

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY VE SPORTU

Bakalářská práce

Autor: Anežka Líznerová, tělesná výchova a sport

Vedoucí práce: MUDr. Renata Vařeková, Ph.D.

Olomouc 2021

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Anežka Líznerová

Název bakalářské práce: Poruchy příjmu potravy ve sportu

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Renata Vařeková, Ph.D.

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Rok obhajoby bakalářské práce: 2021

Abstrakt: Tato práce se věnuje problematice poruch příjmu potravy ve sportovním prostředí. První část práce je teoretická a pojednává o historii těchto onemocnění, příčinách vzniku, možných zdravotních komplikacích, léčbě, vhodné výživě ve sportu, správné redukci a nárůstu tělesné hmotnosti. Praktická část práce se zakládá na kvalitativním výzkumu, ve kterém jsou zpracovány kazuistiky sportujících dívek, které mají osobní zkušenost s některou poruchou příjmu potravy. Cílem práce je popsat problematiku poruch příjmu potravy a prezentovat případovou studii tří sportujících osob, které se s tímto onemocněním již setkaly.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, sport, mentální anorexie, mentální bulimie, psychogenní přejídání, léčba, výživa, kazuistika

Souhlasím s vypůjčením bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographic identification

Author's first name and surname: Anežka Líznerová

Title of bachelor thesis: Eating disorders in sport

Supervisor: MUDr. Renata Vařeková, Ph.D.

Department: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

The year of presentation: 2021

Abstract: This bachelors thesis focuses on the issues of eating disorders in a sports environment. The first part of the thesis is theoretical and reviews the history of these disorders, reasons for their formation, possible health issues, treatment, appropriate sports nutrition and correct methods to reduce or gain body weight. The practical part of the thesis is based on a qualitative research which consists of casuistics of sportswomen who have personal experiences with eating disorders. The purpose of the thesis is to describe the issues of eating disorders and present a case study of three sporting individuals who have suffered from eating disorders.

Key words: eating disorders, sport, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, nutrition, treatment, casuistics

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí MUDr. Renaty Vařekové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

V Olomouci dne 30. 6. 2021

.....

Ráda bych poděkovala MUDr. Renatě Vařekové, Ph.D., za odborné vedení, pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování této práce.

Obsah

1 ÚVOD	9
2 PŘEHLED POZNATKŮ	10
2.1 Poruchy příjmu potravy.....	10
2.1.1 Mentální anorexie.....	11
2.1.2 Mentální bulimie	13
2.1.3 Psychogenní přejídání	14
2.2 Historie poruch příjmu potravy	15
2.3 Vznik poruch příjmu potravy	16
2.3.1 Sport jako rizikové prostředí	17
2.3.2 Další rizikové faktory	17
2.4 Zdravotní komplikace	18
2.4.1 Ženská sportovní triáda	18
2.4.2 Kardiovaskulární komplikace.....	19
2.4.3 Renální komplikace	20
2.4.4 Gastrointestinální komplikace	20
2.4.5 Kosterní komplikace.....	21
2.4.6 Endokrinní komplikace	21
2.4.7 Hematologické komplikace	22
2.4.8 Neurologické komplikace.....	22
2.4.9 Metabolické komplikace	22
2.4.10 Kožní komplikace.....	22
2.5 Léčba	23
2.6 Výživa ve sportu	24
2.6.1 Výživa před zátěží	25
2.6.2 Výživa při zátěži.....	25
2.6.3 Výživa po zátěži	25

2.6.4 Pitný režim ve sportu.....	26
2.7 Redukce tělesné hmotnosti.....	26
2.8 Zvýšení tělesné hmotnosti.....	27
3 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
3.1 Dílčí cíle.....	28
4 METODIKA.....	29
4.1 Otázky polostrukturovaného rozhovoru.....	29
5 VÝSLEDKY	30
5.1 Kazuistika č. 1.....	30
5.2 Kazuistika č. 2.....	33
5.3 Kazuistika č. 3.....	37
5.4 Závěry výzkumného šetření.....	39
6 ZÁVĚR	41
7 SOUHRN	42
8 SUMMARY	43
9 REFERENČNÍ SEZNAM.....	44
10 PŘÍLOHY.....	46

Seznam zkratek

BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch Americké psychiatrické asociace
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních chorob, 5. vydání
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MDK	Minerální denzita kostí
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
mmHG	Milimetr rtuťového sloupce – Torr
PPP	Porucha příjmu potravy

1 ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá v dnešní době velmi aktuálním tématem, kterým jsou poruchy příjmu potravy ve spojitosti se sportem. Jedná se o psychické onemocnění, které se může projevit u mužů i žen téměř v každém věku. Nejčastěji se však vyskytuje u dospívajících dívek a vzniká v důsledku působení několika faktorů mezi které může spadat i sport. Sportovní aktivita má pozitivní vliv jak na fyzické, tak i psychické zdraví člověka. Pravidelný pohyb je nezbytná součást zdravého životního stylu. Přispívá k posílení imunitního systému, zmírňuje stres a psychické napětí, zvyšuje fyzickou kondici, zlepšuje kvalitu spánku, tvaruje postavu, a v neposlední řadě zvyšuje i kvalitu života. Avšak může spolu s touhou po dokonalosti či dosažení lepších sportovních výkonů představovat také vysoký rizikový faktor vzniku narušených stravovacích zvyklostí.

Ke zpracování této práce mě vede má téměř devítiletá zkušenost s atletikou na závodní úrovni, kde jsem měla možnost závodit jak v 1. i 2. lize, tak i na nejvyšší české atletické úrovni, kterou je extraliga. V průběhu těchto let jsem se setkala hned s několika případy špatných stravovacích návyků, včetně u mě samotné, což přispělo k vybrání tohoto tématu za účelem upozornění o této problematice, která je ve sportu velmi častá.

Práce se skládá ze dvou částí. Teoretická část je zaměřená na vymezení a charakteristiku nejčastěji se vyskytujících poruch v oblasti narušeného jídelního chování, historii a možné aspekty, které mají na osoby vliv a mohou takové onemocnění způsobit. Dále pojednává o vlivu sportovního prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, o možných následcích onemocnění, do kterých spadají zdravotní komplikace a možnosti léčby. Závěr teoretické části obsahuje správnou výživu a pitný režim sportujících osob a v neposlední řadě také kapitulu o redukcii a nabírání tělesné hmotnosti. Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu realizovaným polostrukturovaným rozhovorem. Zde můžeme nahlédnout do života třech dívek, které se v průběhu své sportovní kariéry setkaly s některým onemocněním poruch příjmu potravy. Díky zpracovaným kazuistikám se můžeme do osob lépe vcítit, vnímat jejich myšlenkové pochody a pochopit rizika tohoto onemocnění.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

V následující části jsou uvedené teoretické poznatky, které jsou potřebné k hlubšímu pochopení problematiky poruch příjmu potravy.

2.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy nejsou jen poruchou ve stravování ani se nejedná o zavádějící pokus o zhubnutí. Jsou to duševní poruchy, které se projevují různými stravovacími příznaky a příznaky souvisejícími s hmotností (Thompson & Trattner Sherman, 2010).

Obvykle se jedná o výsledek nezdravé kombinace individuálních, sociokulturních, rodinných a biologických faktorů, které vážně ohrožují fyzické i psychické zdraví člověka (Thompson & Trattner Sherman, 1993).

O takové poruše můžeme mluvit, pokud jedinec používá jídlo za účelem vyřešení svých vnitřních problémů. v náročných situacích se pomocí jídla či diety snaží ulevit svým pocitům. Pro takového člověka, který trpí poruchou příjmu potravy, jídlo přestává být pouze jedna ze součástí jeho života, ale stává se jeho hlavní náplní. U jídelních poruch v jistém slova smyslu jde o závislost na jídle, která je podobná jako závislost na alkoholu nebo závislost na drogách. Obecně můžeme říct, že o narušené jídelní chování se jedná, pokud takové chování ovlivňuje jiné stránky života člověka. Pokud osoba začne mít pocit, že jídlo je jediná věc, která ji učiní šťastnou, tak se jedná o problém. O takový problém se nejedná z důvodu slabé vůle, ale nastává kvůli tomu, že jedinec se snaží vyhnout některým svým nepříjemným pocitům pomocí jídla. Taková situace je řešitelná pouze v případech, že se jim jedinec dokáže postavit čelem a začne je řešit napřímo, a ne pomocí jídla (Maloney & Kranz, 1997).

V dnešní době trpí nespokojeností se svou vlastní postavou, strachem z tloušťky a přehnanou kontrolovaností své tělesné hmotnosti, mnoho žen i mužů (Krch, 2005).

V poslední aktualizované verzi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) z roku 2018, (což je publikace Světové zdravotnické organizace, která klasifikuje lidská onemocnění, poruchy, jejich příznaky a příčiny z medicínské oblasti) spadají poruchy příjmu potravy mezi poruchy duševní a poruchy chování, které jsou označeny písmenem „F“. Dále jsou zařazené pod syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, které jsou označeny „F50-F59“.

MKN – 10 mezi poruchy příjmu potravy (F50) zahrnuje následující:

- *F50.0 – Mentální anorexie*
- *F50.1 – Atypická mentální anorexie*
- *F50.2 – Mentální bulimie*
- *F50.3 – Atypická mentální bulimie*
- *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 (MKN-10, 2017-2018).*

2.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha, která je charakterizovaná zejména úmyslným hubnutím. Nemocný cíleně snižuje svou tělesnou hmotnost, vyhýbáním se jídlům, u kterých si myslí, že po jejich konzumování přibere, nadměrným sportováním a cvičením, navozeným zvracením, užíváním projímadel nebo jiných prostředků sloužící k redukci tělesné hmotnosti. Jedinec trpící touto poruchou, neodmítá jídlo z důvodu, že by nebyl hladový, nebo že by neměl chuť k jídlu, a ještě tuto skutečnost popírá. Důsledkem takového hladovění vede často až k nechutenství či k oslabení chutě k jídlu. S věkem, a to především v průběhu dospívání, tělesná hmotnost u člověka roste. U prepubertálních dětí je tedy značnějším ukazatelem spíše hmotnostní nárůst než BMI. To znamená, že děti před obdobím puberty s nižší tělesnou hmotností, která ukazuje BMI hodnotu nižší než 17,5 nemusí trpět mentální anorexií (Krch, 2010).

Neléčená porucha mentální anorexie může přejít do chronické mentální anorexie, u které nemocný konzumuje pouze život udržující minimum potravy, nebo může končit i smrtelně. Akutní mentální anorexie nejčastěji začíná v období adolescence, chronická forma této poruchy však může nastat v každém věku (Leibold, 1995).

Nejčastěji se toto onemocnění vyskytuje u dospívajících a mladých žen, a to v rozmezí 90-95 %, u chlapců v dospívajícím věku a u mužů se tato porucha vyskytuje mezi 5-10 %. Diagnóza mentální anorexie ovšem vyžaduje splnění všech následujících diagnostických kritérií (Papežová, 2018).

Diagnostická kritéria dle Papežové (2018) MKN-10 pro mentální anorexii jsou:

- 1) Cílené a aktivní udržování tělesné hmotnosti nejmíň 15 % pod optimální váhou jedince, nebo menší hodnota než 17,5 v indexu tělesné hmotnosti
- 2) Nemocný si tělesnou hmotnost snižuje sám pomocí diet, extrémním cvičením, vyprovokovaným zvracením nebo užíváním různých projímadel, léků k potlačení chuti k jídlu či prášků na odvodnění.
- 3) Specifická psychopatie: strach z tloušťky při abnormálně nízké tělesné hmotnosti jedince, zkreslené představy o své postavě a vtíravé myšlenky na udržení tělesné hmotnosti v podváze
- 4) Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u žen porucha menstruačního cyklu (z nových kritérií je vynechána, z důvodu že menstruace je v dnešní době vyvolána díky užívání hormonální antikoncepce)
- 5) Pokud začne před adolescencí, tak je opožděný či úplně zastavený růst, vývoj poprsí nebo primární amenorea (menstruace nenastane do 15. roku života).

Specifické typy dle Krcha (2005) mentální anorexie jsou:

- 1) Purgativní neboli bulimický typ – pacient opakovaně propadá záchvatům přejídání nebo užívá projímadla
- 2) Restriktivní neboli nebulimický typ – u pacienta se nevyskytují opakované záchvaty přejídání

Závažnosti u dospělých osob Papežová (2018) popisuje dle současného indexu tělesné hmotnosti v DSM-5 Americké psychiatrické asociace, který je členěn následovně:

- 1) Mírná mentální anorexie: BMI je stejný nebo vyšší než 17 kg/m²
- 2) Průměrná mentální anorexie: BMI se nachází rozmezí 16-16,99 kg/m²
- 3) Závažná mentální anorexie: BMI se nachází v rozmezí 15-15,99 kg/m²
- 4) Extrémní mentální anorexie: BMI je nižší než 15 kg/m²

Tento index BMI se vypočítá na základě níže uvedené rovnice, kde hmotnost se uvádí v kilogramech (kg) a výška² se uvádí metrech (m):

$$BMI = \frac{\text{hmotnost}}{\text{výška}^2}$$

Rovnice 1. Vzorec pro výpočet BMI.

2.1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha, která se vyznačuje především opakujícími se záchvaty přejídání a přehnaným kontrolováním své tělesné hmotnosti. Součástí mentální bulimie je chorobný strach z tloušťky, který je možno mít v různých podobách. Může se jednat například o strach pouze ze sladkostí, strach z najezení se do sytosti, nebo třeba strach dát si jídlo v restauraci (Krch, 2008).

Dle Krcha (2005) je k potvrzení diagnózy mentální bulimie potřeba, aby pacient opakovaně propadal záchvatům přejídání, kdy ztrácí kontrolu nad jídlem, neustále má potřebu sledovat svoji tělesnou hmotnost, či extrémně cvičit. a také má až nadměrný zájem o svůj tělesný vzhled. Mezi jedince s poruchou mentální bulimie řadíme i ty pacienty, kteří si nevyvolávají zvracení nebo neužívají jiné purgativní metody ke kontrole své tělesné hmotnosti.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro mentální bulimii dle Papežové (2018):

- 1) Neustálé se zabývání jídlem, silná touha po jídle a přejídání se velkým množstvím jídla během krátkého časového období.
- 2) Snaha o potlačení energetického účinku zkonsumovaného jídla pomocí úmyslně vyvolaného zvracení, užívání projímadel nebo držení hladovek. Purgativní a nepurgativní typy MB se mohou střídát.
- 3) Specifická psychopatologie: strach z tloušťky a váhový práh je nižší než optimální tělesná hmotnost.

Specifické typy mentální bulimie:

- 1) Purgativní typ – pacient si vyvolává zvracení, užívá projímadla nebo diuretika, aby zamezil přibírání tělesné hmotnosti
- 2) Nepurgativní typ – pacient drží velmi přísné diety či hladovky nebo extrémně cvičí (Krch, 2005).

Závažnost dle frekvence nevhodného kompenzačního chování v DSM-5 Americké psychiatrické asociace:

- 1) Mírná mentální bulimie: průměrně 1-3 epizody/týden
- 2) Průměrná mentální bulimie: průměrně 4-7 epizod/týden
- 3) Kritická mentální bulimie: průměrně 8-13 epizod/týden
- 4) Extrémní mentální bulimie: průměrně 14 a více epizod/týden (Papežová, 2018).

2.1.3 Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání můžeme definovat jako onemocnění, při kterém se neustále opakuje fáze pořádné neobvykle velkého množství jídla spojené s pocitem ztráty kontroly a silnou touhou po konzumaci jídla. Tato fáze je doprovázená velkým stresem. (Udoko & Grilo, 2019). Jedná se o nejčastější druh onemocnění z poruch příjmu potravy (Jaššová, Albrecht, Anders & Papežová, 2020).

Epizoda psychogenního přejídání je v DSM-5 definována jako konzumace tak velkého množství jídla, které je výrazně vyšší, oproti jídlu, které zkonsumuje většina lidí za stejný časový úsek a za totožných okolností. Energetický příjem během takového záchvatu se pohybuje v rozmezí 1500-4500 kcal. I přes nadměrný příjem potravy s nepříjemnými následky nemocní nepoužívají žádné eliminační techniky jako je zvracení, extrémní cvičení nebo užívání projímadel (Papežová, 2018).

Nemocný jedinec při záchvatu konzumuje potravu o samotě, s pocitem studu a bez pocitu hladu. Jí mnohem rychlejším tempem, a to i přes pocit nasycení, což následně vede až k nepříjemným pocitům přejezení či bolesti. Po záchvatu se u jedince obvykle dostaví pocit viny, znechucení a sklíčenost (Papežová, 2018).

Diagnostická kritéria MKN-10 pro psychogenní přejídání:

- 1) Neustálé se zabývání jídlem, silná touha po jídle a přejídání se velkým množstvím jídla během krátkého časového období.
- 2) Není zde purgativní symptomatika.
- 3) Specifická psychopatologie: strach z tloušťky, snaha o dosažení optimální tělesné hmotnosti, která je až nereálná. Záchvaty přejídání jsou mnohdy spojené s nežádoucím zpracováním stresových situací (Papežová, 2018).

Závažnost dle počtu epizod přejedení v DSM-5 Americké psychiatrické asociace:

- 1) Mírná: 1-3 epizody/týden
- 2) Střední: 4-7 epizod/týden
- 3) Závažná: 8-13 epizod/týden
- 4) Velmi závažná: více než 14 epizod/týden (Papežová, 2018).

2.2 Historie poruch příjmu potravy

Dle Krcha (2005) jsou nejrůznější formy narušeného jídelního chování popisované již po staletí. V 5. stol. př. n. l. se o poruchách příjmu potravy zmiňuje Hippokrates, který je označuje termínem „asithia“. Galénem již ve 2. stol. n. l. bylo v historii vůbec poprvé použito slovo „anorexie“. Dále jsou v literatuře zmínky o princezně Margaretě Maireské (1045-1093), která údajně mohla trpět anorexií. (Papežová, 2018).

V pozdním středověku mělo držení přehnaného půstu velmi důležitou roli u silně věřících žen. Tvrdily totiž, že pouze s boží pomocí dokážou žít bez jídla, nebo pouze s velmi nízkým příjmem potravy. Později se začaly objevovat mladé dívky, které se postily a byly přezdívané jako zázračné panny. Prohlašovaly, že vůbec nejí, nebo že přijímají pouze velmi malé množství jídla. Tím, že se neodkazovaly na boží pomoc, tak se o ně začali zajímat králové a panovníci, a zahrnovali je dary. Společnost začala řešit, zda se jedná o zázrak nebo o podvod a očekávali od lékařů vyjádření. Tehdy se spousta lékařů domnívala, že se jedná opravdu o zázrak, který nelze vědecky vysvětlit. Později ve společnosti panovaly různé teorie. Jedna z nich byla např. o částicích ve vzduchu, které umožňovaly člověku žít bez potravy (Krch, 2005).

První zmínky o mentální anorexii byly uvedeny už v 17. století. Richard Morton byl významný anglický lékař, který je ve světové literatuře přezdíván také jako „první portrétista mentální anorexie“. Roku 1689 popsal chorobný syndrom „nervové opotřebení“ v jeho díle nazvané „Phthysiologia“ (Papežová, 2018). Dále v roce 1694 už popisuje případy chlapce a dívky, kteří úmyslně odmítali jídlo (Papežová, 2012).

Věrohodný popis případů mentální anorexie se však začal objevovat až v druhé polovině 19. století, a to přesněji v roce 1859, kdy William Stout Chipley popsal „sitiomanií“ neboli chorobné nechutenství. Názor, že mentální anorexie patří mezi duševní poruchy převládal až do roku 1914. Od okamžiku, kdy Morris Simmonds u některých vyhublých zjistil, že mají onemocnění hypofýzy, nastaly diagnostické rozepře a mentální anorexie se začala spojovat se „Simmondsonovou kachexií“. Tato

domněnka panovala po dobu dvou desetiletí. v období čtyřicátých let 20. století byla mentální anorexie díky psychoanalýze a psychosomatické medicíně začleněna mezi duševní poruchy. Jako termín se „mentální anorexie“ začala používat na konci 19. století a označovala chorobný stav, který se ovšem symptomaticky často lišil. Zájem o tohle onemocnění od té doby začal růst (Papežová, 2018).

O bulimii se informace v literatuře vyskytují pouze zřídka. v období antického Říma, starověku i středověku se jídlo ve společnosti šlechty jedlo v nadměrném množství. Na poutích a dvorních slavnostech se konala také představení, kde se předváděli nevšední jedlíci. (Papežová, 2018).

Pojem „bulimie“ měl v dějinách několik významů. Pod názvem bulimos, Plutarch označoval zlého démona, který byl symbolem nadměrného hladu. Později někteří filologové tvrdili, že tento termín je složen z řeckých slov „bous“ a „limos“, což v překladu znamená vůl a hlad. Označovali tím tak velký hlad, že by člověk dokázal sníst i vola. Takové nejrůznější domněnky panovaly až do 20. století, kdy se bulimie dokonce dělila na několik typů a začala se spojovat s emočními faktory (Papežová, 2018).

Až v 50. letech se záchvatovité jedlictví a zvracení začalo uvádět jako součást mentální anorexie. Většina lékařů ještě ve 20. století pokládala bulimii za poruchu trávení. V roce 1979 byla „bulimia nervosa“ psychiatrem Geraldem Russelem popsána jako „*silné a neovladatelné nutkání se přejídat, jehož příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí*“ (Papežová, 2018).

Od konce 90. let 20. století, několik autorů zabývajících se touto problematikou, vydává rozsáhlé množství publikací a článků o poruchách příjmu potravy, které vedou k dalšímu členění a lepšímu poznávání jejich jednotlivých subtypů (Papežová, 2018).

2.3 Vznik poruch příjmu potravy

Pro mnohé je velmi náročné pochopit, jak pouze jídlo či nepatrný nárůst tělesné hmotnosti může mít za následek velmi intenzivní pocity. Vysoká nespokojenost s vlastním tělem dokáže u člověka vyvolat schopnost vydržet stres a fyzickou bolest, které jsou spojené s hladověním. U některých postižených poruchy příjmu potravy fungují jako určitý způsob úniku před tísnivou situací prostřednictvím hladovění či přejídání. Bohužel tento způsob vyrovnávání se s takovým stavem má pouze krátkodobý účinek úlevy. Následující komplikace a nepříjemné následky zůstávají, nebo se začínají více prohlubovat (Papežová, 2012).

2.3.1 Sport jako rizikové prostředí

Vyšší výskyt PPP se předpokládá v různých sociálních skupinách či prostředích. Jde v podstatě o místa, kde se klade vyšší důraz na výkon, kontrolu hmotnosti a kde panuje konkurence. Do nejohroženější skupiny sportovních odvětví řadíme atletiku, gymnastiku, balet, volejbal, plavání, vzpírání a krasobruslení. Dle odhadů odborníků trpí až 70 % běžkyň a 30 % tenistek některou formou poruch příjmu potravy. v mnohých případech má velký vliv na rozvinutí PPP u sportovců také autoritářská osobnost trenéra. Vysoké procento sportovních trenérů učí své svěřence, jak počítat kalorie, co mají nosit, jak se mají chovat a co mohou říkat na veřejnosti. Pro ně je pak jediná kontrolovatelná věc právě jejich hmotnost (Novák, 2010).

U sportovců se příčiny vzniku PPP mohou oproti běžné populaci lišit. Sportovci mohou být vystaveni tlaku, který souvisí s tělesným vzhledem kvůli sportovnímu prostředí, ve kterém se pohybují. Rodina i trenéři často na sportovce vyvíjejí velký tlak, aby dosáhli žádoucí tělesné proporce. Avšak takový tlak může mít za následek nízkou spokojenost s vlastním tělem, depresivní nálady a poruchy příjmu potravy. Často sportovci trpící touto poruchou tyto problémy skrývají, aby to neohrozilo jejich vztah s trenérem nebo výběr do týmu (Tod et al., 2012).

Některým jedincům může jejich představa o svém těle bránit v tom, aby vůbec se cvičením začali. Za své tělo se stydí a cvičení se snaží vyhnout, jelikož se nechtějí ukazovat před ostatními. U jiných jedinců může jejich nespokojenost se svým tělem mít naprosto opačný efekt, a tím je nadměrné cvičení. U sportovců, kteří vykonávají estetický sport, nebo sport závisející na tělesné hmotnosti je výskyt příznaků poruch příjmu potravy vyšší než třeba u sportovců, kteří se věnují míčovému sportu. Mnoho lidí je přesvědčeno, že v estetických sportech, kde výkony hodnotí porotci, závisí výkonnost na vzhledu sportovce, což u něj může vyvolat vyšší tlak k získání ideální postavy (Tod et al., 2012).

2.3.2 Další rizikové faktory

Jako další působící faktory, které jsou rizikové pro vznik PPP jsou faktory sociální a kulturní. Na snadno zranitelné dospívající jedince mají vliv sdělovací prostředky a módní průmysl, které spolu se zobrazovanými modelkami prezentují štíhlost jako ideál krásy. Pro většinu žen je však taková silueta a tělesná hmotnost, biogeneticky nedosažitelná a také zdravotně ohrožující (Krch, 2005).

Jako rizikové jsou také biologické faktory. „*Stačí být ženou, a riziko mentální anorexie je desetkrát vyšší*“ Při vzniku PPP mají významnou roli tělesné i psychické změny, které jsou nejdramatičtější v období puberty, kdy dochází k rychlému tělesnému růstu a zvýšení hmotnosti (Krch, 2005).

Dále jako spouštějící faktor může být náročná životní událost. Jedná se např. o narážky na tělesný vzhled, osobní neúspěch, sexuální zneužívání, nemoc nebo rodinné problémy (Krch, 2005).

2.4 Zdravotní komplikace

Z psychiatrických onemocnění patří poruchy příjmu potravy mezi onemocnění, která mají jednu z nejvyšších úmrtností. Hned vedle sebevraždy, primární srdeční arytmie a malnutrice (Papežová, 2018).

2.4.1 Ženská sportovní triáda

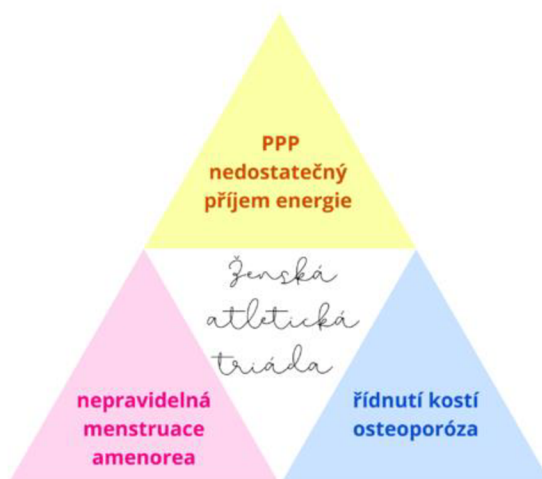
Termín „sportovní triáda“ označuje u sportovkyň kombinaci tří komponentů, které jsou vzájemně provázané. Jedná se o amenoreu, osteoporózu a poruchy příjmu potravy. Každá součást této triády je jako samotná vysoce zdravotně riziková a za přítomnosti všech částí najednou se zdravotní riziko zvyšuje. Nejohroženější skupinou jsou dospívající dívky, ale riziko výskytu jednoho či více z těchto aspektů se týká všech sportujících dívek (Botek et al., 2017).

Známky a příznaky ženské sportovní triády zahrnují nedostatek energie a únavu, hubnutí, úbytek kostní hmoty, nepravidelnou či chybějící menstruaci, únavové zlomeniny, poruchy příjmu potravy a extrémní cvičení (Caffrey, 2019) Dále mezi symptomy, které se mohou objevit v tělesné oblasti řadíme také anémii, zvýšenou kazivost zubů, pomalé hojení zranění a časté potíže trávicího traktu. v chování se symptomy triády mohou projevit jako přehnaná kritika své tělesné hmotnosti, vysoká nespokojenost se svojí postavou, deprese, velmi časté změny nálad, výrazný zájem a starostlivost o energetický příjem a stravu, nebo také užívání různých prostředků ke snížení své tělesné hmotnosti (diuretikum, laxativa, léky na hubnutí) (Botek et al., 2017).

Sporty, které jsou rizikové pro sportovní triádu:

- Vytrvalostní sporty vyžadující nižší tělesnou hmotnost (cyklistika, vytrvalostní běh)
- Sporty, kde je závodní dres odhalující nebo přiléhavý (atletika, plavání)
- Sporty, kde je skóre hodnoceno subjektivně (krasobruslení, tanec, gymnastika)
- Sporty vyžadující prepubertální tělesnou stavbu pro dosažení vyšší sportovní výkonnosti (gymnastika, krasobruslení) (Botek et al., 2017).

Prevence ženské sportovní triády (viz Obrázek 1) prostřednictvím vzdělávání je zásadní. Trenéři, rodiče a učitelé si často neuvědomují, jaký dopad mají jejich požadavky na sportovce. Během dospívání a mladé dospělosti mohou sportovkyně obdržet komentáře nebo pokyny, které podporují nebo vyžadují cvičení a nesprávné stravovací návyky (Hobart & Smucker, 2000).



Obrázek 1. Ženská sportovní triáda (Fisková, 2020).

2.4.2 Kardiovaskulární komplikace

Kardiovaskulární potíže se mohou vyskytnout až u 90 % jedinců, kteří trpí některým onemocněním z poruch příjmu potravy. Nejčastěji se jedná o sinusovou bradykardii (snížená tepová frekvence – pod 60 tepů za minutu), ke které dojde kvůli sníženému metabolismu. Další komplikací je hypotenze neboli nízký krevní tlak (pod 90/60 mmHg), který je způsoben nízkým objemem tělních tekutin (Krch, 2005). Mezi

symptomy hypotenze patří např. závratě, bolest hlavy, nadměrné pocení a celková slabost jedince (Papežová, 2018).

Nadměrné užívání projímadel nebo diuretik může narušit elektrolytovou rovnováhu a srdeční rytmus, které může způsobit dokonce i smrtelnou srdeční zástavu. Ta může být mimo jiné způsobena také rychlou realimentací, což je obnovení stravy po jejím dlouhodobém nedostatku (Krch, 2005).

Známé jsou i poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory a zhoršení výkonnosti srdce. U všech anorektických pacientek s výraznou podváhou je doporučována častá kontrola EKG a krevního tlaku (Krch, 2005).

2.4.3 Renální komplikace

Jedinci s poruchami příjmu potravy mohou mít hned několik somatických komplikací. Mezi ty nejzávažnější patří postižení ledvin a metabolické abnormality (Papežová, 2018).

Až u dvou třetin jedinců s mentální anorexií se mohou vyskytnout renální abnormality. Vzhledem k dostatečnému příjmu bílkovin se může u těchto pacientů zvýšit hladina urey v krvi. Mezi hlavní poruchy elektrolytové rovnováhy řadíme hypokalemii, hyponatremii, hypochloremii a metabolickou alkalózu, která je nejčastěji zjištěná u postižených, kteří jsou dehydratováni v důsledku zvracení nebo také kvůli nadměrnému užívání laxativ a diuretik. Jmenovaná dehydratace, užívání laxativ a diuretik a také nízký výdej moči může u pacientů mít za následek vznik močových kamenů (Krch, 2005).

Také se u postižených mohou vyskytnout otoky končetin způsobené předávkováním laxativ, což může vést jak k hypoproteinemii a hypovolemickému šoku, tak i k ledvinovým infarktům anebo srdečnímu selhání (Krch, 2005).

2.4.4 Gastrointestinální komplikace

Dle některých studií se gastrointestinální symptomatologie u postižených s poruchami příjmu potravy vyskytuje až u 98 % případů (Papežová, 2018).

Časté zvracení způsobuje zhoršení kvality zubní skloviny a zuboviny. Dále může kvůli působení žaludečních šťáv docházet k jícnovým erozím a vředům nebo samotnému zánětu jícnu. Mezi velmi vzácné, ale také velice závažné komplikace patří perforace neboli proděravění žaludku a ruptara jícnu nazývaná jako Bouerhaavův syndrom, které jsou způsobené zvracením po konzumaci nadměrného množství jídla (Krch, 2005).

Častá je však zhoršená motilita tenkého střeva. Až u poloviny anorektických pacientek je možno na rentgenovém snímku nalézt rozšíření dvanáctníku. Komplikace tlustého střeva může způsobit nadměrné užívání projímadel. Jedná se zejména o zvracení, nevolnost či střídání zácpy a průjmu (Krch, 2005).

2.4.5 Kosterní komplikace

Období aktivní mentální anorexie zpomaluje vyzrávání kostí a v případě, že úbytek tělesné hmotnosti dosáhne do fáze, kdy se zastaví menstruační cyklus, tak se vývoj kostí může úplně zastavit (Krch, 2005).

U pacientů s nízkým příjmem mléčných výrobků, obsahující tuky a vitamín D se výjimečně může vyskytnout osteomalacie (zeslabování, měknutí a demineralizace kostí). Daleko častější je však výskyt osteoporózy, která u onemocnění mentální anorexie vzniká už v průběhu prvních dvou let. Čím více a po delší časové období se u pacienta vyskytuje podvýživa, tím nižší má minerální denzitu kostí (MDK). Jako nejvýznamnější prediktor snížené minerální hustoty kostí je považována délka trvání amenorey. Po navrácení pravidelného menstruačního cyklu a optimální tělesné hmotnosti se však ztráta kostní tkáně víceméně vrátí do původních hodnot (Krch, 2005).

Cvičení je u pacientů se sníženou MDK velmi rizikové, protože může snadno dojít ke zlomeninám. Pokud jde o přiměřené cvičení, tak má i pozitivní účinek z důvodu ochranného vlivu na hustotu kostí (Krch, 2005).

2.4.6 Endokrinní komplikace

Jedná se o komplikace, které jsou charakteristické zejména u mentální anorexie. Za hlavní příznak se považuje amenorea, která se u pacientek vyskytuje v případě ztráty přes 15 % tělesné hmotnosti a snížení tělesného tuku pod kritickou úroveň. Až u poloviny pacientek trpící mentální anorexií amenorea nějakou dobu přetrvává i po navrácení se do normální tělesné váhy. Vysoká podvýživa může způsobit neschopnost otěhotnění, tzv. infertilitu (Krch, 2005).

Další zdravotní rizika je snížení bazálního metabolismu a také snížená funkce štítné žlázy. Pokud MA u jedince vzniká v období dětství nebo časného dospívání, tak dochází ke značnému poklesu růstového hormonu, který má za následek nižší výslednou výšku postavy jedince (Navrátilová & Hamrová, 2009).

2.4.7 Hematologické komplikace

Dle Krcha (2005) s úbytkem tělesné hmotnosti u pacientů roste závažnost a změny krevního obrazu a kostní dřeně. U nemocných nacházíme anémii neboli chudokrevnost, a leukopenii (výrazný pokles bílých krvinek) vyskytující se zhruba u poloviny nemocných.

2.4.8 Neurologické komplikace

Porucha elektrolytové rovnováhy, která je způsobená nadměrným užíváním diuretik a laxativ, zvracením nebo klystýry může vyvolat řadu dalších zdravotních komplikací. Jedná se o svalovou slabost, kterou trpí téměř polovina anorektických pacientek, tetanii (kontrakci svalů), akutní zmatenost, tonicko-klonické křeče a zvýšení hlubokých šlachových reflexů. Celkovou svalovou slabostí trpí více než 40 % jedinců s mentální anorexií. (Krch, 2005).

2.4.9 Metabolické komplikace

U trpících mentální anorexií se objevuje zhoršená termoregulace. Při vystavení chladu nedochází u nemocných ke zvýšení jádrové tělesné teploty, a naopak při vystavení horku dochází k jejímu abnormálnímu zvyšování, kdy dochází k minimálnímu rozšíření cév. Také je narušen metabolismus glukózy a v případě podvýživy se v glukózovém tolerančním testu často vyskytují hodnoty, které jsou svědčící pro diabetes. Jak u mentální anorexie, tak i u podvýživy se vyskytuje zpomalení bazálního metabolismu. Dále je u mentální anorexie narušen metabolismus vápníku, což souvisí se zpomalením tvorby kostí a zvýšené kostní resorpci (Krch, 2005).

U pacientek trpících mentální anorexií můžeme sledovat poruchy spánku. Pacientky nespí tak hluboce, během spánku se často budí a jejich celková doba spánku je obecně kratší. Avšak při úpravě hmotnosti tyto problémy zanikají (Krch, 2005).

2.4.10 Kožní komplikace

Kožní problémy se u pacientek vyskytují především při snížení BMI hodnoty pod 16 kg/m² a jsou způsobené zejména z důvodu hladovění, špatného stravování, navozování zvracení, užívání léků (např. laxativa nebo diuretika) a také kvůli psychiatrickým poruchám, které doprovází PPP. Kožních komplikací se vyskytuje celá

řada. Mezi nejčastější patří suchá šupící kůže, a to především v oblasti paží a zad, se kterou je často spjaté také svědění. Obvyklým dermatologickým problémem je také karotenodermie, která je způsobená příjmem jídla, které má vysoký obsah betakarotenu (např. mrkev, rajčata, pomeranče). Jedná se o žlutooranžové zbarvení kůže, které se nejvíce objevuje na dlaních, v podpaží či na ploskách nohou. Dále se u nemocných vyskytuje akrocyanóza, která se projevuje fialovým zbarvením kůže na nohou a rukou. Pacient má současně nižší tepovou frekvenci a bledou kůži na obličeji a trupu. Pravděpodobně jde o reakci, která je způsobená poruchou termoregulace, dehydratací a psychického vypětí. U mentální anorexie je s úbytkem tělesné hmotnosti spjaté lanuginózní ochlupení. Naopak ve fázi přibírání můžeme pozorovat otoky tzv. edémy nohou. Typickým kožním projevem u PPP je Russelovo znamení, ke kterému dochází z důvodu dlouhodobého navozování zvracení. Je způsobeno předními zuby, které dráždí a poškozují kůži na rukou. Dále se může objevit několik různých druhů kožních lékových vyrážek způsobených nadměrným užíváním projímadel, diuretik a léků k vyvolání zvracení či potlačení chuti k jídlu. Také můžeme u nemocných pozorovat bolestivé a praskající ústní koutky, zubní kazy a porušení zubní skloviny. U pacientů se podobně mohou naskytnout problémy způsobené sebepoškozováním mezi které patří například řezné rány. Jizvy lze pozorovat až u 30 % nemocných s PPP v dětském nebo dospívajícím věku. Častým znakem u anorexie jsou křehké a lámavé nehty související s deficitem vitamínů a minerálů (Papežová, 2018).

2.5 Léčba

Vzhledem k tomu, že faktory ovlivňující vznik i průběh tohoto onemocnění jsou velice rozsáhlé, k léčbě je potřeba využít multidisciplinární spolupráci odborníků jako je praktický lékař, nutriční specialista, psycholog, psychiatr, pediatr, internista, gynekolog a endokrinolog. Přístup k nemocnému jedinci by měl být pokaždé individuální dle jeho aktuálních problémů či potřeb (Švédová & Mičová, 2010).

Samotná léčba by se neměla soustředit výhradně jen na kontrolu váhy a jídelního chování i přesto, že hlavním cílem léčby mentální anorexie s velkou podvýživou je zařadit do života pacienta normální jídelní režim a odstranit somatické následky tohoto onemocnění. U lehčích forem onemocnění se uplatňuje ambulantní léčba anebo léčba probíhající v denních centrech, kdy terapie probíhá přes den a na noc se pacienti vrací domů. Do terapie lze zahrnout psychoterapeutické přístupy. Ty probíhají buď

individuální formou nebo také v podobě skupinové terapie. V jakékoli fázi léčby se zdůrazňuje psychoedukace, obsahující poučení o charakteru nemoci, následky hladovění nebo diet, možnosti léčby, ale také motivační terapii, jelikož pacienti mají sníženou motivaci k léčbě a smíšené, protichůdné pocity týkající se jak léčby, tak i hmotnostního přírůstku (Švédová & Mičová, 2010).

Tělo pacienta trpící MA někdy není ani po několika letech zvyklé na normální pravidelnou stravu. Kvůli přísnému omezení jídla se tomu přizpůsobily zažívací orgány, látkové přeměny a také i ostatní tělesné funkce. Z tohoto důvodu nemocný v žádném případě nemůže přejít ihned na normální jídelní režim, jelikož by to mohlo způsobit těžkou reakci organismu, kterou by si jedinec mohl vyložit tak, že pro něj tohle stravování není vhodné a přejít zpátky na předchozí jídelní režim, a být opět závislý na hubnutí (Leibold, 1995).

V léčbě mají nejlepší výsledky komplexní programy, které zahrnují terapii individuální, skupinovou i rodinnou, dále nutriční poradenství a také programy specializované na změnu chování. Výsledkem léčby má být zdravý jedinec, který dokáže akceptovat svoji tělesnou hmotnost i postavu, má potěšení z jídla a má úměrné pozitivní sebehodnocení (Švédová & Mičová, 2010).

2.6 Výživa ve sportu

Jen plnohodnotná strava a pravidelný pohyb zajišťuje organismu zdraví, výkonnost a rovnováhu (Fořt, 2002).

Správný stravovací režim má jasná pravidla jako je jídlo konzumovat pravidelně a v klidném prostředí, důkladně žvýkat, vyhnout se spěchu, příliš horkým a studeným pokrmům. Příjem jídla má být momentem uvolnění při obnově duševní i tělesné výkonnosti. Tohle všechno platí také pro sportovce. Ti ale navíc musí dbát na několik dalších aspektů vzhledem ke stálému tělesnému zatěžování a také kvůli vyšším nárokům na zažívací systém. Do správné výživy je také započítáno doplňování dostatečného množství tekutin (Donath & Schüler, 1997).

Důležitým faktem je, že záleží také na tom, co jedinec jí. Nepotřebuje totiž pouze energii, ale také několik dalších nezbytných látek, které dokážou přijatou energii využít. Není důležitá kvantita stravy, ale kvalita (Fořt, 2002).

U sportovců, musí být strava jiná, než jaká je u běžné populace. Pro sportovce na profesionální úrovni a také pro vrcholově sportující mládež je obvyklá strava totiž

nedostatečná. Složení stravy sportovce musí odpovídat aktuálnímu stavu jeho organismu a zaměření tréninku. Trénink se v průběhu roku mění a sleduje jiné cíle. Díky účelnému složení stravy je možno přispět k jejich splnění (Donath & Schüler, 1997). V případě silového tréninku je třeba přijímat více bílkovin, kde by měli převažovat živočišné zdroje. Pokud se jedná o trénink objemový vytrvalostní je potřeba dbát na příjem komplexních cukrů rostlinného původu, které mají nízký glykemický index, a pokud jde o velmi náročný objemový trénink, pak by strava měla být rozdělena do několika porcí, které jedinec jí v průběhu dne (Fořt, 2002).

Stravování, které je rozložené do celého dne je mnohem efektivnější, a to z důvodu zajištění využití všech živin (Fořt, 2002). U sportovců je pravidelnost v jídlu zvlášť podstatná a organismus si na to musí navyknout, protože pravidelnost konzumace jídla významně usnadňuje trávení (Donath & Schüler, 1997).

2.6.1 Výživa před zátěží

Výživa před zatížením závisí především na specifických podmínkách daného zatížení jako je délka tréninku, intenzita tréninku a možnosti příjmu energie i tekutin v průběhu doby zatížení (Bernaciková et al., 2017).

Objem stravy by měl být před zátěží menší, aby to pro jedince bylo stravitelnější. Je potřeba zvýšit příjem sacharidů, které by před výkonem měli tvořit cca 80 % příjmu energie a snížit příjem tuků, protože ty se tráví nejpomaleji (Klimešová, 2015).

2.6.2 Výživa při zátěži

Při sportovním výkonu, který trvá méně než 45 minut není potřeba doplňovat sacharidy (Klimešová, 2015). Jejich potřeba roste s délkou zatížení, takže výživa při zátěži je spíše potřebná u tréninku, který má vytrvalostní charakter. Sacharidy během zatížení jsou typicky dodávány prostřednictvím iontových nápojů (Bernaciková et al., 2017).

2.6.3 Výživa po zátěži

Hlavním úkolem potréninkové výživy je podpora regenerace organismu (Bernaciková et al., 2017). Ihned po sportovním výkonu je potřeba doplnit tekutiny a sacharidy. Hodinu po zátěži je vhodné přijímat potraviny, které jsou bohaté na bílkoviny a sacharidy. Dvě hodiny po zátěži je vhodné přijmout opět sacharidy (Klimešová, 2015).

2.6.4 Pitný režim ve sportu

Dlouhou dobu se věřilo, že sportovci musí přijímat co nejméně tekutin, aby tím nezatěžovali trávicí soustavu a krevní oběh. Mělo se tím omezit také i pocení. Dnes už víme, že se sportovcům v uspokojení potřeby tekutin bránit nemá. Pouze v případě nadměrného příjmu tekutin, a to zejména před sportovním výkonem (Donath & Schüler, 1997).

Jelikož sportovci při zatížení ztrácejí velké množství tekutin v několika hodinách pocením a zvýšeným dýcháním, a to někdy 5 až 6 litrů, je potřeba přijímat odpovídající množství tekutin během zátěže a po ní (Donath & Schüler, 1997). Při zatížení, které trvá déle než 1 hodinu by měla být ztráta tekutin doplňována opakovaným příjmem, kdy je doporučováno přijímat kromě vody i minerální látky (Konopka, 2004).

Dehydratace má negativní vliv na sportovní výkon, ať už jde o výkon rychlostní, silový nebo vytrvalostní (Klimešová, 2015). Nedostatek tekutin může způsobit zahuštění krve a zvýšení tělesné teploty, což třeba u vytrvalostního zatížení může značně ovlivnit výkonnost jedince (Donath & Schüler, 1997).

2.7 Redukce tělesné hmotnosti

Existuje řada důvodů, proč někteří chtějí snížit svou tělesnou hmotnost. Jedná se zejména o zlepšení vzhledu, zdraví anebo sportovního výkonu (Mandelová & Hrnčířiková, 2007).

Veškeré redukční diety jsou založené na stejném principu, kterým je kalorický neboli energetický deficit. Pokud chce tedy sportovec hubnout, musí být jeho energetický výdej vyšší než energetický příjem (Roubík, 2018). Nejvhodnější redukce tělesné hmotnosti se pohybuje v rozmezí 0,5-1 kg za týden. Pokud je však úbytek vyšší, tak se většinou jedná o ztrátu svalové hmoty namísto tuků (Mandelová & Hrnčířiková, 2007).

Správnou tělesnou hmotnost a její udržování bez pocitů frustrace můžeme získat především díky správným stravovacím návykům, nikoliv vyhýbáním se svým oblíbeným jídlům silou vůle (Clark, 2020). Optimální tělesnou hmotnost nejlépe určíme pomocí BMI indexu, což je index, který určuje hmotnostně-výškovou proporcionalitu. Kromě BMI hodnoty je také důležité zjistit množství tuku v těle (Mandelová & Hrnčířiková, 2007).

Díky tomu, že se budeme na jídlo soustředit a nebudeme ho konzumovat bezmyšlenkovitě se můžeme naučit jíst odpovídající porce. Kvůli pomalému a soustředěnému příjmu jídla se navíc snižuje potřeba se přejíst „na poslední chvíli“, kdy

si jedinec řekne, že od nadcházejícího dne začne opět držet dietu. K hubnutí také přispívá nižší příjem průmyslně upravených potravin, a naopak vyšší konzumace jídel v co nejpřirozenější podobě jako je ovoce, zelenina a další potraviny s vysokým obsahem vlákniny, která umí zasytit a oddálit tak pocit hladu. To napomáhá k příjmu menších porcí v dalším jídle. Dále je při hubnutí důležité dbát na dostatečný příjem bílkovin v každém jídle, jelikož podobně jako vláknina umí zasytit (Clark, 2020).

Nejspolehlivější způsob pro zhubnutí a následného nepřibrání shozených kilogramů zpátky je však spolupráce s odborníkem, který sestavuje jídelníčky podle stravovacího režimu a životního stylu jedince (Clark, 2020).

2.8 Zvýšení tělesné hmotnosti

Důvody ke zvýšení hmotnosti jsou často podobné jako u její redukce. Zahrnují vzhled, výkon a zdraví. K dosažení těchto cílů je možno využít silových tréninků, které stimulují svalový růst. (Mandelová & Hrnčířiková, 2007).

Nejúčinnějším způsobem navýšení tělesné hmotnosti je důsledná konzumace větších porcí (Clark, 2020). Jeden ze základních pilířů přibírání na váze je snížený příjem tuků, a to zejména těch živočišných. Mnoho sportovců si myslí, že ke zvýšení svalové hmoty může pomoci pouze vysokoproteinová dieta, což je však naprostý omyl. Základem je totiž navýšit příjem sacharidů a poté až příjem bílkovin. Sacharidy totiž zásobují energii cvičící sval a jedinec tak zvládne náročnější a kvalitnější silovou tréninkovou jednotku. Dále je ve stravě důležité dbát na pravidelnost (Mandelová & Hrnčířiková, 2007).

3 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem práce je popsat problematiku poruch příjmu potravy obecně i v souvislosti se sportem.

3.1 Dílčí cíle

Mé dílčí cíle v této práci jsou:

- Popsat a prezentovat kazuistiky třech sportujících osob, které mají vlastní zkušenost s poruchou příjmu potravy.
- Uvést možné příčiny a následky u klientů kazuistiky, kteří se pohybují na závodní úrovni.

4 METODIKA

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila kazuistiku neboli případovou studii. K získání informací jsem oslovila dívky, které mají zkušenost s problematickým jídelním chováním a zároveň se věnují či věnovaly sportu na závodní úrovni. Do výzkumu byly celkem zapojené tři dívky ve věku 17, 20 a 22 let. Všechny dotazované byly velmi vstřícné a neměly problém se se mnou podělit o svou životní cestu a bojem s tímto onemocněním. Předem byly informované o anonymitě a samotném průběhu výzkumu. Poté podepsaly informovaný souhlas dle vzoru etické komise FTK, v případě nezletilé, byl podepsán informovaný souhlas zákonným zástupcem.

Po předchozí domluvě jsem se s jednotlivými dívkami o samotě sešla v tichém prostředí, kde se dotazované cítily komfortně. Výzkum probíhal ve formě polostrukturovaného rozhovoru, kdy jsem měla připravenou základní strukturu otázek. V některých případech se dotazované samy rozhovořily a já se už vyptávala pouze na případné nejasnosti. Celý rozhovor jsem nahrávala na diktafon a zároveň si v průběhu zapisovala poznámky. Následně jsem na základě nahrávky a poznámek zpracovala kazuistiku.

4.1 Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Pro můj polostrukturovaný rozhovor jsem si zvolila následující otázky:

- Jaká je tvá sportovní historie?
- Jak často jsi měla tréninky a na jaké úrovni ses sportu věnovala?
- Kdy nastaly první problémy s poruchou příjmu potravy?
- Co vnímáš jako tvůj prvotní impulz vzniku poruch příjmu potravy?
- Jaký mělo onemocnění vliv na tvé sportovní výkony?
- Jaké mělo onemocnění následky?
- Jaké jsi měla zdravotní komplikace?
- Jaký byl průběh onemocnění?
- Ovlivnilo tvé onemocnění vztah s rodiči?
- Jak probíhala léčba?

5 VÝSLEDKY

V této kapitole jsou zpracované tři kazuistiky sportujících dívek, které se během své sportovní kariéry setkaly s některou poruchou příjmu potravy.

5.1 Kazuistika č. 1

První respondentkou, která byla ochotná se se mnou podělit o svůj příběh byla 22letá dívka, která se nyní považuje za vyléčenou a snaží se dále pomocí sociálních sítí edukovat o poruchách příjmu potravy širší publikum.

Respondentka v dětství krátce rekreačně plavala, kde se však necítila zcela komfortně, protože vnímala štíhlé dívky a okolí se jí navíc smálo za plavky a postavu. Poté zhruba od 4. třídy se začala věnovat tanci. Nejdříve se jednalo pouze o hip-hop pro zábavu pod vedením trenérky, kdy trénink probíhal pouze 1x týdně. Posléze přešla do taneční školy zaměřené na disco tance. Tréninky se konaly 2x týdně a součástí už byly i taneční soutěže.

V tomto období nastal první malý impulz, který mohl mít za následek vznik poruchy příjmu potravy. Dotazovaná dívka uvádí, že si začala všimnout hodně hubených holek ve své tréninkové skupině. Nejvíce ale vzpomíná na svou tehdejší nejlepší kamarádku a spolužačku, která byla velmi štíhlá, ale protože měla velmi rychlý metabolismus, strava se na ní nijak neprojevila. Kamarádka začala mít občasné poznámky na postavu dotazované dívky a jejich spolužáci také. Při jakémkoliv školním konfliktu byla narážka na její figuru hned první útočná věc, kterou od ostatních obdržela. Jednalo se o věty typu „*Jsi tlustá, jdi si zaběhat*“. Od této doby se rozhodla na svém vzhledu zapracovat. Zpočátku šlo pouze o nevinné cvičení mimo taneční tréninky a pročítání článků na internetových stránkách ženských magazínů píšících o dietním stravování a hubnutí. Snažila se tedy vyhnout sladkostem a smaženým jídlům, jíst více ovoce a zeleniny a vyměnila bílé pečivo za tmavé. Nakonec to došlo do fáze, kdy cvičila každý den přibližně hodinu. Čím více byla hubenější, tím cvičení bylo náročnější, bolestnější a často bylo doprovázené pláčem. To byl jeden z prvních vykřičníků pro její matku, která si toho všimla a začala mít pochybnosti o zdravotním stavu své dcery. Dotazovaná dívka se také snažila trávit čas s rodinou sportovně, kdy vymýšlela aktivní výlety na kolech či na bruslích, aby kromě domácího cvičení mohla spálit více kalorií. Stanovila si rituály, kdy např. každé sousto zapíjela vodou, šla spát nejméně 3 hodiny po posledním přijatém

jídle, snídala pouze ve stoje, nebo v autobuse se zásadně zády neopřela, aby zapojila více energie.

Postupem času se v takovém režimu její tělesná hmotnost začala snižovat, dostavila se u ní spokojenost a okolí ji začalo zahrnovat komplimenty. Časem takový režim způsobil strach z jídla. V průběhu tří let se její váha snížila z 56 kg na pouhých 42 kg, což také mělo velký vliv na její sportování. Taneční soustředění pro ni byly velmi náročné. Záviděla všem okolním dívkám jejich stravu, protože si ji nemohla dovolit a přijímala pouze nízkokalorické produkty. Kvůli malému množství energie a vysoké tělesné zátěži, několikrát při cvičení i omdlela. Také vzpomíná na bolest při provádění sklapovaček, kdy kvůli vyhublosti měla páteř vydřenou do krve, ale trenéři na to nebrali ohled a říkali jí, že se vymlouvá a ať pokračuje ve cvičení.

V období nejnižší tělesné hmotnosti, která měla hodnotu pouhých 39 kg se na preventivní prohlídce u lékaře její matka zmínila o pochybnostech ohledně jejího zdravotního stavu, a respondentka dostala lékařskou zprávu s doporučením k návštěvě psychiatrie. Tam jí byla diagnostikována mentální anorexie a dostala příkaz ke zvýšení tělesné hmotnosti o 2 kg za týden. Pokud by se jí to nepovedlo, tak jí hrozila hospitalizace. Dotazovaná to ovšem viděla velmi naivně a myslela si, že se díky příbrání léčebnému zařízení vyhne a poté bude moci opět znovu pokračovat ve svých stravovacích návycích. Na další kontrole však zjistila, že i nadále bude muset chodit na pravidelné konzultace a prohlídky, jejíž součástí byla kontrola její tělesné hmotnosti. Také měla zakázanou veškerou fyzickou aktivitu včetně chůze do školy a ze školy.

Na toto období dotazovaná velmi nerada vzpomíná, jelikož to zásadně ovlivnilo její vztah s matkou. Doteď dotazovanou dívku mrzí, jak její onemocnění ovlivnilo vztahy s jejími rodiči. Tento vztah nebyl dobrý, protože o ni měli strach, říkali jí, že jim mizí před očima a chtěli jí pomoci, ale ona je za to nesnášela. Dotazovaná byla pod psychickým tlakem, protože si všímala, jak přibírá na váze. Věděla, že v tom musí pokračovat, i když sama nechce. Od psychiatričky měla předepsané léky na stavy úzkosti a musela ji navštěvovat cca 1x za měsíc. Čím byl její zdravotní stav lepší, tím se tato lhůta prodlužovala. Po postupném zvyšování tělesné hmotnosti docházelo k uvolňování některých opatření. Při váze 45 kg už mohla mít více pohybu a začít opět sportovat. Psychicky se cítila lépe a měla velkou touhu se uzdravit. Jednalo se zhruba o období 9. třídy. V tomto období se opět začala aktivně věnovat tanci a přestoupila do další taneční školy. Zde byla trenérka vysazená na dívky, které nebyly štíhlé a měla připomínky, že by měly na své postavě trochu více pracovat. V jejich nepřítomnosti jejich figuru probírala

s ostatními. To se ale dotazované dívky netýkalo, jelikož patřila mezi ty velmi hubené dívky. V současné době ji však zaráží, že trenérka řešila pouze dívky s vyšší hmotností, ale jí samotné na podvýživu neřekla absolutně nic a neřešila to. Tréninky probíhaly 3x týdně a o víkendu byly velmi náročné taneční soutěže.

Její zdravotní stav se začal zlepšovat, nejen díky psychiatričce, ale také i kamarádkám se kterými trávila více času. Život pro ni najednou byl úplně o něčem jiném a sama si začala uvědomovat, že by ráda měla ženské rysy a chtěla by mít v budoucnosti děti. Zjistila, o co vše v minulosti přišla, když se vyhýbala společenským akcím jen z důvodu strachu z jídla. Postupným navyšováním tělesné hmotnosti se dotazovaná dívka dopracovala na 53 kg, ale sama přiznává, že stále příjem jídla řešila, i když už byla relativně uzdravená a psychiatričku již nenavštěvovala. Jednalo se o období 3. ročníku na střední škole.

Její váha se jí moc nezamlouvala a spolu se svou kamarádkou se domluvily, že na sobě zapracují a začnou jíst více zdravě. V tomto období totiž často trávily čas vysedáváním v restauracích, pojidáním brambůrek a popíjením alkoholu. Kamarádka po snížení určité tělesné hmotnosti byla spokojená a přestala si hlídat přísnější režim. Dotazovaná dívka však v hubnutí pokračovala, stáhla si mobilní aplikaci „kalorické tabulky“ a začala si počítat veškerý svůj kalorický příjem. Touto cestou se se svou váhou dostala na hodnotu 46 kg. Vzpomíná, že psychicky na tom opět nebyla nejlépe, znovu začala s nadměrným cvičením a neměla žádnou energii. Naštěstí si toho všimly její kamarádky, které jí řekly, aby s hubnutím přestala a znovu neonemocněla poruchou mentální anorexie. Začala si uvědomovat, že svou minulost nechce opět zažívat. Smazala si aplikaci, ve které si počítala svůj příjem jídla a od té doby začala relativně normálně žít. Řekla si, že do svého stravovacího režimu zařadí tzv. „cheat day“, protože stále chtěla mít nad jídlem částečně kontrolu. Rozhodla se, že v průběhu týdne bude jíst zdravě a každou neděli si dopřeje něco více kalorického. Přehouplo se to ale do takového stavu, že v neděli vstávala dříve, aby si mohla dopřát něco nezdravého. Nastalo záchvatovité přejídání. Vše, co si předchozí roky zakazovala a odmítala, chtěla ochutnat. Takový režim měla několik měsíců, ale postupně jí to začalo velmi unavovat. Několikrát dokonce musela vynechat pondělní školní výuku, protože jí z nedělního „cheat day“ jídla bylo špatně a měla bolesti. Po tom, co 4 týdny po sobě vynechala výuku si uvědomila, že s tím musí přestat.

Ze dne na den s tím skončila. Po úspěšné maturitní zkoušce odjela studovat do zahraničí, kde se s jídlem musela naučit hospodařit. Jelikož byla sama a v cizí zemi, tak se učila, jak má správně jíst, aby se cítila po psychické i fyzické stránce lépe.

Co se týče zdravotních komplikací, tak dotazovaná dívka v průběhu svého onemocnění byla 2 roky bez menstruačního cyklu. Dále trpěla anémií, kdy kvůli špatně fungujícím játrům byla její pokožka zbarvená do žluta. Také se u ní projevilo nadměrné padání vlasů, zimomřivost a lanuginózní ochlupení, a to zejména v oblasti zad. Okolí si také všimlo zpomalených reakcí, které ona sama zaregistrovala až při tanečních trénincích, kdy nestíhala provádět rychlé pohyby. Respondentka dále popisuje svalové bolesti, které zažívala v období své nejnižší tělesné hmotnosti.

5.2 Kazuistika č. 2

Druhou dotazovanou byla dvacetiletá dívka, která se nyní pomocí sociálních sítí a přednášek na školách snaží navýšit povědomí o problematice poruch příjmu potravy. Respondentka měla již od dětství kladný vztah ke sportu, jelikož vyrůstala s matkou, která byla velice sportovně založená. Už od dvou let rekreačně závodila na lyžích, kdy netrénovala pod sportovním klubem, ale jen příležitostně lyžovala se svou matkou. Toto rekreační závodění probíhalo asi po dobu deseti let. Mezitím se v rozmezí od čtyř do šesti let věnovala házené, kdy tréninky probíhaly 1 - 2x týdně a poté v první třídě začala navštěvovat sportovní kroužek, který byl zaměřený na všeobecnou sportovní přípravu s větším důrazem na basketbal. Po dvou letech této přípravy započala basketbalovou kariéru a vstoupila do basketbalového klubu. Tréninky zde probíhaly 3x týdně a součástí byly samozřejmě víkendové zápasy a také i sportovní soustředění.

Ve dvanácti letech musela přejít do jiného basketbalového klubu, kde trénovala až do svých patnácti let. I přesto, že se zde dívky pohybovaly na republikové úrovni, tak se také účastnily různých mezinárodních turnajů. Po výhře takového turnaje ve Skotsku nastoupil úplně nový trenér. To respondentka popisuje jako jeden z hlavních faktorů, které mohly zapříčinit vznik onemocnění mentální anorexie. Na úvodním soustředění v srpnu totiž začal provádět zásadní změny. Dotazovaná byla v té době kapitánkou družstva a nový trenér ji z této pozice vyřadil se zdůvodněním, že nikoho nezná a jsou pro ně aktuálně všechny dívky úplně na stejné úrovni a vyžaduje po nich maximální snahu. Podle výsledků si pak kapitánku i základní hráči „pětku“ vybere sám. Jakmile proběhla tato změna, tak mezi dívkami proběhly rozepře, protože každá chtěla dosáhnou

co nejlepšího výsledku. Během říjnového měsíce respondentka už začala podléhat onemocnění mentální anorexie. (V tomto období se její obvyklá tělesná váha pohybovala okolo 55 kg). Vytvářela si vlastní výzvy, které chtěla překonávat. V hlavě si říkala „*Minulý trénink jsem si před tréninkem dala sladké pití, tak dnes si ho nedám*“. To se s každým následujícím tréninkem stupňovalo. Mentální anorexii měla spojenou s orthorexií, což je onemocnění, kdy se jedinec ve větší míře upíná na zdravou stravu. Ze svého jídelníčku úplně vyřadila pečivo, uzeniny, sladkosti, mléko, a naopak pila hodně kávy a zeleného čaje. Také si neustále hlídala, aby měla vyšší výdej než příjem a stanovila si striktní časový režim pro příjem jídla. Nepřisuzuje to ke chtění si zlepšit sportovní výkon, ale prý to šlo „samo od sebe“. Zhruba v tomto období si díky svým basketbalovým výkonům dokonce zajistila pozvánku do reprezentace. Trenér ale neměl problém dotazovanou shazovat před ostatními. Říkal, že nechápe, jak se do užšího výběru reprezentace mohla dostat, když jsou v týmu mnohem šikovnější hráčky a že si tam pozvánku zajistila jen díky vztahu její starší sestry, která v té době měla za partnera basketbalového trenéra. (Což samozřejmě nebyla pravda). Reprezentační trenér ji řekl „*Jsi dobrá, ale pokud nepřibereš, tak reprezentaci můžeš říct ahoj*“. Respondentka samozřejmě na jednu stranu chtěla být součástí užšího výběru, ale na druhou stranu byla pod tíhou onemocnění mentální anorexie. Říká, že mentální anorexii člověk tak snadno neovlivní a že věta „*začni jíst*“ jen tak nefunguje. Kvůli tomu, že nedokázala přibrat, tak nabídka reprezentace bohužel padla. Během následujícího půl roku ji stále tělesná hmotnost klesala, a na konci sezóny už ani tolik v zápasech nehrála a musela sedět na lavičce. Byla tedy rozhodnutá s basketbalem úplně skončit.

V tomto období slavila své 15. narozeniny a jako narozeninový dárek dostala návštěvu své starší sestry, která žila v Kanadě. Okolí si totiž myslelo, že odstěhování sestry do zahraničí mohlo mít spojitost s onemocněním dotazované, jelikož propadnutí mentální anorexii se projevilo po pár měsících po jejím odjezdu. Strávila tedy společně s matkou a se svou starší sestrou týden na chatě, kde výletovaly, jezdily na koních a prostě měly takovou „rodinnou terapii“. Nejdříve se problém snažila řešit pomocí psycholožky, kterou navštěvuje již od dětství kvůli úzkostem. Poté se jí rodina snažila pomoci i alternativní léčbou jako je např. šamanské léčení. Nic bohužel nepomohlo. Zhruba za měsíc po svých narozeninách letěla na 6 týdnů za svou starší sestrou tentokrát ona. Všichni v okolí tomu dávali velkou naději a mysleli si, že to v léčbě konečně pomůže, protože bude v novém prostředí. Paradoxně se tam ale dostala na svou nejnižší váhu, a to 38 kg. Po návratu z Kanady se cítila velmi unavená a s matkou jela na dovolenou do

Maďarska. Celé její okolí se snažilo léčbu pojmout ve formě relaxace a chtěli, aby se dotazovaná uvolnila, protože si mysleli, že to její zdravotní stav zlepší.

Co se týče vztahu s její matkou, tak ho onemocnění mentální anorexie extrémně změnilo. „*Nebylo dne, kdy jsme se nepohádaly*“ svěřila se respondentka. Matka chtěla, aby se najedla, ale dotazovaná dívka odporovala. Ve škole neměla kamarády a kvůli své vyhublé postavě s ní spolužáci ani nechtěli absolvovat hodiny tělesné výchovy, protože se báli, že by ji mohli zranit. Díky individuálnímu plánu si mohla dovolit předmět tělesné výchovy vynechávat a místo toho si raději denně chodila zacvičit do fitcentra, které mohla díky známostem navštěvovat bez poplatků.

Na konci léta si domluvila přechod do jiného basketbalového klubu v jiném městě, protože si své rozhodnutí o ukončení své kariéry nechala od rodiny rozmluvit a stále se tohoto sportu nechtěla vzdát. V srpnu tedy jela na basketbalové soustředění, kde jí její kamarádky měly hlídat stravovací režim. Prý si ale jejich rady vůbec nebrala k srdci a ignorovala je. Okolí už bylo bezmocné a nevědělo, jak jí může pomoci. Po soustředění se tréninky konaly 3x týdně a o víkendu probíhaly zápasy, na kterých ale víceméně nezasáhla do hry. To ji samozřejmě nebavilo. Trenér zde byl ale skvělý. Věděl, že ji basketbal baví a byl jeden z mála, který akceptoval její onemocnění. Na konci roku se ale s basketbalem stejně rozloučila. Bylo to pro ni velmi časově náročné, a navíc začala mít i zdravotní komplikace týkající se kolen.

Chvilí před ukončení basketbalové kariéry musela ve škole absolvovat přezkoušení z tělesné výchovy, aby mohla být klasifikována. To muselo proběhnout pod dozorem její matky, jelikož nebyla plnoletá a učitelé se báli o její zdravotní stav. Při běhu na 60 m bohužel po několika metrech upadla na zem, ale při delších tratích se jí dařilo a dostala dokonce doporučení, aby se věnovala atletice. Rozhodla se tedy zaměřit na tento sport. Tréninky se konaly pouze 2 - 3x do týdne, ale navíc zde sportovci dostávali od trenéra psané tréninky, které už byly individuální. Na halových atletických závodech, které se konají v rozmezí ledna až března, dotazovaná běžela 1500 m a 3000 m, a umístila se těsně pod stupni vítězů, i když trénovala velmi krátce.

Na období, kdy se věnovala atletice vzpomíná velmi ráda, protože se její tělesná hmotnost začala trochu zvyšovat. Popisuje to jako opuštění toxického prostředí basketbalu. V dubnu už měla zhruba 45 kg. Celkové zlepšování zdravotního stavu také připisuje i dvoutýdenní dovolené v Egyptě, kde s matkou oslavila své šestnácté narozeniny. Kvůli vysokým teplotám zde neměla absolutně náladu na sport a také díky prostředí jiné kuchyně měla tendenci vše ochutnávat. Po příjezdu z této dovolené její váha

už byla mnohem více optimální. Během léta absolvovala pár atletických závodů, ale její vášeň pro tento sport pomalu mizela, a navíc se znovu objevily zdravotní komplikace. Tentokrát týkající se achilovek a okostic. Na konci léta se ještě účastnila atletického soustředění, ale tou dobou už měla 50 kg a nebyla s tím psychicky srovnaná. Začala mít úzkosti kvůli přibráným kilogramům, cítila se nafouklá a oblečení, které si koupila nedávno jí bylo malé. Také vnímala, když se jí při běhu o sebe otírala stehna, na což nebyla zvyklá a velmi jí to znepokojovalo. Sportovní výkony navíc nebyly kvalitní a všeobecně se cítila nespokojeně. V úzkostech se začala přejídat a poté přijaté kalorie chtěla vysportovat. Takto začalo období psychogenního přejídání a krajní bulimie, které následně trvalo zhruba jeden rok. Postupně to vygradovalo do fáze, kdy dotazovaná odmítala, jakkoliv sportovat, i když se jednalo třeba jen o rekreační jízdu na bruslích. V té nejhorší fázi záchvatovitého přejídání byla schopná sníst např. deset sladkých donutů. Vše, co si během onemocnění mentální anorexie odmítala, tak chtěla ochutnat.

V sedmnácti letech se její váha pohybovala asi na 68 kg a byla sama se sebou nespokojená. V tomto období se zamílovala, což pro ni byla motivace, aby na své postavě zapracovala. Rozhodla se tedy začít opět sportovat. Postupem času zhubla na cca 60 kg a už se psychicky i fyzicky cítila mnohem lépe. Přišlo léto a respondentka zase odlétala do zahraničí navštívit svou starší sestru. Tentokrát se ale z Kanady vrátila s kilogramy navíc a cítila se nespokojeně. V září pak nastupovala do maturitního ročníku a díky novému pravidelnému režimu a rekreačnímu sportování se zase dostala zpátky do formy.

Během onemocnění poruch příjmu potravy se setkala s řadou zdravotních komplikací. Vymizel jí menstruační cyklus, měla velmi suchou pokožku, a také často omdlívala a tvořily se jí modřiny. Onemocnění dále způsobilo špatnou funkci termoregulace, které bylo spjaté s languinózním ochlupením na rukou. Byla jí neustále zima, do školy si s sebou nosila deky na zahřátí a polštář pod zadek, aby jí nebolela kostrč. O přestávkách se ohřívala na toaletách u vysoušečů rukou. Její nízká hmotnost měla také vliv na zdravotní problémy týkající se kolen a okostic v době vysoké fyzické zátěže. Vyvolávání zvracení způsobilo vyrážky na rukou, a dokonce i zánět hltanu a hrtanu, kdy musela navštívit soukromou kliniku a brát léky.

Kromě zdravotních problémů mělo onemocnění vliv i na její sportovní výkon. Chtěla být „samostatná jednotka“, nevyhledávala společnost a distancovala se od kolektivu, což v kombinaci s basketbalem nebylo ideální.

Co se týče léčby, tak během cca těch 2 let, kdy trpěla mentální anorexií, musela svého obvodního lékaře navštěvovat skoro každý týden na převážení. Také navštěvovala

psycholožku, ke které chodila už od dětství. Ta jí dokonce zakázala odlet do zahraničí se slovy „*Nepustím tě do Kanady, dokud nepřibereš 2 kg*“. Respondentka ale nechtěla spolupracovat a z trucu další 2 kg zhubla. Poté, co se vrátila z Kanady a měla svou nejnižší tělesnou hmotnost, tak jí její matka objednala k psychiatrice, která byla přímo zaměřená na poruchy příjmu potravy. Tu navštěvovala snad jen půl roku, a to 1x za 3 týdny. Na tuto léčbu nevzpomíná ráda, protože k psychiatrice měla negativní vztah a nechtěla s ní absolutně vůbec komunikovat. Dostala předepsané léky, které měla užívat. Ty ale tajně splachovala do záchodu.

Teď, když má s matkou skvělý vztah, tak si vše zpětně říkají. Respondentka se od ní dozvěděla, že jí lékaři dokonce vyhrožovali, že kvůli odmítání léčby a hospitalizaci na oddělení JIP ji dceru vezme sociálka z důvodu, že se o ní nedokáže postarat.

Zpětně respondentka vidí hned několik faktorů, které mohli mít za následek vznik onemocnění poruch příjmu potravy. Jeden ze spouštěčů byla touha po dokonalosti a perfekcionismus. Mezi další faktory se také řadí vliv již zmiňovaného trenéra. Dále se respondentka zmínila o tom, že chtěla větší matčinu pozornost, jelikož v té době bývala často u své babičky z důvodu, že její matka trávila dost času se svým přítelem na cestách. Stále se ale nepovažuje za vyléčenou a tvrdí, že ani vyléčená nikdy nebude. Myslí si, že kdokoliv měl mentální anorexii ve vyšší míře, tak po psychické stránce už nebude nikdy stoprocentně zdravý.

Všem, kteří trpí některým onemocněním poruch příjmu potravy by hospitalizaci rozhodně nedoporučovala. Je zastánkyní toho, že pokud se člověk z onemocnění dokáže uzdravit sám, tak si té cesty mnohem více váží. Je to podle ní mnohem lepší způsob léčby než přijímat léky. Také vidí u hospitalizace vysoké riziko spojení anorektických, které si vzájemně mohou sdělovat rady k rychlejšímu hubnutí.

5.3 Kazuistika č. 3

Poslední dotazovanou byla sedmnáctiletá dívka, která vyrůstala ve sportovně založené rodině a od malička má ke sportu kladný vztah. Dříve než se začala věnovat atletice, tak veškerá sportovní aktivita byla vykonávána spíše rekreační formou.

S atletikou začala ve 3. třídě, kdy tréninky probíhaly v podobě her pro děti a konaly se 1x týdně. V 11 letech přestoupila k jinému trenérovi, který se jí více věnoval. Pod jeho vedením se začala věnovat vrhačským disciplínám a to 3x-4x do týdne. Po dvou letech přešla k dalšímu trenérovi, u kterého trénuje doteď.

Dotazovaná dívka o sobě tvrdí, že je perfekcionistka a popisuje, že byla příliš sebekritická. Nelíbila se jí její postava a měla pocit, že se stále přejídá a není vyváženě. Po návratu ze školní jídelny měla návyk si doma dát ještě další porci jídla. Postupem času začala přemýšlet, zda další příjem po obědě vůbec potřebuje a nejedná se pouze o chuť. Vzpomíná, že změnu stravovacích návyků tehdy zařadila pouze z důvodu, aby měla správný jídelníček. Zpětně v tom však vidí i důvod hubnutí a faktor „*jsem vrhačka, ale zároveň nechci vypadat jako vrhačka*“. Tvrdí, že si nerada vybírá tu nejjednodušší cestu a má ráda, když si své cíle může sama vydřít. Pamatuje si předchozího trenéra, který pronesl větu, že od určitého věku je ve sportu potřeba mít stravu pod kontrolou. I když to s vysokou pravděpodobností nebylo mířeno na její osobu, tak přiznává, že to mohl být jeden z prvotních impulzů.

Asi ve 14-15 letech si začala o stravování, energetických a výživových hodnotách v určitých potravinách zjišťovat více informací. Postupně omezovala některé tuky ve stravě, začala mít odpor ke smaženým nebo sladkým jídlům a při pohledu na velkou porci jídla, kterou měla sníst se jí svíral žaludek a cítila se nervózně. Sama ale říká, že hubnout nechtěla. Od rodiny však nyní slýchává, že v době, když se doma vážila na ní pozorovali, že je nespokojená. Její původní tělesná hmotnost měla hodnotu 59 kg a nejnižší se dostala na váhu 53 kg. Stále si ale nemyslí, že trpěla poruchou mentální anorexie. „*Spiš to bylo o perfekcionismu a o tom, že jsem chtěla být stoprocentní i ve výživě*“ dodává. Při změně stravovacích návyků docházelo k postupné redukci tělesné hmotnosti a došlo i ke ztrátě menstruačního cyklu, který se stále nevrátil. Také jí bylo zjištěno málo železa v krvi a zaregistrovala i zvýšenou zimomřivost. Nižší hmotnost se samozřejmě projevila i v atletice, kdy její výkony byly horší.

Nikdy však hubnutí nebyl její cíl, váhu si nekontrolovala a ani si nepřipouštěla, že se její tělesná hmotnost snižuje. Uvědomovat si to začala až poté co si toho všiml její atletický kolektiv, včetně trenéra, který to začal více řešit. Její jídelníček spolu s ní diskutoval s výživovým poradcem.

Na popud rodičů navštívila nutričního specialistu, i přesto, že byla přesvědčená, že se nic nového o správném jídelním režimu nedozví, protože si již v minulosti zjistila dostatek informací a její stravovací návyky považovala za dobré. Zde se však dozvěděla, že s ohledem na její náročný denní režim by její energetický příjem měl být téměř dvojnásobný a to 3 000 kcal. Při řešení ztráty menstruačního cyklu jí gynekologický lékař sdělil, že nenašel žádný problém a poslal ji na endokrinologii odkud byla poslána na dětskou kliniku v jiném městě. Tam jí byla diagnostikována mentální anorexie a byla jí

doporučena psychiatrická léčba. Tohle zjištění jí velmi naštvalo a vyděsilo. Přiznává, že některé příznaky mentální anorexie měla, ale vždy anorektičky považovala za ty, které jsou hubené, cítí se tlustě a chtějí zhubnout. Takovou situaci prý ale nikdy na vlastní kůži nezažila. Po zhubnutí několik kilogramů tělesné hmotnosti se totiž cítila spokojená a nevnímala se jako tlustá. Psychiatricku navštěvuje dodnes. Dříve to bylo 1x za měsíc, nyní ji navštěvuje cca 1x za 2 měsíce.

Na moji otázku, zda její stravovací návyky nějakým způsobem ovlivnily vztah s rodiči mi respondentka odpovídá, že naopak z jejich strany cítila velkou oporu. Snažili se s ní komunikovat a také ji kupovali produkty, které ve stravě upřednostňovala jako jsou např. ořechy nebo sušené ovoce.

Zlepšení zdravotního stavu nastalo, když navýšila energetický příjem a snažila se v tom vidět klady. Také ji motivovaly dívky, které v minulosti bojovaly s některou poruchou jídelního chování a nyní na sociálních sítích sdílí své příběhy a snaží se vzdělávat ostatní o této problematice. Uznává, že i díky psychiatrice si začala některé věci více uvědomovat a také věděla, že pokud chce předvádět kvalitní výkony v atletice, tak musí konzumovat více jídla. Dále si přála, aby se jí vrátil její menstruační cyklus.

Nyní už nemá problém si po porci jídla si dát „něco navíc“, ale fastfood rozhodně nevyhledává.

5.4 Závěry výzkumného šetření

Všechny tři případové studie se týkají dívek, které se věnují nebo věnovaly některému sportu na závodní úrovni a nachází se v podobné věkové kategorii. Každá kazuistika tedy zahrnuje tři faktory, které s sebou nesou zvýšené riziko pro vznik onemocnění poruch příjmu potravy. Radíme mezi ně ženské pohlaví, období dospívání nebo časně dospělosti a sportovní prostředí.

Každá respondentka vnímá prvotní etiologii vzniku onemocnění poruch příjmu potravy jinak. První dotazovaná jako primární příčinu popisuje zejména kritiku na její vzhled od jejího okolí. V druhém případě dívka zaregistrovala několik faktorů. Za ty hlavní však považuje negativní vztah s novým trenérem a nedostatek pozornosti její matky. V poslední kazuistice dotazovaná dívka neuvedla žádný zásadní zlomový okamžik, který by považovala jako rizikový faktor s následkem na její diagnostikové onemocnění. I přesto, že prvotní etiologii vzniku tohoto psychického onemocnění vnímá každá klientka kazuistiky naprosto odlišně, tak ve všech případech lze pozorovat i jasné

shody. V každém příběhu si můžeme u respondentek všimnout stejného povahového rysu, kterým je perfekcionismus související s touhou po dokonalosti a potřebě něco dokazovat sobě nebo svému okolí.

Ve všech případech mělo onemocnění negativní vliv na sportovní výkon. Ať už se jednalo o zvýšenou únavu, bolesti svalů, kloubů, šlach nebo okostic, horší sportovní výkony nebo náročnost skloubit týmový sport a distancování se od společnosti. Mezi zdravotní komplikace, se kterými se setkaly všechny dotazované patří vyčerpanost a slabost, zimomřivost a ztráta menstruačního cyklu. Dále se alespoň u dvou respondentek projevila anémie, lanuginózní ochlupení nebo omdlívání. A alespoň jedna z dotazovaných se setkala se zvýšeným vypadání vlasů, zánětem hrtanu a hltanu, suchou kůží, špatnou funkcí jater, zpomalených reakcí nebo zvýšenou tvorbou modřin.

Vztah s rodiči se u dvou dotazovaných rapidně zhoršil, u jedné se naopak zlepšil a cítila v nich podporu.

Tabulka 1. Přehled údajů dotázaných respondentů.

Respondent	Sportovní odvětví	Druh PPP	Tělesná hmotnost před PPP (kg)	Nejnižší tělesná hmotnost při PPP (kg)
1	Tanec	Mentální anorexie, psychogenní přejídání	56	39
2	Basketbal	Mentální anorexie, orthorexie, psychogenní přejídání, mentální bulimie	55	38
3	Atletika	Mentální anorexie	59	53

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na poruchy příjmu potravy. Hlavním cílem byl popis této problematiky ve spojitosti se sportem. V teoretické části se jednotlivé kapitoly zabývají charakteristikou jednotlivých druhů tohoto onemocnění, jejich historií, faktorů podporujících vznik poruch příjmu potravy včetně vlivu sportovního prostředí, zdravotních následků a jejich léčbou. Závěr teoretické části pojednává o vhodné sportovní výživě, pitném režimu a správném snižování a nabírání tělesné hmotnosti.

Dalším cílem bylo prezentování sportujících osob s vlastní zkušeností s poruchou příjmu potravy, uvedení jejich příčin, které měly vliv na vznik tohoto onemocnění a jejich následků. V praktické části je tedy pozornost věnována třem dívkám, které během své sportovní kariéry trpěly tímto onemocněním. Na základě rozhovorů – jsou zde vypracované kazuistiky, díky kterým se můžeme do osob trpících poruchou příjmu potravy lépe vcítit a více pochopit tuto problematiku. Každá dotazovaná vnímá hlavní příčinu vzniku onemocnění naprosto odlišně, ve všech případech lze však pozorovat vysoké sebekritické myšlení, perfekcionismus a touhu po dokonalosti.

I přesto, že povědomí se o této problematice postupně navyšuje, stále je velmi nízké a je nadále potřeba veřejnost informovat.

7 SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy ve spojitosti se sportem. Tato problematika je mezi sportovci značně častá, avšak její povědomí je velmi nízké a mělo by se jí věnovat mnohem více pozornosti.

V teoretické části práce jsou shrnuté základní informace o historii onemocnění, možných příčinách vzniku včetně vlivu sportovního prostředí, zdravotních komplikací a léčbě. Závěr teoretické části pojednává o vhodné sportovní výživě, správné redukci a nárůstu tělesné hmotnosti. Praktická část je zaměřená na kvalitativní výzkum, kde jsou podrobně popsány tři příběhy dívek, které se ve sportu ať už individuálním či kolektivním pohybují nebo pohybovaly na závodní úrovni a zároveň trpěly onemocněním poruch příjmu potravy. Jsou zde uvedené jejich primární příčiny vzniku poruch příjmu potravy, samotný průběh onemocnění a způsobu léčby. Následně dotazované uvádí jejich následky zahrnující veškeré zdravotní komplikace, změny vztahů s rodinou a blízkým okolím a nepochybně vlivu na jejich sportovní výkonnost.

8 SUMMARY

The bachelor's thesis focuses on the issues of eating disorders connected with sport activities. These issues are common among athletes, however the awareness of them is rather low and substantially more attention should be paid to them.

The theoretical part of the thesis summarizes fundamental information regarding the history of the disorders, possible reasons for their formation including the influence of the sports environment, health issues and treatment. The conclusion of the theoretical part focuses on appropriate sports nutrition and the correct methods to reduce or gain body weight. The practical part focuses on a qualitative research which covers three interpretations from women who have experience in individual or team sports on a competitive level and have suffered from eating disorders. The main reasons for the development of their disorders, the course of their illnesses and their treatments are stated as well. The subsequently questioned women mention their repercussions including their health problems, changes in their relationships with their families and close friends and undoubtedly the impact it had on their performance in sports.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Bernaciková, M., Cacek, J., Dovrtělová, L., Hrnčířiková, I., Kapounková, K., Kopřivová, J., Kumstát, M., Králová, D., Novotný, J., Pospíšil, P., Řezaninová, J., Šafář, M., & Struhár, I. (2017). *Regenerace a výživa ve sportu* (2., přepracované vydání). Masarykova univerzita.
- Botek, M., Neuls, F., Klimešová, I., & Vyhnánek, J. (2017). *Fyziologie pro tělovýchovné obory: (vybrané kapitoly)*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Caffrey, C. (2019). Female athlete triad (syndrome). *Salem Press Encyclopedia of Health*.
- Clark, N. (2020). *Sportovní výživa: stravovací plán, potravinové doplňky, strava před výkonem i po něm, specifické výživové potřeby, hubnutí bez hladovění, recepty* (4. vydání). Grada Publishing.
- Donath, R., & Schüler, K. (1997). *Výživa sportovců: výživové dávky a jídelníček*. Olympia.
- Fisková, N. (2020). *Funkční výživa: Triáda sportovkyň*. Funkční výživa. Získáno 2021-06-29, z <https://www.funkcni-vyziva.cz/l/triada-sportovkyn/>
- Fořt, P. (2002). *Sport a správná výživa: zónová a sacharidová dieta, endorfiny, potravinové doplňky, gainery, volné radikály, energetické zdroje a mnoho dalších informací : téměř 100 receptů na rychlé pokrmy od moučníků po sendviče : kompletní průvodce moderní výživou pro profesionální i rekreační sportovce*. Ikar.
- Hobart, J., & Smucker, D. (2000). *The Female Athlete Triad*. Získáno 2021-06-06, z <https://www.aafp.org/afp/2000/0601/p3357.html>
- Jaššová, K., Albrecht, J., Anders, M. & Papežová, H. (2020). *Použití repetitivní magnetické stimulace v terapii psychogenního přejídání. Dvojitě slepá randomizovaná studie*. Česká a slovenská psychiatrie, 116(1), 7-15.
- Klimešová, I. (2015). *Základy sportovní výživy*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Konopka, P. (2004). *Sportovní výživa*. Kopp.
- Krch, F. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2., aktualiz. a dopl. vyd). Grada.
- Krch, F. (2008). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním* (3., dopl. a přeprac. vyd). Grada.
- Krch, F. (2010). *Mentální anorexie* (2., přeprac. vyd). Portál.
- Leibold, G. (1995). *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody* (1.). Svoboda.
- Maloney, M., & Kranz, R. (1997). *O poruchách příjmu potravy*. Nakladatelství Lidové noviny.

- Mandelová, L., & Hrnčířiková, I. (2007). *Základy výživy ve sportu*. Masarykova univerzita.
- MKN-10: *mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*. (2017-2018). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Navrátilová, M., & Hamrová, M. (2009). *Realimentace u závažných poruch příjmu potravy: mentální anorexie a bulimie*. Získáno 2021-06-06, z http://neumm.cz/public/img/neumm_09_1-2/pdf/navratilova_hamrova_bulimie.pdf
- Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Akademické nakladatelství CERM.
- Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Psychiatrické centrum.
- Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Mladá fronta.
- Roubík, L. (2018). *Moderní výživa ve fitness a silových sportech*. Erasport.
- Švédová, J., & Mičová, L. (2010). *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy*. Získáno 2021-06-06, z http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualpropedagogy.pdf
- Thompson, R., & Trattner Sherman, R. (1993). *Helping athletes with eating disorders* (1 ed.). Human Kinetics Publishers.
- Thompson, R., & Trattner Sherman, R. (2010). *Eating disorders in sport* (1 ed.). Routledge.
- Tod, D., Thatcher, J., & Rahman, R. (2012). *Psychologie sportu*. Grada.
- Udo, T., & Grilo, C. (2019). Physical activity levels and correlates in nationally representative sample of U.S. adults with healthy weight, obesity, and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 53(1), 85-95. <https://doi.org/10.1002/eat.23199>

10 PŘÍLOHY

Seznam příloh:

- Příloha 1. Informovaný souhlas.

Příloha 1. Informovaný souhlas.

Informovaný souhlas

Název studie (projektu): Kazuistika – poruchy příjmu potravy

Jméno:

Datum narození:

Účastník byl do studie zařazen pod číslem:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností. Pokud je studie randomizovaná, beru na vědomí pravděpodobnost náhodného zařazení do jednotlivých skupin lišících se léčbou.
3. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
5. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Podpis účastníka:

Podpis studenta pověřeného touto studií:

Datum:

Datum: