, čo potvrdila aj jedna z našich odborníčok: „*boli tak uväznení doma, zároveň boli nútení byť trak trošku viac sami so sebou. Chceli to asi svojim spôsobom nejako ovplyvniť. Pamätám si, že mnoho z nich sa zameralo na akoby také zdravšie stravovanie/ fungovanie/ živ. štýl len to akoby nie moc dobre dopadlo*“ (Psychologička 1) a „*Viackrát ti klienti popisovali, že boli doma, začali aj viac cvičiť. Potom sa to prehplo – začali sa viac zaoberať vlastným telom a prišlo to až do takej nezdravej roviny*“ (Psychologička 2).

Vyústilo to priam až do určitej formy **závislosti na pohybe**. Tým pádom sa na fyzickú aktivitu viazali a režimu dávali absolútnu prednosť: „*Pridávala som na pohybe a nakoniec som skončila na ovocí a zelenine a hlavne cvičenie, nezdravé cvičenie*“ (Tamara). Cieľom bola najmä dosiahnutie váhového úbytku a celkového vyčerpania: „*Večer som išla ešte na pás, ktorý som mala doma. Vyčerpaná som si potom ľahla do postele. Ale boli aj dni kedy som nebola večer unavená a nevedela som že som toho viac zjedla, tak som ešte večer cvičila, keď všetci zaspali*“ (Denisa).

Jednoznačne by sme striktosť, sebakontrolu a seba-kritičnosť dokázali spojiť aj s ich **perfekcionizmom**, ktorým sa všetky až na jednu respondentku vyznačovali: „*No aj som si ten režim vlastne urobila, ale ... bol taký prísny. Príliš som na seba tlačila. Ja som si ten čas tak poriadne vyplnila*“ (Laura).

Neorganizovanosť

S diagnostikovanou mentálnou bulímiou sa v našom súbore vyskytovali celkom dve respondentky – Andrea a Judita. Mentálna bulímia je typická tým, že jedinec nemá pri konzumácii jedla nad sebou dostatočnú kontrolu a prijme veľké množstvo potravy, ktoré následne chce z tela zbaviť von. Strieda sa to s hladovaním v epizódach. Preto konštatujeme, že ich denný režim sa od ostatných respondentiek s diagnostikovanou mentálnou anorexiou značne líšil.

Nedostatočná kontrola bola badateľná aj v ich denno-dennom režime. Strata prednastaveného režimu najskôr nevzbudzovala stres v pravom slova zmysle. S odstupom času však respondentky zmohol strach z neznáma, ktorý sa prelínal so zmätkom, čo nám v rozhovore uviedla aj psychologička: „*Ten strach z neznámeho, že proste, kedy to konečne skončí, boli tak uväznení doma, zároveň boli nútení byť tak trošku viac sami so sebou*“ (Psychologička 1).

Zaplavenosť negatívnymi emóciami, objavenie úzkostných a depresívnych symptómov vyústilo do **emočného prejedania**. Práve jedlo mnohé označovali ako jediný prostriedok útechy, ktorý v danom období existoval: „*Ale aj keď som mala toho priateľa, tak jedlo bolo pre mňa vždy dôležitejšie, lebo ma vedelo ako jediné tak uklidniť. Vyplňala som tým proste kopec času, samotu, prázdnotu, depresiu a úzkosť, ktoré som prežívala*“ (Andrea). Často tak chceli doceliť príjemné pocity, utíšiť stres a nepokoj, ktorý prežívali: „*Bola som schopná vyjesť aj polovičku chladničky. Hocičo. už som nejedla pretože mi to chutilo, ale proste lebo bol ten záchvat. Možno som si tým zaháňala aj tie emócie a tú muhu..*“ (Judita). Následne ich však premohol pocit zlyhania zo straty kontroly nad sebou a preto sa potrebovali prijatého jedla zbaviť.

Často bola pociťovaná **prázdnota**, všednosť dní, kvôli nedostatku iných pozitívnych stimulov: „*Najťažšie na tom celom bola ta samota, prázdnota a nejak si vyplniť ten čas*“ (Andrea). Znudenosť a strata nadšenia postihla neskôr aj oblasti a aktivity, ktoré predtým prinášali radosť „*boli ovplyvnené tou pandémiou tak, že mali pocit, že zrazu aj to, čo ich bavilo a naplňalo, tak už akoby nie je a tak sa to celé rozbehlo s tými problémami prijímania potravy. V tomto prípade záchvatovité prejedanie*“ (Psychologička 2). Úzkostné, depresívne symptómy však zintenzívnili a preto sa epizódy prejedania a zvracania objavovali čoraz častejšie: „*Ja som sa neskôr potom tak prejedala, že som vracala aj 10-15x za deň*“ (Andrea).

Kvôli neorganizovanosti a neschopnosti nastaviť si denný režim, tieto respondentky uvádzali aj časté problémy so spánkom. Niekedy tomu nasvedčovala neschopnosť spať (insomnia), ktorú spájame najmä s ustavičnými myšlienkami na jedlo a zaplavením negatívnymi pocitmi: „*Ja som nemohla spať. Mala so strašné úzkosti a depresie aj keď som bola neskutočne vyčerpaná, tak tie myšlienky na jedlo, boli neustále*“ (Andrea).

Na druhej strane išlo najmä o svojvoľné **narušenie spánkového cyklu**. Spánok bol odkladaný na druhú koľaj pre bezchybnosť a dokonalosť úloh alebo povinností do školy, pre ktorý sa počas pandémie vytvoril dostatočne veľký priestor. Čas na učenie teda nebol len cez deň, ale aj v noci. Aj tu sa na tom podpisoval perfekcionizmus a pocit nedostatočnosti: „*Ja si doteraz neviem zharmonizovať režim a čas. A ja som dávala vždy jedlo, spánok na druhú koľaj. Prvoradá bolo pre mňa to učenie, známky. a Keď nás zavreli, tak som nemala systém*“ (Judita).

7.2.3 Faktory súvisiace so sociálnymi sieťami

Vplyv sociálnych sietí bol počas pandémie a u každej respondentky výrazný a preto sme sa rozhodli ho zaradiť medzi hlavné ovplyvňujúce faktory vzniku a rozvoja PPP. Sociálne siete sú v úzkom spojení s predošlými faktormi – nastavenie režimu a sociálna podpora.

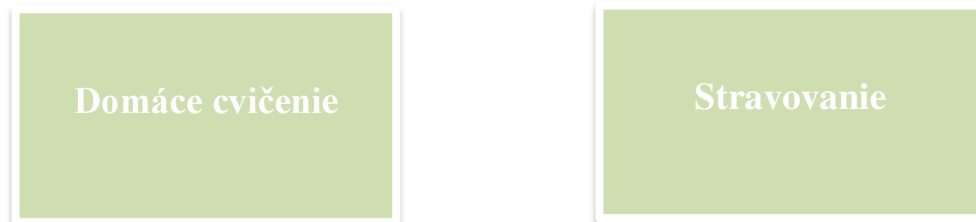
Do tejto kategórie spadajú 2 subtémy – *Propagácia zdravého životného štýlu a Internetové skupiny*.

Propagácia zdravého životného štýlu

Sociálne siete boli priestorom, ktorý umožňoval nie len výplň prebytočného času, ale aj (virtuálne) spojenie s priateľmi alebo rodinou: „*veškeré aktivity im boli odoprené, mali akoby jedinú možnosť použiť ten mobilný telefón a scrollovať po soc. sieťach. Zároveň to bolo zase akoby také „špeciálne miesto“ pre nič. Pretože boli na ňom častejšie než inokedy. Okrem toho, že tak zakopávali prevládajúcu midu, tak to využívali práve aj na tú komunikáciu s priateľmi, prsto konečne s inými ľuďmi ako rodina*“ (Psychologička 2).

Nakoľko sa prístup iným podnetom alebo aktivitám obmedzil, ľudia sa tak častejšie vystavovali kontextu sociálnym sieťam. Na základe zaznamenaných skúseností našich respondentiek sa najčastejšie vystavovali kontextu zdravého životného štýlu do ktorého zaraďujeme tieto subtémy:

Schéma 4: Subtémy zdravého životného štýlu



Domáce cvičenie

Na rôznych sociálnych sieťach sa počas pandémie vyskytovalo čoraz viac videí ohľadom **domácich cvičení**: "*Strašne veľa dievčat začalo cvičiť, strašne veľa dievčat si našlo online trénera. Koučingy sa rozbehli. A samozrejme aj na Instagrame sa to rozbehlo keď už všetci boli odkázaní na tie soc. siete a dostalo sa to až do takých nepekných kútov*" (Tamara). Propagácia prišla ako od trénerov tak i známych a vplyvných osobností, ktorí na sieťach zdieľali svoj denný harmonogram. Išlo najmä o to, zostať v pohybe a nebyť pasívnym i napriek izolácii a ďalším obmedzeniam.

Respondentky uviedli, že súčasťou ich režimu boli aj rôzne cvičebné či pohybové výzvy alebo krokové ciele (min. 10.000 krokov): „*Nechodila sme do školy. Tak som podľa videí na Youtube začala cvičiť. Také tie výzvy ktoré boli Youtube, tie som robila doma*“.

Cvičila som pravidelne“ (Lea). Svoje pokroky si zapisovali a váhový úbytok ich ešte väčšmi motivoval.

Samo o sebe túto myšlienku nemožno považovať za negatívnu. Skôr hrá rolu práve samotné nastavenie jedinca. Avšak vplyvom izolácie trávili respondentky čas najmä samy so sebou a so svojimi myšlienkami, ktoré ich nútili pokračovať v tom čo začali. Nablízku nemali nikoho, kto by im s ich problémom pomohol: *“Byť sama. To bolo to najhoršie. Pretože, keď je človek sám, tak nikoho iného nepočúva len seba samého. Žiadne rady alebo dlhé konverzácie s kamošmi. A dobre, síce som si sem tam s niekým o tom popísala, ale to je také, že nemusím hneď na všetko odpovedať, mne tie myšlienky sa sypali a sypali”* (Tamara).

V prípade našich respondentiek dochádzalo práve k obrovskej inšpirácii na sociálnych sieťach, čomu prispôbovali aj svoj režim: *„Strašne to bolo propagované na Instagrame. Mala som veľa času na cvičenie. Ráno aj poobede. Ani do školy sa nemuselo chodiť, všetko bolo online. Bola som doma”* (Lea). Týkalo sa to najmä žien s mentálnou anorexiou.

Stravovanie

Okrem cvičenia sa propagoval aj určitý spôsob stravovania. Prípadne sa prostredníctvom sociálnych sietí zdieľali jedálničky alebo diéty v podobe známych videí (What I Eat In a Day), ktorými sa inšpirovala nie jedna respondentka: *„dost' hovorí o tom, čo je zdravé a nezdravé. Sú tie videá „What I Eat in a Day“, to pozerá strašne veľa mladých“* (Lea); *„Už len to, že človek zdieľa, čo za celý deň zjedol. Už len to je také na zamyslenie“* (Denisa), *bol to spôsob ako.*

Na základe rozhovorov s respondentkami sa javili ako vplyvné tiež telesné, resp. váhové premeny. Súviseli buď so stravou, s cvičením alebo s rôznymi prípravkami na chudnutie v podobe práškov alebo tabletiiek: *A potom sa zdieľajú rôzne tabletky a nápoje na chudnutie, tak to veľa ľudí stiahne do seba. Ja sama som tým bola ovplyvnená. Ja sa môžem napr. prihlásiť k tým, ktoré skúšali tie zázračné tabletky a nápoje na chudnutie. Samozrejme to nefungovalo“* (Denisa). Mnohokrát však konečný cieľ nebol dosiahnutý, pretože väčšina prípravkov sú len marketingovým ťahom. Avšak sú to propagované „rýchle“ spôsoby chudnutia.

Na základe prevedeného výskumu však možnosť konštatovať, že vystavovanie sa kontextu sociálnym sieťam, ktoré počas pandémie vzrástlo, vplývalo na už vytvorený negatívny sebaobraz našich respondentiek. Propagovanie cvičenia alebo spôsobu stravovania spustilo sociálne porovnávanie sa a podporilo pocit nedostatočnosti a sebakritickosť.

Je dôležité podotknúť, že kľúčové pri pozeraní a vystavovaní sa kontextu sociálnych sietí je práve kritické zmýšľanie. Napriek tomu, že internet je vplyvným miestom, nie všetko, čo sa na ňom dohráva automaticky zapôsobí. Za kľúčové to považujú aj naše psychologičky: *„Najmä čo sa týka internetu. V tomto veku sa tak začína vyvíjať mozog, a nejaké kritické zmýšľanie, ten fakt, že moje konanie môže mať nejaké následky. Aj*

napriek tomu, že sa kade tade šíria informácie, že internete môže byť nebezpečné pre takéto deti“ (Psychologička 2). Sociálne siete poskytujú vplyvné informácie, ktoré sú pre väčšinu ľudí ľahko dostupné, dokonca ľahšie ako odborné články či komunikácia s lekárom v danej dobe. Nejde tak len o príspevky na známych sieťach, ale aj o informácie a články, ktoré sa po internete šíria: „A poviem úprimne, že ľudia skôr uveria nejakému príspevku na FB ako nejakému odbornému článku – a už len si vôbec vyhľadať odborníka. Skôr sú to tie ľahko dostupné zdroje“ (Tamara).

Internetové skupiny

Do kategórie sociálne siete sme zahrnuli aj internetové skupiny typu – **Pro-Ana, Pro-Mia alebo Ask, Facebook** apod. Tieto komunity využívali síce len 2 respondentky, avšak vplyv týchto skupín je nespochybniteľný. V kontexte pandémie a častého vystavovania sa internetu a sociálnym sieťam ich považujeme za významný vplyv na PPP.

Tieto skupiny rovnako slúžili rovnako ako sociálne siete pre inšpiráciu v chudnutí: *„Ja som sa potom aj pridala do takých „Pro-ANA“ skupín. Vďaka nim som prišla na rôzne metódy ako oklamať žalúdok a hlad“ (Denisa). Často išlo o drastické metódy ako utíšiť hlad, nasledovanie svojich chorobných myšlienok bolo však oveľa silnejšie: „Alebo ďalšia rada bola, že keď mi škvírka v bruchu, mám si začať udierať do žalúdka alebo zjesť vatú a zapiť to vodou“ (Tamara); „My sme sa na začiatku podporovali v tých skupinách, zdieľali si jedálničky medzi sebou alebo si dávali výzvy rôzne, aby sme sa nejako nakopli, ale v niektorých tých skupinách je to fakt masaker, napr. za jeden deň zjedia kocku ľadu apod“ (Denisa).*

Vďaka tomu, že ich metódy nasledovali, dostávali „falošnú“ podporu, ktorá počas pandemického obdobia bola medzi rodinnými príslušníkmi nedostatočná alebo žiadna: *„Napriek tomu, že som tam bola každý deň, ale keď som to potom ja spravila, tak ma za to pochválili“ (Tamara).*

Okrem iného to však umožňovalo aj sociálny alebo zisk nových kontaktov. Napriek tomu, že často tento kontakt neprešiel do osobného, dokázali niektoré medzi sebou zdieľať aj ozajstnú podporu, vzájomne si byť oporou vo vyhľadaní pomoci a liečbe. Nie vždy to však skončilo tak, ako by si ležali. Čo ich psychické rozpoloženie ovplyvnilo ešte väčmi: *„Možno kebyže nebolo mňa a tých soc. sietí, tak má na to celé ona trochu iný pohľad. Ale ja som bola trochu aj tá ktorá ju od toho odhovárala. Vlastne sme v tom išli spolu“ (Denisa).*

7.3 Faktory súvisiace s vyhľadaním pomoci

Cieľom našej výskumnej práce je zároveň priblížiť spôsob poskytovania psychologickej a psychiatrickej starostlivosti o pacientov s diagnostikovanou PPP počas obdobia pandémie COVID-19. V mnohých zariadeniach bola využívaná najmä alternatívna komunikácia, teda elektronická forma komunikácie prostredníctvom technológií.

Na základe skúseností našich respondentiek a psychologičiek by sme v tejto kapitole radi objasnili, čo predchádzalo vyhľadaniu pomoci a aké boli zisky a straty tejto formy komunikácie.

V tejto kapitole sa teda venujeme nižšie zobrazeným výskumným otázkam.

Schéma 5: Výskumné otázky, ktorým sa budeme venovať

VO₃: Čo ovplyvnilo vyhľadanie odbornej pomoci počas pandémie?

VO₄: Aké sú výhody a nevýhody alternatívnych foriem komunikácie v starostlivosti o duševné zdravie?

Do tejto kategórie sme zaradili 3 témy, ktoré predchádzali vyhľadaniu pomoci – *Propagovanie duševného zdravia, Dlhodobá psychická záťaž a Náhľad na ochorenie,*.

Zároveň sa budeme zaoberať tretou výskumnou otázkou – *Čo ovplyvnilo vyhľadanie odbornej pomoci počas pandémie?*

Propagovanie duševného zdravia

Vyššie sme spomenuli, že vplyvom prebytku času respondentky trávili svoj čas primárne na sociálnych sieťach. Uviedli sme, že časté vystavovanie sa sociálnym sieťam ovplyvnilo ako ich režim, myslenie tak sekundárne ich PPP.

Nemožno vnímať internet len z negatívneho hľadiska. Sociálne siete vytvárajú priestor, kde ľudia majú možnosť zdieľať svoje skúsenosti s určitým ochorením, čo môže dať jedincovi pocit, že v danom ochorení nie je sám: *„Zase sa tam dajú nájsť aj ľudia ktorí trpia podobným problémom a niekedy to je opäť dobré, lebo sa môžete akoby inšpirovať niekým, kto to tiež prekonal a dokázal to tiež zvládnuť“* (Laura). Alebo sa zdieľajú skúsenosti aktuálnych alebo bývalých klientov priamo na web-stránke určitej organizácie alebo ambulancie, čo by sme mohli považovať za určitú formu reklamy.

Na sociálnych sieťach sa vyskytujú a propagujú profily osôb alebo organizácii, ktoré sa zaoberajú duševným zdravím a poskytujú psychologické alebo psychiatrické konzultácie. Vzhľadom na sociálne dištancovanie to bolo miestom, kde bolo možné zastihnúť čo najviac ľudí, aby sa o danej službe dozvedeli a pomoc vyhľadali. V tomto ohľade by sme mali internet považovať skôr ako tzv. „dvojsečný meč“: *„Preto sa na tie sociálne siete treba pozerat' „dvojmo“. Vedia síce byť prekážkou v niečom, ale myslím, že kebyže nemá naša organizácia takú reklamu práve cez tieto siete, tak by sa nám tolko pozornosti možnože ani nevenovalo“* (Psychologička 2).

Nad vyhľadávaným obsahom má však kontrolu daný človek. Preto hrá veľmi dôležitú rolu jeho vlastné nastavenie, ktoré určuje na čo sa chce orientovať: *„Na druhej strane existujú takéto organizácie ako sme my a vedia si nás skrz tie siete nájsť. Závisí akoby na čo sa chcú orientovať. Je to taká dvojsečná zbraň“* (Psychologička 1).

V tomto kontexte je dôležitou vlastnosťou práve kritické zmýšľanie, ktoré sme spomenuli v predošlej kapitole. Pri registrovaní obsahu na sociálnych sieťach je dôležité vnímať príspevky s určitým odstupom a filtrovať tento obsah. To je problematické najmä u mladšej vekovej kategórie: *„Povedala by som, že mladšie ročníky nevedia rozlišovať“*

medzi dobrým a zlým na internete“ (Tamara). Zložitost' problematiky kritického myslenia vyzdvihla i jedna z odborníkov: „Hlavne pri tých nižších vekových kategóriách, kde chýba kritické zmyšľanie je to rizikovejšie. Pretože táto veková skupina prijíma všetko tak ako to na tých sieťach vyzerá, bez filtra. Ta je veľké riziko takého spúšťača skrz soc. siete“ (Psychologička 1).

Počas pandémie veľkú pomoc zohrávali aj ľudia iných profesií. „Nepriamo“ edukovali o duševnom zdraví a psychickej pohode, čím zároveň poskytovali určitú reklamu organizáciám, odborníkom alebo krízovým linkám pomoci. Informácie si tak zdieľali medzi sebou i ostatnými: „Veľakrát sa stáva, že nás propagujú aj lekári alebo školský psychológovia alebo iní psychológovia z rôznych poradní alebo klinik“ (Psychologička 1). Častejšie sa tak dostávali do povedomia iných ľudí, ktorí vyhľadávajú práve špecializovanú pomoc: „A dokonca nás propagujú aj iní psychológovia. že napr. neberú do svojej praxe ľudí s PPP, ale doporúčujú nás. Takže aj cez tie pomáhajúce profesie, bývame odporučení“ (Psychologička 2).

Dlhodobá psychická zát'az

Pre mnohých bolo obdobie pandémie poznačujúcim, nakoľko v ňom panovala neistota a strach z neznáma. Nevedomosť z doby v ľuďoch často vzbudzovala **paniku, neistotu a strach**: „Potom nás zavreli úplne, nedalo sa ani nikam vycestovať. To mi narobilo aj celkom stres, kvôli rodičom, keďže pracujú v zahraničí. Bála som sa, že nakoniec budú musieť byť vždy v karanténe alebo ešte horšie, že sa ani domov nebudú môcť vrátiť“ (Tamara).

Vzhľadom na výpovede našich respondentiek sme zaznamenali najmä vyšší výskyt **stresu, depresívnych a úzkostných symptómov**, čo sa zrkadlilo najmä na ich psychickom rozpoložení počas pandémie: „Potom postupne sa to nedalo. To už boli také stavy, že som trhala vlasy. Vedela som sa zo všetkého zrútiť“ (Judita). Vyústilo to do toho, že sa dopyt po psychiatrických a psychologických službách počas tohto obdobia jednoznačne zvýšil: „Dalo by sa hovoriť aj o tom, že po počas a hlavne po pandémii narastá ten dopyt po psychiatrickom, resp. psychologickom poradenstve“ (Psychologička 2).

Negatívne psychické rozpoloženie a vyčerpanie pôsobilo **amotivačne** u relapsovaných aj novodiagnostikovaných respondentiek až do tej miery, že pociťovali stratu zmyslu života a nádeje na zlepšenie: „Hovorím, že na začiatku pandémie ako som sem prišla, tak tam tá motivácia moc nebola, to proste po tej liečbe zmizlo, nič mi to nedávalo“ (Andrea).

Mnohí sa **obávali** aj **šíriacej sa nákazy**, ktorá bránila v sociálnom styku a upevňovala tak osamelosť a izolovanosť od ostatných: „Ja by som aj rada, ale ony boli také, že sa strašne báli toho nakazenia, toho kontaktu. Takže to moc nešlo. Ani to nebolo o tom, že by sme nejako ďaleko od seba bývali. Len sa báli strašne nakazenia“ (Denisa).

Na základe skúseností respondentiek sme vyššie uviedli, že celková kvalita duševného zdravia a psychologickkej pohody klesla a ľudia sa začali podliehať prežívanému stresu a depresívnemu ladeniu na ktoré sa viazali rôzne psychické ochorenia.

Okrem emočného jedenia sa medzi respondentkami vyskytovala aj **drunkorexia**. Na jednej strane obmedzovali stravu, kvôli prijatým kalóriám z alkoholu: „*Keď som aj chcela ísť s kamoškami večer piť, tak som celý deň nejedla, aby som sa zmestila s kalóriami*“ (Tamara). Alkohol v tomto prípade nahradzoval i pozitívne stimuly a pomáhal respondentkám zabudnúť na prežívané problémy a osamelosť: „*Hocijaký zlý pocit, riešením bol buď alkohol alebo teda jedlo. Keď som bola sama, tak tá samota ma neskutočne ničila a ubíjala*“ (Andrea). U jednej respondentky z nášho výskumného súboru sa vyskytoval alkohol na dennej báze do tej miery, že jej vďaka nemu ubiehali dni rýchlejšie: „*O 8 ráno som si išla kúpiť alkohol, aby ma o 2 poobede vypllo a zobudila som sa až v noci a tú som už celú prespala*“ (Andrea).

Pre lepšiu prehľad ponúkame nižšie uvedenú schému:

Schéma 6: Subtémy tvoriace dlhodobú záťaž



Náhľad na ochorenie

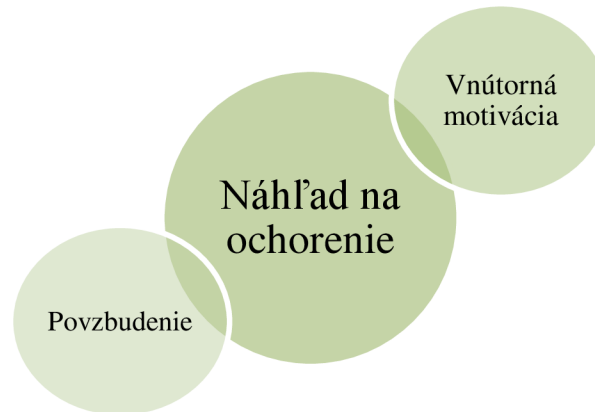
Veľmi dôležitým aspektom práve vo vyhľadani pomoci tvorí uvedomenie si vážnosti svojho zdravotného stavu. Ide o zložitý proces, ktorý potrebuje dostatok času. Pochopiteľne náhľad neprichádza na začiatku ochorenia. Respondentky uvádzali, že mnohokrát uvedomenie prišlo, až keď začali pociťovať následky svojho konania.

Jednalo sa tak napr. o **stratu energie** až úplne **vyčerpanie**: „*V tom období som riešila aj jedlo, rodinu, školu do toho, ale už som cítila, že akoby vyhorievam. A keď niekto vyhorieva v 2. ročníku na SŠ, tak už je to asi dosť zlé*“ (Judita) alebo o **telesné následky**: „*Ale keď mi tak docvaklo, že nie všetko je v poriadku bolo na konci leta. Niekedy v auguste, kedy som klesla pod 50 kg a prestala mi menštruácia a bola som strašne taká vyčerpaná*“ (Lea).

Na základe zistení z nášho výskumného súboru by sme mohli náhľad ako taký počas obdobia pandémie vylúčiť. Prichádzal postupne s uvoľňovaním opatrení a návratom do „normálneho“ života: „*Ja som celú pandémiu proste prevracala a sem prišla znovu s tým, že však to už končí a chcem sa vrátiť do života*“ (Andrea).

Na základe skúsenosti respondentiek tento proces ovplyvňovali dva významné atribúty – *Vnútoraná motivácia* a *Povzbudenie*, ktoré vysvetľujeme nižšie.

Schéma 7: Subtémy kategórie Náhľad na ochorenie



Vnútoraná motivácia

Pri uvedomení vážnosti svojho zdravotného stavu zohrala veľkú úlohu **vnútoraná motivácia** respondentiek. Zaujímavosťou je, že u väčšiny respondentiek prichádzala ku koncu pandémie. Na základe zhromaždených odpovedí vnímame súvis práve v uvoľňovaní opatrení a návratu do prirodzeného spôsobu života. Pre niektoré respondentky to bola možnosť začať odznovu a poučiť sa zo svojich skúseností: „*A teraz som sem prišla aj kvôli tomu, že sa to celé končí a ja sa chcem opäť vrátiť do normálu*“ (Andrea). Možno ju považovať za tzv. „aktivačnú silu“ a teda za jednu z kľúčových aspektov sebanáhľadu, ktorá je zo začiatku však veľmi krehká: „*veľakrát tam predtým, než nám zavolajú stojí taká tá vnútoraná motivácia*“ (Psychologička 1).

Povzbudenie

Dôležitou súčasťou náhľadu je práve už spomínaná komunikácia a zvlášť **povzbudenie** od druhých. Zohráva veľmi dôležitú úlohu ako v priebehu ochorenia tak i počas hospitalizácie. Jedna z respondentiek uviedla, že liečbu v priebehu karantény vyhľadala, ale hospitalizácia a liečba jej nijak nepomohli. Chýbali iné prvky, ktoré významným spôsobom sprevádzajú liečbu: „*Nemala som vtedy žiadne návštevy, čo mi dosť zhoršilo stav. Ja som to teda nejak pretrpela, pretože veď čo by som aj tak robila vonku. Takže ja som si to tu iba odsedela a potom ma pustili*“ (Andrea).

Veľmi dôležitou súčasťou liečby je práve opora, možnosť verbalizovať svoje problémy a trápenia. Vďaka komunikácii sa tak mnoho hospitalizovaných pacientiek mohli vzájomne podporiť a odstrániť pocit osamelosti: „*Nemala som sa proste o tom ani s kým porozprávať. Až tu som našla ľudí, ktorí chápali ako sa cítim a sú tu ľudia ktorí to so mnou zdieľajú. A preto viem, že v tom nie som sama*“ (Andrea).

Významným je práve **záujem od druhých**, ktorý sa sa snažili pomôcť: „*Mimochodom bol priateľ prvý, ktorý sa snažil pomôcť. Ešte vtedy ako som spolupracovala s trénerom, on ako prvý videl, že mi to viac škodí než pomáha, že teraz riešim nejaké kalórie a neviem sa posunúť tým správnym smerom. On chcel aby som s tým*

trénerom prestala spolupracovať“ (Tamara). Samotná sebadôvera u niektorých pacientiek zlyhávala a potrebovali počuť povzbudenie od niekoho iného: „Moja mama ma podporovala. Ona sama mala anorexiu v mladosti, takže ma vedela pochopiť“ (Judita).

Uvedme, že sprevádzať a povzbudzovať je náročný a dlhodobý proces. Na základe skúseností našich respondentiek nešlo o „zopár“ povzbudení. Podporu potrebovali neustále dokým dokázali stáť za svojim rozhodnutím pomoc vyhľadať: *„Tam som išla aj vďaka priateľovi. Mne to ale vôbec nepomohlo, len zhoršilo. Potom som začala chodiť ku psychiatrické, ktorá mi odporučila hospitalizáciu, tak to pochopil a podporil ma aj v tom. Teraz mi je obrovskou oporou“ (Tamara).*

Aj v prípade práce odborníkov je vyjadrenie povzbudenie veľmi dôležitým aspektom pri ďalších krokoch ich práce. Buduje vzťah, bezpečie, dôveru a najmä oceňuje daného jedinca v jeho pokrokoch: *„Ale to čo robíme my, tak tam ide o to akútne a jednorazovú podporu a ocenenie a ošetrovanie toho s čím ten človek prichádza a určite aby dal šancu dlhodobej terapii. Aby išiel do toho. Aby zážitok, to prvé zverenie, aby tento zážitok bol vo svojej podstate príjemným zážitkom a tým pádom vedel bez strachu pokračovať v tejto ceste“ (Psychologička 1).*

7.4 Alternatívna forma komunikácie

V tejto kapitole objasníme výhody a nevýhody alternatívnej formy komunikácie. Spomeňme, že sa jedná najmä o elektronickú formu komunikácie (chat, video-konzultácia, e-mail a pod.) prostredníctvom rôznych technológií (telefón, počítač).

Zároveň sa v tejto kapitole budeme zameriavať na poslednú výskumnú otázku - *Aké sú výhody a nevýhody alternatívnych foriem komunikácie v starostlivosti o duševné zdravie?*

Psychologičky, ktoré súhlasili s rozhovorom, pracovali počas obdobia pandémie COVID-19 najmä na linke pomoci organizácie, ktorá sa zaoberá PPP. V našom súbore sa vyskytovali celkom 2 respondentky, ktoré so svojim odborníkom/odborníčkou komunikovali hlavne online.

Výhody

Veľmi dôležitým pre mnohých bolo práve **zachovanie kontaktu** s terapeutom, psychológom alebo psychiatrom. Vo výpovediach odborníkov sme zaznamenali, že veľkým problémom nie len počas, ale aj pred pandemiou bola čakacia doba napr. na psychiatrické vyšetrenie: *„mnohí odborníci, aj z psychiatrickým oddelením, boli preložení na COVID pavilóny. Čiže niektoré ambulancie boli miestami obmedzené. Tým pádom sa čakacie lehoty na vyšetrenie predlžovali. Viem, že aj lôžka sa eliminovali, zrazu ich bolo menej“ (Psychologička 2). U niektorých sa počas pandémie čakacia doba posunula, resp. predĺžila. Späť to tak mohlo ovplyvniť motiváciu čakajúcich: „A to je najhoršie na tom čakaní, že tá motivácia môže proste vyprchať“ (Psychologička 1).*

Aby sa predišlo prerušenému kontaktu alebo čakacej dobe, si buď odborníci zvolili túto formu komunikácie alebo klienti a pacienti vyhľadávali práve dostupnejšiu formu komunikácie akou je práve tá online: *„Pretože čakanie na osobný kontakt, by bol určite*

dlhší ako nejaké online konzultácie a počas pandémie je to podľa mňa nádherný príklad toho, ako ostať v kontakte s pacientom a ako ho liečiť ďalej. Alebo ako sa vysporiadať s tým, že proste ten počet pacientov sa cez pandemickú dobu zvýšil“ (Psychologička 1).

Významným je najmä **dosah** volajúcich klientov. Týka sa to nie len online-konzultácii, ale aj krízových liniek pomoci, na ktoré sa obracalo počas pandémie čoraz viac ľudí. Ľudia tak mohli žiadať o pomoc z rôznych regiónov Slovenska v pohodlí svojho domova. V období, kedy sa počet nakazených neustále zvyšoval to bolo svojim spôsobom i žiaduce. Klienti tak **chránili** seba i ostatných **pred možným nakazením** a zároveň nemuseli nikam dochádzať, či už z dôvodu neschopnosti, vzdialenosti alebo iných dôvodov: *„Ja som hlavne aj človek hanblivý, introvert, takže nerada chodím niekde medzi ostatných. Keď som aj počas choroby bola v tých najhorších štádiách, tak som nemala rada chodiť niekam, medzi ľuďmi“* (Tamara).

Časová flexibilita je jedným z prvkov, ktorý vyhovoval obom našim respondentkám: *„Pozitívne bolo na tom, že to bolo aspoň niečo, proste som bola doma a stále mohla mať tú terapiu“* (Judita), *„Tak pre mňa ako študentku určite bolo lepšie to online. Nestihala by som veľakrát ani dochádzať. Takže to bol veľký šetrič času“* (Tamara).

Zvlášť **krízové linky pomoci** ponúkajú tzv. prvý záchytný bod pre mnohých klientov. Linky pomoci poskytujú jednorazovú pomoc, kde poskytujú prvotnú podporu, pochopenie a záujem o jeho prežívaný problém a pomáhajú volajúcim vo vyhľadaní dlhodobej pomoci: *„My sme akoby taký prvý záchytný bod. Nech už je to čokoľvek, a s čímkoľvek tam prídu, tak je dôležité aby mali pozitívny zážitok. To vyústi aj do toho, že sú posmelení pokračovať na tej ceste ďalej, aby vyhľadali toho odborníka“* (Psychologička 2), *„Ide o vyfiltrovanie toho prvotného napätia, nejakej beznádeje. Zorientovanie sa v tom, ako vyzerá liečba a namotivovanie sa, zveriť sa s tým niekomu blízkemu, pokiaľ sa to nestalo. A tak isto nadväzovanie na dlhodobejšieho kontakt, či už u nás alebo externe“* (Psychologička 1).

Poskytujú pomoc aj samotným **rodičom**, ktorým pomáhajú sa v probléme zorientovať a zároveň v nasmerovaní komunikácie so svojim dieťaťom. Ide tak o rýchle a dostupné poskytnutie potrebných informácií: *„Potrebujú počuť najmä to, akým spôsobom majú s ich dieťaťom ďalej komunikovať a sú už na hrane vyčerpania. Snažia sa nájsť najmä nejaký postup, ako tomu dieťaťu pomôcť. Nejde o ich úľavu, ale skôr pomoc dieťaťu“* (Psychologička 2).

Pre mnohých klientov predstavovala veľkú výhodu práve **flexibilita prístupu** a dostupnosti. Pri linkách pomoci nejde len o telefonický kontakt, ale svoje služby prispôbujú potrebám volajúcich. Je to práve možnosť ako zasiahnúť čo najviac klientov. Odstraňuje prvotný pocit napätia v tom, že klient môže komunikovať spôsobom, ktorý vyhovuje najmä jemu. Nastoluje tak prvotné bezpečie: *„Pretože mnohí sa hanbia komunikovať, ukazovať sa; niektorým sa lepšie píše ako komunikuje, pretože o tom nevedia rozprávať“* (Psychologička 2).

Nevýhody

Problematická by mohla byť práve kontrola zdravotného stavu. Najmä, ak sa to týka napredovania s jedlom a jedálňičku: *„Ja som mala tú nutričnú takú, že ona úplne*

nevedela hodnotiť či napredujem s tou stravou, možnože jedine podľa toho výzoru, pretože riešila vždy len číslo na váhe a to si jedine zapisovala“ (Tamara).

Napriek tomu, že kontaktovanie krízovej linky pomoci môže prebiehať rôznymi spôsobmi, v mnohých možnostiach, ktoré ponúka, môžeme naraziť napr. na **absenciu neverbálnej či verbálnej komunikácie**. Už len keď chýba doprovod neverbálnej komunikácie, prichádza odborník o dôležitú súčasť klientovej odpovede. V tomto prípade sa odborník môže len domnievať, ako to daný jedinec myslel a povedal: *„Hlavne je dôležité pracovať s tým domýšľaním si. Pretože vidíme iba text a zrazu si mozog sám kladie otázky typu s akou emóciou to hovorí, ako sa tvári keď to hovorí, ako to povedal. Takže toto je také náročné. Naozaj snažiť sa mať čistú myseľ a nasávať teda len to čo povie klient“ (Psychologička 1)*. Odzrkadľuje sa na tom práve **náročnosť** udržania otvorenej mysle voči klientovi.

Zjavné to môže byť napr. pri e-mailovom alebo chatovom poradenstve, kde môže dochádzať k značným **nedorozumeniam**: *„tam mali v ponuke 30 minút cez WhatsApp písane. To bolo len také že ma to vlastne len rozplakalo, pretože mne povedali, že nemám PPP ale depresie“ (Tamara)*. Klient sa tým pádom môže **cítiť nepochopený** a celkový proces nabráť úplne iný smer: *„Takže ja som z tadial' chodila len zdeptaná a uplakaná, miesto toho aby som možno cítila nejakú motiváciu alebo dačo. Takže to človeku len urobí v hlave ďalší chaos“ (Tamara)*.

Na komplikovanosti tejto práce sa podpisuje hlavne **neustála sústredenosť, pohotovosť**, ktoré môžu byť potencionálne dôsledky straty energie alebo vyčerpanosti u odborníka: *„Akokeby, že si to viac zhmotniť celé, čiže toto je to riziko pre nás. Viac to vyžaduje proste tej energie a naladenia. a v tom maily je to také že idete len po niekade a potom tam sú tie mantinely“ (Psychologička 2)*.

8. DISKUSIA

V diskusii sa budeme zaoberať výsledkami našej výskumnej práce a postupne si prejdeme stanovené výskumné otázky. Naše výsledky a zistenia porovnáme s doterajšími výsledkami zmienených štúdií a výskumov. V poslednej časti si predstavíme limity, nedostatky a taktiež prínosy nášho výskumného bádania.

Naša výskumná práca si kladie za cieľ zmapovať spúšťacie faktory, ktoré ovplyvnili nárast PPP u žien vo veku 18 – 26 rokov. V priebehu pandémie COVID-19 došlo i k ovplyvneniu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Niektorí odborníci preto svoju prácu a komunikáciu presunuli do online priestoru. Ako druhý cieľ sme si stanovili preskúmať úspechy a neúspechy alternatívnej formy komunikácie.

V rámci **prvej výskumnej otázky** bolo našim cieľom bolo zmapovať spúšťacie faktory, ktoré sa vyskytovali špeciálne počas obdobia pandémie COVID-19. Túto výskumnú otázku sme rozdelili na 3 skupiny faktorov, ktoré v sebe zahŕňajú najčastejšie vyskytujúce sa témy. K prvej otázke sme zároveň doplnili jednu podotázku, ktorá sa zameriava na izoláciu.

Prvé faktory, ktoré ovplyvnili PPP boli – **Negatívne domáce prostredie a Sociálne dištancovanie**

Vplyvom protipandemických opatrení sa respondentky vystavovali svojmu **domácejmu prostrediu** oveľa častejšie. Toto prostredie opisovali ako negatívne a neprosperujúce, ktorému sa pred pandémiou prostredníctvom spoločenských a voľnočasových aktivít snažili vyhýbať. Neustály pobyt v prostredí, kde prevláda agresívna a devalvujúca komunikácia ovplyvnilo nie len ich psychické rozpoloženie, ale aj podporilo už vytvorený negatívny sebaobraz (Pápežová & Hanusová, 2012). Na sebauvedňovanie pôsobili aj ich **partnerské vzťahy**, ktorým sa vystavovali pred alebo počas pandemického obdobia. Tieto vzťahy boli hodnotené rovnako negatívne.

Jedno z hlavných opatrení bolo **sociálne dištancovanie**, ktoré okrem obmedzenia voľnočasových aktivít prerušilo i osobný kontakt s priateľmi (Parsons et al., 2021). Často sa pritom jednalo o vysoké obavy z koronavírusu a ohrozenia zdravotného stavu, čo uvádzala aj jedná z respondentiek. Pre väčšinu našich respondentiek to predstavovalo

stratu porozumenia, opory a najmä možnosti verbalizovať svoje prežívané ťažkosti, na ktoré zostali samé (Loads et al., 2020). V tomto bode sa mnoho respondentiek ešte viac uzavrelo do seba a komunikáciu s priateľmi vyhľadávali menej. Dôsledkom izolovanosti pozornosť vzbudzovali najmä **chorobne vzniknuté myšlienky**. Vďaka tomu sa symptómy u relapsovaných i novo-diagnostikovaných pacientiek zhoršovali (Schlegl et al., 2022).

Už Hawes et al. (2021) naznačili, že sa vplyvom pandémie u mnohých rozvinuli i depresívne a úzkostne symptómy, ktoré ďalej zhoršovali priebeh PPP. Výsledky nášho výskumného bádania sú tak isto v zhode aj s prieskumom od Adamčíkovej & Zavorskej (n.d.), ktoré vyzdvihujú práve sociálne dištancovanie v spojitosti s poklesom kvality duševného zdravia.

Na základe našich zistení, by sme sociálne dištancovanie a izolovanosť nemohli pokladať za priamy dôsledok rozvoja a vzniku PPP. Toto ochorenie je multifaktorálne, ktorého vznik rozvoj vidíme skôr v kombinácii viacerých faktorov. Z hľadiska odpovedí našich respondentiek a odborníčov je pozorovateľný priamy dopad izolácie v depresívnych a úzkostných symptómov, negatívnom psychickom rozpoložení. Tie zapríčinili stratu motivácie a teda aj vyhľadanie pomoci a liečbu PPP, ktoré sú v súlade s výskumom Giel et al. (2021).

Vplyvom pandémie došlo k ovplyvneniu prednastaveného režimu (Cechetto, 2021). Obmedzenosť voľnočasových a spoločenských aktivít a teda sociálne dištancovanie mali za následok **prebytok voľného času**. U respondentiek sme spozorovali dva rozdielne typy ako sa snažili čeliť množstvu času, ktorý im bol k dispozícii – **Striktnosť režimu a Neorganizovanosť**.

Uvedená časť sa prelína i s našou **druhou výskumnou otázkou**, ktorá sa zaoberala denným režimom počas pandémie.

Pri definovaní **mentálnej anorexie** Hanusová & Pápežová (2012) podčiarkujú spomedzi osobnostných vlastností perfekcionizmus, potrebu vynikať medzi ostatnými a **striktosť v dodržovaní určitého režimu**. Prebytok voľného času a teda i absencia sociálneho kontaktu im umožnili, aby sa stravovaním, svojou telesnou váhou a teda aj výzorom mohli zaoberať častejšie a intenzívnejšie, na čo dokazuje i výskum Cindrich et al. (2021). Na základe našich zistení prebytok času mal za následok **zvýšené sebapozorovanie** na ktoré nadväzovala napr. už Koleničová (2022). Dokopy tri

respondentky avizovali vo svojich odpovediach väčší priestor a čas sa zaoberať tým ako vyzerajú. Preto **fyzická aktivita tvorila základ ich režimu**, ktorej venovali väčšinu dňa.

Pohybu venovali priestor pred školou, niekedy počas školy a najmä po škole. Tento režim vyústil až do rozvoja **závislosti na fyzickej aktivite** alebo cvičení, čo sa zhoduje napr. s výskumom Schlegl et al. (2020). Cvičenie, pohybové výzvy alebo niekoľko hodinové prechádzky umožnili daným respondentkám byť zaneprázdnené a tým odvrátiť pozornosť od hladu alebo prežívanej samoty. Na základe odpovedí respondentiek i psychologičiek sa domnievame, že úloha fyzickej aktivity alebo niekoľko hodinové prechádzky slúžili ako maladaptívny spôsob zvládania daného obdobia, čo je v súlade s výskumom Hwang et al. (2020). Dodatočne išlo najmä o spôsob, ktorým sa snažili vyhýbať domácemu prostrediu, ktoré hodnotili na základe svojich skúseností problematicky i samotné odborničky.

Pri respondentkách diagnostikovaných s **mentálnou bulímiou** sme naopak zachytili značnú **neorganizovanosť** v režime. U týchto respondentiek sme zaznamenali skôr chaotickosť, zmätok v ich psychickom rozpoložení, čo sa preukazovalo aj v ich režime a fungovaní počas pandémie.

V súvislosti s výskumami (Checchetto et al., 2021; Parsons et al., 2021) vyšší výskyt stresu, strachu a obáv viedli k častejšiemu výskytu **emočného prejedania**. U oboch respondentiek s diagnózou mentálnej bulímie sme tento prípad mohli len potvrdiť. Jedlo v tomto prípade zohrávalo rolu útechy. U mentálnej bulímie boli tieto pocity len chvíľkové a obavy z nárastu hmotnosti podnecujú vyvracanie pozitívneho jedla (Němečková, 2007). U respondentiek sa tak častejšie vyskytovalo prejedanie a následne zvracanie pozitívneho jedla (Schlegl et al., 2020). Podľa odpovedí respondentiek s diagnostikovanou mentálnou bulímiou im to vyplňalo deň a odzrkadľovalo ich režim. Rovnakí autori dávali emočné jedenie do súvislosti so záchvatovým prejedaním. Nakoľko sa naše respondentky snažili prijatú potravu hneď vyvrátiť, sa s týmto aspektom nedokážeme zhodnúť.

Podľa výskumu Cindrich et al., (2021) pandémia okrem celkového režimu narušila aj **spánkový režim**. Narušenie spánkového cyklu sme zachytili aj u respondentiek s diagnostikovanou mentálnou bulímiou. V spojitosti s PPP sa vyskytovala buď výrazná nespavosť (insomnia) alebo svojvoľné narušenie spánkového cyklu. Problémy so spánkom udávali celkom dve respondentky. Vtievavé myšlienky na jedlo, strach a stres spôsobovali výraznú nespavosť a v dôsledku dosahovania bezchybnosti v školských povinnostiach sa

upozadil spánok. V súvislosti s psychickým rozpoložením a izoláciou umožňovali školské povinnosti dostatočnú zaneprázdnenosť počas dňa a teda spôsob akým bolo možné vyplniť čas.

Ďalším vplyvným faktorom boli sociálne siete. Do tejto kategórie sme zaradili témy – **Propagácia zdravého životného štýlu a Internetové skupiny.**

V súlade s výskumom od Chao et al. (2020) sme zaznamenali častejšie používanie **sociálnych sietí**. Prebytok voľného času a obmedzenosť aktivít vyplňali naše respondentky na sociálnych sieťach, kde sa vystavovali kontextu ideálu krásy, ktorý je problematický sám o sebe (Marks et al., 2020). Je potreba spomenúť, že informácie o tomto obsahu obe skupiny (novodiagnostikované a relapsované) respondentiek sledovali už pred začatím pandémie, avšak s nižšou frekvenciou. Obe psychologičky skonštatovali, že vplyvom sociálneho dištancovania, obmedzenia sociálnych a spoločenských aktivít slúžili sociálne siete nie len pre výplň času, ale i na komunikáciu s priateľmi.

V súlade s výskumom Marks et al. (2020) významný faktor podporujúci vznik a rozvoj PPP boli práve rozšírené **domáce cvičenia** alebo **pohybové výzvy**, ktorými sa inšpirovali aj naše respondentky s diagnózou mentálnej anorexie. Trénermi, influencerami alebo inými vplyvnými osobami propagované **domáce cvičenia** a rôzne spôsoby **stravovania** podporovali dodržiavanie zdravého životného štýlu (Zhang & Ma, 2020). Už francúzska štúdia Jiotsa et al. (2020) podčiarkla, že časté vystavovanie sa tomuto obsahu spúšťa sociálne porovnanie sa a vytvára podklad pre rozvoj chorobných myšlienok v súvislosti s PPP. Zároveň cvičenie, pohyb a strava patrí do s kontextu fyzickej krásy a kultom štíhlosti, čo súvisí aj so zvýšeným sebaopozorovaním, čo je v súlade s výskumom od Koleničovej (2022).

Marks et al. (2020) vo svojej štúdii uviedli, že vplyvom propagácie zdravého životného štýlu sa mnohí začali inšpirovať **zdravým stravovaním**. Vyhľadávanie výlučne zdravých potravín a vyhýbanie sa tukom, cukrom a pod., vnímame ako typický v prípade anorexie. U respondentiek dominovali videá „What I Eat in a Day“, kde známe a inšpiratívne osobnosti zdieľajú svoje jedálne líčky počas dňa. V zhode s výskumami od Cooper et al. (2020) a Parson et al. (2021) išlo v tomto prípade o časté porovnávanie sa s osobami, ktoré propagovali zdravý životný štýl s cieľom podobať sa im. Obzvlášť inšpiratívnymi sa stali práve prípravky na chudnutie, vďaka ktorým bolo možné doceliť vysoký a rýchly úbytok na váhe.

Opýtané odborníčky v tomto prípade upozornili na problematiku kritického zmyšľania, orientácie na internete, ktoré je podstatné pri používaní a vystavovaní sa obsahu sociálnych sietí a médií (Jiotsa et al., 2021).

Časté používanie sociálnych sietí spájame aj s nadmerným používaním **internetových skupín**, zahrnujúce kontext Pro-Ana (Borzekowski et al., 2020). Z výpovedí dvoch respondentiek, ktoré sa týmto stránkam vystavovali, vyplývalo, že išlo často o získanie podpory a obdivu. V súvislosti so sociálnym dištancovaním a obmedzenou komunikáciou s priateľmi sa domnievame, že na týchto stránkach nachádzali najmä podporu. V kontexte s PPP ju vnímame skôr ako „falošnú“ podporu.

V našej práci sme sa zároveň zaoberali vplyvom pandémie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientom s PPP. Naš výskum sa zároveň zaoberal faktormi ktoré podnietili **vyhľadanie pomoci** a aké sú úspechy a neúspechy takejto **alternatívnej formy komunikácie**.

V tejto časti sa zaoberáme **tret'ou výskumnou otázkou**.

Zhang & Ma (2020) vo svojom výskume uviedli, že počas pandemického obdobia bol preukázateľne zvýšený záujem o duševné zdravie. **Propagácia duševného zdravia** prebiehala najmä prostredníctvom internetu, resp. sociálnych sietí (Viguria et al., 2020). Opäť známe osobnosti, organizácie zaoberajúce sa duševným zdravím podčiarkovali dôležitosť zachovania duševnej pohody počas pandémie COVID-19 a v prípade potreby vyhľadať odborníka. Niektoré organizácie ponúkali priamo svoje poradenstvo alebo poskytovali reklamu na to iným psychologickým ambulanciám a organizáciám. Na základe výpovedí odborníčov odkazovali na duševné zdravie i pedagógovia, školský psychológovia alebo lekári. Dochádzalo tak k určitej forme edukácii ďalších ľudí.

Hwang et al. (2020) zaznamenal počas pandémie nárast stresu v dôsledku ktorého dochádzalo k výraznému poklesu kvality duševného zdravia. V súvislosti so sociálnym dištancovaním a izoláciou bola medzi našimi výsledkami zaznamenaná **dlhodobá psychická záťaž**. Medzi výsledkami sme zaznamenali okrem zvýšeného stresu i nárast paniky, neistoty a strachu z neznáma. Najväčší nárast dosahovali úzkostné a depresívne symptómy, ktoré sa prejavovali u všetkých okrem jednej respondentky. Vyústilo to najmä do straty motivácie (amotivácie) vyhľadať alebo pokračovať v liečbe počas tohto obdobia, na čo nadväzuje Clifton et al. (2022). V súlade s výskumom Brandt et al. (2022) sa medzi 2

respondentkami objavovala aj zvýšená konzumáciu alkoholu, ktorá súvisela s negatívnym psychickým rozpoložením.

Odborníčky nám vo svojich odpovediach zdôraznili úlohu **vnútornej motivácie**, ktorú pokladajú za jednu z najdôležitejších aspektov vo vyhľadani pomoci. Na základe našich zistení prichádzala vnútorná motivácia až ku koncu obdobia pandémie. Domnievame sa, že sa jednalo najmä o pocit „novosti“ a možnosti začať odznovu, ktoré súviseli s uvoľňovaním pandemických opatrení (Parsons et al., 2021). Zároveň opätovné kontaktovanie sa s priateľmi a známymi, ktoré prinášalo **povzbudenie** a možnosť komunikácie o svojich problémoch im dodávalo nádej. Aj takýmto spôsobom jedinec dokáže dospieť k uvedomeniu svojho problému a že v prežívaných problémoch nie je sám. Možnosť opory a tým pádom upozadenie samoty im pomohol k **náhl'adu na ochorenie**.

Poslednou oblasťou, ktorej sme sa venovali, bola alternatívna forma komunikácie s pacientmi, kde cieľom bolo zistiť jej **zisky** a **straty**. Táto oblasť predstavuje i zistenie k **štvrtej výskumnej otázke**.

Čo sa týka odbornej starostlivosti o pacientov s PPP, sme zhromaždili dáta 2 odborníčov pracujúcich na linke pomoci pre PPP. Zvýšenie povedomia o duševnom zdraví, pokles psychického zdravia na základe odpovedí odborníčov, zvýšil dopyt po psychologickom poradenstve. V súlade s výskumom Parsons et al. (2021) online konzultácie ponúkajú **možnosť komunikácie** s odborníkom z pohodlia svojho domova. Obe skupiny (odborníci i klienti) majú tak väčší **dosah** a nemusia zvažovať odborníkov len vo svojom okrese. Na strane klienta, resp. pacienta ide aj o možnosť **časovej flexibility**. Potvrdili nám to dve respondentky, ktoré online terapie podstúpili. Významnú pomoc nie len ľuďom s diagnostikovanou PPP, ale aj rodičom a blízkym poskytovali krízové linky pomoc vo vyhľadaní odborníka v ich okolí, **orientáciu v problematike** a predanie **rýchlych, ale prospešných informácií**. Z hľadiska potrieb klientov je dôležité vyzdvihnúť i **flexibilitu nadviazania kontaktu** s týmito linkami. Rôznorodosť podľa slov odborníčov, upozadujú prvotné napätie, ktoré umožňuje komunikovať ľubovoľným štýlom a vyhľadať pomoc (Carter & Lester, 2022).

Alternatívna forma komunikácie má však oproti osobnej i svoje značné limity. U dvoch respondentiek, ktoré takto pomoc vyhľadali, došlo k značnému **nepochopeniu** a **nedorozumeniu**, ktoré môžu potencionálne ohroziť vzťah a dôveru s odborníkom. V súlade s výskumom od Cherry (2022) vidíme súvislosť najmä v **absencii neverbálnej**

komunikácie, ktorú pokladáme za rovnako dôležitú ako verbálnu. Zhodujeme sa i s americkým výskumom Cooper et al. (2020) ktorý podčiarkol **nedostatočnosť kontroly** v napredovaní zdravotného stavu u pacientov s PPP prostredníctvom online konzultácií, ktorý sa preukázal u jednej respondentky. Špeciálne v prípade krízových liniek pomoci sú ohrození i samotní odborníci **neustálou sústredenosťou a pohotovosťou** konať.

Limity

Medzi výrazne **limity** našej práce patrí najmä nízky počet zozbieraných skúseností odborníkov. Síce sme získali dáta od odborníčov, ktoré sa od začiatku pandémie venujú krízovej linke pomoci. Limit vidíme i v jednotnosti našich respondentiek. Naš výskumný súbor sa skladal z pacientiek hospitalizovaných v rovnakej nemocnici, na konci svojho liečebného procesu a približne v rovnakom veku. Diagnózy respondentiek neboli zastúpené rovnomerne, prevažovala mentálna anorexia. Všetky okrem jednej nastúpili do liečby na konci pandémie. Žiadna z našich respondentiek dlhodobú alebo prerušenú terapiu so svojim odborníkom nemala, takže sme túto skúsenosť s mnohými výskumami nemohli porovnať. Skúsenosť s online terapiou a krízovou linkou pomoci mali len dve odlišné respondentky. Je potrebné uviesť, že limitom je i samotná homogenita v pohlaví. Zmapovanie oboch pohlaví môže byť pre ďalšie výskumy prínosom. Ďalším limitom je samozrejme o nemožnosť zobecnenia našich poznatkov, nakoľko sa jedná o kvalitatívnu prácu.

Prínosy

Za hlavné **prínosy** práce považujeme objasnenie hlavných faktorov, ktoré mali za následok vznik a rozvoj PPP počas obdobia pandémie. V tomto kontexte nám pomohli naše respondentky nahliadnuť čo najdetailnejšie nie len do rozvoja vlastného ochorenia, ale aj do špecifickosti psychického rozpoloženia a prežívania. Odhalenie rozdielnosti v režimovom nastavení u oboch diagnóz považujeme za markantný. Môže byť prínosom pre samotných odborníkov a zároveň zaujímavým bodom pre ďalšie výskumné práce. Zaujímavým je tak isto prínos i nebezpečnosť sociálnych sietí, ktoré populácia využíva na dennej báze. Významnou súčasťou tejto doby bol i nárast záujmu u duševné zdravie, ktoré vnímame ako veľmi prínosný z hľadiska upozadenia až úplného odstránenia stigmatizovania duševných chorôb a vyhľadania pomoci.

Odporúčania pre budúci výskum

Pre ďalšie výskumy by bolo vhodné získať dáta i od psychiatrov a psychológov, pôsobiacich v psychiatrických nemocniciach alebo ambulanciách, ktorí s pacientmi viedli buď online terapie alebo sa ich zúčastňovali osobne. Mohla by vzniknúť určitá variabilita vo vedení, v trvaní alebo v počte zúčastnených na terapii počas obdobia pandémie. Dodatočne by boli určite prínosné informácie ohľadom hospitalizácie a spôsob liečby práve počas karantény. Pre detailnejší prehľad je rovnako potrebné získať dáta počas jednotlivých období (vln) počas obdobia pandémie. Podľa nášho názoru by bolo vhodné získať náhľad do problematiky prežívania a poskytovania pomoci zo strany rodičov s ktorými boli jednotlivci v neustálom kontakte počas obdobia pandémie COVID-19.

9. ZÁVER

Naša výskumná práca sa zaoberá faktormi ovplyvňujúcimi rozvoj a vznik mentálnej anorexie a bulímie u žien vo veku 18-26 rokov počas obdobia pandémie COVID-19.

Na základe našich výsledkov sme identifikovali tri hlavné skupiny faktorov, ktoré uvádzame nižšie. Sú obsiahnuté témami, ktoré sa ďalej členia do niekoľkých subtém:

1. **Faktory súvisiace so sociálnou podporou** – *Negatívne vzťahy a Sociálne dištancovanie*
2. **Faktory súvisiace s nastavením režimu** – *Prebytok voľného času*
3. **Faktory súvisiace so sociálnymi sieťami** – *Propagovanie zdravého životného štýlu a Internetové skupiny*

V dôsledku pandémie došlo i k ovplyvneniu komunikácie s odborníkmi, ktorá u mnohých prešla do online priestoru a ovplyvnila i motiváciu pokračovať alebo pomoc vyhľadať. Naším ďalším cieľom bolo identifikovať faktory, ktoré predchádzali vyhľadaniu odbornej pomoci počas tohto obdobia. Identifikovali sme tieto faktory, ktoré sa z hľadiska časovej lokalizácie vyskytovali až ku koncu pandémie:

- **Propagácia duševného zdravia**
- **Dlhodobá psychická záťaž**
- **Vnútoraná motivácia**
- **Náhl'ad na ochorenie**

Posledný cieľ našej práce sa týka hlavne používania alternatívnej formy komunikácie. Snažili sme sa na základe zhromaždených dát odhaliť jej prínosy a limity. Tieto sme rozdelil do dvoch hlavných kategórii:

- **Výhody** – *Zachovanie kontaktu, Dosah odborníkov, Časová flexibilita a Flexibilita prístupu*
- **Nevýhody** – *Absencia neverbálnej komunikácie, Nedorozumenie, Neustála sústredenost' a pohotovost'*

10. SÚHRN

Ústrednou témou tejto bakalárskej práce je zmapovanie vplyvu pandémie COVID-19 na mentálnu anorexiu a bulímiu u žien vo veku 18 – 26 rokov.

V prvej kapitole popisujeme a objasňujeme vývojové úlohy v období adolescencie a mladej dospelosti. Najdôležitejšou úlohou v adolescencii je vytvorenie stabilnej identity (Erikson, 2015), ktorá sa odráža na ich vlastnom sebahodnotení a sebavedomí (Gómez-López et al., 2019). Tento proces pokračuje do obdobia mladej dospelosti. Častokrát táto cesta nie je vôbec jednoduchá, nakoľko čelia nie len vlastným očakávaniam, ale očakávaniam svojej rodiny, blízkych a danej doby (Davidow, 2018).

Druhú kapitolu sme venovali PPP, primárne mentálnej anorexii a bulímii. Toto ochorenie spájame s patologickým zaoberaním sa vlastným fyzickým vzhľadom, hmotnosťou a kontrolovaním prijatého množstva potravy. Na vzniku a rozvoji PPP sa podieľajú určité osobnostné predpoklady, psychické rozpoloženie, sebavnímanie, sociokultúrny kontext, a pod. Často sa jedná o kombináciu týchto faktorov (Hanusová & Pápežová, 2012). Mentálna anorexia je previazaná úmyselným obmedzovaním potravy, dodržiavaním určitého režimu a zameraním na prijaté a spálené kalórie (Mcregor, 2019), kde inšpiratívnym sa stáva najmä obsah na sociálnych sieťach, kde dochádza k sociálnemu porovnávaniu sa (Holmqvist, 2013). Pri mentálnej bulímii sa vyskytujú ustavičné myšlienky na jedlo, opakované striedanie epizód hladovania a nekontrolovateľnej konzumácie množstva jedla. Následný pocit zlyhania vytvorí potrebu sa prijatého jedla zbaviť, pričom často užívané bývajú i diuretiká, laxatíva alebo iné preháňadlá (Němečková, 2007).

Tretia kapitola poskytuje informácie o problematike obdobia pandémie COVID-19. Čitateľovi opisuje základné informácie, ako o ochorení COVID-19, tak o najvýraznejších protipandemických opatreniach. Medzi tie patrili sociálne dištancovanie a lockdown, ktoré zapríčinili čiastočne až úplné obmedzenie sociálnych a voľnočasových aktivít, čo vyústilo k prebytku voľného času. Spoločnosť sa tak viac izolovala, čo negatívne ovplyvnilo komunikáciu a psychické rozpoloženie (Banerjee & Rai, 2020). Podstatný vplyv zanechala pandémia na celkovom duševnom zdraví, kde depresívne a úzkostné symptómy narastali,

v dôsledku čoho sa dopyt po psychologickej a psychiatrickej pomoci zvýšil (Cindrach et al., 2021).

Posledná kapitola približuje špeciálne vplyv pandémie na PPP. Pandémia viedla k poklesu kvality duševného zdravia, osamelosti, narušeniu prednastaveného režimu. Ľudia tak trávili viac času sami so sebou a sebazpozorovaniu (Parsons et al., 2021), čo zapríčinilo i nárast pacientov s PPP (Giel et al., 2021). Častejšie sa vystavovali obsahu zdravého životného štýlu na sociálnych sieťach, ktorým sa snažili inšpirovať (Marks et al., 2020). Mnohí využívali formu online terapií alebo pomoc vyhľadávali i prostredníctvom telefonického kontaktovania krízových liniek. Iní kontakt s odborníkmi prerušili, nakoľko došlo k ovplyvneniu motivácie vyhľadať pomoc (Schlegl et al., 2022).

Cieľom našej výskumnej práce bolo zmapovať faktory, ktoré viedli k nárastu PPP. Zaujímali nás i aspekty, ktoré podporili vyhľadanie pomoci počas pandemického obdobia a ako poskytovanie pomoci prebiehalo. V tomto kontexte sme si položili štyri výskumné otázky (a jednu podotázku), týkajúce sa faktorov vplývajúcich na nárast PPP, ďalej faktorov, ktoré ovplyvnili vyhľadanie pomoci a taktiež zisky a straty alternatívnej formy komunikácie.

Na základe stanovených cieľov sme sa rozhodli pre kvalitatívny výskum. Ako typ výskumu sme zvolili prípadovú štúdiu. Získané dáta sme zozbierali pomocou pološtruktúrovaného interview, kde sme mali vopred stanovené otázky pre pacientky. V rámci triangulácie sme vytvorili schému otázok i pre odborníkov. Rozhovory sme prepísali pomocou doslovnej transkripcie. Analýza dát prebehla pomocou tematickej analýzy, vďaka ktorej sme nachádzali témy a definovali ich na celkový súbor dát (Kiger & Varpio, 2020).

Vo výskume sme využili nepravdepodobnostný výber. Išlo o kombináciu samovýberu a zámerného výberu. Podmienky pre zaradenie do výskumu boli ženské pohlavie, vekové rozmedzie a jedna z menovaných PPP, ktoré sa rozvinuli v období pandémie. Dáta sme zhromaždili na základe 5 pacientiek v tom čase hospitalizovaných v psychiatrickej nemocnici. Dve respondentky boli diagnostikované s mentálnou bulímiou a tri s mentálnou anorexiou, pričom tri počas obdobia pandémie relapsovali späť do svojej alebo inej PPP. V prípade odborníkov sme požadovali skúsenosť s pacientmi s PPP

počas obdobia pandémie. Dáta sme získali vďaka dvom psychologičkám pracujúcich na krízovej linke pomoci zameranej na PPP.

Pred samotným prezentovaním výsledkov sme najskôr predstavili jednotlivé pacientky. Výsledky výskumu sme rozdelili do troch častí. Prvá časť je venovaná prvej a druhej výskumnej otázke (jej podotázke) a zameriava sa na faktory ovplyvňujúce PPP počas pandémie COVID-19. Zhromaždili sme dokopy 5 hlavných tém, ktoré sme rozdelili do troch kategórií faktorov. Niektoré témy bolo potrebné obohatiť o subtémy, ktoré spresňujú náhľad do problematiky. **Faktory súvisiace so sociálnou podporou** zahŕňajú *negatívne vzťahy a sociálne dištancovanie*. Ďalšou kategóriou boli **Faktory súvisiace s nastavením režimu**, kde sme zaradili jediné tému *prebytok voľného času*, ktorá sa ďalej delí na dve subtémy – striktnosť režimu a neorganizovanosť, ktoré sme rozdelili z dôvodu odlišnosti priebehu denného režimu u mentálnej anorexie a bulímie. Posledná kategória sa týka **Faktorov súvisiacich so sociálnymi sieťami**, do ktorej sme zahrnuli *propagáciu zdravého životného štýlu*, ktorú spájame so sub témami domáce cvičenie a stravovanie. Ďalšou témou sú *internetové skupiny* typu Pro-Ana. Druhá časť sa venuje aspektom, ktoré sa podieľali na vyhľadani pomoci počas pandémie, kde sme identifikovali témy *propagovanie duševného zdravia, dlhodobá psychická záťaž a náhľad na ochorenie*, na ktorom sa podieľajú subtémy povzbudenie a vnútorná motivácia. Posledná skúmaná oblasť je venovaná *výhodám a nevýhodám alternatívnej formy komunikácie*.

Táto bakalárska práca poskytuje čitateľom prehľad faktorov pôsobiacich ako na PPP tak i na duševné zdravie počas obdobia pandémie COVID-19. Na základe homogenity zúčastnených respondentiek a odborníčok síce nemôžeme závery našej práce generalizovať, ale máme za to, že vhodným spôsobom odzrkadľuje nie len rozvoj PPP, ale aj psychické rozpoloženie počas danej doby na ktoré by sa v prípade ďalších epidémii a opatrení malo prihliadať. V rámci oblasti alternatívnej formy komunikácie je vhodným prostriedkom pre ďalšie výskumné bádanie a predchádzanie negatívnych dopadov.

LITERATÚRA

Adamčíková M., & Zavorská, Z. (n.d). Skrytá pandémia: kríza duševného zdravia ako dôsledok COVID-19. *Úrad vlády SR*. Získané 17. apríla 2022 z https://www.vlada.gov.sk/share/uvsr/isa/komentare/skryta_pandemia-_kriza_dusevneho_zdravia_ako_dosledok_covid-19.pdf

Australian Government – Department of Health. (2022, (chýba deň) február). *What is pandemic? Healthdirect*. <https://www.healthdirect.gov.au/what-is-a-pandemic>

Arnett, J. J. (2007). Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For?. *Child Development Perspectives*, 1(2), 68–73. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x>

Banerjee, D., & Rai, M. (2020). Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 525–527. doi: 10.1177/0020764020922269.

Barrett, R. T. J. (1997). Making our own meanings: a critical review of media effects research in relation to the causation of aggression and social skills difficulties in children and anorexia nervosa in young women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 179-183. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1997.00059.x>

Beat Eating Disorders. (n.d.). *The Dangers of Pro-Ana and Pro-Mia*. Beat Eating Disorders. Získané dňa 19. októbra 2022 z <https://www.beateatingdisorders.org.uk/get-information-and-support/about-eating-disorders/dangers-of-pro-ana-and-pro-mia/>

Behárková, N., Dolanová, D., Juřeniková, P., Knechtová, Z., Kyasová, M., Pešáková, E., Pokorná, A., Pospíšilová, A., Saibertová, S., Soldánová, D., Šenkryřiková, M., & Zítková, M. (2019). Metodika pro zpracování závěrečné práce. Masaryková univerzita, Brno. https://is.muni.cz/el/med/podzim2019/MIVO011p/um/Methodika_pro_zpracovani_zave-recne_prace_skripta.pdf

Benoy, Ch. (2020). Psychologische Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der einhergehenden Maßnahmen. *COVID-19-ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche*.

Einschätzungen und Maßnahmen aus psychologischer Perspektive, 25-54.
https://www.kohlhammer.de/medien/public/pdf-leseprobe/978-3-17-040590-5_1.pdf

Borzekowski, D. L. G., Schenk, S., Wilson, J. L., & Peebles, R. (2010). e-Ana and e-Mia: A Content Analysis of Pro-Eating Disorder Web Sites. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1526-1534. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.172700>

Brandt, L., Liu, S., Heim, Ch., & Heinz, A. (2022). The effects of social isolation stress and discrimination on mental health. *Translational Psychiatry*, 12(398). <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02178-4>

Carter, S. M., & Lester, J. (2022, 17. oktober). *Best Online Therapy Of 2022*. Forbes Health. <https://www.forbes.com/health/mind/best-online-therapy/>

Cecchetto, C., Aiello, M., Gentili, C., Ionta, S., & Osimo, S. A. (2021). Increased emotional eating during COVID-19 associated with lockdown, psychological and social distress. *Appetite*, 1(160), 105122. doi: 10.1016/j.appet.2021.105122

Cella, S., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2020). Does body shame mediate the relationship between parental bonding, self-esteem, maladaptive perfectionism, body mass index and eating disorders? A structural equation model. *Eat Weight Disord* 25, 667–678. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00670-3>

Centers for Disease Control and Prevention. (2017, 6. December). Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). CDC 24/7: Saving Lives and Protecting People™. <https://www.cdc.gov/sars/index.html>

Čermák, I., & Kostínková, J. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. Research Gate

Chao, M., Xue, D., Liu, T., Yang, H., & Hall, B. J. (2020). Media use and acute psychological outcomes during COVID-19 outbreak in China. *Journal of Anxiety Disorders*, 74. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102248>

Cherry, K. (2022, 16. máj). *The Pros and Cons of Online Therapy*. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/advantages-and-disadvantages-of-online-therapy-2795225>

Cindrich, S. L., Lansing, J. E., Brower, C. S., Mcdowell C. P., Herring, M., & Meyer, J. D. (2021). Associations Between Change in Outside Time Pre- and Post-COVID-19 Public Health Restrictions and Mental Health: Brief Research Report. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.619129>

Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W., Wang, Ch., & Berndardini, S. (2020). The Covid-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 57(6), 365-388. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>

Clair, R., Gordon, M., Kroon, M., & Reilly, C. (2021). The effects of social isolation on well-being and life satisfaction during pandemic. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(28). <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00710-3>

Clapp, J. (2020). This food crisis is different: COVID-19 and the fragility of the neoliberal food security order. *The Journal of Peasant Studies*, 47(7), 1393-1417. <https://doi.org/10.1080/03066150.2020.1823838>

Clifton, K., Gao, F., Jabbari, J., Van Aman, M., Dulle, P., Hanson, J., & Wildes, T. M. (2022). Loneliness, social isolation, and social support in older adults with active cancer during the COVID-19 pandemic. *Journal of Geriatric Oncology* 13(8), 1122-1131. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2022.08.003>

Cooper, M., Reilly, E. E., Siegel, J. A., Coniglio, K., Sadeh-Sharit, S., Pisetsky, E. M., Anderson, L. M. (2020). Eating disorders during the COVID-19 pandemic and quarantine: an overview of risks and recommendations for treatment and early intervention. *Eating Disorders*, 30(1), 54-76. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1790271>

Coronavirus Resource Center. (2022, 5. apríl). *Mortality Analyses*. John Hopkins - University of Medicine. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>

Davidow, J. Y., Insel, C., & Somerville, L. H. (2018). Adolescent Development of Value-Guided Goal Pursuit. *Trends in Cognitive Sciences*, 22(8), 725-736. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2018.05.003>

De Vos, J., Houtzager L., Katsaragaki, G., van de Berg, E., Cuijpers, P., & Dekker, J. (2014). Meta analysis on the efficacy of pharmacotherapy versus placebo on anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders* 2(27). <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0027-x>

Di Francesco, V., Pellizzari, L., Corrà, L., & Fontana G. (2018). The anorexia of aging: impact on health and quality of life. *Geriatric Care*, 4, 21-28. DOI:10.4081/gc.2018.7324

Eating Recovery Center. (n.d.). *Bulimia nervosa health risks & consequences*. Získané 16. marca 2022 z <https://www.eatingrecoverycenter.com/conditions/bulimia/health-risks>

Elbogen, E. B., Lanier, M., Blakey, S. M., Wagner, H. R., & Tsai, J. (2021). Suicidal ideation and thoughts of self-harm during the COVID-19 pandemic: The role of COVID-19-related stress, social isolation, and financial strain. *Depression and Anxiety*, 38(7), 739-748. <https://doi.org/10.1002/da.23162>

Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Portál.

Fardouly, J., & Vartanian, L. R. (2016). Social Media and Body Image Concerns: Current Research and Future Directions. *Current Opinion in Psychology*, 9, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.09.005>

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Portál.

Findlay, L. C., Arim, R., & Karim, D. (2020). Understanding the perceived mental health of Canadians during the COVID-19 pandemic. *Health Reports*, 31(4), 22-27. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202000400003-eng>

Fioravanti, G., Bocci Benucci, S., Ceragioli, G., & Casale, S. (2022). How the Exposure to Beauty Ideals on Social Networking Sites Influences Body Image: A Systematic

Review of Experimental Studies. *Adolescent Research Review* 7, 419-458. <https://doi.org/10.1007/s40894-022-00179-4>

Giel, K. E., Schurr, M., Zipfel, S., Junne, F., & Schag, K. (2021). Eating behaviour and symptom trajectories in patients with a history of binge eating disorder during COVID-19 pandemic. *European Eating Disorders Review*, 29(4), 657-662. <https://doi.org/10.1002/erv.2837>

Gómez-López, M., Viejo, C., & Ortega-Ruiz, R. (2019). Psychological Well-Being During Adolescence: Stability and Association With Romantic Relationships. *Frontiers in psychology*, 10, 1772. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01772>.

Gramaglia, C., Brytek-Matera, A., Rogoza, R., & Zeppegno, P. (2017). Orthorexia and anorexia nervosa: two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviours in clinical and non-clinical samples. *BMC Psychiatry*, 17(1): 75. doi: 10.1186/s12888-017-1241-2

Guarda, A. (2021, marec). *What Are Eating Disorders?*. American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>

Hafeez, Y., & Grossman, S. A. (2021). *Sinus Bradycardia*. National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493201>

Halámková, D. (n.d.). *Online terapie aneb funguje léčba přes počítač?*. Renadi. Získané 17. oktobra 2022 z <https://www.renadi.cz/cs/clanek-online-terapie-aneb-funguje-lecba-pres-pocitac>

Hammer, Ch. J., Löbermann, M., & Reisinger, E. C. (2021). COVID-19: Epidemiologie und Mutationen. *Radiologie*, 61, 880-887. <https://doi.org/10.1007/s00117-021-00909-0>

Hawes, M. T., Scenczy A. K., Klein, D. N., Hajcak, G., & Nelson, B. D. (2021) . Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychological Medicine*, 1-9. doi:10.1017/S0033291720005358

Higley, E. (2019, 20. jún). *Defining Young Adulthood*. DNP Qualifying Manuscripts, University of San Francisco. USF Scholarship Repository. https://repository.usfca.edu/dnp_qualifying/17/

Hodická, Z., Rejdová, I., & Kadlecová, J. (2015). Poruchy menstruačního cyklu u dospívajících dívek a jejich léčba. *Pediatric pro praxi*, 16(3), 189-192. <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2009/06/05.pdf>

Holmqvist, K. (2013). *Body Image in Adolescence: Through the Lenses of Culture, Gender, and Positive Psychology*. [Dizertačná diplomová práce, University of Gothenburg]. Gothenburg University Publications Electronic Archive. https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/34266/gupea_2077_34266_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Howard, C. (2018, 10. máj). 3 Common Types of Eating Disorders. Mental health first aid. Získané z <https://www.mentalhealthfirstaid.org/external/2018/05/3-common-types-of-eating-disorders/>

Howland, J. (2021, 4. jún). *Eating disorders affect all genders, races*. Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/mayo-clinic-minute-eating-disorders-affect-all-genders-races/>

Hwang, T. J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1217-1220. doi:10.1017/S1041610220000988

Inzercia. (2021, 4. marec). *Krizové linky zažívajú enormný nárast volaní. Nadácia Volkswagen Slovakia ich podporila sumou 45-tisíc eur*. JOJ noviny. <https://www.noviny.sk/slovensko/591828-krizove-linky-zazivaju-enormny-narast-volani-nadacia-volkswagen-slovakia-ich-podporila-sumou-45-tisic-eur>

Jiotsa, B., Naccache, B., Duval, M., Rocher, B., & Grall-Bronnec, M. (2021). Social Media Use and Body Image Disorders: Association between Frequency of Comparing

One's Own Physical Appearance to That of People Being Followed on Social Media and Body Dissatisfaction and Drive for Thinness. *Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2880. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062880>

Jones, H. (2021). *How Anorexia Is Treated*. Very well health. <https://www.verywellhealth.com/anorexia-treatment-5181756>.

Karsten, H. (2006). *Ženy – muži*. Genderové role, jejich původ a vývoj. Portál.

Keel, P. (2017). *Eating Disorders* (2. vydanie). Oxford University Press.

Kelly, H. (2011). The classical definition of a pandemic is not elusive. *Bull World Health Organ*, 89, 540-541. doi:10.2471/BLT.11.08908

Kiger, M. E., & Varpio, L. (2020). Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide. *Medical Teacher*, 131. DOI: 10.1080/0142159X.2020.1755030

Koleničová, D. (2022, 18. január). *Psychiatrička: Pandémia zhoršila anorexiu u detí, pacientov je o tretinu viac*. Denník SME. <https://primar.sme.sk/c/22822493/psychiatricka-pandemia-zasiahla-deti-pacientov-s-anorexiou-je-o-30-percent-viac.html>

Krch, F. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrická klinika Praha*, 4 (10), 420-422. Získané 17. apríla 2022 z <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>

Sokol, P. (n.d.). *O nás*. Kízová linka pomoci. Získané dňa 19.októbra 2022 z <https://www.krizovalinkapomoci.sk/o-nas/>

Lamprecht, B. (2020). Gibt es ein Post-Covid Syndrom?. *Der Pneumologe* 17, 398-405. <https://doi.org/10.1007/s10405-020-00347-0>

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada.

Larson, R. W., & Brown, J. R. (2007). Emotional Development in Adolescence: What can be Learned From a High School Theater Program?. *Child Development*, 78(4), 1083-1099. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01054.x>

Lelisho, M. E., Pandey, D., Alemu, B. D., Pandey, B. K., & Tareke, S. A. (2022). The Negative Impact of Social Media during COVID-19 Pandemic. *Trends in Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s43076-022-00192-5>

Lepp, L., Aaviku T., Leijen, Ä., Pedaste, M., & Saks, K. (2021). Teaching during COVID-19: The Decisions Made in Teaching. *Education Science*, 11(2), 47. x

Litin, S. C. (2018). *Mayo Clinic Family Health Book* (5. vydanie). Des Moines.

Loads, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Bridgen, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>

Loeb, A. E., Rao, S. S., Ficke, J. R., Morris, C. D., Riley, L. H., & Levin A. S. (2020). Departmental Experience and Lessons Learned With Accelerated Introduction of Telemedicine During the COVID-19 Crisis. *The Journal of American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 28(11), 469-479. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-20-00380>

Macek, P. (2003). *Adolescence* (2. vydanie). Portál.

Magomedov, A., Khaliev, M. S., & Khubulov, S. M. (2020). The negative and positive impact of the pandemic on education. *Journal of Physics: Conference Series*, 1691, 1-5. doi:10.1088/1742-6596/1691/1/012134

TASR. (2020, 12. marec). *Na Slovensku platia tvrdé opatrenia. Nepôjde iba o zatvorenie školy a povinnú karanténu.* Markíza. <https://www.markiza.sk/clanok/1991853>

Marks, R. J., De Foe, A., & Gollett, J. (2020). The pursuit of wellness: Social media, body image and eating disorders. *Children and Youth Services Review*, 119. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.105659>

Maslow, A. (2014). *O psychologii bytí*. Portál.

Mayo Clinic Staff. (2021, 22. október). *Covid-19 (coronavirus): Long-term effects*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/coronavirus-long-term-effects/art-20490351>

Mayo Clinic Staff. (2022, 19. marec). *Body dysmorphic disorder*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/body-dysmorphic-disorder/symptoms-causes/syc-20353938>

McCormack, A. (2010). Individuals With Eating Disorders and the Use of Online Support Groups as a Form of Social Support. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 28(1), 12-19. doi: 10.1097/NCN.0b013e3181c04b06

McGregor, R. (2019). *Ortorexie – posedlost zdravou výživou*. Nourish.

Meczekalski, B., Podfigurna-Stopa, A., & Katulski, K. (2013). Long-term consequences of anorexia nervosa. *Mauritas*, 75(3), 215-220. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.04.014>

Medzinárodná klasifikace nemocí. (2022). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (10. revize). <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50-F59>

MentalHelp. (n.d.). *Causes of Eating Disorders – Family Influences*. *Mentalhelp.net*. Získané 5. apríla 2022 z <https://www.mentalhelp.net/eating-disorders/causes-and-family-influences/>.

Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie SR. (2021, 19. apríl). *Zákaz vychádzania*. <https://korona.gov.sk/zakaz-vychadzania-marec/>

Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky. (2021, 7. decembra). *Aktuálne výsledky policajných kontrol dodržiavania pandemických opatrení*.

<https://www.minv.sk/?tlacove-spravy&sprava=aktualne-vysledky-policialnych-kontrol-dodrziavania-pandemickych-opatreni>

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. (2020, 12. marec). *COVID-19: Krízový štáb zavádza prísne opatrenia, zatvárajú sa školy, letiská*. <https://www.health.gov.sk/Clanok?koronavirus-opatrenia-sprisenene>.

Ministerstvo zdravotníctva SR. (2020, 1. apríla). *Komplexný manažment porúch príjmu potravy*. https://www.mzsr.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/1-6-2020/101_KP_Komplexny_manazment_poruch_prijmu_potravy.pdf

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. (2020, 15. október). *COVID-19: Fungovanie ambulancií v čase pandémie*. <https://www.health.gov.sk/Clanok?covid-19-15-10-2020-lekari-postup>

Miovský, M. (2006). *Kvalitatívni prístup a metódy v psychologickom výskume*. Grada.

Munsey, Ch. (2006, jún). *Emerging adults: The in-between age*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/monitor/jun06/emerging>

Nasser, M. (2009). Eating disorders across cultures. *Psychiatry*, 8(9), 347-350. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.06.009>

Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI). (2017, 6. december). *Elektronické zdravotníctvo*. Národné centrum zdravotníckych informácií Slovenskej republiky. Získané 24.8. 2022 z <https://www.nczisk.sk/eHealth/Pages/default.aspx>

Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI). (2021). *Medzi Slovákami dominujú afektívne a stresom podmienené poruchy, pribúda porúch príjmu potravy*. Národné centrum zdravotníckych informácií Slovenskej republiky. Získané 2.2. 2023 z <https://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Medzi-Slovakmi-dominuju-afektivne-a-stresom-podmienene-poruchy-pribuda-poruch-prijmu-potravy.aspx>

Nelson, N. A., & Bergeman, C. S. (2020). Daily Stress Processes in a Pandemic: The Effects of Worry, Age, and Affect. *Gerontologist*, 61(2), 196-204. doi:10.1093/geront/gnaa187

Nelson, L. J., McNemara, Barry, C. (2005). Distinguishing Features of Emerging Adulthood: The Role of Self-Classification as an Adult. *Journal of Adolescent Research*, 2(2), 242-262. DOI: 10.1177/0743558404273074

Němečková, P. (2007). Porucha příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 156-158. Získané 15. február 2022 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/04/02.pdf>

Němečková, P. (2011). Porucha příjmu potravy. *Medicína pro prax*, 8(11), 459-462. Získané 15. február 2022 z <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/04.pdf>

Nguyen, T. T., Nguyen, M. H., Pham, T. T. M., Le, V. T., Nguyen, T. T., Luong T. C., Do, B. N., Dao, H. K., Nguyen P. B., Nguyen, H. T. T., Do, T. V., Nguyen, H. Q., Trinh H. V., Le, T. T., Tra, A. L., & Nguyen, T. T. P., ... Duong, T. V. (2021). Negative Impacts of COVID-19 Induced Lockdown on Changes in Eating Behavior, Physical Activity, and Mental Health as Modified by Digital Healthy Diet Literacy and eHealth Literacy. *The Effects of the COVID-19 Outbreak on Food Supply, Dietary Patterns, Nutrition and Health*, 2. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.774328>

Orel, M. (2019). Anatomie a fyziologie lidského těla. Grada.

Orel, M. (2015). *Nervové buňky a jejich svět*. Grada.

Orel, M. (2020). *Psychopatologie - Nauka o nemocech duše* (3. vydanie). Portál.

Paulinyová, M., & Matzová, Z. (2016). Poruchy příjmu potravy, úskalia diagnostiky a liečby. *Pediatrica pre prax*, 17(5), 188-191. Získané 15. februára 2022 z <https://www.solen.sk/storage/file/article/87d9876bd5368592091b3f9f2a2bd851.pdf>

Pápežová H., & Hanusová J. (2012). *Porucha příjmu potravy – Příručka pri pomáhajúci profesie*. Togga.

Parsons, H., Murphy, B., Malone, D., & Holme, I. (2021). Review of Ireland's First Year of the COVID-19 Pandemic Impact on People Affected by Eating Disorders: 'Behind Every Screen There Was a Family Supporting a Person with an Eating Disorder'. *Journal of Clinical Medicine*, 10(15), 3385. <https://doi.org/10.3390/jcm10153385>

Portnoy, J., Waller, M., & Elliot, T. (2020). Telemedicine in the Era of COVID-19. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(5), 1489-1491. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.03.008>

Příhoda, V. (1971). *Ontogenéza ľudskej psychiky I* (3.vydanie). Státní pedagogické nakladatelství.

Ramírez-Cifuentes, D., Mayans M., & Freire A. (2018). Early Risk Detection of Anorexia on Social Media. *Internet Science*, 11193, 3-14. https://doi.org/10.1007/978-3-030-01437-7_1

Rodgers, R. & Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 137-151. <https://doi.org/10.1002/erv.907>

Řičan, P. (2004). *Cesta životem*. Portál.

Samal, J. (2021). Impact of COVID-19 infodemic on psychological wellbeing and vaccine hesitancy. *The Egyptian Journal of Bronchology* (15)14. <https://doi.org/10.1186/s43168-021-00061-2>

Sejčová, Ľ. (2008). Nespokojnosť so svojím telom u vysokoškolákov. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 15(2), 89-101. Získané 16.apríla 2022 z <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/2-2008/PSY2-2008-cla2.pdf>

Shankleman, M., Hammond, L., & Jones, F. W. (2021). Adolescent Social Media Use and Well-Being: A Systematic Review and Thematic Meta-synthesis. *Adolescent Research Review*, 6, 471-492. <https://doi.org/10.1007/s40894-021-00154-5>

Sharan, P., & Sundar, S. (2015). Eating disorders in women. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2), 286-296. doi: 10.4103/0019-5545.161493

Sheehy, G. (1996). *New Passages – Mapping Your Life Across The Time*. Ballantine Books.

Shim, S., Xiao, J. J., Barber, B. L., & Lyons, A. C. (2009). Pathways to life success: A conceptual model of financial well-being for young adults. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(6), 708-723. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.02.003>

Schlegl, S., Meule, A., Favreau, M., & Voderholzer, U. (2020). Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic – Results from an online survey of former inpatients. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 847-854. <https://doi.org/10.1002/erv.2773>

Siwicki, B. (2020, 19. marec). Telemedicine during COVID-19: Benefits, limitations, burdens, adaptation. *Healthcare IT News*. <https://www.healthcareitnews.com/news/telemedicine-during-covid-19-benefits-limitations-burdens-adaptation>

Spettigue, W., Obeid, N., Erbach, M., Feder, S., Finner, N., Harrison, M. E., Isserlin, L., Robinson, A., & Linson, M. L. (2021). The impact of COVID-19 on adolescents with eating disorders: a cohort study. *Journal of Eating Disorders* (9)45, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00419-3>

Steinsbekk, S., Wichstrøm, L., Stenseng, F., Nesi, J., Hygen, B. W., & Skalická, V. (2021). The impact of social media use on appearance self-esteem from childhood to adolescence – A 3-wave community study. *Computers In Human Behavior*, 114. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106528>

Stewarts. (2021, 17. november). *Why have divorce rates increased during the Covid-19 pandemic?*. *Stewartslaw*. <https://www.stewartslaw.com/news/why-have-divorce-rates-increased-during-the-covid-19-pandemic/>

Strauß B., Berger U., & Rosendahl, J. (2021). Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht. *Psychotherapeut*, 66, 175-185. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00504-7>

Středa, L., & Hána, K. (2016). *eHealth a telemedicína* (1. vydanie). Grada.

Svoboda M., Češková, E., & Kučerová H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Portál.

Šamajová, L. (2022, 2. október). *Polovica nedostala odpoveď. Ľudí s poruchami príjmu potravy drasticky pribúda, linka je preťažená*. Startitup. <https://www.startitup.sk/polovica-nedostala-odpoved-ludi-s-poruchami-prijmu-potravy-drasticky-pribuda-linka-je-pretazena/>

The Scientific World. (2021, 27. december). *The Importance of Communication Skills in Everyday Life*. Scientific World Info. <https://www.scientificworldinfo.com/2020/12/importance-of-communication-skills-in-everyday-life.html>

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Portál.

Tress, W., Krusse J., & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Portál.

Úrad verejného zdravotníctva SR. (2020, 6. marec). *Slovensko zaznamenalo prvý potvrdený prípad ochorenia COVID-19*.

https://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=4061:slovensko-zaznamenalo-prvy-potvrdeny-pripad-ochorenia-covid-19&catid=250:koronavirus-2019-ncov&Itemid=153

Úrad verejného zdravotníctva SR. (2020, 15. marec). *Opatrenie Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky pri ohrození verejného zdravia*.

https://www.uvzsr.sk/docs/info/covid19/Opatrenie_UVZ_SR_o_zakaze_a_obmedzeni_prevadzok_15032020.pdf

Van Eeden, A., van Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*, 34(6), 515-524. doi: 10.1097/YCO.0000000000000739

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Portál.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospelosť a stáří*. Karolinum.

Viguria, I., Alvarez-Mon, M. A., Llaverro-Valero, M., del Barco, A. A., Ortuño, F. & Alvarez-Mon, M. (2020). Eating Disorder Awareness Campaigns: Thematic and

Quantitative Analysis Using Twitter. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e17626. doi: 10.2196/17626.

Wildemuth, B. (2017). *Applications of social research methods to questions in information and library science* (2. vydanie). ABC-CLIO,LCC.

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11.vydání). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

World Health Organisation. (n.d.). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Získané 7. marec 2022 z https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

Wild, L., & Schwartz, S. (2012). *Child and adolescent development: A South African sociocultural perspective*. Oxford University Press.

World Health Organisation. (2020, 13. október). *Impact of COVID-19 on people's livelihoods, their health and our food systems*. <https://www.who.int/news/item/13-10-2020-impact-of-covid-19-on-people%27s-livelihoods-their-health-and-our-food-systems>

World Health Organisation. (2021, 13. máj). *Coronavirus disease (COVID 19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

World Health Organisation. (2021, 27. apríl). *Fighting misinformation in the time of COVID-19, one click at a time*. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/fighting-misinformation-in-the-time-of-covid-19-one-click-at-a-time>

World Health Organisation. (n.d.) *Mental Health and Covid-19*. *World Health Organisation – Regional Office for Europe*. Získané 3. marca 2022 z <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/noncommunicable-diseases/mental-health-and-covid-19>

Worldometer (2022, 16. apríl). Covid-19 coronavirus pandemic. Worldometers info. Získané 16. apríla 2022 z <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

Zipfel, S., Schmidt, U., & Giel, K. E. (2022). The hidden burden of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, vol. 9(1), 9-11. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00435-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00435-1)

Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2381, 1-12.

doi 10.3390/ijerph17072381

PRÍLOHY

Zoznam príloh:

1. Informovaný súhlas
2. sprievodný list
3. Potvrdenie o konaní výskumu v Psychiatrickej nemocnici Philippa Pinela v Pezinku
4. Plagát
5. Otázky pre pacientky i odborníkov
6. Ukážka kódovania dát
7. Ukážka analýzy dát

ABSTRAKT BAKALÁRSKEJ PRÁCE:

Názov práce: Pandémia COVID-19 a jej vplyv na mentálnu anorexiu a bulímiu u žien vo veku 18 – 26 rokov

Autor práce: Ema Marcela Barinová

Vedúci práce: Mgr. Ondrej Gergely

Počet strán a znakov: 92; 146 737

Počet príloh: 7

Počet titulov použitej literatúry: 141

Abstrakt:

Bakalárska práca si kladie za cieľ zmapovať faktory ovplyvňujúce mentálnu anorexiu a bulímiu počas obdobia pandémie COVID-19 u žien vo veku 18 – 26 rokov. Teoretická časť je rozdelená na 4 hlavné kapitoly. Prvá kapitola sa zaoberá vymedzením obdobia adolescencie a mladej dospelosti. V druhej kapitole sa venujeme mentálnej anorexii a bulímii ich možných spúšťacím faktorom a dopadom. Tretia kapitola je zameraná na obdobie pandémie COVID-19 a dopad na duševné zdravie. Poslednú kapitolu venujeme poruchám príjmu potravy v období pandémie. Empirická časť sa opiera o kvalitatívny prístup. Výskumu sa zúčastnilo 6 pacientiek a 2 psychologičky s ktorými boli vykonané pološtrukturované rozhovory. Po transkripcii boli dáta analyzované pomocou tematickej analýzy. Na základe zhromaždených dát sme identifikovali 3 hlavné kategórie faktorov ovplyvňujúcich poruchu príjmu potravy počas tohto obdobia. Jednotlivé faktory súvisia so sociálnou podporou, s nastavením režimu a so sociálnymi sieťami. Zároveň sme na základe získaných dát, popísali straty a zisky alternatívnej formy komunikácie. V závere sa nám podarilo identifikovať i faktory, ktoré predchádzali vyhľadaniu odbornej pomoci.

Kľúčové slová: Pandémia COVID-19, izolácia, porucha príjmu potravy, sociálne siete, telemedicína

ABSTRACT OF THESIS

Title: The impact of the COVID-19 pandemic on anorexia and bulimia nervosa in women aged 18-26

Author: Ema Marcela Barinová

Supervisor: Mgr. Ondrej Gergely

Number of pages and characters: 92; 146 737

Number of pendices: 7

Number of references: 141

Abstract:

The bachelor's thesis aims to map factors affecting anorexia and bulimia nervosa in the period of the COVID-19 pandemic among women aged 18-26. The theoretical part is divided into 4 main chapters. The first chapter deals with defining the period of adolescence and young adulthood. In the second chapter, we deal with anorexia nervosa and bulimia with their possible triggering factors and impacts. The third chapter is focused on the period of the COVID-19 pandemic and the impact on mental health. We dedicate the last chapter to eating disorders during the pandemic. The empirical part is based on a qualitative approach. 6 patients and 2 psychologists participated in the research, with whom semi-structured interviews were conducted. After transcription, the data were analyzed using thematic analysis. Based on the collected data, we identified 3 main categories of factors affecting eating disorders during this period. Individual factors are related to social support, regime setting and social networks. At the same time, based on the information obtained, we gained information about the advantages and disadvantages of an online form of communication. In the end, we managed to identify factors that preceded the search for professional help.

Key words: Pandemic COVID-19, isolation, eating disorders, social media, telemedicine

Príloha č. 1. Informovaný súhlas

Informovaný súhlas s účasťou na výskume v rámci bakalárskej práce

Názov práce: Pandémia COVID-19 a jej vplyv na mentálnu anorexiu a bulímiu u žien vo veku 18 – 26 rokov

Autor práce: Ema Marcela Barinová

Vedúci práce: Mgr. Ondrej Gergely

Termín realizácie: 2022/2023

Miesto realizácie: Pezinok

Prehlasujem, že som bola oboznámená s podmienkami účasti na výskumu: „**Pandémia COVID-19 a jej dopad na mentálnu anorexiu a bulímiu u žien vo veku 18 – 26 rokov**“. Beriem na vedomie, že údaje poskytnuté pre účely výskumnej práce, nebudú použité k iným ako výskumným účelom. Beriem na vedomie, že moja účasť je dobrovoľná a môžem ju kedykoľvek ukončiť. Zároveň súhlasím s nahrávaním rozhovoru.

Dňa..... V.....

Podpis.....

Príloha č. 2. Sprievodný list pre respondentov



SPRIEVODNÝ LIST

Dobrý deň.

dovoľte aby som sa Vám v úvode tohto listu poďakovala za Váš záujem sa zúčastniť vo výskumnom projekte. Nepomohli ste tak len mne, ale vzhľadom na aktuálnosť situácie, tak pomáhate i odbornej verejnosti či ďalším výskumom, ktoré sa budú venovať tejto problematike.

Mojim cieľom je priblížiť sa problematike vplyvu pandémie na poruchu príjmu potravy u žien vo veku 18 až 26 rokov. Zároveň však by som chcela podchytiť i efekt pandémie na celkové duševné zdravie, ktoré poruchou príjmu potravy kráča ruka v ruke. Nejde mi len o prosté poukázanie dopadu pandémie na PPP, ale ide aj o objasnenie faktu, že psychické zdravie je rovnako dôležité ako to fyzické.

V centre zájmu však nestoja len samotné respondentky, ale aj odborná pomoc v zmysle psychiatrov, psychologov či terapeutov, ktorí boli zapriahnutí do diania. Zdravotná pomoc počas pandémie bola častokrát nútená sa aklimatizovať na alternatívnu formu komunikácie. Na druhej strane počas pandémie niektorí fungovali ako doteraz ďalej, avšak v obmedzenej forme. Cieľom je zároveň objasniť formy komunikácie a pomoci, ktoré boli počas pandémie poskytované a zohľadniť ich pozitíva a negatíva.

Pre oboch som si pripravila súbor otázok, ktoré by sme spoločne prešli. Interview sa rozdelilo na dve skupiny, kde by samozrejme panovala i rozličnosť otázok. **S respondentkami sa budeme pohybovať v okruhoch:**

- Prvá skúsenosť s danou poruchou
- Efekt izolácie a pandémie na danú poruchu
- Trávenie voľného času + vplyv sociálnych médií
- Vyhľadanie a poskytovanie pomoci počas pandémie
- Vplyv na celkovo psychické zdravie

Pre odborníkov som si pripravila tieto okruhy:

- Špecifické riziká pre vznik poruchu príjmu potravy
- Vývoj poruchy príjmu potravy počas pandémie
- Kto je najviac ohrozenou skupinou
- Poskytovanie zdravotnej starostlivosti
- Formy komunikácie – alternatívne formy

Časove rozmedzie nášho interview by sa pohybovalo od 30 do 45 minút. Rozhovor by som si s Vaším súhlasom nahrávala.

Vo výskume sa riadim kódexom EFPA a budem dodržiavať nariadenia GDPR a zákona č. 18/2018 Z. z. (zákon o ochrane osobných údajov). Všetky získané dáta budú anonymizované a použité len k účelom výskumného projektu a k odbornému výstupu. Prosím majte na pamäti, že účasť na výskumnom projekte je dobrovoľná. Na prípadnú spoluprácu sa budem tešiť.

V prípade akýchkoľvek ďalších otázok, som Vám plne k dispozícii na nižšie uvedení adresách.

Kontakt:

Realizátor: Ema Barinová
E-mail: emamarcela.barinova01@upol.cz
Telefónne číslo: +421 911 312 126
Vedúci práce: Mgr. Ondrej Gergely

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta - Katedra psychológie
Adresa: Vodární 6, 779 00 Olomouc
Web katedry: <https://psych.upol.cz/>

Príloha č. 3 Potvrdenie o konaní výskumu

Strana 1 z 1

Útvar, úsek: OPPaM

Výtlačok/Vyhotovenie č.: 01 /PAP/2022



PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICA PHILIPPA PINELA PEZINOK

Malacká cesta č.63, 902 18 Pezinok

DOHODA O PRAXI

medzi:

Prevádzkovateľom: Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela Pezinok

Sídlo: Malacká cesta č. 63, 902 18 Pezinok

Štatutárny orgán: Ing. Martin Hromádka, PhD., riaditeľ

IČO: 30 801 397

DIČ : 20 22 140 483

a

Titul, meno a priezvisko: Emg Marcela Janinová
Narodený/á: 30.11.2000
Bydlisko: bymčona, 811060610100 751149

Pristupujúci k Dohode o praxi je oboznámený s podmienkami pre zabezpečenie praxe (typ, odbor, špecializácia a pod.):

Termin výkonu praxe: *výkonom k PP*
Od: 26.05.2022 **Do:** 26.05.2022

Rozsah praxe:

Miesto výkonu praxe: Pk PZaPP T4

Zodpovedný za fyzickú osobu vykonávajúcu prax na uvedenom mieste výkonu (meno, priezvisko, funkcia):

Podmienky:

- menovaný/á sa zaväzuje, že sa zúčastní školenia BOZP a PO a bude dodržiavať bezpečnostné predpisy a predpisy PO, v zmysle platných zákonov a noriem,
- menovaný/á sa zaväzuje zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedel/a v súvislosti s výkonom praxe, nahliadanie do zdravotnej dokumentácie pacienta je možné iba so súhlasom primára kliniky
- menovaný/á sa počas absolvovania a výkonu praxe podriadi pracovnému režimu uvedeného pracoviska prevádzkovateľa,
- menovaný/á zodpovedá prevádzkovateľovi za prípadné škody spôsobené zavineným porušením povinností pri výkone praxe alebo v priamej súvislosti počas absolvovania praxe a vzniknutú škodu je povinný uhradiť,
- za úraz, ktorý by menovaný/á počas absolvovania praxe utrpel/a, neberie prevádzkovateľ zodpovednosť a odškodnenie nehradí
- prax sa poskytuje bezodplatne

V Pezinku, dňa: 26.05.2022

[Signature]
fyzická osoba

Psychiatrická nemocnica
Philippa Pinela Pezinok
Malacká cesta 63
902 18 Pezinok
[Signature]
Ing. Martin Hromádka, PhD.
riaditeľ

Príloha č. 4: Plagát

VPLYV PANDÉMIE NA MENTÁLNU ANOREXIU A BULÍMIU U ŽIEN VO VEKU 18-26 ROKOV



Koho hľadám?
Ženy vo veku 18-26 rokov počas pandémie
liečené na anorexiu alebo bulímiu alebo
u ktorých nastal relaps

Kontaktné údaje:
Tel. číslo: +421 911 312 126
E-Mail: emamarcela.barinova01@upol.cz

Príloha č. 5: Otázky pre pacientky i odborníkov

PRE RESPONDENTKY

Vek:

O akú PPP sa jedná:

Mali ste už skúsenosť s touto poruchou? (relaps):

- **DOKÁZALI BY STE OPÍSAŤ ZAČIATOK VAŠEJ PORUCHY PRÍJMU POTRAVY?**
 - Vybavíte si napríklad aj konkrétnu situáciu?
 - Máte skúsenosť aj s prejedaním?
 - Ako ste vnímali chovanie vašich blízkych (rodiny, priateľov) smerom k vám?
 - Vedeli by ste porovnať prvú fázu PPP s druhou?
- **AKO OVPLYVNILA PANDÉMIA VAŠU PORUCHU PRÍJMU POTRAVY?**
 - Zmenilo sa niečo v oblasti vašej stravy, respektíve stravovacích návykov?
- **OVPLYVNILA VÁŠ PSYCHICKÝ STAV PANDÉMIA AJ NEJAK INAK?**
 - Pociťovali ste väčší tlak/strach/stres? (napr. z toho že sa nakazíte, atď.)
- **AKO NA VÁS VPLÝVALA IZOLÁCIA POČAS DRUHEJ VLNY ?**
 - Pociťovali ste samotu?
 - Dostávala sa k Vám podpora z okolia i napriek obmedzenému kontaktu?
 - Ako vyzeral váš deň? Vedeli by ste ho porovnať s obdobím pred pandémiou?
- **AKO VNÍMATE SOCIÁLNE MÉDIA V ZMYSLE VAŠEJ PORUCHY?**
 - Trávili ste viac času na sociálnych médiách ako predtým?
 - Boli pre vás technológie počas pandémie ohrozujúce? (v zmysle vyvíjaného tlaku sociálnych sietí)
 - Sú podľa Vášho názoru sociálne médiá stresujúcim faktorom?
- **VYHLÁDALI STE AJ ODBORNÚ POMOC POČAS PANDÉMIE?**
 - Mali ste so svojim psychiatrom/terapeutom priamy kontakt?
 - Ovplyvnila pandémia podľa Vás poskytovanie zdravotnej starostlivosti?
 - Využívali ste so svojim terapeutom/psychiatrom aj nejaké iné formy komunikácie? Ak áno, aké?
 - Aké sú podľa vás výhody a nevýhody inej formy komunikácie ako osobnej?
 - Čo bolo pre vás najťažšie počas pandémie v spojitosti s Vašou poruchou?

PRE ODBORNÍKOV

- **ČO JE PODĽA VÁS NAJVÄČŠÍM RIZIKOM VZNIKU PPP PRÁVE POČAS PANDÉMIE?**
-Stretli ste sa aj s pozitívnym názorom na pandémiu v spojitosti s PPP?
- **KTO JE TOUTO PORUCHOU NAJVIAC OHROZENÝ A PREČO?**
- **AKO OVPLYVŇUJÚ PODĽA VÁS SOCIÁLNE SIETE PACIENTOV S PPP?**
- **ZAZNAMENALI STE NÁRAST PACIENTOV S PPP OD ZAČIATKU PANDÉMIE?**
- MUDr. [Fuseková](#) z detskej psychiatrie v Národnom centre sa vyjadrila pre jeden denník, že pacientov s PPP je o tretinu viac
- Podľa analýzy údajov zo zdravotných záznamov z 80 nemocníc došlo od marca 2020 k 25 % nárastu počtu dospievajúcich pacientov s poruchami príjmu potravy¹ (americká analýza)
-Čo je stojí podľa Vás za tým, že práve počas obdobia Covid-19 nastal nárast pacientov s PPP?
- **ZAZNAMENALI STE AJ RELAPS PACIENTOV S DIAGNOSTIKOVANOU PPP?**
- Poruchy príjmu potravy sú známe tým, že majú vysokú mieru recidívy –[Fletcherová](#) z [Eating Recovery Center](#)
- **OVPLYVNILA PANDÉMIA POSKYTOVANIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI?**
- Asociácia na ochranu práv uviedla, že až tretina pacientov pocítili zhoršenú dostupnosť zdravotnej starostlivosti, či už sa to týkalo všeobecných alebo špecializovaných lekárov
- **VYUŽÍVALI STE AJ INÉ FORMY KOMUNIKÁCIE SO SVOJIMI PACIENTMI? (telemedicíny u online a alternatívne metódy poskytovania starostlivosti,...)**
-Ako ste zvykli postupovať pri terapiách so svojimi pacientmi
-Výhody/nevýhody tejto formy?

Príloha č. 6: Ukážka kódovania dát

chodili, tak sa ma pri každej trošku pribratejšej žene spýtala, či je chudšia ako tá. Porovnávala sa. A ja som sa automaticky tiež porovnávala. Alebo keď chcela napr. trošku schudnúť, tak nejedla alebo nejedla sladkosti. A keď ja som si išla niečo sladké zobrať, tak sa ma hneď spýtala, prečo si to idem pokaziť, keď som teraz tak pekne schudla a vždy boli také podpichovačky aj z jej strany.

T: ROZPRÁVALI SME SA ZATIAĽ LEN O OBMEDZOVANÍ. MÁŠ SKÚSENOŠť AJ S PREJEDANÍM?

P: Áno. To bolo v prvej fáze tej anorexie. Najmä na strednej sa to rozvinulo. Lebo tak ja som sa k tomu nezdravému stravovaniu stále vracala. Tam prišiel proste jeden obrovský mentálny hlad z tej reštrikcie, aj som začala veľa jesť, jedla som aj keď som nebola hladná. A buď som to kompenzovala cvičením, alebo zvracaním. S tým som ale aj rýchlo prestala, skôr to bolo to cvičenie alebo tie rôzne diéty.

T: AKO OVPLYVNILA PANDÉMIA TVOJU PORUCHU PRÍJMU POTRAVY?

P: Ja som sa vtedy veľmi izolovala. Nastúpila som na výšku ako to začalo. Ani som sa moc s tými spolužiakmi stretávala. (ba som bola doma, sedela nad knižkami), ja som aj veľký perfekcionista, tak som chcela perfektne zvládať aj školu. Začala som sa sama stravovať, takže aj strava musela byť perfektná, cvičila som, takže aj tam to muselo byť tip-top. Do toho som chodila behávať, ... veľmi som sa začal pozeráť na stravu na výške.)

(Mala som pocit, že mi trošku aj tá samota vyhovuje. Lebo pred výškou, nám zomrela babka, a ja som bola v našom dome sama – rodičia pracovali zahraničí. (Takže ja som si zvykla na samotu. Keď som teda prišla na výšku, vyhovovalo mi, že som sa nemusela s tými spolužiakmi stretávať, nejak mi tá izolácia vyhovovala.) (Ale neuviedomovala som si, ako ma tá izolácia vnútorne deptá. Problém bol, že som sa už akoby vôbec nedokázala normálne rozprávať s nikým.) V ko nečnom dôsledku som si myslela, že mi to vyhovovalo, ale nie je to tak (úsmev).

T: KEĎ SI NAOPAK PRIŠLA MEDZI ĽUDÍ, AKO SI SA CÍTLILA?

P: Veľmi nekomfortne. Aj to, že som mala spolubývajúcu na intráku, na to som si vôbec nevedela zvyknúť. Išlo mi to na nervy. Ja som potreboval svoj priestor. Ale navykli sme si na seba a rešpektovali sa navzájom.

Komentár [E19]: negatívne domáce prostredie

Komentár [E20]: rozvoj negatívneho sebaobrazu

Komentár [E21]: skúsenosť s bulimiou

Komentár [E22]:

- cvičenie
- obmedzovanie v jedle

Komentár [E23]: neustály pobyt doma

Komentár [E24]:

- izolovanie sa
- odstrihnutie sociálneho kontaktu

Komentár [E25]: perfekcionizmus

Komentár [E26]:

- potreba zaneprázdnenosti
- prebytok voľného času

Komentár [E27]: vytvorenie prísneho režimu

Komentár [E28]:

- izolovanie sa
- prehĺbenie uzavretosti
- pokles kvality psychologickej pohody

Komentár [E29]:

- absencia sociálneho kontaktu
- vyhľadávanie samoty

Komentár [E30]: pocit osamelosti

Komentár [E31]: nekomfortita v

Príloha č. 7: Ukážka analýzy dát

Negatívne prostredie

- negatívne vzťahy
 - domáce prostredie (+história PPP u matky odťahovanie z domu)
 - negatívne osobné vzťahy
 - negatívne školské prostredie
- rozvoj negatívneho sebaobrazu
 - komentovanie fyzického výzoru
 - vyhrážanie
 - hádky

Obmedzený sociálny kontakt

- Absencia podpory
 - Osamelosť
 - Vyhľadávanie samoty (prehĺbenie uzavretosti)
 - nezáujem o soc. kontakt
 - nedostatok povzbudení
 - strata motivácie
 - anozognózia
 - bagatelizovanie zdrav. stavu
- prežívanie prázdnoty
 - jedlo ako útecha
- hospitalizácia bez návštev (absencia podpory, povzbudení)
 - zhoršenie PPP po hospitalizácii
 - izolovanosť

Strata prednastaveného režimu

- neustály pobyt doma
- neschopnosť nastaviť si režim
 - Upozadenie spánku (problémy so spánkom) > šk. povinnosti ako prioritá
 - Zmätenosť
 - Jedlo ako útecha > emočné jedenie
 - Primárne u mentálnej bulímii
- vytvorenie striktného režimu