

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u žen

Bakalářská práce

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Autor: | Aneta Víznerová |
| Studijní program: | B7507 Specializace v pedagogice |
| Studijní obor: | Sociální patologie a prevence |
| Vedoucí práce: | PaedDr. Martin Knytl, MCS |
| Oponent práce: | Mgr. Martina Kučerová |

Zadání bakalářské práce

Autor: Aneta Víznerová

Studium: P20P0107

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: Příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u žen

Název bakalářské práce AJ: Causes and Effects of Eating Disorders in Women

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zaměřuje na příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u žen. V teoretické části se práce zabývá terminologií a typy poruch příjmu potravy. Dále vysvětluje jejich biologické, psychologické a sociální příčiny vzniku a možné důsledky. V praktické části je výzkumné šetření zaměřující se na příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u dané cílové skupiny.

KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2005. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.

PAPEŽOVÁ, Hana a HANUSOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese.* Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. 47 s. ISBN 978-80-87258-98-9.

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat.* Praha: Pasparta, 2017. 97 s. ISBN 978-80-88163-46-6.

ŠVAŘÍČEK, Roman a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2014. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

Zadávací pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PaedDr. Martin Knytl, MCS

Oponent: Mgr. Martina Kučerová

Datum zadání závěrečné práce: 1.2.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u žen* vypracovala pod vedením vedoucího práce PaedDr. Martina Knytla, MCS, samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 25. 4. 2023

Aneta Víznerová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce, panu PaedDr. Martinovi Knytlovi, MCS, za odborné vedení, jeho vstřícný přístup, průběžnou zpětnou vazbu, podnětné rady a trpělivost při tvorbě této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem informantkám za spolupráci a ochotu poskytnout citlivé údaje potřebné pro výzkumné šetření.

Anotace

VÍZNEROVÁ, Aneta. *Příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u žen*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2023. 71 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá příčinami vzniku a dopady poruch příjmu potravy. Cílem práce je charakterizovat problematiku poruch příjmu potravy a zjistit, jaké jsou příčiny vzniku a dopady onemocnění u žen. Teoretická část bakalářské práce charakterizuje období dospívání, které je významné pro vznik poruch příjmu potravy. Pozornost je také soustředěna na terminologii a základní typy poruch příjmu potravy, zejména mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání. Práce též zmiňuje další typy poruch příjmu potravy, konkrétně ortorexii, drunkorexii a bigorexii. Dále popisuje biologické, psychologické, sociální a kulturní příčiny vzniku a dopady na fyzické i psychické zdraví a sociální život. Pro empirickou část bakalářské práce je zvolena kvalitativní výzkumná strategie, která je realizována prostřednictvím výzkumné techniky rozhovoru. Dále jsou v empirické části představeny výsledky výzkumného šetření, které je provedeno s ženami, které mají zkušenost s poruchami příjmu potravy.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, příčiny, dopady

Annotation

VÍZNEROVÁ, Aneta. *Causes and Effects of Eating Disorders in Women*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2023. 71 pp. Bachelor Thesis.

The bachelor thesis deals with the causes and impacts of eating disorders. The aim of the thesis is to characterize the issue of eating disorders and find out what are the causes and effects of the disease in women. The theoretical part of the bachelor thesis characterizes the period of adolescence, which is important for the emergence of eating disorders. Attention is also focused on the terminology and basic types of eating disorders, especially anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating. The thesis also mentions other types of eating disorders, namely orthorexia, drunkorexia and bigorexia. It also describes the biological, psychological, social and cultural causes and impacts on physical and mental health and social life. For the empirical part of the bachelor thesis, a qualitative research strategy is chosen, which is implemented through the research technique of the interview. Furthermore, the empirical part presents the results of a research survey that is carried out with women who have experience with eating disorders.

Keywords: eating disorders, causes, effects

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2022 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK.)

Datum:.....

Podpis studenta:.....

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 9 |
| 1 Období dospívání u žen a jeho charakteristika..... | 11 |
| 1.1 Období pubescence | 12 |
| 1.2 Období adolescence | 13 |
| 1.3 Dospívání jako specifické období vzniku poruch příjmu potravy | 14 |
| 2 Terminologie a typy poruch příjmu potravy | 16 |
| 2.1 Mentální anorexie a mentální bulimie..... | 17 |
| 2.2 Záchvatovité přejídání a noční přejídání..... | 22 |
| 2.3 Další typy poruch spojených s jídelním chováním | 24 |
| 3 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy..... | 26 |
| 3.1 Biologické faktory..... | 27 |
| 3.2 Psychologické faktory | 28 |
| 3.3 Sociální a kulturní faktory..... | 31 |
| 4 Dopady poruch příjmu potravy | 34 |
| 4.1 Dopady na fyzické zdraví..... | 35 |
| 4.2 Psychické dopady poruch příjmu potravy..... | 37 |
| 4.3 Sociální dopady poruch příjmu potravy..... | 38 |
| 5 Výzkumné šetření zaměřené na příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u žen | |
| 40 | |
| 5.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky | 40 |
| 5.2 Výzkumná strategie a metoda sběru dat..... | 42 |
| 5.3 Charakteristika výzkumného vzorku..... | 43 |
| 5.4 Průběh sběru dat..... | 44 |
| 5.5 Analýza a interpretace dat..... | 45 |
| 5.6 Shrnutí výzkumného šetření..... | 57 |
| Závěr..... | 65 |
| Seznam použitých zdrojů..... | 67 |
| Seznam tabulek..... | 72 |
| Příloha..... | 73 |

Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u žen. Cílem závěrečné práce je charakterizovat problematiku poruch příjmu potravy, zjistit, jaké jsou příčiny vzniku a dopady onemocnění u oslovených žen a následně daná zjištění komparovat. Poruchy příjmu potravy patří mezi psychiatrická onemocnění, které jsou charakterizovány odmítáním jídla, narušeným vztahem k jídlu a negativním postojem k vlastnímu tělu. Toto onemocnění je multifaktoriálně podmíněné, a proto je důležité se věnovat biologickým, psychologickým i sociálně kulturním příčinám. Poruchy příjmu potravy způsobují obrovské dopady, a to nejen na zdraví fyzické, ale i na zdraví psychické a také na sociální život nemocných. Vyléčit se z poruch příjmu potravy je náročný a obvykle celoživotní proces.

Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol. První kapitola bakalářské práce se zaměřuje na období dospívání u žen a jeho charakteristiku, popisuje období pubescence a adolescence a též dospívání jako specifické období poruch příjmu potravy. Druhá kapitola se věnuje terminologii a typy poruch příjmu potravy. Jsou charakterizovány základní typy poruch příjmu potravy, tedy mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Zmíněno je i noční přejídání. Také jsou popsány další typy poruch spojené s jídelním chováním, konkrétně ortorexie, drunkorexie a bigorexie. Třetí kapitola se již zabývá příčinami poruch příjmu potravy. Jsou charakterizovány biologické faktory, tedy genetika, ženské pohlaví, tělesná hmotnost a období puberty. Též jsou popsány psychologické faktory, konkrétně osobnost a další psychické charakteristiky, vliv rodiny a okolí, emocionální faktory a životní události. Dále jsou uváděny sociální a kulturní faktory, zejména vliv rodiny, vliv vrstevnických skupin, kult štíhlosti, body shaming, sociální izolace a esteticky náročné sporty a profese. Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na dopady poruch příjmu potravy. Popisuje následky na fyzické zdraví, na psychické zdraví a na sociální život.

Empirická část se věnuje kvalitativnímu výzkumnému šetření, které je zaměřené na zjištění, jaké jsou příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u oslovených žen a následně daná zjištění komparovat. Kvalitativní výzkumná strategie je realizována prostřednictvím výzkumné techniky strukturovaného rozhovoru. Dále jsou v empirické části představeny výsledky výzkumného šetření, které je provedeno s šesti ženami, které mají zkušenost s poruchami příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy se ve společnosti stále více vyskytují. Bohužel se o této problematice stále moc nemluví, i když by to bylo žádoucí. Bylo by potřeba ji více šířit mezi celou populací. Na základě těchto důvodů bylo zvoleno téma bakalářské práce.

1 Období dospívání u žen a jeho charakteristika

Dospívání je důležitou vývojovou fází každé ženy. Toto období je přechodem mezi dětstvím a dospělostí. V období dospívání dochází k tělesným, psychickým a sociálním změnám. Každá žena si prochází dospíváním jinak. Některá snáší dospívání lépe, některá naopak hůře. V tomto období dochází k utváření vlastní identity, obvykle každá dívka má o sobě a o svém tělesném vzhledu pochybnosti, také hledá své místo ve společnosti, zejména mezi vrstevníky (Vágnerová, Lisá, 2021).

Období dospívání je v rozmezí od 10 do 20 let, jedná se tedy o druhou dekádu života (Vágnerová, Lisá, 2021). Binarová zmiňuje, že období dospívání je charakteristické léty „bouří a stresů“. V tomto období jsou na ženy kladeny nároky společnosti dospělých, ženy se musí podřídit normám chování, které se očekávají od dospělých, měly by se stát závislými samy na sobě, a ne na rodičích, vytvářet partnerské vztahy, přizpůsobovat se vrstevnickým skupinám, vybírat budoucí zaměstnání a vybudovat si vlastní filozofii života (Binarová, 2010).

Vágnerová a Lisá uvádějí, že v dospívání se komplexně mění osobnost ve všech oblastech. Mnoho změn je primárně ovlivněno biologicky, ale vždy je podstatně podmiňují psychické i sociální faktory (Vágnerová, Lisá, 2021).

Podle Langmeiera a Krejčířové lze biologické dospívání charakterizovat jako úsek života, který je vymezený na jedné straně prvotními známkami pohlavního zrání (především výskytem prvních sekundárních pohlavních znaků) a méně či více vyhrazenou akcelerací růstu, na druhé straně dokončením úplné reprodukční schopnosti a dovršením tělesného růstu. Společně s biologickým zráním dochází k důležitým a znatelným psychickým změnám, které se charakterizují oznámením nových pudových tendencí a nacházením způsobů jejich uspokojování a ovládnutí, emoční labilitou a začátkem vyzrálého způsobu myšlení a docílením vrcholu jeho rozvoje. Zároveň s tím dochází k novému sociálnímu začlenění jedince, které se odráží v rozdílném společenském očekávání, jestliže jde o jeho chování a výkony, i ve změně přístupu k vlastní roli a nově posuzovanému sebepojetí (Langmeier, Krejčířová, 2006).

„Eriksonova teorie posuzuje dospívání z hlediska vztahu mezi psychickým zvládnutím biologicky podmíněné změny a sociálními podmínkami, které je mohou pozitivně i negativně ovlivnit.“ (Vágnerová, Lisá, 2021, s. 373) Langmeier a Krejčířová uvádějí, že proces psychických a sociálních změn je vždycky ovlivňován mnoha dalšími faktory. Proměny ve spojitosti s reprodukční schopností mohou působit přímo

hormonálními pochody na nervový systém, ale také nepřímo prostřednictvím mladistvé ženy, která sleduje proměny na svém těle a změny v postoji dospělých lidí k ní, na které reaguje tužbou po dospělejším postavení, ale i pochybností či sklíčeností (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Langmeier a Krejčířová zmiňují, že období dospívání, které je platné pro převážnou většinu jedinců, má dolní hranici přibližně 11–12 let a horní hranici zhruba 20–22 let. Je ale obrovský rozdíl mezi dvanáctiletým „skoro ještě dítětem“ a dvacetiletým „skoro už dospělým“, proto bývá období dospívání dále děleno na období pubescence a adolescence (Langmeier, Krejčířová, 2006).

1.1 Období pubescence

Období pubescence neboli rané adolescence je zhruba v rozmezí od 11 do 15 let (Vágnerová, Lisá, 2021). Například Langmeier a Krejčířová pubescenci rozdělují ještě na dvě fáze: fáze prepuberty (první pubertální fáze) a fáze vlastní puberty (druhá pubertální fáze). Fáze prepuberty trvá u dívek zpravidla od 11 do 13 let a je pro ni charakteristický výskyt prvních známek pohlavního dospívání. Tato fáze pubescence končí u dívek nástupem *menarche*. Fáze vlastní puberty začíná po dokončení prepuberty a trvá do dosažení pohlavní zralosti. Vyskytuje se u dívek zhruba v rozmezí 13–15 let (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Charakteristika období prepuberty

Binarová uvádí, že v první pubertální fázi nastupují významné změny v proporcích těla, dívky začínají růst velmi rychle. V tomto období začíná docházet k působení endokrinních změn, dochází k narůstající produkci pohlavních hormonů a následkem toho se pak začínají vyskytovat sekundární pohlavní znaky (Binarová, 2010). Mezi sekundární pohlavní znaky u žen patří růst prsou a ochlupení, rozšíření pánve a boků. Podle Binarové v období prepuberty začíná docházet k významným intersexuálním odlišnostem ve fyzickém vzhledu. Na základě těchto biologických změn (zejména činnosti hormonů) začíná mít podíl na chování ženy v prepubertě i sexuální pud, který působí v počátku intenzivně (Binarová, 2010).

V období prepuberty také dochází k emočním změnám. Binarová zmiňuje, že působením sexuálního pudu se vyskytují u žen náhlé změny v chování, labilita citů a opakované střídání nálad. Chování je výbušné, objevují se intenzivní reakce vzteku,

smíchu, ale i smutku. Ženy jsou v tomto období velmi citlivé vůči nespravedlnosti a kritice. Také se začínají objevovat změny citů k sobě samé. Ženy se zaměřují na svůj tělesný vzhled a začínají se uzavírat do sebe (Binarová, 2010).

V období prepuberty dochází k začátku osamostatňování se od rodiny. Ženy hledají porozumění u vrstevníků.

Charakteristika období puberty

Jak bylo zmíněno v předchozím textu, druhá pubertální fáze začíná nástupem *menarche*. Langmeier a Krejčířová uvádějí, že první menstruace bývají zpravidla nepravidelné a anovulační. Pravidelný cyklus ovulace a schopnosti otěhotnět se dostavuje obvykle za jeden až dva roky (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Podle Binarové se tělesný růst zpomaluje a dochází především k rozvoji psychických funkcí. Citová labilita, která je typická pro prepubertu, není již tak významná. City žen vůči sobě jsou nevyrovnané, kritizují samy sebe, ve srovnání s ženami svého věku se oslabuje sebejistota, velmi špatně se vyrovnávají s kritikou vůči své osobě, což může vést k osamělosti a izolaci od ostatních. Naopak se může projevit jiná forma vnímání sebe sama, a to pocitem vlastní jedinečnosti, které vede k obdivu sama sebe až k narcismu. Ženy hledají a rozvíjejí vlastní identitu (Binarová, 2010).

V tomto období už ženy začínají chtít být na rodičích nezávislé (Vágnerová, Lisá, 2021). Ženy nechtějí poslouchat rady rodičů, jsou k rodičům obvykle netolerantní, což často mezi nimi vyvolává hádky. Binarová zmiňuje, že u žen se zvyšuje zájem o vrstevnické skupiny, které pro ženy mají obrovský vliv a význam. Také na konci tohoto období dochází k ukončení základní povinné docházky a také k volbě následujícího studia či zaměstnání (Vágnerová, Lisá, 2021).

1.2 Období adolescence

Vágnerová a Lisá uvádějí, že adolescence neboli pozdní adolescence trvá obvykle od 15 do 20 let, popřípadě do 22 let. Jedná se o druhou fázi dospívání. Pro počátek tohoto období je charakteristické dosažení pohlavní zralosti, toto období je také typické pro první pohlavní styk (Vágnerová, Lisá, 2021). Také dochází ke konci tělesného růstu, ten je již pomalejší než v pubescenci (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Stejně jako ve druhé pubertální fázi dochází v období adolescence především k psychologickým změnám. Adolescence je zejména dobou, kdy dochází ke komplexní

psychosociální proměně, mění se osobnost dospívající ženy i její role ve společnosti (Vágnerová, Lisá, 2021).

Na počátku adolescence dochází k ukončení povinné školní docházky a nástupu do zaměstnání nebo do středního vzdělávání. Vágnerová a Lisá zmiňují, že s tím je spojená ekonomická nezávislost, která je dosažena či oddálena. Přijetí kultury adolescenta a životního stylu je na vrcholu počátku období adolescence. Stvrzení příslušnosti k vymezené vrstevnické skupině, tedy stvrzení určité sociální identity je projevem sdílení stejných zážitků a hodnot. Ženy už nejsou tak vázané na rodiče a vztahy mezi nimi jsou obvykle ustáleny. Také dochází k rozvoji přátelských i partnerských vztahů (Vágnerová, Lisá, 2021).

Erikson uvádí, že v tomto období ženy hledají vlastní identitu, která by měla být částečně totožná s představami adolescentek. Projevuje se to tím, že ženy mají zájem poznat samy sebe prostřednictvím vrstevnických skupin (Erikson, 2002). *„Důležitou změnou je aktivnější přístup k seberealizaci a možnosti ovládat vlastní život. Experimentace s různými variantami chování a způsoby sebevymezení je užitečná, ale může být i riskantní. Adolescentky zkoušejí různé alternativy, hledají hranice svých možností, někdy jednají i hodně extrémně. Standardní dospělost spojená s definitivní volbou nemusí být pro mnohé z nich lákavá, a proto dávají přednost prodloužení přechodného období.“* (Vágnerová, Lisá, 2021, s. 375)

Macek zmiňuje, že adolescentky přemýšlí nad svým osobním výhledem do budoucnosti, o svých cílech a plánech, a to jak v oblasti profesní i v partnerských vztazích. Počet změn v období adolescence je závislý na tom, jak ženy samy časují své dospělé role, jestli mají zájem například o vysokou školu, zda jsou ekonomicky nezávislé či vstupují do manželství (Macek, 2003).

1.3 Dospívání jako specifické období vzniku poruch příjmu potravy

Období dospívání je pro každou ženu velmi náročným a stresujícím obdobím. Z dívky se stává dospělá žena. Jak již bylo zmíněno, dochází k výrazným změnám po tělesné, psychické, sociální i kulturní stránce. Všechny tyto změny jsou pro dívky velmi náročné na jejich zvládnání.

Dospívající dívky se obvykle na sebe dívají do zrcadla i několikrát denně. Pozorují svoje tělesné změny a často s nimi jsou nespokojené. V období dospívání se ženy velmi kritizují, mají nízké sebevědomí a nevěří si. Pokud také dostanou kritiku na svůj tělesný

vzhled od svých příbuzných, blízkých osob či vrstevníků, tuto kritiku snáší velmi špatně a obvykle se s ní nedokážou vyrovnat.

Nespokojenost se svým novým tělesným vzhledem či kritiku od ostatních osob může dívka řešit tím, že změní své stravovací návyky. Tyto změny se mohou projevovat vynecháváním snídaní, obědů či večeří a snižováním denních porcí. Pokud tyto změny jídelního chování pomohou dívce s hubnutím a vyrovnáním se se svým tělesným vzhledem, tyto změny jídelního chování nekončí, ale dostávají jiný rozměr (Krch, 2005). Dívka začne držet drastické diety, zvrací zkonsumované jídlo či užívá projímavé přípravky. Tyto změny jídelního chování tedy mohou vést ke vzniku poruch příjmu potravy.

Krch uvádí, že souhrn příznaků charakterizujících poruchy příjmu potravy je v současně se měnící společnosti v České republice stále různorodější, pacientky tohoto onemocnění jsou pořád více psychicky i sociálně odlišenou skupinou. Změna jídelního chování a vztah k jídlu závisí na kulturních trendech, také v devadesátých letech narůstající počet této nemoci ukazuje i hodnotové a postoje změny a styl života dospívajících. Nespokojenost s vlastním tělesným vzhledem je také ovlivněna poruchami sebehodnocení, nadměrnou sebekontrolou a uzavíráním se do sebe (Krch, 1997, In: Macek, 2003).

„Poruchy příjmu potravy tak souvisejí s identitou, s nechutí či neschopností zvládnout vývojové úkoly v období dospívání a se strachem z dospělosti.“ (Macek, 2003, s. 177)

2 Terminologie a typy poruch příjmu potravy

Strava je nepostradatelnou součástí našeho života. Každý musí přijímat jídlo a jeho prostřednictvím dostávat potřebné makroživiny a mikroživiny. Stravování by pro každého mělo být každodenní zvyklostí, ale bohužel tomu tak v dnešní době není. Poruchy příjmu potravy se v dnešní době stále více vyskytují, ale pořád se o nich moc nemluví.

Podle Middleton, Smith poruchy příjmu potravy nastávají v té době, kdy se dostaví závažné poškození fyzického a psychického zdraví člověka porušením stravovacích návyků (Middleton, Smith, 2013). *„Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu.“* (Vágnerová, 2014, s. 423)

Papežová definuje poruchy příjmu potravy jako nepřizpůsobivé, sociálně nežádoucí chování, které je zapříčiněné úsilím vypořádat se s traumatickými zážitky, déletrvajícím stresem nebo frustrací (Papežová, 2020, online).

Podle Krcha jsou poruchy příjmu potravy krajní polohy porušených stravovacích návyků, které mají velmi vážné dopady na zdraví po tělesné i psychické stránce, výkon v práci a život ve společnosti (Krch, 2013).

Kocourková, Koutek definují poruchy příjmu potravy jako nemoc, která se vyskytuje především u dívek a mladých žen, v poměru k chlapcům a mužům přibližně 10:1 (Kocourková, Koutek, 2011, online). *„Pacientky s poruchami příjmu potravy vykazují specifické problémy v myšlení a prožívání, které mají charakter „psychické ekvivalence“, mají nedostatečnou schopnost uvědomit si odlišnost mentálních funkcí a tělesných projevů.“* (Kocourková, Koutek, 2011, s. 180–181)

Nejčastějšími typy poruch příjmu potravy jsou mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Mentální anorexie se projevuje drastickým hubnutím a přísným dodržováním diet. Mentální bulimie je charakteristická stejně jako mentální anorexie dodržováním diet, ale střídá se se záchvatovitým přejídáním, po kterém následuje zvracení z důvodu pocitu viny. Pro záchvatovité přejídání je typické přijímání stravy velkého množství v krátkém časovém úseku. Jednotlivé typy základních poruch příjmu potravy mohou v sebe navzájem přecházet (Krch, 2013). Dalšími typy poruch spojených s jídelním chováním, které se nevyskytují tak často jako předchozí, jsou ortorexie, drunkorexie a bigorexie.

2.1 Mentální anorexie a mentální bulimie

Mentální anorexie

Mentální anorexie neboli *anorexia nervosa* je jednou ze základních typů poruch příjmu potravy. Vágnerová uvádí, že tímto onemocněním trpí především dívky a mladé ženy. V dnešní době se výskyt mentální anorexie rozšířil i u chlapců a mužů, ale ne v takovém měřítku, jako u dívek a mladých žen (Vágnerová, 2014). „*Mentální anorexie se obvykle objevuje mezi čtrnáctým a osmnáctým rokem. Může se projevit jen jednou epizodou, ale může mít i chronický průběh.*“ (Vágnerová, 2014, s. 433)

Pacientky mentální anorexie především dodržují přísné diety, vědomě snižují kalorický příjem a odmítají jídlo. Papežová zmiňuje, že pro pacientky s mentální anorexií je velmi těžké udržet si normální váhu. Jakékoliv přibrání na hmotnosti u nich vyvolává hrůzostrašné představy (Papežová, 2012). Mentální anorexie je jednou z forem sebepoškozování (Kocourková, Koutek, 2014, online). Ženy chtějí samy sebe potrestat, a proto odmítají jídlo. Často to v nich vyvolává pozitivní pocity.

Papežová uvádí, že *anorexia nervosa* má z ostatních typů poruch příjmu potravy nejdelší historii. První popis mentální anorexie z odvětví lékařství z roku 1694 se přisuzuje Richardu Mortonovi, který popsal dva případy záměrného odepírání stravy u chlapce a dívky. William Gull a Charles Lasèque v 19. století poukázali na další obdobné kauzy, které se týkaly výstřední podváhy s vysokou fyzickou aktivitou. V české literatuře na první kauzy poruch příjmu potravy a jejich léčbu upozornili Vratislav Jonáš a Otakar Janota (Papežová, 2012). „*Dnešní pacienti se od těch v minulosti častěji odlišují intenzivnějším a déle přetrvávajícím strachem z tloušťky nebo odmítáním stravy se snahou zhubnout natolik, aby se přiblížili dnešnímu ideálu krásy.*“ (Papežová, 2012, s. 15)

Krch definuje mentální anorexií jako poruchu, pro kterou je typický záměrný pokles váhy těla. Pacientky mentální anorexie se nebrání jídlu z důvodu, že by na jídlo neměly chuť, ale kvůli tomu, že jíst nechtějí a vymýšlejí si různorodé argumenty, často pro lidi nepochopitelné, proč přijímat jídlo nemohou. Jejich odpor ke stravě je výrazem nevyrovnaného postoje k tělesné hmotnosti (Krch, 2005).

„*Pochopit mentální anorexií může být pro lidi s normální chutí k jídlu až nemožné. Pro mnohé je nepochopitelné, jak mohou být tak intenzivní pocity vyvolány jídlom nebo nárůstem váhy. Vždyť fyzickou bolest, stres a utrpení spojené s hladověním většina lidí snáší velmi těžko. Některým lidem může pomoci představit si mentální anorexií jako*

nestvůru, která sedí postižené na ramenou a našeptává jí do ucha falešné rady a informace.“ (Papežová, 2000, s. 11)

Existují dva specifické typy mentální anorexie, a to bulimický (purgativní) typ a nebulimický (restriktivní) typ (Krch, 2005). Papežová uvádí, že purgativní typ se vyznačuje tím, že během epizody mentální anorexie u pacientky nastávají opětovné záchvaty přejídání. U tohoto typu se snižuje tělesná váha zvracením, užíváním laxativ a různými dietními preparáty. U restriktivního typu pacientky mentální anorexie redukují tělesnou hmotnost odepíráním příjmu jídla a extrémním cvičením (Papežová, 2012).

Novák uvádí zkrácený přehled diagnostických kritérií mentální anorexie podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté revizi (MKN-10), ve které je mentální anorexie pod kódovým označením F50.0. Pro určení diagnózy se musí vyskytovat všechny zmíněné příznaky:

- 1) Váha těla zůstává nejméně 15 % pod očekávanou tělesnou váhou nebo Body Mass Index (dále pouze BMI) neboli Queteletův index tělesné hmoty je 17,5 (kg/m²) nebo nižší. BMI se vypočítává podle vzorce: BMI = váha (kg) / výška (m²).
- 2) Pacientka si způsobuje ubírání tělesné hmotnosti sama tím, že odmítá jídla „po kterých se přibírá“ tělesná váha a tím, že používá jednu nebo více z uvedených praktik: vyvolané zvracení a vyměšování, extrémní fyzická aktivita, užívání diuretik a anorektik.
- 3) Přetrvává obava z tloustnutí a zkreslená vize o vlastním těle, která vede pacientku k udržení si velmi nízké tělesné hmotnosti.
- 4) Rozsáhlá endokrinní porucha, která zahrnuje hypothalamo-pituitární-gonádovou osu, projevující se u žen v podobě *amenorea* a u mužů ztrátou sexuální touhy a potence. U pacientek se mohou objevit vyšší hladiny růstového hormonu a kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- 5) Pokud se mentální anorexie objeví před pubertou, nastupují projevy v pubertě později nebo se zcela zastaví. Jestliže se pacientka uzdraví, dochází obvykle k běžnému dokončení puberty, ale první menstruace bývá pozdržena (Novák, 2010).

Pokud alespoň jeden či více z výše uvedených příznaků chybí a pacientky vykazují skoro typický klinický obraz, pacientkám je diagnostikována atypická mentální anorexie,

kteřá je v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté revizi (MKN-10) pod kódovým označením F50.1 (Krch, 2005).

„Krch shrnuje diagnostická kritéria pro mentální anorexii do tří základních znaků:

- 1) *aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti*
- 2) *strach z tloušťky trvajícím i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost*
- 3) *amenorea u žen.*“ (Krch, 2005, s. 17)

V Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů v jedenácté revizi (MKN-11) je mentální anorexie uvedena pod kódovým označením 6B80 (International Classification of Diseases 11th Revision, 2023, online). Na rozdíl od MKN-10 nejsou v MKN-11 uvedeny diagnostická kritéria pro jednotlivé typy poruch příjmu potravy.

Mentální bulimie

Další ze základních typů poruch příjmu potravy je mentální bulimie neboli *bulimia nervosa*. Vágnerová uvádí, že se vyskytuje také především u dívek a žen, ale v širším věkovém rozmezí než mentální anorexie. Mentální bulimie se objevuje déle než mentální anorexie, většinou mezi šestnáctým a třicátým rokem (Vágnerová, 2014).

Pro mentální bulimii je charakteristické časté záchvatovité přejídání, které následně vyvolává pocity viny. Tyto pocity vedou pacientky nejen k zvracení, k užívání laxativ a diuretik, ale také k nadměrné fyzické aktivitě. Pacientky nadměrně kontrolují svoji tělesnou hmotnost a mají přehnané obavy z otylosti (Krch, 2005). Pro mnoho pacientek může zvracení vyvolávat pozitivní pocity, protože si ženy myslí, že s jídlem odchází jejich problémy.

Podle Papežové jsou dějiny mentální bulimie v odborných knihách mnohem kratší než u mentální anorexie. Bulimanorexie byla objevena v roce 1976 u vysokoškolských studentek. Anglický profesor Bernard Russel poprvé definoval mentální bulimii jako zlostnou formu mentální anorexie v roce 1979. Poprvé se *bulimia nervosa* dostala do americké klasifikace nemocí v roce 1980 a do evropské klasifikace nemocí v roce 1987 (Papežová, 2012).

Papežová uvádí, že *bulimia nervosa* se obvykle objevuje po epizodě mentální anorexie, které už je léčená nebo neléčená. Společným rysem je touha po štíhlosti, která je velmi extrémní až nereálná. Mentální bulimie je charakteristická záchvatovitým přejídáním nadměrného množství jídla ve velmi krátkém čase, kdy se střídají kauzy

hladovění a zvracení. Na rozdíl od mentální anorexie si pacientky často udržují běžnou tělesnou hmotnost nebo mají nadváhu (Papežová, 2012). „*Mentální bulimie se rozvíjí plynule, od nepatrných výkyvů až k jednoznačně vyjádřeným potížím. Dívky se postupně dostávají do stadia, kdy choroba začíná silně narušovat jejich život a vede k různým somatickým poruchám (obvykle méně závažným než u mentální anorexie). Jejich hmotnost často značně kolísá, v závislosti na aktuální fázi onemocnění.*“ (Vágnerová, 2014, s. 435)

Krch charakterizuje dva specifické typy mentální bulimie: purgativní a nepurgativní typ. Purgativní typ se vyznačuje tím, že pacientka obvykle zvrací, užívá diuretika a laxativa, aby udržovala stejnou tělesnou hmotnost. Pro nepurgativní typ je typické dodržování drastických diet, omezování příjmu potravy, extrémní fyzická aktivita, ale nevyskytují se opakovatelné purgativní metody (Krch, 2005).

Krch uvádí přehled diagnostických kritérií mentální bulimie podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté revizi (MKN-10), ve které je mentální bulimie pod kódovým označením F50.2. Pro určení diagnózy se musí vyskytovat všechny zmíněné příznaky:

- 1) Opětné záchvaty přejídání, které se objevují alespoň dvakrát do týdne ve lhůtě 3 měsíců, při nichž pacient přijme nadměrné množství stravy.
- 2) Opakovaný zájem o jídlo a extrémní žádostivost po stravě.
- 3) Úsilí zmírnit „výkrmný“ účinek stravy užitím jednoho nebo několika z uvedených způsobů: vyvolané zvracení, užívání projímavých léků a anorektik, proměnlivé fáze hladovění, užívání diuretik a tyreoidálních přípravků.
- 4) Pacientka má extrémní strach z otylosti a vymezuje si přesně váhový práh, který je nižší než premorbidní a často optimální tělesná váha. Obvykle, ale ne vždy, se pacientka již setkala s mentální anorexií nebo s nadměrným omezováním se ve stravě (Krch, 2005).

Jestliže, se alespoň jeden z výše uvedených příznaků u pacientky nevyskytuje, ale vykazuje skoro typický klinický obraz, je jí diagnostikována atypická mentální bulimie, která je v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté revizi (MKN-10) pod kódovým označením F50.3 (Krch, 2005).

Mentální bulimie je v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů v jedenácté revizi (MKN-11) uvedena pod kódovým označením 6B81 (International Classification of Diseases 11th Revision, 2023, online).

„Rozdíl mezi mentální anorexií a mentální bulimií je často neostrý, formy onemocnění mohou přecházet jedna v druhou. Někdy i anorexie vede k udržování podváhy zvracením (pacientky s mentální anorexií považují za přejedení jakoukoliv i normální porci). Smíšené projevy mentální anorexie a mentální bulimie násobí zdravotní problémy s nimi spojené. Situaci zhoršuje zneužívání léků a návykových látek.“ (Papežová, 2012 s. 13)

Krch uvádí srovnání mentální anorexie a mentální bulimie, které je uvedeno v následující tabulce (viz **Tabulka 1**) (Krch, 2008).

Tabulka 1 Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie

| Kritérium | Mentální anorexie | Mentální bulimie |
|--|--|--|
| Počátek obtíží | 13–20 let, výjimečně později | 15–30 let |
| Prevalence (ženy, 15–30 let) | 0,5–0,8 % | 1,5–4,5 % |
| Pohlaví pacientů ženy:muži | 10–15:1 | 20:1 |
| Pokles hmotnosti | výrazný nebo zastavení váhového přírůstku | mírný pokles nebo naopak zvýšení |
| Navozené zvracení | u 15–30 % pacientek | u 75 %–90 % pacientek |
| Amenorea | u 60–100 % pacientek podle poklesu hmotnosti a užívání hormonální substituce | u 20–40 % pacientek |
| Jídelní chování | pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, málo pije | přijímá jídlo spíše rychleji, větší sousta, obvykle hodně pije |
| Deprese | 10–60 % | 20–90 % |
| Významné zlepšení | 20–75 % | 60–85 % |
| Úmrtnost do 10 až 20 let od počátku | 2–18 % | 0–2 % |

Zdroj: Krch, 2008, s. 23

2.2 Záchvatovité přejídání a noční přejídání

Záchvatovité přejídání

Záchvatovité přejídání neboli psychogenní přejídání je dalším typem poruch příjmu potravy. Záchvatovité přejídání se vyskytuje v dnešní době stále častěji. Psychogenní přejídání se může objevit v každém věku.

Procházková a Sladká Ševčíková uvádějí, že pro psychogenní přejídání jsou typické záchvaty přejídání neboli *binges*, kdy člověk zkonzumuje velké množství stravy za krátký časový úsek. Jedinci obvykle hlad ani chuť na jídlo nemají, ale přijímají stravu často z důvodu toho, aby zahnali například úzkost, stres, osamělost, osobní či rodinné problémy nebo problémy ve škole či v práci (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017).

Při psychogenním přejídání se objevují opětovné příhody přejídání bez hladovění nebo vyprovokovaného zvracení, užití projímavých léků a fyzické aktivity (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017).

„Vědci se shodli na definici epizody záchvatu přejídání, které se odlišuje od prostého přejedení:

- 1) Během krátké doby, většinou do 2 hodin požití většího množství jídla, než je normální pro většinu lidí ve stejných podmínkách.*
- 2) Pocit ztráty kontroly nad jídlem (pocit, že nelze s jídlem přestat nebo kontrolovat co a kolik jíst).“ (Papežová, 2003, s. 17–18)*

Psychogenní přejídání je v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté revizi (MKN-10) uvedeno pod názvem *Přejídání spojené s psychologickými poruchami* a pod kódovým označením F50.4 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté revizi, 2023, online).

V Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů v jedenácté revizi (MKN-11) je záchvatovité přejídání uvedeno pod kódovým označením 6B82 (International Classification of Diseases 11th Revision, 2023, online).

Papežová zmiňuje, že první momenty přejídání mohou v člověku vyvolat příjemný pocit, ale obvykle je tento pocit vyměněn ostychem, znechucením a úzkostí. Lidé během epizody přejídání sní jídlo velmi rychle, pacienti s bulimií dvakrát rychleji. Jedinci, kteří se přejídají, bývají často znepokojeni a pro naplnění své dychtivosti po stravě, mohou ostatním lidem krást jídlo či jíst zbytky z odpadkových košů. Za toto chování se jedinci stydí a uvědomují si, že je to špatné, ale jejich touha po jídle je silnější. Při epizodě jsou

někteří jedinci jako v transu. Obvykle lidé záchvatovité přejídání tají před ostatními a často se jim to dlouho daří (Papežová, 2012).

Cooper uvádí příklad, jak se žena, která trpí psychogenním přejídáním může cítit. „Začíná to tím, že myslím na jídlo, které si zakazuji, když držím dietu. To se brzy změní v silnou touhu jíst. Najíst se je nejprve úlevné a příjemné a já se cítím jako v rauši. Ale potom nemůžu přestat a začnu se cpát. Horečně se cpu tak dlouho, dokud nejsem úplně plná. Po tom všem mám obrovské výčitky svědomí a vztek sama na sebe.“ (Cooper, 2014, s. 14)

Psychogenní přejídání se často objevuje u pacientů mentální anorexie i mentální bulimie. Jak již bylo zmíněno, jednotlivé typy uvedených poruch příjmu potravy mohou v sebe vzájemně přecházet.

Noční přejídání

Záchvatovité přejídání je spojené s nočním přejídáním. Procházková a Sladká Ševčíková uvádějí, že lidé konzumují většinu jídla za celý den až po večeři a v noci. Pro noční přejídání je typická nespavost a v ranních hodinách nechut' k jídlu. Příčinou vzniku tohoto onemocnění je především dodržování přísných diet a celkové narušení jídelního chování zejména, kdy je člověk ve stresové situaci (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017).

Stejně jako psychogenní přejídání je noční přejídání uvedeno v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté revizi (MKN-10) pod názvem *Přejídání spojené s psychologickými poruchami* a pod kódovým označením F50.4 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté revizi, 2023, online).

Noční přejídání je v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů v jedenácté revizi (MKN-11) je zmíněno pod kódovým označením 7B00.3 s názvem *Porucha příjmu potravy související se spánkem* (International Classification of Diseases 11th Revision, 2023, online).

Papežová uvádí tato diagnostická kritéria pro noční přejídání:

- 1) Konzumace minimálně čtvrtiny celkového množství kalorií zkonsumovaných během celého dne až po večeři.
- 2) Nespavost v době minimálně poloviny času spánku před půlnocí, poloviny času po půlnoci.
- 3) Ranní anorexie, kdy lidé odbývají snídani (Papežová, 2012).

2.3 Další typy poruch spojených s jídelním chováním

Ortorexie, bigorexie a drunkorexie patří mezi nejčastější další typy poruch spojených s jídelním chováním. O těchto typech se v dnešní době stále moc neví, přesto se vyskytují čím dál častěji. Ortorexie, bigorexie ani drunkorexie dosud nebyly zařazeny do seznamu Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté revizi. S těmito typy poruch spojených s jídlem se můžeme setkat u celé populace a jsou pro ni též nebezpečné jako poruchy příjmu potravy.

Ortorexie

Lidé trpící ortorexií mají přehnanou starostlivost o zdravou výživu. Procházková a Sladká Ševčíková zmiňují, že lidé odmítají veškerá jídla, která obsahují konzervační látky, barviva, sůl, cukr, bílou mouku a průmyslově zpracované potraviny. Každodenní věnování se složení jídla a dodržování zdravého životního stylu zabírá lidem trpícím ortorexií mnoho času a může vést až k podvázce (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017). Podle McGregor nemocní mají zkreslenou představu o svém těle a zaměřují se na kvalitu pokožky, pružnost svalstva, na proporce těla. Postupné vyškrtávání jednotlivých potravin z jejich stravy může rychle vést k posedlosti, která má vážné následky na tělesné i duševní zdraví (McGregor, 2019).

Drunkorexie

Pro drunkorexií je typická obava z přibírání na hmotnosti, proto nemocní snižují kalorický příjem tak, aby mohli zvýšit množství vypitého alkoholu, protože alkohol má mnoho kalorií (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017). „*Neuvědomují si, že bez jídla se alkohol v žaludku vstřebává rychleji a do jater se dostává za podstatně kratší dobu, což zesiluje jeho účinek a vede k jeho vstřebávání v mnohem vyšší dávce.*“ (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 12)

Bigorexie

Pro bigorexií je typické, že jedinci mají trvalou potřebu mít vypracovanou postavu. Procházková a Sladká Ševčíková zmiňují, že se tato porucha spojená s jídelním chováním objevuje především u mužů, nejčastěji kulturistů (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017). V dnešní době ale není její výskyt u žen výjimkou. Podle Procházkové a Sladké

Ševčíkové jsou jedinci s biogexií nespokojeni se svou postavou a připadají si nevyvinutí, malí a slabí. Pro růst svalové hmoty obvykle užívají anabolické steroidy či další substance a tráví veškerý volný čas ve fitness centrech (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017).

3 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

Mnoho lidí dodnes nechápe, jak a hlavně proč vzniknou u žen poruchy příjmu potravy. Hodně pacientek dlouho pátrá po příčině vzniku a většině z nich se povede příčinu vypátrat. Ale není výjimkou, že některé pacientky hledají pravou příčinu vzniku onemocnění celý život. Papežová zmiňuje, že poruchy příjmu potravy u některých pacientů představují možnost, jak se popasovat se stresovou událostí formou hladovění či přejídání. Tento způsob však přinese pouze krátkodobou úlevu. Postupně se začnou vyskytovat nepříjemné důsledky, komplikace a problémy, které se nevyřešily, přetrvávají či se prohlubují (Papežová, 2012).

Poruchy příjmu potravy mají multifaktoriální příčiny. Každý jedinec je jiný, a proto i příčiny poruch příjmu potravy u každého pacienta mohou být odlišné. Kromě dodržování drastických diet neexistuje žádný jednoznačný příčinný faktor nebo výslovná příčinná událost, která by se objevovala u většiny pacientů (Krch, 2010). Někdy stačí ke vzniku onemocnění jen jeden důvod, ale někdy jich může být více. Ke vzniku poruch příjmu potravy se podílí různým rozsahem u různých pacientů vlivy prostředí a kultury a osobnostní rysy, které jsou z podílu zprostředkovány geneticky a z podílu výchovou (Papežová, 2012). Papežová a Hanusová zmiňují, že poruchami příjmu potravy trpí ti, kteří zažili životní trauma, ale i ti, u nichž mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání představují jediný problém v životě. Hladovění i zvracení může korelovat s různorodými událostmi neboli spouštěči. Například se může jednat o rozvod rodičů, rodinnou krizi, úmrtí blízké osoby, nemoc, závislost, nevhodnou poznámku trenéra nebo blízké osoby o tělesné hmotnosti pacienta či srovnávání kolektivu vrstevníků podle zevnějšku. Pravděpodobnost poruch příjmu potravy je vyšší, když se spojí několik rizikových faktorů, což se stává ve většině případů (Papežová, Hanusová, 2012).

V dnešní době jsou příčiny vzniku poruch příjmu potravy ve většině odborné literatury rozděleny do tří větších celků, a to na biologické, psychologické, sociální a kulturní faktory (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017). Toto rozdělení bude použito i následně v této bakalářské práci.

V následujících podkapitolách jsou popsány biologické, psychologické, sociální a kulturní faktory, které vedou ke vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy pro všechny základní typy poruch příjmu potravy, jako je mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání.

3.1 Biologické faktory

V období pubescence a adolescence dochází k největším rizikovým změnám z hlediska postavy a hmotnosti. Ženy mají obecně vyšší zájem o svou tělesnou hmotnost, naopak muži se více zajímají o svalovou hmotu (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017).

Na vznik poruch příjmu potravy má značný podíl genetika. Mezi biologické faktory vedoucí ke vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy patří také ženské pohlaví, tělesná hmotnost a období puberty (Krch, 2005).

Genetika

V dnešní době se problém s příjmem potravy vyskytuje u několika dalších generací. Proto genetika může mít podíl na vznik poruch příjmu potravy. V určitých rodinách se poruchy příjmu potravy vyskytují u více žen (Papežová, Hanusová, 2012). Například u matky, babičky nebo tety. Papežová a Hanusová zmiňují, že v některých rodinách je také sklon ke stravování, které je nezdravé. Jedná se zejména o upřednostňování určitých jídel nebo množství snědeného jídla (Papežová, Hanusová, 2012). Genetický podíl při vzniku mentální anorexie tvoří 50–90 % a u mentální bulimie 35–83 % (Papežová, 2012). Webové stránky Národního zdravotnického informačního portálu uvádějí, že neexistuje žádný „gen poruch příjmu potravy“, který by vyvolal toto onemocnění. Je určitý předpoklad, že vliv na nemoc může mít neurotransmitter serotonin. Serotonin má v lidském těle nezastupitelnou roli. Ovlivňuje aktuální náladu, má podíl na regulaci tělesné teploty, chuti k jídlu, metabolismu a spánku. (Webové stránky Národního zdravotnického informačního portálu, 2022, online).

Ženské pohlaví

Ženské pohlaví je samo o sobě největším rizikem pro vznik poruch příjmu potravy. Kliszová uvádí, že u mentální anorexie je toto riziko v zastoupení žen v průměru desetkrát vyšší než u mužů, u mentální bulimie dokonce dvacetkrát vyšší. Z hlediska pohlaví jsou muži poruchami příjmu potravy méně ohroženi, protože nedrží diety tak často jako ženy ve snaze kontrolovat svou tělesnou váhu. V pubertě oproti dívkám nepřibírají na tuku, ale na svalové hmotě, což v nich vyvolává pozitivní pocity. Dívky se spíše zakulacují a chlapci přibírají na svalech a rostou do výšky (Kliszová, 2015, online).

„Mentální anorexie a mentální bulimie byly často vysvětlovány v termínech odmítání dospělé ženské role, ženského těla a sexuality.“ (Krch, 2008, s. 45)

Na základě dnešních standardů ženské krásy může rychlé přibrání tukových zásob spojených s pubertálním obdobím představovat riziko pro mnoho dívek (Krch, 2005).

Tělesná hmotnost a období puberty

Jak již bylo zmíněno, tělesná hmotnost může být rizikovým faktorem pro vznik poruch příjmu potravy. Když u žen roste hmotnost těla, tak také roste jejich nespokojenost s tělem a ženy začínají držet drastické diety nebo jídlo zvrací, a to může vést k velmi nebezpečným následkům.

Podle Krcha k nejvýznamnějším tělesným změnám, které mohou mít důležitý vliv na vznik onemocnění, dochází zejména v období pubescence a adolescence. Tělesný růst, který je velice rychlý, je spojen s přibýváním na hmotnosti i zásob tuku. Mezi osmým a šestnáctým rokem průměrná tělesná váha dívek přirozeně vzroste z Queteletova indexu tělesné hmoty 16 na 19 (Krch, 2005).

Procházková a Sladká Ševčíková uvádějí, že vyšší riziko vzniku poruch příjmu potravy je u dívek, které jsou v období dospívání vyspělejší než jiné dívky ve stejném věku. Tyto dívky se trápí jejich tělesnou váhou, velmi špatně prožívají první menstruaci a s ní související rozvoj sekundárních pohlavních znaků (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017).

3.2 Psychologické faktory

Na příčině vzniku poruch příjmu potravy mají zásadní vliv i psychologické faktory. Každý jedinec má odlišnou osobnost i psychické charakteristiky. Určité z nich mají velký podíl pro vznik onemocnění.

Mezi psychologické faktory, které mají vliv na vznik mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenního přejídání, patří: osobnost a další psychické charakteristiky, emocionální faktory, vliv rodiny a životní události (Krch, 2005).

Osobnost a další psychické charakteristiky

Se vznikem mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovitého přejídání souvisí některé rysy osobnosti a psychické charakteristiky, které se u jedince objevují ještě před tím, než onemocní a jsou tedy pro jedince rizikovým faktorem pro vznik onemocnění (Kliszová, 2015, online).

Papežová uvádí, že obvykle při vzniku nemoci má zásadní vliv závažnost stresové situace a schopnost se s těžkou životní situací smířit. Ta je často ovlivněna osobností, povahou a situací, ve které se jedinec nachází (Papežová, 2012).

Kliszová uvádí charakterové vlastnosti, které k onemocnění přispívají. U mentální anorexie jde například o dosažení úspěchu za každou cenu, především ve sportu, ve škole či v práci. Pro mentální anorexii je charakteristická přílišná poddajnost a poslušnost, znepokojenost vůči sobě samé, vyhybavost a perfekcionismus, který se projevuje snahou po dokonalosti a tím snížit nadměrnou sebekritičnost a nízké sebevědomí. Velký počet žen s tímto onemocněním má nereálné cíle a mohou se trestat, když se jim nedaří jejich cíle naplnit. U mentální bulimie a psychogenního přejídání je typická labilita, nestálost, sebekritičnost, která je charakteristická tím, že žena vnímá sebe sama jako bezvýznamného a neschopného jedince, který potřebuje stálou podporu. Dále zranitelnost, kdy nejistota týkající sama sebe vede k úsilí zalíbit se ostatním a impulzivita, která se může vyskytovat i v promiskuitě, krádežích či užívání návykových látek. Pro mentální anorexii, mentální bulimii i psychogenní přejídání je také charakteristické velmi nízké sebevědomí, negativní sebehodnocení a vnitřní nejistota (Kliszová, 2015, online).

„To je právě ten hrozný pocit, co mě trápí. Často trpím myšlenkami, že vlastně neumím nic pořádně, že v ničem nevynikám. Když se nad svými schopnostmi a dovednostmi upřímně zamyslím, samozřejmě dojdou k závěru, že pár takových věcí je, ale v ničem nejsem dost dobrá. Kupříkladu si myslím, že dobře vařím, ale to umí kdekdo. Někdy ráda fotím, ale nejsou to žádné „umělecké“ výkony, jen mě to baví. No vždyť to není nic zvláštního...“ (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, s. 15)

Emocionální faktory

Emocionální faktory patří mezi další psychologické faktory pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy. U pacientek s mentální anorexií, mentální bulimií a psychogenním přejídáním se obvykle objevují úzkostné a depresivní příznaky. Vágnerová uvádí, že mezi úzkostné příznaky patří zejména úzkost, strach, panika, napětí, obava, fobie, nepřiměřené reakce, nesoustředěnost, poruchy spánku a zvýšená únava. Mezi depresivní příznaky patří například neklid, zvýšené duševní napětí, nedostatek energie, beznaděje, osamělost, snížené sebevědomí, negace smyslu života a nechutenství (Vágnerová, 2014).

Přestože je málo pravděpodobné, že by negativní emocionalita sama o sobě vedla k poruchám příjmu potravy, stresové situace a úzkostná a depresivní nálada jsou obvykle zmiňovanými průvodními jevy poruch příjmu potravy (Polivy, Herman, 2002, online).

Podle Kliszové je převážná část úzkostných a depresivních příznaků v přímé souvislosti se znepokojením o postavu, hmotnost těla a kontrolu jídelního chování. Na základě rozvíjení onemocnění je nebezpečné především negativní sebehodnocení, které u žen vyvolává narušené vnímání vzhledu těla a přísné diety. Pokud se pacientce podaří získat kontrolu nad příjmem potravy, začnou příznaky deprese ustupovat, ale úzkostlivé příznaky obvykle přetrvávají či začnou sílit (Kliszová, 2015, online). „*Rituály v jídle nebo kompenzační chování po přejedení je spojeno s úlevou a může sloužit i k úniku před nepříjemnými myšlenkami na jídlo, a tak posílit hladovění.*“ (Kliszová, 2015, online)

Vliv rodiny a okolí

Rodina má na člověka zásadní vliv už od jeho narození. Vychovává ho a utváří jeho hodnoty. Měla by být pro jedince vzorem a vychovat z něho krásného a sebevědomého člověka, který bude spokojený se svým tělem. V dnešní době tomu tak není, a proto i vliv rodiny může být jednou z psychologických faktorů, které vedou ke vzniku poruch příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy mohou vyvolat nevhodné až kritizující komentáře o jídle, tělesném vzhledu a tělesné hmotnosti (Kliszová, 2015, online). Jedinec si to může vyložit jinak, než to dotyčný myslel a začne dělat vše pro to, aby se ostatním zalíbil.

Významný podíl na vznik nemoci může mít zvýšené očekávání a nadměrná kritika či nedostatečná empatie od rodičů a okolí (Kliszová, 2015, online). Pokud rodina a okolí má na ženu vysoké nároky či zátěž, stresuje ji, frustruje či deprivuje, žena se tím může vnitřně trápit a může to vést k poruchám příjmu potravy.

Životní události

Traumatizující životní události mohou být predispozicí či spouštěčem poruch příjmu potravy. Každá traumatizující událost postihne člověka jiným způsobem a někteří lidé ji vyřeší únikem k poruchám příjmu potravy. Jedna až dvě třetiny pacientů udává souvislost vzniku onemocnění s traumatizující životní událostí (Hsu, 1990, In: Krch, 2005).

Životními událostmi mohou být narážky na tělesný vzhled a váhu těla od blízkých osob, vrstevnických skupin či trenérů. Dále rodinné traumatizující události jako je

například rozvod rodičů, úmrtí blízké osoby, nemoc či výskyt závislosti v rodině. Životní událostí může být také násilný či sexuální útok či životní změna a mnoho dalších.

3.3 Sociální a kulturní faktory

Biologické a psychologické faktory vedoucí ke vzniku poruch příjmu potravy mohou obvykle za závažnost rozvoje onemocnění a sociální a kulturní faktory jsou především zodpovědné za narůstající počet onemocnění, protože média kladou důraz na tělesný vzhled a štíhlost (Švédová, Mičová, 2010, online).

Společnost v současné době lidi velmi ovlivňuje. Obvykle v každém časopise se nachází zmínka o držení diet a hubnutí, jak je důležité pro zdraví být hubený. Nikdo ale nepíše o tom, jak drastické diety mohou být nebezpečné pro zdraví.

Mezi sociální a kulturní faktory, které mají podíl na vznik poruch příjmu potravy patří: vliv rodiny, vliv vrstevnických skupin, kult štíhlosti, *body shaming*, sociální izolace a esteticky náročné sporty a profese.

Vliv rodiny

Jak bylo zmíněno v předchozím textu, vliv rodiny může být psychologickým faktorem ke vzniku poruch příjmu potravy, ale i sociálním faktorem vedoucím ke vzniku onemocnění.

Kliszová zmiňuje, že z hlediska vzniku onemocnění je zásadní role rodiny při utváření konceptu úspěchu a krásy o vlastním těle, při formování jídelního chování a životního stylu. Významný podíl na vznik poruchy příjmu potravy může mít nedostatečná péče od rodičů či naopak zvýšená ochrana, konflikty a hádky v rodině a také tendence unikat od problémových situací. Dalšími faktory rizika v rodině jsou duševní poruchy nevyjímaje alkoholismu, zanedbávání, fyzické a sexuální zneužívání. Společné snídane, obědy či večere nejsou u rodin nemocných tradicí (Kliszová, 2015, online).

Vliv vrstevnických skupin

Mezi sociální faktory vedoucí ke vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy patří vliv vrstevnických skupin. Dívky a ženy si osvojují určité názory (být štíhlá) a chování (přísné diety, užívání projímadel) od svých vrstevnických skupin, prostřednictvím povzbuzování či opovržení vycházející z porušení norem vrstevníků (Novák, 2010).

Každá dívka zejména v pubertě chce být mezi ostatními vrstevníky oblíbená, obvykle pro to udělá vše, jen aby se zalíbila ostatním. Dívky také chtějí napodobit chování

ostatních a když začne jedna dívka držet dietu či zhubne, postupně se začnou přidávat další dívky, jen aby nezůstaly pozadu. Naopak mohou vrstevníci urazit dívku nevhodnou poznámkou o jejím vzhledu či tělesné hmotnosti a může to být dalším důvodem, proč u dívky vzniknou poruchy příjmu potravy.

Krch uvádí, že zásadní roli při zvýšeném zájmu o tělesný vzhled a sebekontrolu má soutěživost. Otázky jako je například „Kdo je lepší?“ předchází otázce „Jak zhubnout?“. Proto je hodně nemocných žen, které se srovnávají s ostatními v zájmové skupině. Počáteční příznaky mentální anorexie či diet, které předcházejí bulimickému přejídání bývají často druhými chváleny a jsou odpovědí na otázky „Jak být úspěšnější?“ či „Jak se cítit lépe?“ (Krch, 2008).

Kult štíhlosti

Jedním ze sociálních a kulturních faktorů poruch příjmu potravy je kultura, která se rychle mění a nekriticky slaví vyhublost a nepřiměřený zájem o tělesnou váhu, která se stává normou společnosti (Kliszová, 2015, online).

Média v dnešní době kladou velký důraz na vzhled a štíhlost a prostřednictvím zejména časopisů, internetu a televize dávají najevo, že pár kilo navíc je nezdravé a že štíhlá postava je významným aspektem úspěšnosti a přitažlivosti (Švédová, Mičová, 2010, online). Především tyto faktory mohou za růst počtu poruch příjmu potravy v zemích západního světa (Kliszová, 2015, online).

„Společenské a kulturní trendy jsou přitom v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla a pro většinu žen nedosažitelné a zdraví ohrožující.“ (Kliszová, 2015, online) Ženy chtějí dosáhnout štíhlosti, která je publikována na internetu a v časopisech, ale nikde není zmínka, že daná štíhlost je pro lidi nereálná a většina žen jí nedosáhne, i když pro to dělají maximum.

Body shaming a sociální izolace

Body shaming znamená z anglického překladu zostuzení někoho, který nevypadá podle jeho názoru po tělesné stránce optimálně (Kohoutek, 2022, online). Patří k jedné z forem šikany. Sedláček definuje *body shaming* jako kritiku sama sebe či ostatních kvůli tělesnému vzhledu, jak v reálném životě, tak na sociálních sítích (Sedláček, 2017, online).

V dnešní době se stále více setkáváme s narážky na tělesný vzhled. Zmínky na tělesný vzhled mohou přijít od rodiny, blízkých osob, vrstevníků, kolegů, trenérů a mnoha

dalších. Webové stránky National eating disorders uvádí, že tyto narážky nejsou nevinné a obvykle ubližují každému, zejména po psychické stránce. Žena se pak začne porovnávat se svým okolím a může to být příčinou ke vzniku onemocnění poruch příjmu potravy. *Body shaming* může přispět ke vzniku poruch příjmu potravy až u 60 % pacientek (National eating disorders, 2022, online).

Sociální izolace může být dalším rizikovým faktorem ke vzniku onemocnění. Žena, která tráví svůj volný čas sama, je okolím přehlížena, rodiče a příbuzní jí nevěnují dostatek času a má málo kamarádů, může chtít prostřednictvím poruch příjmu potravy na sebe ukázat a získat si pozornost od ostatních lidí (National eating disorders, 2022, online).

Esteticky náročné sporty a profese

Sporty, kterými ženy tráví veškerý volný čas a tělesný vzhled a hmotnost u nich hraje zásadní roli, jsou samy o sobě rizikem pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy.

Webové stránky Northwestern medicine zmiňují, že štíhlá postava se u těchto sportů často spojuje s vyšší úspěšností. Těmito sporty jsou například gymnastika, atletika, fitness a tanec (Northwestern medicine, 2022, online).

Mezi sociální rizikové faktory vzniku a rozvoje onemocnění patří profese a profesní příprava, která také souvisí s tělesným vzhledem a váhou těla a kde je štíhlost důležitým předpokladem kariéry (Švédová, Mičová, 2010, online). Například se jedná o modeling, krasobruslení, balet, herectví či moderování na televizních obrazovkách. Pro ženy znamenají tyto profese většinou vše a udělají všechno pro to, aby tuto milovanou práci neztratily.

4 Dopady poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy ovlivňují nejen osobnost a život pacientek, ale také jejich okolí. Výskyt onemocnění pacientky i jejich rodiny velmi změní (Krch, 2013). „*Jsou opatrnější, úzkostnější, reagují přecitlivěle, často s hysterií, dávají větší důraz na určité aspekty, na které by jinak nereagovaly. To vše je možné, i mimo oblast jídla, ovlivňovat v jejich chování a postojích, limitovat při řešení každodenních problémů a ve vztazích s lidmi.*“ (Krch, 2013, s. 34)

Poruchy příjmu potravy mají většinou obrovské dopady na život nemocných, ale také na život jejich blízkých osob. Mohou mít také trvalé následky.

Middleton a Smith uvádějí, že onemocnění se neobjeví přes noc, ale vzniká několik týdnů či měsíců. Ze začátku mohou být poruchy příjmu potravy pro ženy východiskem, jak uniknout od problémů, ale v realitě vyvolávají o mnoho více potíží, než poruchy příjmu potravy řeší. Hodně žen si zpočátku myslí, že poruchy příjmu potravy mají pouze krátkodobý charakter, ale neuvědomují si, že jejich následky mají dlouhodobý vliv na jejich tělo a život a některé z nich mohou zůstat až do konce života. Hodně pacientek s onemocněním poruch příjmu potravy se dozvídá od ostatních nemocných, jak bojují o svou životní pohodu, zdraví či dokonce i o svůj život a pacientky si myslí, že tohle se jim nikdy stát nemůže, protože mají nemoc pod kontrolou (Middleton, Smith, 2013). Bohužel tomu tak není a většina nemocných se do této situace dostane. Lituji toho, že poruchy příjmu potravy neřešily dříve a že to skončilo závažnými problémy, které jim mohou zůstat do konce jejich života.

Papežová zmiňuje, že vždy, když už se objeví tělesný problém, pacientky napadá otázka: „Zůstanou mi trvalé následky?“ Na tuto otázku nejde jednoznačně odpovědět, protože záleží na délce onemocnění a věku, kdy se poruchy příjmu potravy poprvé objeví u pacientky. Mnoho problémů na fyzickém zdraví se po změně tělesné váhy samo upraví (Papežová, 2012).

Dopady poruch příjmu potravy ovlivňují zdraví, osobnost i sociální život nemocného. Cooper uvádí příklad situace, jak se může pacientka cítit: „*Můj život se točí kolem jídla. Nejsem schopná se soustředit na práci, která tím velmi trpí. Hádáme se kvůli tomu doma, nerada jím s rodinou nebo kamarády. Uzavřela jsem se do sebe, vůbec si nevěřím a nevážím si sama sebe. Nechci nikam chodit, už se vůbec nemám ráda.*“ (Cooper, 2014, s. 29)

Poruchy příjmu potravy mají tedy dopady na tělesné, psychické zdraví a sociální život nemocných. Dopady na tělo, psychiku i sociální život jsou následně popsány pro všechny základní typy poruch příjmu potravy, jako je mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání, protože jsou velmi podobné a ve většině oblastí se shodují.

4.1 Dopady na fyzické zdraví

Jak již bylo zmíněno, poruchy příjmu potravy mají mnoho následků na tělo nemocných. U každého pacienta mohou být tyto následky jiné, ale obvykle jsou velmi podobné. Závisí na délce a průběhu onemocnění a také věku nemocných.

Poruchy příjmu potravy mají dopady na kardiovaskulární oblast. Freeman uvádí, že skoro 90 % nemocných v průběhu nemoci může narazit na kardiální obtíže. Zejména se jedná o bradykardii a hypotenzi, která způsobuje mdloby a ztráty vědomí. Při nadměrném užívání diuretik a projímavých přípravků může dojít k narušení rovnováhy elektrolytů, a tím následně ke srdečním arytmiím. Následkem může také být zástava srdce, která končí smrtí (Freeman, 2005). Za třetinu úmrtí nemocných poruch příjmu potravy může právě kardiovaskulární onemocnění (Charvát, Pálová, 2010).

Objevují se také renální komplikace. „*Jedná se především o chronická tabulární poškození, sníženou koncentrační schopnost ledvin, polyurii či retenci tekutin. Nemocné mohou mít vyšší výskyt infekčních komplikací.*“ (Navrátilová, Kalendová, 2019, s. 296)

Dále se vyskytují gastrointestinální potíže. Navrátilová a Kalendová uvádějí, že kvůli častému zvracení dochází ke zvýšené kazivosti zubů, paradentóze, k refluxu jícnu, ke vzniku žaludečních a duodenálních vředů. Dokonce zvracení může způsobit i perforaci žaludku či jícnu. Z hladovění dochází k pocitům přesycenosti, nadýmání, bolestem břicha až k steatóze jater. Kvůli užívání diuretik a projímavých prostředků se vyskytuje průjem, zácpa, nevolnost či střevní zánět (Navrátilová, Kalendová, 2019, online). Následkem poruch příjmu potravy mohou být potravinové intolerance či alergie, jako je například celiakie (Novotný, 2010).

Dopadem poruch příjmu potravy mohou být kosterní problémy. Middleton a Smith zmiňují, že kvůli nedostatečné výživě nejčastěji dochází k osteoporóze, tedy slábnutí a řidnutí kostí. Pokud osoba nemá řádný příjem potravy, kosti se neposilují, ale naopak slábnou a mohou přispívat k netraumatickým zlomeninám. Za oslabení kostí může také ztráta menstruace (Middleton, Smith, 2013). Pokud se objeví poruchy příjmu potravy

během puberty, může dojít k trvalému porušení tělesného vzrůstu a kostní hustoty (Papežová, 2012). Osteoporóza, která je již prokázána, se objevuje během prvních dvou let *anorexia nervosa* a významně souvisí s délkou trvání nemoci a s indexem váhy těla (Freeman, 2005). Naopak pokud dochází při bulimii či psychogenním přejídání k nadváze, tělesná hmotnost zatěžuje klouby a způsobuje kloubní bolesti či potíže, jako je například artritida (Middleton, Smith, 2013).

Mohou se objevit i endokrinní změny. Navrátilová a Kalendová uvádějí, že pro nástup první menstruace je potřebná zásoba minimálně 17 % tuku těla. K pravidelné menstruaci je potřeba alespoň 22 % tělesného tuku. Výskyt *amonerey* je u pacientek s poruchami příjmu potravy velmi běžný. Pokud upraví příjem potravy, menstruace se obvykle samovolně vrátí, a to i bez substituční hormonální terapie (Navrátilová, Kalendová, 2019, online). Podle Freemana závisí na délce onemocnění, a proto *amonerea* se někdy objevuje i po návratu k optimální tělesné hmotnosti. Špatná funkce hypotalamu je sekundárním dopadem psychických faktorů. U nemocných, které jsou velmi podvyživené, se může vyskytnout neschopnost otěhotnět, jako obranný mechanismus vyvolaný psychickou zátěží (Freeman, 2005). Následkem nedostatku příjmu potravy se objevují také hypoglykemie (Navrátilová, Kalendová, 2019, online).

Důsledkem poruch příjmu potravy mohou být hematologické komplikace. U více než 50 % nemocných, kteří trpí mentální anorexií, se objevují změny krevního obrazu a kostní dřeně a jejich závažnost se odvíjí podle ztráty tělesné hmotnosti (Freeman, 2005). Zdravotním rizikem může být anémie, tedy nedostatek červených krvinek, která se projevuje častým zadýcháváním a únavou (Middleton, Smith, 2013).

Dále se mohou vyskytnout neurologické potíže. Podle Freemana mezi ně patří svalová slabost, křeče, akutní zmatenost, bolesti hlavy, dvojitě vidění a poruchy hybnosti. Celkovou svalovou slabostí trpí více jak 40 % pacientek mentální anorexie (Freeman, 2005).

Metabolické komplikace jsou dalším následkem. U pacientek s mentální anorexií se vyskytuje špatná regulace tělesné teploty (Freeman, 2005). Pacientky mají často studené ruce a nohy. Dle Freemana se u pacientek s mentální anorexií objevuje vysoká hladina cholesterolu v krvi. V důsledku narušení metabolismu glukózy mohou pacientky všech typů poruch příjmu potravy trpět diabetem. Podvyživené pacientky spí velmi lehce, obvykle se za noc několikrát vzbudí a délka spánku je u nich krátká (Freeman 2005).

Následkem hladovění, zvracení a užívání přípravků pacientky trpí kožními problémy (Štork, 2010). Navrátilová a Kalendová zmiňují, že se jedná především o špatné

hojení jizev a ztenčení kůže, na které se objevují jemné chloupky, které se podobají *lanugu*. Vlasy se lámou a zmenšuje se jejich objem. Nehty jsou velmi slabé a lámou se. Na kůži se mohou vyskytnout hematomy či petechie (Navrátilová, Kalendová, 2019, online).

4.2 Psychické dopady poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mají mnoho důsledků na psychickou stránku nemocných. „Ztráta váhy a fyzické procesy v lidském těle, hormonální změny a dopad na látky přenášející informace (neurotransmitery) v mozku vedou k psychickým obtížím, jako je deprese a podrážděnost.“ (Papežová, 2012, s. 62) Pacientky mentální anorexie si dávají za cíl přestat přísné diety, aby se uzdravily. Když se jim tento cíl nedaří plnit, vyvolává to v nich negativní myšlenky. Cooper popisuje, že pokud pacientky mentální bulimie a záchvatového přejídání opakovaně ztrácí kontrolu nad jídlem a přejídají se, převládají u nich pocity hanby a poníženosti, protože nejsou dost silné ovládat své chování v jídle. Na základě zmíněných pocitů dochází k úzkostným a depresivním symptomům. Mezi úzkostné projevy patří obavy, nervozita, úzkost při setkání s lidmi či v konkrétních situacích a záchvaty paniky. Mezi depresivní symptomy patří pocity viny, nesoustředěnost, pocity bezcennosti, podrážděnost, ztráta sebevědomí, depresivní nálada, uzavření se do sebe a pocity beznaděje. Pokud mají pacientky poruchy příjmu potravy pod kontrolou, úzkostné a depresivní projevy obvykle zmizí, u některých nemocných ale může být depresivní porucha nezávislá na poruchách příjmu potravy (Cooper, 2014).

Kocourková a Koutek uvádějí, že následkem poruch příjmu potravy nejen v souvislosti s depresivními symptomy může být suicidální chování a sebepoškození. U mentální anorexie je suicidální jednání považováno za primární příčinu smrti. U mentální bulimie se obvykle objevují suicidální pokusy a sebepoškození. Suicidální jednání u poruch příjmu potravy má nejčastěji podobu podřezávání a předávkování léky (Kocourková, Koutek, 2014, online). Pro sebepoškození u poruch příjmu potravy je typické pořezávání se ostrými předměty, pálení se cigaretou či jiným předmětem a hlubokým škrábáním kůže (Krch, 2013). U *anorexia nervosa* je výskyt sebevražedných pokusů v intervalu 3–20 %, u *bulimia nervosa* 25–35 % (Franko, Keel, 2006, online). Sebepoškození se u poruch příjmu potravy vyskytuje u 25–55 % nemocných (Svirko, Hawton, 2008, online).

Nešpor zmiňuje, že v souvislosti s poruchami příjmu potravy, zejména mentální bulimií a psychogenním přejídáním, se u pacientek objevují závislosti, především na alkoholu a jiných návykových látkách. U většiny z nich se kvůli nedostatečné kontrole nad přejídáním a zvracením vyskytují závažné problémy v osobním a sociálním životě a tyto problémy ztěžují léčení závislostí na alkoholu či jiných návykových látkách (Nešpor, 2011).

4.3 Sociální dopady poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mají důsledky na osobní i sociální život pacientek. Především na jejich rodinu a partnery, přátele i na jejich studium či zaměstnání.

Rodinné a partnerské vztahy jsou kvůli poruchám příjmu potravy obvykle plné konfliktů. Rodina i partner často nemocného přemlouvá, ať s onemocněním přestane, ale není to tak jednoduché, jak si ostatní myslí. Kvůli tomu především dochází ke konfliktům mezi členy rodiny i partnery. Rodina i partner se obvykle cítí bezbranní, pokud pacientka zpochybňuje existenci svého onemocnění či zamítá jakoukoliv pomoc či podporu (Papežová, 2012). Následkem sporů v rodině, které nejsou jen mezi nemocnou a rodinou, ale mezi všemi členy navzájem, může dojít k narušení jejich vztahů až k rozvodu rodičů. Partner nemocné musí čelit prudkým změnám nálady a podrážděnosti této osoby, které také vedou ke konfliktům. Jejich život ve společnosti poruchy příjmu potravy silně ovlivňují (Cooper, 2014). Dopadem konfliktů mezi partnery může být jejich rozchod. Nemocné mají také problém společně jíst s rodinou. Vyvolává to v nich negativní pocity, které mohou také vést ke sporům.

Přátelské vztahy jsou kvůli poruchám příjmu potravy obvykle narušeny. Papežová zmiňuje, že poruchy příjmu potravy postupně znesnadňují účast ve společnosti. Pacientky již nemají tolik zájem o své přátele nebo se naopak s nimi přátelé nudí, protože jsou smutné a nechtějí chodit do společnosti (Papežová, 2012). Osoby s poruchami příjmu potravy obvykle nechtějí chodit s přáteli do restaurací, kaváren či barů. To může vést k narušení vztahů mezi přáteli či k úplné ztrátě přátel. Pokud osoby trpící poruchami příjmu potravy přijdou o své sociální kontakty, vede to k hlubším pocitům odcizení a stresu (Papežová, 2012). Někteří lidé jsou sociálně izolovaní již před počátkem onemocnění a poruchy příjmu potravy sociální izolovanost prohlubují.

Poruchy příjmu potravy mají dopady i na studijní a pracovní úspěšnost. Studující pacientky jsou ve škole často nesoustředěné, neklidné, unavené a izolované. Obvykle

dochází ke zhoršení školního prospěchu a k velkému zameškání školní docházky. Kvůli onemocnění musí někdy nemocné přerušit studium. U pracujících osob s onemocněním poruch příjmu potravy se snižuje jejich pracovní výkonnost. Onemocnění těmto osobám obvykle znesnadňuje vykonávat jejich zaměstnání a často musí práci změnit nebo dokonce podat výpověď.

5 Výzkumné šetření zaměřené na příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u žen

Pátá kapitola se již zaměřuje na vlastní výzkumné šetření, které je navázáno na předchozí kapitoly bakalářské práce, ve kterých jsou zpracovány teoretické poznatky vycházející z odborné literatury a dalších zdrojů. V této kapitole jsou představeny výsledky výzkumného šetření, které bylo provedeno s ženami, které mají zkušenost s poruchami příjmu potravy.

5.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky

Výzkumným problémem jsou příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u žen. Cílem výzkumného šetření je zjistit, jaké jsou příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u oslovených žen a následně daná zjištění komparovat.

Poznatky z odborné literatury zpracované v předchozích kapitolách a cíl šetření jsou následně přepracovány do dvou hlavních výzkumných otázek, kdy každá hlavní výzkumná otázka byla dále rozdělena do třech dílčích výzkumných otázek.

Hlavní výzkumná otázka (dále HVO):

- **HVO 1: Jaké faktory vedly informantky k poruchám příjmu potravy?**

Dílčí výzkumné otázky (dále DVO):

- **DVO 1.1: Jaké biologické faktory měly podíl na poruchách příjmu potravy informantek?**
- **DVO 1.2: Jaké psychologické faktory vedly informantky k poruchám příjmu potravy?**
- **DVO 1.3: Jaké sociální a kulturní faktory přivedly informantky k poruchám příjmu potravy?**

Hlavní výzkumná otázka (dále HVO):

- **HVO 2: Jaké dopady mají poruchy příjmu potravy na život informantek?**

Dílčí výzkumné otázky (dále DVO):

- **DVO 2.1: Jaké dopady má zkušenost s poruchami příjmu potravy na fyzické zdraví informantek?**
- **DVO 2.2: Jaké důsledky má zkušenost s poruchami příjmu potravy na psychické zdraví informantek?**

- **DVO 2.3: Jak ovlivnily poruchy příjmu potravy sociální život informantek?**

Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek

Tabulka 2 Přehled transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek

| |
|--|
| HVO 1: Jaké faktory vedly informantky k poruchám příjmu potravy? |
| DVO 1.1: Jaké biologické faktory měly podíl na poruchách příjmu potravy informantek? |
| Tazatelské otázky |
| TO 1: <i>Objevily se poruchy příjmu potravy někdy ve Vaší rodině? Pokud ano, kdo se s nimi léčil a jak?</i> |
| TO 2: <i>Cítila jste se vždy dobře jako žena v průběhu Vašeho života, například v pubertě s růstem těla, sekundárních pohlavních znaků či zakulacováním?</i> |
| TO 3: <i>Byla jste vždy spokojená s Vaším tělesným vzhledem? Vadilo Vám někdy něco na Vašem těle?</i> |
| DVO 1.2: Jaké psychologické faktory vedly informantky k poruchám příjmu potravy? |
| Tazatelské otázky |
| TO 4: <i>Jaké jsou Vaše typické povahové rysy?</i> |
| TO 5: <i>Měla jste před propuknutím poruch příjmu potravy úzkostné či depresivní příznaky?</i> |
| TO 6: <i>Vnímala jste nějaké vlivy, které Vás zatěžovaly a mohly vést k poruchám příjmu potravy, jako jsou například vysoké nároky, zátěž, stres, frustrace, sociální deprivace?</i> |
| TO 7: <i>Měl někdo ve Vašem okolí někdy nevhodnou či kritizující poznámku o tělesném vzhledu či o tělesné hmotnosti?</i> |
| TO 8: <i>Vyskytla se u Vás před vznikem poruch příjmu potravy traumatizující či jiná životní událost? Vyvolala tato událost rozvoj poruch příjmu potravy?</i> |
| DVO 1.3: Jaké sociální a kulturní faktory přivedly informantky k poruchám příjmu potravy? |
| Tazatelské otázky |
| TO 9: <i>Jaké vztahy probíhaly ve Vaší rodině?</i> |

| |
|--|
| TO 10: <i>Vyskytují se v rodině nebo v jiném prostředí patologické jevy, které Vás přivedly k poruchám příjmu potravy?</i> |
| TO 11: <i>Myslíte si, že Vaše zkušenost s poruchami příjmu potravy souvisí s vrstevnickými skupinami v té době? Zkuste vysvětlit, proč ano, proč ne?</i> |
| TO 12: <i>Ovlivnila Vás média ke vzniku poruch příjmu potravy?</i> |
| TO 13: <i>Měl na Vás někdy někdo narážky na tělesný vzhled v sociálním kontaktu nebo online před propuknutím poruch příjmu potravy?</i> |
| TO 14: <i>Pocívala jste někdy tendenci spíše být uzavřená doma či k vyhýbání se kontaktu s osobami před vznikem poruch příjmu potravy?</i> |
| TO 15: <i>Měl na Vás sport či profese vliv na vznik poruch příjmu potravy?</i> |
| HVO 2: Jaké dopady mají poruchy příjmu potravy na život informantek? |
| DVO 2.1: Jaké dopady má zkušenost s poruchami příjmu potravy na fyzické zdraví informantek? |
| Tazatelská otázka |
| TO 16: <i>Měla jste či máte nějaká zdravotní rizika vyplývající z poruch příjmu potravy? Můžete je přiblížit?</i> |
| DVO 2.2: Jaké důsledky má zkušenost s poruchami příjmu potravy na psychické zdraví informantek? |
| Tazatelské otázky |
| TO 17: <i>Jak Vás poruchy příjmu potravy ovlivnily po psychické stránce?</i> |
| TO 18: <i>Objevila se u Vás suicidální myšlenka či tendence, sebepoškozování či nějaká závislost?</i> |
| DVO 2.3: Jak ovlivnily poruchy příjmu potravy sociální život informantek? |
| Tazatelské otázky |
| TO 19: <i>Vnímáte, že zkušenost s poruchami příjmu potravy nějak působila i na Vaše okolí například na rodinu, partnera či partnerku, přátele?</i> |
| TO 20: <i>Vnímáte, že zkušenost s poruchami příjmu potravy nějak působila na Váš studijní život či zaměstnání?</i> |

Poznámka: HVO = hlavní výzkumná otázka, DVO = dílčí výzkumná otázka, TO = tazatelská otázka

5.2 Výzkumná strategie a metoda sběru dat

Pro výzkumné šetření bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, která byla realizována za použití výzkumné metody dotazování v konkrétní podobě

výzkumné techniky rozhovoru. Konkrétně byl použit strukturovaný rozhovor. Pro vyhodnocení získaných dat bylo použito otevřené kódování.

Kvalitativní výzkumná strategie je proces v autentickém prostředí, ve kterém se zkoumají jevy a problémy za účelem získat celkový obraz těchto jevů vycházející z hlubokých dat a vztahu mezi výzkumníkem a účastníkem výzkumu (Švaříček, 2007).

„Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací. Logika kvalitativního výzkumu je induktivní, teprve po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech.“ (Švaříček, 2007, s. 24)

Gavora uvádí, že cílem kvalitativní výzkumné strategie je pochopit jedince, zejména jeho osobní hlediska, jak jedinec vnímá věci a hodnotí jednání. Na základě zásad kvalitativního výzkumného šetření je jakýkoliv jedinec či skupina osob výjimečná. Má vlastnosti, kterými se odlišuje od ostatních jedinců či skupin (Gavora, 2010).

Strukturovaný rozhovor je charakteristický tím, že tazatelské otázky jsou pevně stanoveny (Gavora, 2010). Miovský zmiňuje, že strukturované interview je metoda, která se nachází mezi dotazníkem a interview. Strukturovaný rozhovor má přesně danou strukturu, která je pro tazatele zavazující a nedovoluje mu velké úpravy či změny. Pořadí a formulace tazatelských otázek jsou přesně dané (Miovský, 2006).

5.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl složen na základě záměrného výběru a tvořilo ho ženy, které mají osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy, konkrétně s mentální anorexií, mentální bulimií či záchvatovitým přejídáním.

Výzkumný vzorek tvořilo šest informantek, u kterých se objevilo výše uvedené onemocnění. Pro bližší poznání informantek byla zjišťována jejich osobní data před samotným rozhovorem. Nejmladší informantce bylo v průběhu výzkumného šetření 17 let a nejstarší informantce 39 let. Z důvodu anonymity informantek nejsou uvedena jejich jména, ale jsou označovány jako informantky s přiřazeným číslem pro lepší přehlednost. Kvůli přehlednosti jsou informace o informantkách uvedené v tabulce níže (viz **Tabulka 3**).

Tabulka 3 *Přehled informantek*

| Označení informantek I = informantka | Věk | Studentka / pracující | Typ/y poruchy příjmu potravy | Délka nemoci | Nejnižší tělesná hmotnost | Nejnižší BMI v průběhu nemoci |
|---|------------|------------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| I1 | 17 let | Studentka | Mentální anorexie | 8–17 let | 39 kilogramů | 14 BMI |
| I2 | 20 let | Pracující | Mentální anorexie i mentální bulimie | 15–16 let | 48 kilogramů | 17 BMI |
| I3 | 39 let | Pracující | Záchvatovité přejídání | 36–38 let | 51 kilogramů | 18 BMI |
| I4 | 26 let | Pracující | Mentální anorexie | 12–24 let | 30 kilogramů | 9,5 BMI |
| I5 | 21 let | Studentka i pracující | Mentální anorexie | 15–20 let | 39 kilogramů | 14 BMI |
| I6 | 28 let | Pracující | Mentální bulimie | 11–20 let | 34 kilogramů | 12 BMI |

Poznámka: BMI = Body Mass Index

5.4 Průběh sběru dat

Po předchozím souhlasu správce skupiny zaměřující se na onemocnění poruch příjmu potravy na sociální síti Facebook byl přidán příspěvek s prosbou, která se týkala poskytnutí informací od osob se zkušeností s poruchami příjmu potravy a ochotou se s nimi podělit. Na tento příspěvek s prosbou reagovalo deset žen. Z těchto žen, které reagovaly na příspěvek, byly vybrány ženy, které splňovaly předem stanovené kritérium, a to vyléčení z poruch příjmu potravy. Toto kritérium bylo stanoveno z důvodu, že stále probíhající nemoc by mohla ovlivnit některé odpovědi, zejména týkající se dopadů poruch příjmu potravy.

Rozhovory proběhly na přelomu ledna a února v roce 2023. Z důvodu citlivého tématu bakalářské práce se rozhovory uskutečnily v online prostředí prostřednictvím videohovoru na sociálních sítích. Před zahájením rozhovoru všechny informantky

projevily ústní souhlas s jeho nahráváním na zvukové záznamové zařízení a byly seznámeny s tím, že jejich sdělené informace budou poskytnuty pouze pro účely bakalářské práce a budou anonymní.

Hendl popisuje, že při rozhovoru hrají zásadní roli dva aspekty, a to přístup k informantovi a postoj vůči obsahu sdělení. Během interview musí tazatel podněcovat dotazovaného, ale současně nesmí ovlivnit obsah sdělených informací tím, že kladným či záporným způsobem reaguje na odpovědi (Hendl, 2016).

Všechny rozhovory se uskutečnily bez komplikací. Ani jedna informantka se nebála otevřít a sdělit velmi osobní a citlivé informace.

5.5 Analýza a interpretace dat

Tato kapitola je zaměřena na vyhodnocení dat získaných na základě proběhlých rozhovorů vlastního výzkumného šetření. Data od informantek byla doslovně přepsána. Následně je text uspořádán podle dílčích výzkumných otázek, které byly stanoveny výše. Důraz je zaměřen na komparaci zjištěných dat. Pro přehlednost textu jsou u každé výpovědi informantek použity zkratky I1–I6.

Analýza a interpretace DVO 1.1

DVO 1.1: Jaké biologické faktory měly podíl na poruchách příjmu potravy informantek?

Cílem této dílčí výzkumné otázky je zjistit, jaké biologické faktory byly u informantek příčinou vzniku poruch příjmu potravy. Na zodpovězení této dílčí výzkumné otázky sloužily první tři tazatelské otázky, ve kterých se zjišťovalo, zda výskyt poruch příjmu potravy v rodině informantek, nespokojenost s ženským pohlavím a tělesný vzhled byly u informantek příčinami vzniku poruch příjmu potravy.

TO 1: Objevily se poruchy příjmu potravy někdy ve Vaší rodině? Pokud ano, kdo se s nimi léčil a jak?

Cílem první tazatelské otázky bylo zjistit, zda s poruchami příjmu potravy má zkušenost někdo z rodiny informantek a pokud ano, kdo z rodiny a jak se s nemocí léčil. U informantek I4, I5 a I6 byla jednou z příčin poruch příjmu potravy **genetika**. Konkrétně byl výskyt poruch příjmu potravy u I4 u **tety a sestry**, u I5 u **babičky z tátovy strany** a u I6 u **matky**. I4 uvedla, že: „*Sestra z tátovy strany a moje sestra má také problémy*

s jídlem. *Moje sestra byla hospitalizovaná před půl rokem u nás v Boleslavi v léčebně v Kosmonosech. Léčila se s mentální anorexií, ale dodnes si nechce připustit, že je to porucha příjmu potravy*“.

I5 vypověděla, že v rodině mají hodně duševních problémů a že babička byla vždy hodně hubená, když byla v mladším věku a dodnes její stravování není ukázkové. Myslí si, že její babička poruchu příjmu potravy měla podle fotografií a jejího stravování, ale nikdy se s ní neléčila. I6 popsala: *„Objevily se u mé mamky, když byla ve věku okolo 15 let. Léčila se s mentální anorexií i bulimií. Byla dokonce na psychiatrii asi půl roku, ale dnes už je z toho dávno pryč.*“

I1, I2 a I3 odpověděly, že se poruchy příjmu potravy v jejich rodině neobjevily.

TO 2: Cítíte se vždy dobře jako žena v průběhu Vašeho života, například v pubertě s růstem těla, sekundárních pohlavních znaků či zakulacováním?

Záměrem této otázky bylo dozvědět se, jestli informantky byly vždy spokojené v ženském pohlaví. U většiny informantek, konkrétně I1, I2, I3, I5 a I6, bylo **ženské pohlaví** jednou z příčin poruch příjmu potravy. Tyto informantky popsaly, že především **v období puberty se necítily dobře jako ženy**. I1, I5 a I6 zmínily, že v období dospívání se nemohly vyrovnat **s růstem sekundárních pohlavních znaků**. Informantkám I1, I2 a I6 vadily **široké boky**. Informantky I2 a I5 špatně nesly **zakulacování jejich tělesné postavy**. I2, I3 a I6 uvedly, že kamenem úrazu bylo **rychlé přibrání na tělesné hmotnosti** z ničeho nic. I3 k tomu ještě dodala: *„Hodně se mi líbily svaly, což v pubertě se ženy spíše zakulacují a muži právě nabírají na svalech, což jsem si vždy přála mít bříšáky a vypracovanou postavu.*“

I1 vypověděla: *„Doted' ne, vadí mi, že jsem žena, ale neznamená to, že bych se cítila jako muž... Také, je to z důvodu, že se toho ode mě dost očekává. Očekává se, že budu mít děti, očekává se, že budu vypadat podle nějaké „standardní krásy“. Nejen, že očekávání jsou nereálná, ale dokonce protichůdná. Společnost po mně vyžaduje děti, ale zároveň „je špatně“ mít vytahané břicho.*“

I4 uvedla, že příčinou vzniku poruch příjmu potravy nebylo ženské pohlaví a popsala: *„Nikdy jsem neměla problém s tím, že jsem žena. Když jsem byla v pubertě a začala se ze mě stávat žena, tak jsem byla v takovém věku, že jsem si to ani nějak neuvědomovala.*“

TO3: Byla jste vždy spokojená s Vaším tělesným vzhledem? Vadilo Vám někdy něco na Vašem těle?

Úkolem třetí tazatelské otázky bylo vypátrat, jestli informantkám někdy něco vadilo na jejich tělesném vzhledu. I1, I2, I3, I5 a I6 odpověděly, že **nebyly vždy spokojené s jejich**

tělesným vzhledem a byla to tedy jedna z příčin onemocnění. I2, I3 a I6 nebyly spokojeny se svým **větším břichem**. I2 a I3 uvedly, že jim vadilo na jejich těle jejich **široké boky**. I1 vypověděla: „*Nikdy jsem nebyla spokojená... Celý život to byl **tuk na mém těle**. Dva roky na gymnáziu jsem si rovnala vlasy – pak jsem asi po 2 letech pochopila, že **kudrnatý vlasy prostě nikdy rovné nebudou**, a hlavně to bylo hodně **akné** v pubertě. Ono ve výsledku jsem si vždycky něco našla. Když mi bylo 9 let, tak jsem vyváděla, že mám kruhy pod očima. Byly to naprosto absurdní záležitosti.“ I5 zmínila, že nikdy nebyla se sebou spokojená, vždy hledala na sobě nedokonalosti a chyby více než pozitivní věci. Vadila jí **celkově její tělesná postava**. U informantky 4 nebyl příčinou vzniku poruch příjmu potravy tělesný vzhled.*

Analýza a interpretace DVO 1.2

DVO 1.2: Jaké psychologické faktory vedly informantky k poruchám příjmu potravy?

Úlohou této dílčí výzkumné otázky je prozkoumat, jaké psychologické faktory byly příčinou vzniku poruch příjmu potravy u informantek. Prostřednictvím TO 4–TO 8 je zjišťována povaha a emocionální faktory informantek, vlivy, které informantky zatěžovaly, kritika na tělesný vzhled a výskyt životní či traumatizující události, a to před vznikem poruch příjmu potravy.

TO 4: Jaké jsou Vaše typické povahové rysy?

Cílem této tazatelské otázky bylo dozvědět se, jaké jsou charakteristické povahové vlastnosti informantek. Tato tazatelská otázka byla stanovena, protože Kliszová uvádí, že některé povahové rysy jako je například nespokojenost vůči sobě, perfekcionismus, nízké sebevědomí, labilita přispívají ke vzniku onemocnění poruch příjmu potravy (Kliszová, 2015, online). U všech informantek byla **povaha** jednou z příčin onemocnění. Všechny informantky vypověděly, že jsou **perfekcionistické**. I1, I3, I4 a I6 uvedly, že jsou **emočně labilní**. Informantky 1 a 3 jsou **výbušné**. I1 a I6 zmínily, že jsou **uzavřené**. Dále I1 popsala, že je **cílevědomá**. I5 a I6 jsou hodně **citlivé**. I5 odpověděla: „*Jsem hodně perfekcionistická, **úzkostlivá** a hodně citlivá, vykolejí mě kde co.*“

TO 5: Měla jste před propuknutím poruch příjmu potravy úzkostné či depresivní příznaky?

U většiny informantek, konkrétně u I1, I4, I5 a I6, byly **emocionální faktory** jednou z příčin onemocnění. I1, I4, I5 a I6 vypověděly, že před vznikem poruch příjmu potravy se u nich objevily **úzkosti**. I1 a I5 zmínily, že se u nich vyskytly **deprese**. I4, I5 a I6 měly často **pocity méněcennosti**. I6 uvedla, že měla **nízké sebevědomí**. U I2 a u I3 emocionální faktory nebyly příčinou vzniku poruch příjmu potravy. I2 odpověděla na tazatelskou otázku: „*To jsem neměla. Měla jsem náročné období, ale že bych měla psychické problémy, to ne.*“ Podobně vypověděla i informantka 3.

TO 6: Vnímala jste nějaké vlivy, které Vás zatěžovaly a mohly vést k poruchám příjmu potravy, jako jsou například vysoké nároky, zátěž, stres, frustrace, sociální deprivace?

Tato tazatelská otázka byla zaměřena na zjištění vlivů, které mohly být u informantek příčinou poruch příjmu potravy. I1, I2, I3, I5 a I6 uvedly, že některé **vlivy je zatěžovaly** a byly tedy jednou z příčin poruch příjmu potravy. I1, I3 a I6 zmínily, že měly **vysoké nároky samy na sebe**. I1, I2, I6 pociťovaly **vysoké nároky od okolí**, konkrétně I1 od společnosti, I2 od otce a I6 od trenéra. I1 dále popsala: „*Vnímala jsem také vysoké nároky společnosti a měla jsem z ní velký strach.*“ I2 a I5 vypověděly, že cítily **stres od otce**. I2 dále dodala: „*Táta mi i hodně říkal, že jsem přibrala, takže od něho jsem cítila takový tlak a stres, že musím zhubnout.*“ I5 a I6 pociťovaly **frustraci**, I5 od otce a I6 od trenéra. I5 uvedla: „*S tátou jsem nikdy neměla dobrý vztah, hodně mě to i frustrovalo a stresovalo. Například když jsem byla malá, tak jsem se i bála nalakovat si nehty. Třeba spolužačky chodily do 3. třídy s nalakovanými nehty a já jsem si je taky chtěla lakovat, ale bála jsem se, bylo mi to doma nepříjemný, už jen poznámka „Ty sis nalakovala nehty“ byla pro mě strašně ponižující.*“ I4 žádné vlivy, které by ji zatěžovaly, nevnímala a nebyly tedy příčinou poruch příjmu potravy.

TO 7: Měl někdo ve Vašem okolí někdy nevhodnou či kritizující poznámku o tělesném vzhledu či o tělesné hmotnosti?

Většina informantek, konkrétně I1, I2, I4, I5 a I6 uvedly, že se **setkaly s nevhodnou či kritizující poznámkou** o tělesném vzhledu či o tělesné hmotnosti, které byly jednou z příčin onemocnění. I4 a I5 si dodnes pamatují **nevhodnou poznámku od svých rodičů**. I4 zmínila: „*Například když jsem lezla do krabičky pro jídlo a mamka mě plácla přes*

zadek a řekla, „Ty máš ale velký kad'ák, protože se nemohla protlačit okolo mě. No a ve mně se to jako uchytilo a od té doby jsem začala hrozně cvičit, bláznit s jídlem a už to jelo.“ I5 vypověděla: „Když jsem byla malá, tak jsem měla malé břicho, jednu poznámku si pamatuji doteď, a to bylo, když mi táta u babičky řekl „Ty moje malá kuličko“, nemyslel to zle, ale ve mně to zůstalo dodnes.“ I1, I2 a I6 dostávaly **kritiku na tělesný vzhled od okolí**. I1 popsala: „S tím jsem se setkávala velmi často. Myslím si, že určitě to mělo podíl na vznik mentální anorexie. Přirovnávám to k takovému plnicímu se sudu – prostě jednou přeteče.“ I2 odpověděla, že lidé kolem ní říkali, že má velká prsa, a to byl moment, kdy si řekla, že chce se sebou něco udělat. I6 popsala, že od rodiny a od okolí poslouchala, že se spravila a v tu chvíli si řekla, že zhubne za každou cenu. I3 uvedla, že se nesetkala s kritikou či nepatřičnou poznámkou na tělesný vzhled či tělesnou hmotnost.

TO 8: Vyskytla se u Vás před vznikem poruch příjmu potravy traumatizující či jiná životní událost? Vyvolala tato událost rozvoj poruch příjmu potravy?

Úkolem této tazatelské otázky bylo zjistit, jestli se před onemocněním u informantek objevila traumatizující či jiná životní událost, která by vedla k poruchám příjmu potravy. I3, I4, I5 a I6 uvedly, že se u nich **objevila traumatizující či životní událost**, která měla podíl na vznik poruch příjmu potravy. I5 a I6 popsaly **zklamání od jejich nejlepší kamarádky**, a to v nich zanechalo velkou ránu. Obě informantky uvedly, že se jim nejlepší kamarádka posmívala a I6 i pomlouvala. Odpovědi informantek byly dále rozdílné. I3 odpověděla: „Už od dětství jsem to neměla jednoduché. Podle psychologa je **celý můj život traumatizující**, takže určitě to mělo podíl na vznik záchvatovitého přejídání.“ I4 zmínila: „Ve 12 letech jsem **přišla tragicky o otce**, takže to byla taková posttraumatická porucha, která se ještě upevnila tím, že ve své podstatě v těch 12 letech se žena začíná vyvíjet, začíná mít tvary a já jsem shodou okolností od malička dělala krasobruslení profesionálně, což mě udržovalo v té štíhlé kondici, pro všechny perfektní a já jsem se **rozhodla ve 12 letech s tím skončit**, což byla kombinace obojího.“ I5 vypověděla, že si myslí, že to bylo hodně věcí najednou. **Hádající se rodiče a malé poznámky na cokoli**v, například poznámky od otce. Taky sousedky, které říkaly, jak jsou krásné, že z nich budou modelky a mně se zdálo, že pochvalu nedostávám. I6 uvedla: „Když jsem byla malá, bylo mi asi 8 let, tak mě **přítel tety osahával a postupně se to stupňovalo**. Jelikož jsem byla malá, tak jsem si neuvědomovala, že je něco špatně. Poté když se to začalo stupňovat a přítel tety to začal dělat, když nikdo nebyl v okolí, říkala jsem si, že je něco špatně, ale nikomu jsem to neřekla, protože jsem se bála, že mi nikdo

nebude věřit. Nakonec mamka poznala, že se něco děje, tak jsem jí to řekla a ona to vyřešila, že už jsem se s ním nemusela vidět, pokud jsem nechtěla. Samozřejmě to udělalo dusno v rodině. To si myslím, že mě hodně poznamenalo. U I1 a u I2 se životní ani traumatizující událost před vznikem poruch příjmu potravy neobjevila a nebyla tedy příčinou onemocnění.

Analýza a interpretace DVO 1.3

DVO 1.3: Jaké sociální a kulturní faktory přivedly informantky k poruchám příjmu potravy?

Pro zodpovězení této dílčí výzkumné otázky sloužily TO 9–TO 15, ve kterých se zjišťovaly vztahy v rodině, výskyt patologických jevů, působení vrstevnických skupin, ovlivnění médií, narážky na tělesný vzhled, tendence vyhýbání se kontaktu s lidmi a sportování či profese ještě před vznikem poruch příjmu potravy.

TO 9: Jaké vztahy probíhaly ve Vaší rodině?

Cílem této otázky bylo prozkoumat, jaké byly vztahy v rodině informantek před vznikem poruch příjmu potravy. Kliszová uvádí, že vztahy v rodině, jako jsou například spory a hádky v rodině, nedostatečná péče či naopak zvýšená kontrola, mohou vést k poruchám příjmu potravy (Kliszová, 2015, online). I2, I3, I4, I5 a I6 odpověděly, že **vliv rodiny** byl příčinou onemocnění. I2, I4, I5 a I6 vypověděly, že v jejich rodinách probíhaly **hádky mezi rodiči**. I2, I3 a I5 zmínily, že celkově **vztahy v rodině nikdy nebyly ideální**. I3 a I6 popsaly, že se **v její rodině vyskytovaly konflikty**. I4 dále odpověděla: „*Také si myslím, že to je taková příčina, protože mamka s tatškou se pořád hádali a já měla potřebu dokázat, že jsem dobrá pro oba a že je chci dát dohromady a takový to, chci být perfektní pro oba dva. Myslela jsem si, že když to vzhledově „došperkuji“, tím že budu krásná, při tom jsem vždycky jako byla hezká, ne žádné káčátko, ale asi i tím.*“ I5 dále uvedla, že s **rodinou netrávila volný čas** a s bratrem po škole byli zavření v pokoji. I6 odpověděla, že **mezi ní a bratrem byly konflikty** a že vždy **za vše mohla ona**, i když nic neudělala. I1 vypověděla, že „*Především vysoká kontrola ze strany rodičů. Vyloženě obecně nic zlého, ale sem tam něco skřípe, ale nepovažuji to za nic zásadního.*“

TO 10: Vyskytují se v rodině nebo v jiném prostředí patologické jevy, které Vás přivedly k poruchám příjmu potravy?

Všechny informantky uvedly, že se **nesetkaly s patologickými jevy**, které by byly příčinou jejich onemocnění. I5 zmínila: „*Nemyslím si nebo o tom aspoň nevím, že by se patologické jevy vyskytovaly v rodině nebo v jiném prostředí.*“ Podobně vypověděly i informantky I1, I2, I3 a I6. I4 popsala: „*Jen kouření, táta byl jako velký kuřák, ale určitě to není patologický jev, který by mě přivedl k onemocnění.*“

TO 11: Myslíte si, že Vaše zkušenost s poruchami příjmu potravy souvisí s vrstevnickými skupinami v té době? Zkuste vysvětlit, proč ano, proč ne?

Tato otázka byla stanovena, protože vrstevnické skupiny mají obvykle podíl na vznik poruch příjmu potravy. I2, I3, I4, I5 a I6 uvedly, že jejich zkušenost s onemocněním **souvisela s vrstevnickými skupinami**. I2, I3, I5 a I6 se **porovnávaly se svými vrstevnicemi**, které byly hubenější a informantky chtěly vypadat jako jejich vrstevnice. I4, I5 a I6 vypověděly, že se chtěly **vrstevnicím zalíbit a přivést na sebe pozornost**, když zhubnou. I6 zmínila: „*Spolužačky jednu dobu ve škole vůbec nesvačily, protože chtěly zhubnout, takže samozřejmě v tomhle jsem se po nich „opičila“, možná taky, abych u nich byla více oblíbená.*“ I5 dále odpověděla: „*Také s mojí nejlepší kamarádkou to určitě souvisí, nikdy jsem nebyla ve všem dobrá jako ona a chtěla jsem být aspoň v něčem lepší, proto jsem začala hodně cvičit a hubnout.*“ U I1 nebyl vliv vrstevnických skupin příčinou poruch příjmu potravy, I1 popsala: „*Nikdo z mých přátel nic takového neřešil ani náznakem. Spadla jsem do toho sama, nebyl to u nás „trend“.*“

TO 12: Ovlivnila Vás média (časopis, internet) ke vzniku poruch příjmu potravy?

Většina informantek, konkrétně I1, I2, I3 a I5 odpověděla na tuto tazatelskou otázku, že **vliv médií** byl jednou z příčin nemoci. I1 a I2 zmínily, že je ovlivňovaly **časopisy**, které jsou plné štíhlých žen a když nebudou vypadat tak jak modelky, nebude je mít nikdo rád. I2, I3 a I5 vypověděly, že je ovlivňovaly **sociální sítě, konkrétně Instagram**, kde se porovnávaly s hubenějšími ženami. I3 dále uvedla: „*Já jsem si ještě před onemocněním našla na Instagramu cvičitelku, která je hodně vypracovaná, až někdo by řekl, že je to nechutný, že vypadá jak chlap. Takže ta mě hodně ovlivnila. Mně se začaly líbit ty svaly, tak jsem začala zvedat těžký váhy.*“ I4 a I6 odpověděly, že příčinou onemocnění média nebyla.

TO 13: Měl na Vás někdy někdo narážky na tělesný vzhled v sociálním kontaktu nebo online před propuknutím poruch příjmu potravy?

Informantky I1, I2, I4, I5 a I6 uvedly, že *body shaming* byl u informantek jednou z příčin poruch příjmu potravy. Všechny tyto informantky uvedly, že narážky byly pouze v **sociálním kontaktu**. **Narážky** na tělesný vzhled u informantek 2, 4, 5 a 6 **měla jejich rodina**. I2 odpověděla, že narážky na její tělesnou hmotnost měl její **táta** a narážky od **okolí** kolem ní, že má **velká prsa**. I4 dále vypověděla: „*Moje mamka mi jednou řekla, že mám velký zadek. A také jsem byla ve dvou agenturách na modeling a vždy mi řekli, že bych měla trochu zhubnout, takže i to bylo takový, co mi nešlo do cesty, ale spíš mi to hodilo klacky pod nohy.*“ I5 zmínila: „*V sociálním kontaktu ano, můj táta mi řekl: „Ty moje malá kuličko“, ale přes internet nikdy nikdo. Ve škole mi třeba řekli kluci, že mám hezký zadek, ale já vnímala spolužačky, že ho mají hezčí, tak jsem si ty pozitivní narážky přebírala v hlavě negativně.*“ I6 uvedla, že její rodina jí říkala, že se spravila a také **vrstevníci** měli narážky na její tělesný vzhled. U I3 nebyl *body shaming* příčinou onemocnění, I3 popsala: „*Nikdy, to spíše já se sebou chtěla něco udělat.*“

TO 14: Pociťovala jste někdy tendenci spíše být uzavřená doma či k vyhýbání se kontaktu s osobami před vznikem poruch příjmu potravy?

Cílem této tazatelské otázky bylo zjistit, zda informantky měly před vznikem poruch příjmu potravy sklon k uzavření se doma nebo stranění se lidem. I1, I2, I5 a I6 uvedly, že **sociální izolace** byla jednou z příčin vzniku onemocnění. I2, I5 a I6 vypověděly, že byly vždycky **introvertními**. I1, I5 a I6 zmínily, že vždy byly radši **zavřené doma, než aby chodily do společnosti**. I5 a I6 měly vždy **problém s navazováním nových kontaktů**. I2 a I6 zodpověděly, že jsou hodně **uzavřené do sebe**. I2 dále odpověděla: „*Byla jsem spíše ten člověk, co se vyhýbá lidem, hodně uzavřená do sebe, takže jsem byla i před nemocí spíše introvert...*“ I3 a I4 odpověděly, že takové tendence je nevedly k poruchám příjmu potravy. I3 uvedla: „*Nikdy, jsem spíše extrovert. Ale cvičit někde jsem přestala, protože se mi to nevyplatilo časově ani finančně, tak jsem začala cvičit doma podle YouTube a manžel mi vytunil posilovnu doma.*“ I4 vypověděla: „*Jsem introvert, ale i extrovert, protože když se cítím, že si s někým rozumím, tak to jsem spíše extrovert, ale jinak když jdu do cizího prostředí, tak to jsem úplný introvert, že se snažím být zadní myška, o které nikdy neví, ale není to nic, co by mě vedlo k mentální anorexii.*“

TO 15: Měl na Vás sport či profese vliv na vznik poruch příjmu potravy?

Tato tazatelská otázka byla zvolena, protože sporty či profese, ve kterých se například klade důraz na tělesný vzhled, mohou vést k poruchám příjmu potravy. I1, I4, I5 a I6 zmínily, že **sport** byl jednou z příčin poruch příjmu potravy. I1 uvedla: „*Sport byl nástroj, jak si pomoci v hubnutí. Konkrétně jsem dělala **biatlon, tenis** a pak jsem hodně **běhala**.*“ I4 odpověděla: „*Určitě, dělala jsem **krasobruslení**. Tam se ve své podstatě hodnotí, jak fyzický výkon, tak i vzhled a tam to hraje roli. Holky se různě šperkují, dělají se krásnější, všechno možné se pro to dělá a jak jsem v tom vyrůstala, tak si myslím, že to mělo velký vliv.*“ I5 popsala, že když pochopila, že nikdy nebude nejlepší ve škole, tak začala **nadměrně cvičit a běhat**. Po určitém čase byla informantka nejlepší v tělocviku, ale přesto ji učitelka nikdy nevybrala na žádný zápas, a to pro ni bylo hodně ponižující. „*To si pamatuju dodnes, že jsem tak hodně dřela, abych byla aspoň v něčem dobrá a když se mi to povedlo, tak to bylo k ničemu, takže to mě tak hodně srazilo, že jsem si říkala, jo až půjdu na střední, chci být v něčem dobrá, nejlepší a tam už začalo to moje extrémní hubnutí...*“ I6 uvedla, že od mala dělala závodně **gymnastiku a balet**. V osmi letech s baletem skončila a věnovala se jen gymnastice. Vždy byla jen průměrná a pochvala od trenérů se jí moc nedostávala. Napadlo ji, že když zhubne, bude chválena za tělesný vzhled. I2 a I3 vypověděly, že před onemocněním nesportovaly a sport tedy nebyl příčinou poruch příjmu potravy.

Analýza a interpretace DVO 2.1

DVO 2.1: Jaké dopady má zkušenost s poruchami příjmu potravy na fyzické zdraví informantek?

Pro zodpovězení této dílčí výzkumné otázky sloužila TO 16, ve které se zjišťovalo, jaké dopady na fyzickém zdraví způsobily poruchy příjmu potravy u informantek.

TO 16: Máte nějaká zdravotní rizika vyplývající z poruch příjmu potravy? Můžete je přiblížit?

Všechny informantky uvedly, že se u nich vyskytla zdravotní rizika vyplývající z onemocnění. U všech informantek se objevila **ztráta menstruace**. I4 a I6 se dodnes léčí s **neplodností**. I1, I2, I3, I5 a I6 zmínily, že se u nich objevila **alopecie**. I4 a I6 se **zhoršila kvalita nehtů**. U I4, I5 a I6 se vyskytly **problémy s pleťí**. I2 a I3 vypověděly, že se setkávaly s **bolestí břicha**. I1, I2 a I6 zmínily, že trpěly **nízkým krevním tlakem**. I1, I4 a I6 popsaly, že kvůli onemocnění měly **změny na krevním obrazu**. I1 a I6 pocítovaly

únavu. I4 dále odpověděla, že měla **poruchy termoregulace** I5 uvedla: „*Měla jsem problémy s lýtky, celkově mě všechno bolelo a začala jsem mít křeče v lýtkách a nemohla jsem skoro ani chodit nějak ty 3-4 měsíce a bylo to spíše tím, že jsem měla ty svaly strašně přetížený, protože já jsem fakt hodně chodila, takže jsem víceméně ze dne na den musela přestat i chodit.* I6 často **bolela hlava.** I5 a I6 uvedly, že měly **poruchy se spánkem.** I5 dále zmínila: „*Trpěla jsem nespavostí, pořád jsem se budila, brala jsem prášky na spaní i antidepressiva.*“

Analýza a interpretace DVO 2.2

DVO 2.2: Jaké důsledky má zkušenost s poruchami příjmu potravy na psychické zdraví informantek?

Cílem této dílčí otázky je prostřednictvím TO 17 a TO 18 zjistit, jaké dopady na psychické zdraví měly u informantek poruchy příjmu potravy.

TO 17: Jak Vás poruchy příjmu potravy ovlivnily po psychické stránce?

Všem informantkám způsobily poruchy příjmu potravy dopady na psychické zdraví. I1 a I6 byly hodně **podrážděné.** I1 dále vypověděla: „*V té době jsem byla hodně podrážděná, uzavřená do sebe a ztratila jsem sebevědomí...*“ I2 uvedla: „*Měla jsem a stále mám hodně úzkosti, dřív jsem to neměla, po nějaké době se to objevilo, takže si myslím, že takhle se to na mně podepsalo. Také jsem měla halucinace, a to byl ten impulz, proč jsem se chtěla uzdravit, protože jsem si myslela, že se zblázním.*“ I3 a I6 odpověděly, že když začaly přibírat, vyvolalo to u nich **paniku**, že přiberou hodně. I3, I4 a I6 také často **plakaly.** I4 zmínila: „*Hodně jsem byla i tedy dodnes jsem plačtivá, například kvůli tomu, že mi upadl drobek od pusy, začala jsem brečet. Hrozně moc velký strach o všechny, ale přitom já jsem si připadala jako superman, kterému se nemůže nic stát. Hlavně i uzavření a ztráta takového chťiče hledat si partnera.*“ I5 popsala: „*Dodnes trpím depresemi a začala jsem hodně přemýšlet o svém životě. Také mám dodnes problém navazovat konverzaci, bojím se cokoliv říct, napsat někde a tak. Také mi zůstaly pocity, že i když mi není dobře, tak se před okolím usmívám, ale vnitřně se užírám ještě více.*“

TO 18: Objevila se u Vás suicidální myšlenka či tendence, sebepoškození či nějaká závislost?

Úlohou této otázky je zjistit, zda se u informantek vyskytla suicidální myšlenka či pokus, sebepoškození nebo závislost. I1, I2, I5 a I6 **mají zkušenost se suicidální myšlenkou**

či pokusem nebo sebepoškozováním. I1, I5 a I6 měly zkušenost se **suicidálními myšlenkami**. I5 myšlenky na sebevraždu měla v té době, kdy začala přibírat a měla pocit, že vše ztratila a je na vše sama. I1 a I5 uvedly, že se u nich objevilo **sebepoškozování**. I1 zmínila: „*Co se týká sebepoškozování tak jsem některé dny **pila víceméně jenom kávu. Třeba osmkrát denně.***“ I5 dále popsala, že se zkoušela **řezat**, ale tahle bolest jí nepomáhala. Sebepoškozovala se tím, že **nejedla** a také nosila rovnátka a **bolest zubů**, které způsobovaly rovnátka, ji uklidňovala. I2 a I6 se pokusily o **sebevraždu**. I2 dále vypověděla: „*Spolykala jsem hrozně moc prášků, nevím, kolik a co to bylo. Byly to různé prášky na bolest a vlastně jsem to zapila sklenkou vína a pak si pamatuju, že došla mamka a měla jsem to na stole, a já už v tu chvíli byla mimo. Mamka mě dotáhla na záchod a tam mě donutila se vyzvracet. Nevím, jestli bych umřela, ale nebylo to nic hezkého.*“ I6 uvedla podobnou zkušenost. Jednou, když se doma pohádali, tak si řekla, že když umře, bude ostatním lidem lépe, **nasypala si do hrsti různé léky a spolkla je**. Dostala strach a než upadla do bezvědomí, běžela za matkou a vše jí řekla. Poté se probudila v nemocnici. I3 a I4 odpověděly, že se u nich nikdy neobjevily suicidální myšlenky, tendence, sebepoškozování ani žádná závislost.

Analýza a interpretace DVO 2.3

DVO 2.3: Jak ovlivnily poruchy příjmu potravy sociální život informantek?

Pro zodpovězení této dílčí výzkumné otázky sloužily TO 19 a TO 20. Cílem těchto tazatelských otázek bylo zjistit, jestli zkušenost s poruchami příjmu potravy měla vliv na okolí informantek nebo na studijní život a zaměstnání.

TO 19: Vnímáte, že zkušenost s poruchami příjmu potravy nějak působila i na Vaše okolí například na rodinu, partnera či partnerku, přátelé?

Všechny informantky uvedly, že poruchy příjmu potravy **měly dopad na jejich okolí**. I1, I2, I4, I5 a I6 odpověděly, že nemoc měla **dopad na rodinu**. U I1 a u I6 poruchy příjmu potravy vyvolávaly v rodině **hádky**. I2 vypověděla, že rodinu to hodně ovlivnilo a dodnes ji **rodina** hodně **hlídá**, pokud je delší dobu na záchodě, mají strach, jestli se jí nemoc nevrátila. I4 odpověděla, že její **sestra jí zakázala kontakt s čerstvě narozenou neteří**, kvůli tomu, že by se jí bála. Dodnes se na ni rodina **dívá skrze prsty**. I5 dodala, že nemoc měla velký **dopad na její matku**. I5 a I6 si berou za **vinu nedostatek pozornosti od rodičů jejich bratrům**. I5 dále uvedla, že si bere za vinu především toho mladšího bratra, který v té době, kdy ona měla velmi těžké období, byl ještě malý

a nedostávalo se mu tolik pozornosti. Ani jeden její bratr na tom není psychicky dobře, a i když informantka ví, že za to nemůže, bere si to za vinu. I6 zmínila: „*Myslím si, že to poznamenalo i bráchu, byl v té době v pubertě a nezažil tu klasickou pubertu. Musel místo mě doma hodně pomáhat, protože mamka se mnou jezdila pořád po doktorech a neměla čas vařit, uklízet, prát a táta byl často na služební cestě.*“ I4, I5 a I6 popsaly, že onemocnění mělo důsledek **ztráty přátel**. I4 odpověděla, že přátel nikdy moc neměla, ti, co získala na střední a vysoké škole ztratila, protože ji odstrčili a nezapadla, zůstali jí pouze přátelé z krasobruslení. I5 popsala, že kvůli poruchám příjmu potravy ztratila na čas jednu kamarádku, ale dnes je z ní nejlepší kamarádka. I6 dodala, že ztratila jednu kamarádku a kamaráda, kteří se po čase přestali ozývat, protože informantka nechtěla nikam chodit. I3 uvedla, že nemoc měla **dopad na chození do společnosti či ježdění na dovolenou**, dále dodala: „*Manžel mě podporoval, snažil se mi pomoci, ale ostatní lidi to moc nechápali, jako nechápou to, že člověk si nemůže dupnout a nebude to dělat. Snažila jsem se vysvětlit, že to je jako alkoholismus, že to nejde jen tak přestat.*“

TO 20: Vnímáte, že zkušenost s poruchami příjmu potravy nějak působila na Váš studijní život či zaměstnání?

Informantky I4, I5 a I6 odpověděly, že onemocnění mělo **vliv na studium**. I4 vypověděla: „*Určitě, kvůli léčbě, jelikož jsem byla hospitalizovaná, tak jsem musela **přerušit studium na vysoké škole**, ale to jsem pak dokončila, takže to bylo v pořádku. Střední školu mi to neovlivnilo a takové to pamatování, že někdo říká, že má problém si něco zapamatovat, tak s tím já problém vůbec neměla.* I5 uvedla, že po nástupu na střední školu **nechodila půl roku do školy**, protože nebyla ničeho schopná. Bylo to nejhorší období mentální anorexie, kdy vůbec nejedla, doma brečela, klepala se a matka s ní musela spát v posteli. Uvedla: „*Byla jsem jak 3letý dítě, který samo nic nezvládne.*“ Školu přerušit nemusela, ale učila se z domova. I6 popsala: „*Musela jsem na rok **přerušit střední školu ve druhém ročníku**, protože jsem byla v léčbě. V ten rok to se mnou vypadalo velmi špatně. Ze začátku jsem nemohla chodit do školy, protože mi bylo pořád špatně a byla jsem slabá.* U I4 a u I6 měly poruchy příjmu potravy **dopad na výkon brigády**. Obě informantky zmínily, že nemohly tahat **těžká břemena**. I4 dále dodala, že dělala servírku v restauraci a že její tělesný vzhled nepůsobil dobře na hosty, kteří si ji často prohlíželi. Dokonce ji i vyhodili a tam už pocítovala problémy. I6 zodpověděla: „*Co se týká práce, tak v té době jsem ještě nepracovala, ale chodila jsem na brigádu na doplňování zboží do Alberta. Tam nemoc určitě měla dopad. Práce mi trvala dvojnásobný čas, než dřív*

a hodně jsem byla unavená po pár hodinách a měla jsem problém tahat těžké věci. Nakonec jsem musela s brigádou skončit.“ I1, I2 a I3 uvedly, že poruchy příjmu potravy neměly dopad na studijní život či zaměstnání. Například I1 zmínila: „Na studijní život to vliv nemělo. Znamky se mi nezhoršily a školu jsem přerušit nemusela...“

5.6 Shrnutí výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u oslovených žen a následně daná zjištění komparovat. Pro zodpovězení cíle výzkumného šetření byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky. Každá hlavní výzkumná otázka obsahovala tři dílčí výzkumné otázky.

První hlavní výzkumná otázka byla stanovena:

- **HVO 1: Jaké faktory vedly informantky k poruchám příjmu potravy?**

Tato hlavní otázka byla následovně rozdělena do třech dílčích výzkumných otázek.

- **DVO 1.1: Jaké biologické faktory měly podíl na poruchách příjmu potravy informantek?**
- **DVO 1.2: Jaké psychologické faktory vedly informantky k poruchám příjmu potravy?**
- **DVO 1.3: Jaké sociální a kulturní faktory přivedly informantky k poruchám příjmu potravy?**

Druhá hlavní výzkumná otázka byla stanovena následovně:

- **HVO 2: Jaké dopady mají poruchy příjmu potravy na život informantek?**

Dílčí výzkumné otázky byly určeny následně:

- **DVO 2.1: Jaké dopady má zkušenost s poruchami příjmu potravy na fyzické zdraví informantek?**
- **DVO 2.2: Jaké důsledky má zkušenost s poruchami příjmu potravy na psychické zdraví informantek?**
- **DVO 2.3: Jak ovlivnily poruchy příjmu potravy sociální život informantek?**

V rámci vlastního výzkumného šetření byly zodpovězeny všechny dílčí výzkumné otázky, které odpovídají na stanovené hlavní výzkumné otázky. Cíl výzkumného šetření byl naplněn. Je nepochybné, že příčina vzniku ani dopad u poruch příjmu potravy není jeden, ale je to multifaktoriální onemocnění, které má mnoho dopadů po fyzické, psychické i sociální stránce.

Shrnutí dílčí výzkumné otázky 1.1

Nejprve bylo žádoucí zjistit, zda biologickým faktorem vzniku poruch příjmu potravy byla genetika. Genetický podíl při vzniku mentální anorexie tvoří 50–90 % a u mentální bulimie 35–83 % (Papežová, 2012). U třech informantek se objevilo onemocnění **v rodině**, konkrétně se vyskytlo u tety a sestry jedné informantky, u babičky druhé informantky a u matky třetí informantky. Dále bylo důležité zjistit, jak se ženy cítily v ženském pohlaví. U mentální anorexie je toto riziko v zastoupení žen v průměru desetkrát vyšší než u mužů, u mentální bulimie dokonce dvacetkrát vyšší (Kliszová, 2015, online). Ve vlastním výzkumném šetření mnoho informantek uvedlo, že se **nechtěly dobře jako ženy**, zejména v pubertě s růstem sekundárních pohlavních znaků, širokými boky, zakulacováním tělesné postavy a rychlým přibráním na tělesné hmotnosti. Většina informantek nebyla spokojená se svým **tělesným vzhledem**, především s velkým břichem, širokými boky a celkovým tělesným vzhledem. Z odpovědí informantek je zřejmé, že genetika, ženské pohlaví a tělesný vzhled jsou biologickými faktory, které vedou ke vzniku poruch příjmu potravy. Pro lepší přehlednost, jaké biologické faktory měly podíl na vznik poruch příjmu potravy u jednotlivých informantek byla zvolena následující tabulka (viz **Tabulka 4**).

Tabulka 4 Shrnutí biologických příčin u informantek

| Kódy | Informantky | | | | | |
|-----------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | I1 | I2 | I3 | I4 | I5 | I6 |
| Genetika | Ne | Ne | Ne | Ano | Ano | Ano |
| Ženské pohlaví | Ano | Ano | Ano | Ne | Ano | Ano |
| Tělesný vzhled | Ano | Ano | Ano | Ne | Ano | Ano |

Shrnutí dílčí výzkumné otázky 1.2

Nejdříve bylo důležité zjistit, jaké jsou povahové rysy informantek, protože jak bylo zmíněno výše, povaha má podíl na vznik onemocnění. Všechny informantky jsou perfekcionista. Dále se u informantek vyskytuje emoční labilita, výbušnost, uzavřenost, cílevědomost, citlivost a úzkostlivost. Všechny tyto **povahové rysy** měly podíl na vznik nemoci. U většiny informantek se objevily **emocionální faktory**, konkrétně úzkosti, deprese, pocity méněcennosti a nízké sebevědomí. Mnoho informantek před onemocněním pociťovalo **vysoké nároky** samy na sebe a od okolí,

stres od otce a **frustraci**. Před nemocí se většina informantek setkávala s **nevhodnými a kritizujícími poznámkami**. Mnoho informantek se setkala také s **traumatizujícími a životními událostmi** jako je například smrt otce, hádající se rodiče, zklamání nejlepší kamarádky. Jedna až dvě třetiny pacientů udává souvislost vzniku onemocnění s traumatizující životní událostí (Hsu, 1990, In: Krch, 2005). Z odpovědí informantek je zřejmé, že povahové rysy, emocionální faktory, různé vlivy, nevhodné či kritizující poznámky a životní události jsou zásadními psychologickými faktory vedoucími ke vzniku poruch příjmu potravy. Následující tabulka (viz **Tabulka 5**) shrnuje, jaké psychologické faktory byly příčinou vzniku onemocnění u jednotlivých informantek.

Tabulka 5 Shrnutí psychologických příčin u informantek

| Kódy | Informantky | | | | | |
|---|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | I1 | I2 | I3 | I4 | I5 | I6 |
| Osobnost a další psychické charakteristiky | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Emocionální faktory | Ano | Ne | Ne | Ano | Ano | Ano |
| Působení vlivů | Ano | Ano | Ano | Ne | Ano | Ano |
| Nevhodné či kritizující poznámky | Ano | Ano | Ne | Ano | Ano | Ano |
| Traumatizující nebo životní událost | Ne | Ne | Ano | Ano | Ano | Ano |

Shrnutí dílčí výzkumné otázky 1.3

Vztahy v rodině jsou pro vznik poruch příjmu potravy zásadní, a proto bylo důležité nejprve zjistit, jaké vztahy v rodině informantek probíhaly. Významný podíl na vznik poruch příjmu potravy může mít nedostatečná péče od rodičů či naopak zvýšená ochrana, konflikty a hádky v rodině (Kliszová, 2015, online). V rodinách informantek se vyskytovaly **hádky mezi rodiči, problematické vztahy a konflikty**. Ani u jedné informantky se nevyskytovaly patologické jevy, které by je přivedly k onemocnění. Většina informantek uvedla, že poruchy příjmu potravy souvisely s **vrstevnickými skupinami**, konkrétně porovnávání se, zalíbení se, přilákání pozornosti a chtít být v něčem nejlepší. Hodně informantek ovlivňovala **média**, zejména časopisy a sociální síť

Instagram. Většina informantek se také setkala s *body shamingem*, konkrétně v sociálním kontaktu od rodiny a od okolí. Body shaming může přispět ke vzniku poruch příjmu potravy až u 60 % pacientek (National eating disorders, 2022, online). **Sociální izolace** se objevila u mnoha informantek, především uzavřenost doma a nechození do společnosti, problém s navazováním nových kontaktů a uzavřenost do sebe. Hodně informantek uvedla, že před poruchou příjmu potravy **sportovala**, konkrétně jedna informantka dělala biatlon, tenis a hodně běhala, druhá krasobruslila, třetí nadměrně cvičila a čtvrtá dělala gymnastiku a balet. Z odpovědí informantek vyplývá, že vliv rodiny, vrstevnických skupin a médií, *body shaming*, sociální izolace a sport, patří mezi sociální a kulturní faktory, které vedou ke vzniku poruch příjmu potravy. Níže (viz **Tabulka 6**) je uvedené shrnutí sociálních a kulturních faktorů u jednotlivých informantek, které vedly ke vzniku poruch příjmu potravy.

Tabulka 6 Shrnutí sociálních a kulturních příčin u informantek

| Kódy | Informantky | | | | | |
|----------------------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | I1 | I2 | I3 | I4 | I5 | I6 |
| Vliv rodiny | Ne | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Patologické jevy | Ne | Ne | Ne | Ne | Ne | Ne |
| Vliv vrstevnických skupin | Ne | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Vliv médií | Ano | Ano | Ano | Ne | Ano | Ne |
| Body shaming | Ano | Ano | Ne | Ano | Ano | Ano |
| Sociální izolace | Ano | Ano | Ne | Ne | Ano | Ano |
| Sport/profese | Ano | Ne | Ne | Ano | Ano | Ano |

Shrnutí dílčí výzkumné otázky 2.1

Z odpovědí informantek je zřejmé, že poruchy příjmu potravy nemají pouze jeden či dva dopady na fyzické zdraví, ale je jich podstatně hodně. U všech informantek se objevila **ztráta menstruace**. Většina informantek měla problém s **vypadáváním vlasů**. U poloviny informantek se objevily **změny na krevním obrazu**. U více než 50 % nemocných, kteří trpí mentální anorexií se vyskytují změny krevního obrazu a jejich závažnost se odvíjí podle ztráty tělesné hmotnosti (Freeman, 2005). Dále se u informantek objevily tyto zdravotní potíže: **únava, nízký krevní tlak, bolesti hlavy**,

poruchy spánku, bolesti břicha, problémy se svaly, poruchy termoregulace, zhoršení kvality nehtů a problémy s pletí. Dodnes se dvě informantky léčí s **neplodností**. Zkušenost s poruchami příjmu potravy měla u informantek hodně dopadů na fyzické zdraví. V následující tabulce (viz **Tabulka 7**) je uvedeno shrnutí nejčastějších fyzických dopadů onemocnění u jednotlivých informantek.

Tabulka 7 Shrnutí nejčastějších dopadů na fyzické tělo u informantek

| Kódy | Informantky | | | | | |
|--------------------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | I1 | I2 | I3 | I4 | I5 | I6 |
| Ztráta menstruace | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Neplodnost | Ne | Ne | Ne | Ano | Ne | Ano |
| Alopecie | Ano | Ano | Ano | Ne | Ano | Ano |
| Zhoršení nehtů | Ne | Ne | Ne | Ano | Ne | Ano |
| Zhoršení pleti | Ne | Ne | Ne | Ano | Ano | Ano |
| Změny na krevním obrazu | Ano | Ne | Ne | Ano | Ne | Ano |
| Nízký krevní tlak | Ano | Ano | Ne | Ne | Ne | Ano |
| Bolesti břicha | Ne | Ano | Ano | Ne | Ne | Ne |
| Únava | Ano | Ne | Ne | Ne | Ne | Ano |
| Poruchy se spánkem | Ne | Ne | Ne | Ne | Ano | Ano |

Shrnutí dílčí výzkumné otázky 2.2

Poruchy příjmu potravy způsobily informantkám i mnoho dopadů na psychické zdraví, konkrétně **podrážděnost, plačtivost, uzavřenost do sebe, ztrátu sebevědomí, úzkostlivost, deprese, halucinace a paniku, problém navazovat konverzaci a uzavření a ztrátu touhy hledat si partnera**. Je zřejmé, že poruchy příjmu potravy ovlivňují jak fyzické zdraví, tak i psychické zdraví. Většina informantek má zkušenost se **suicidální myšlenkou či pokusem** nebo **sebepoškozováním**. Franko a Keel uvádějí, že u *anorexia nervosa* je výskyt sebevražedných pokusů v intervalu 3–20 %, u *bulimia nervosa* 25–35 % (Franko, Keel, 2006, online). Sebepoškozování se u poruch příjmu potravy vyskytuje u 25–55 % nemocných (Svirko, Hawton, 2008, online). Formy sebepoškozování u informantek byly **řezání, nejedení, pití pouze kávy a bolest zubů**, kterou způsobovalo nošení rovnátek. Způsobem sebevraždy bylo u informantek

spolykání mnoha léků. Z výpovědí informantek vyplývá, že dopady poruch příjmu potravy mohou být životu nebezpečné. Níže uvedená tabulka (viz **Tabulka 8**) shrnuje nejčastější psychické dopady poruch příjmu potravy u jednotlivých informantek.

Tabulka 8 Shrnutí nejčastějších dopadů na psychické zdraví u informantek

| Kódy | Informantky | | | | | |
|----------------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | I1 | I2 | I3 | I4 | I5 | I6 |
| Podrážděnost | Ano | Ne | Ne | Ne | Ne | Ano |
| Panika | Ne | Ne | Ano | Ne | Ne | Ano |
| Plačtivost | Ne | Ne | Ano | Ano | Ne | Ano |
| Suicidální myšlenky | Ano | Ne | Ne | Ne | Ano | Ano |
| Suicidální pokus | Ne | Ano | Ne | Ne | Ne | Ano |
| Sebeпоškozování | Ano | Ne | Ne | Ne | Ano | Ne |

Shrnutí dílčí výzkumné otázky 2.3

Z odpovědí všech informantek je zřejmé, že poruchy příjmu potravy mají dopady na sociální život. Nemoc měla dopad u všech informantek na jejich **okolí**. U většiny z nich to byl dopad na jejich **rodinu**. Konkrétně nemoc způsobila v rodině **hádky, kontrolu rodičů, zákaz kontaktu s čerstvě narozenou neteří, dívání se skrze prsty a nedostatek pozornosti od rodičů bratrům**. Onemocnění mělo také za následek **ztrátu přátel a nechození do společnosti či nejezdění na dovolenou**. Rodinné i přátelské vztahy jsou kvůli poruchám příjmu potravy často narušeny (Papežová, 2012). U poloviny informantek měly poruchy příjmu potravy **vliv na studium**, konkrétně u dvou informantek na **přerušování studia** na rok a u jedné informantky **domácí výuku** na půl roku. Nemoc měla dopad i na **výkon brigády**, kdy informantky nemohly zvedat těžká břemena. Na základně zmíněných dopadů vyplývá, že poruchy příjmu potravy mají obrovské dopady na rodinu, přátele, studium i práci. V následující tabulce (viz **Tabulka 9**) je uvedeno shrnutí sociálních dopadů poruch příjmu potravy u jednotlivých informantek.

Tabulka 9 Shrnutí dopadů na sociální život informantek

| Kódy | Informantky | | | | | |
|---------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| | I1 | I2 | I3 | I4 | I5 | I6 |
| Dopad na okolí | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Dopad na studium | Ne | Ne | Ne | Ano | Ano | Ano |
| Dopad na zaměstnání | Ne | Ne | Ne | Ano | Ne | Ano |

Doporučení pro praxi

Z vlastního výzkumného šetření vyplývá, že příčin vedoucích k rozvoji poruch příjmu potravy může být opravdu hodně a je to vždy souběh biopsychosociálních faktorů. Při léčbě poruch příjmu potravy je důležité najít a zaměřit se na všechny příčiny vedoucí k onemocnění a pracovat s nimi, aby se případně zabránilo opakovanému výskytu poruch příjmu potravy.

Dopady poruch příjmu potravy mohou být obrovské, nejen na fyzické a psychické zdraví, ale i na sociální život. Dokonce mohou mít i trvalé následky a mohou být životu nebezpečné. Na základě velkého množství zjištěných dopadů je nepochybná důležitost prevence poruch příjmu potravy, především u dospívajících jedinců. Mnoho lidí dodnes neví, jaké obrovské dopady mohou poruchy příjmu potravy mít a pokud se s možnými dopady seznámí, může je to odradit před případným vznikem onemocnění.

Základem prevence poruch příjmu potravy by měla být především rodina. Zejména rodiče by měli děti seznamovat se zdravými stravovacími návyky již od dětství. Předcházet poruchám příjmu potravy by měla i školská zařízení. Ve školách je důležité se zaměřit na primární prevenci poruch příjmu potravy, a to buď skrze školního metodika prevence, školního psychologa nebo prostřednictvím preventivních programů, které nabízejí různé neziskové organizace, jako například Semiramis, z. ú. a Prev-centrum, z. ú. V případě, že se onemocnění u studenta projeví, třídní učitel by měl kontaktovat zákonné zástupce studenta a tento problém s nimi řešit za pomoci školního metodika prevence, školního psychologa, popřípadě jiného mimoškolního odborníka.

V dnešní době většina lidí používá sociální sítě, a proto hrají významnou roli i v prevenci poruch příjmu potravy. Prostřednictvím sociálních sítí je možné propagovat

skutečné příběhy lidí, které mají zkušenost s poruchami příjmu potravy. Tyto příběhy mohou potenciální pacienty odradit nebo naopak některým pacientům z tohoto onemocnění pomoci. Také na sociálních sítích jsou různé nabídky pomoci nemocným od neziskových organizací, například od kontaktního centra Anabell.

Závěr

Bakalářská práce s názvem *Příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u žen* se zaměřovala na multikauzální etiologii a důsledky poruch jídelního chování u žen. Cílem bakalářské práce bylo charakterizovat problematiku poruch příjmu potravy a zjistit, jaké byly příčiny vzniku a dopady poruch příjmu potravy u oslovených žen a následně daná zjištění komparovat.

Teoretická část bakalářské práce nejprve shrnovala období dospívání u žen, které je významné pro vznik poruch příjmu potravy. Charakterizovala terminologii a typy poruch příjmu potravy. Práce byla věnována především základním typům onemocnění, konkrétně mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovitému přejídání. Uvedla další typy poruch spojených s jídelním chováním – ortorexii, bigorexii a drunkorexii. Teoretická část věnovala pozornost zejména příčinám vzniku poruch příjmu potravy. Popisovala biologické, psychologické, sociální a kulturní faktory vedoucí ke vzniku onemocnění. Dále uvedla dopady poruch příjmu potravy, konkrétně dopady na fyzické zdraví, na psychické zdraví a na sociální život.

Po teoretické části bakalářské práce následovala empirická část práce, jejímž cílem bylo zjistit, jaké příčiny vedly oslovené ženy ke vzniku poruch příjmu potravy, jaké dopady způsobila nemoc těmto ženám a následně daná zjištění komparovat. Bylo realizováno kvalitativní výzkumné šetření prostřednictvím výzkumné techniky strukturovaného rozhovoru. V kontextu cíle výzkumného šetření byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky a na ně navazující další tři vedlejší výzkumné otázky, které se týkaly příčin vzniku a dopadů poruch příjmu potravy u informantek. Na základě těchto výzkumných otázek byly stanoveny jednotlivé tazatelské otázky, které pomohly k jejich objasnění. Výzkumného šetření se zúčastnilo šest žen, které mají zkušenost s poruchami příjmu potravy.

Z výzkumného šetření bakalářské práce vyplývá, že poruchy příjmu potravy jsou multifaktoriální onemocnění, jak uvádí odborná literatura. Podíl na vznik poruch příjmu potravy mají, nejen biologické a psychologické příčiny, ale i sociální a kulturní příčiny. Z výzkumného šetření vyplývá, že mezi biologické faktory vedoucí k onemocnění patří genetika, ženské pohlaví a tělesný vzhled, mezi psychologické faktory osobnost a další psychické charakteristiky, emocionální faktory, působení různých vlivů, nevhodná či kritizující poznámka, životní události a mezi sociální a kulturní faktory vliv rodiny, vliv vrstevnických skupin a médií, body shaming, sociální izolace a sport. Z výzkumného

šetření bylo dále zjištěno, že dopady poruch příjmu potravy mají obrovské dopady na fyzické zdraví, psychické zdraví i sociální život. Důsledky na fyzickém zdraví byly zejména v oblasti endokrinních změn, hematologických a metabolických potíží, kožních problémů a gastrointestinálních potíží. Bylo poukázáno, že mezi nejčastější psychické dopady patří podrážděnost, panika, plačtivost, sebepoškozování, suicidální myšlenky a pokus. Dále vyplývá, že důsledkem na sociální život je dopad na okolí, na studium a na zaměstnání.

Poruchy příjmu potravy jsou vážné psychické onemocnění, které mohou mít obrovský dopad na život jedince a mohou mít i trvalé následky. Pokud se onemocnění u člověka objeví, je potřeba ho řešit, co nejdříve. Při léčbě onemocnění je důležité se zaměřit na všechny příčiny, které vedly k poruchám příjmu potravy, aby se zamezilo opakovanému výskytu nemoci. Těchto příčin může být opravdu hodně. Není jednoduché se z poruch příjmu potravy vyléčit, stojí to velké úsilí, mnoho propadů, ale i vzestupů. Často je to celoživotní proces a práce sám na sobě.

Seznam použitých zdrojů

Tištěné zdroje

BINAROVÁ, Ivana. Období dospívání – prepuberta a puberta. In: ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka et al. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, s. 115–124. ISBN 978-80-244-2433-0.

COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014, 183 s. ISBN 978-80-262-0706-1.

ERIKSON, Erik H. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002. 387 s. ISBN 80-7203-380-8.

FREEMAN, Christopher P. Zdravotní komplikace mentální anorexie a bulimie a jejich léčba. In: KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 93–102. ISBN 80-247-0840-X.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přeprac. a rozšiř. vyd. Praha: Portál, 2016, 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

CHARVÁT, Jiří a PÁLOVÁ, Sabina. Kardiovaskulární komplikace. In: PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010, s. 170–178. ISBN 978-80-247-2425-6.

KRCH, František D. Vymezení poruch příjmu potravy. In: KRCH, František D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 15–26. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František D. Základní vymezení poruch příjmu potravy. In: KRCH, František D. a ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Příručka pro zdravotníky, aneb, Různé tváře poruch příjmu potravy*. Brno: Anabell, 2013, s. 8–9. ISBN 978-80-905436-3-8.

KRCH, František D. Možná rizika a komplikace. In: KRCH, František D. a ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Příručka pro zdravotníky, aneb, Různé tváře poruch příjmu potravy*. Brno: Anabell, 2013, s. 34–35. ISBN 978-80-905436-3-8.

KRCH, František D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008, 195 s. ISBN 978-80-247-2130-9.

- KRCH, František D. Poruchy příjmu potravy. In: KOHOUT, Pavel a RUŠAVÝ, Zdeněk a ŠERCLOVÁ, Zuzana. *Vybrané kapitoly z klinické výživy I*. Praha: Forsapi, 2010, s. 161–168. ISBN 978-80-87250-08-2.
- LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MACEK, Petr. *Adolescence*. 2., upr. vyd. Praha: Portál, 2003, 141 s. ISBN 80-7178-747-7.
- MCGREGOR, Renee. *Ortorexie: posedlost zdravou stravou*. Překlad Dana Balatková. Praha: Dobrovský s.r.o., 2019, 197 s. ISBN 978-80-7390-968-0.
- MIDDLETON, Kate a SMITH, Jane. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron, 2013, 81 s. ISBN 978-80-7297-115-2.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4., aktual. vyd. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
- NOVOTNÝ, Aleš. Gastrointestinální komplikace při poruchách příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010, s. 229–234. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 76 s. ISBN 80-85121-32-8.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta, 2017, 97 s. ISBN 978-80-88163-46-6.

ŠTORK, Jiří. Kožní projevy mentální anorexie. In: PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010, s. 229–234. ISBN 978-80-247-2425-6.

ŠVARŤÍČEK, Roman. Kvalitativní přístup a jeho teoretická a metodologická východiska. In: ŠVARŤÍČEK, Roman a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 12–27. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021, 542 s. ISBN 978-80-246-4961-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

Elektronické zdroje

FRANKO, Debra L. and KEEL, Pamela K. Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates and clinical implications. *Academia* [online]. 2006, vol. 26, pp. 769–782 [cit. 2023-01-18]. Available from: https://www.academia.edu/14740898/Suicidality_in_eating_disorders_Occurrence_correlates_and_clinical_implications.

KLISZOVÁ, Viera. Poruchy příjmu potravy 3 – příčiny vzniku. In: *Psychologické poradenství* [online]. 2015 [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <https://psychologicke-poradenstvi.com/2015/06/23/poruchy-prijmu-potravy-3-priciny-vzniku/>.

KOCOURKOVÁ, Jana a KOUTEK, Jiří. Je teorie mentalizace inspirací pro psychoterapii poruch příjmu potravy? *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi* [online]. Praha: Československá akademie věd, 2011, **55** (2), s. 180-183 [cit. 2022-11-27]. ISSN 0009-062X. Dostupné z: <http://cspych.psu.cas.cz/result.php?id=705>.

KOCOURKOVÁ, Jana a KOUTEK, Jiří. Suicidální chování a sebepoškození u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Praha, 2014, **15** (2), s. 55–57 [cit. 2022-

11-27]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/02/02.pdf>.

KOHOUTEK, Rudolf. Body shaming. In: *Slovník cizích slov* [online]. 2022 [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/body-shaming-angl>.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Poruchy příjmu potravy: co to je?* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 2022-11-27]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/699-poruchy-prijmu-potravy-zakladni-informace>.

NATIONAL EATING DISORDERS. *Risk Factors* [online]. 2022 [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: https://www.nationaleatingdisorders.org/risk-factors?__cf_chl_tk=3BCrRSwFfuqRzPLJogxTp4Ox.xbduhQaw9y7CvAgXwY-1675000641-0-gaNycGzNCP0.

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava a KALEDOVÁ, Martina. Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie, nejzávažnější somatické a metabolické komplikace. Způsoby realimentace. Shrnutí 30leté praxe z metabolického pohledu internisty. *Česko-slovenská pediatrie* [online]. 2019, 74 (5), s. 290–300 [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2019-5-3/poruchy-prijmu-potravy-mentalni-anorexie-a-bulimie-nejzavaznejsi-somaticke-a-metabolicke-komplikace-zpusoby-realimentace-shrnuti-30lete-praxe-z-metabolickeho-pohledu-internisty-113575>.

NORTHWESTERN MEDICINE. *Causes and Risk Factors of Eating Disorders* [online]. 2022 [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <https://www.nm.org/conditions-and-care-areas/behavioral-health/eating-disorders/causes-and-risk-factors>.

PAPEŽOVÁ, Hana a HANUSOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese* [online]. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. 47 s. Učební texty. [cit. 2022-10-23]. ISBN 978-80-87258-98-9. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/poruchy-prijmu-potravy-prirucka-pro-pomahajici-profese>.

PAPEŽOVÁ, Hana. Poruchy příjmu potravy, transgenerační přenos a trauma. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2020, 116 (4), s. 197–204 [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1345>.

POLIVY, Janet a HERMAN, Peter. *Causes of Eating Disorders. Annual Review of Psychology* [online]. 2002, vol. 53, pp. 187–213 [cit. 2022-11-27]. Available from: http://www.gruberpeplab.com/teaching/psych3303_spring2019/documents/4.1_Polivy.Herman2002.pdf.

SEDLÁČEK, Mojmir. Body shaming: Týká se i vás? In: *Studenta* [online]. 2017 [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <https://www.studenta.cz/body-shaming-tyka-se-i-vas/r~st:article:3183/>.

SVIRKO, JELENA and HAWTON, Keith. Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior. Researchgate* [online]. 2008, vol. 37, no. 4, pp. 409–421 [cit. 2023-01-18]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/227922795_Self-Injurious_Behavior_and_Eating_Disorders_The_Extent_and_Nature_of_the_Association.

ŠVÉDOVÁ, Jarmila a MIČOVÁ, Lenka. *Poruchy příjmu potravy – Manuál pro pedagogy* [online]. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2010, s. 32 [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/manualpropedagogy.pdf.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. F50-F59 – Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté revizi* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2023 [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50-F59>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Feeding or eating disorders. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* [online]. Switzerland: World Health Organization, 2023 [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1412387537>.

Seznam tabulek

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 <i>Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie</i> | 21 |
| Tabulka 2 <i>Přehled transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek</i> ... | 41 |
| Tabulka 3 <i>Přehled informantek</i> | 44 |
| Tabulka 4 <i>Shrnutí biologických příčin u informantek</i> | 58 |
| Tabulka 5 <i>Shrnutí psychologických příčin u informantek</i> | 59 |
| Tabulka 6 <i>Shrnutí sociálních a kulturních příčin u informantek</i> | 60 |
| Tabulka 7 <i>Shrnutí nejčastějších dopadů na fyzické tělo u informantek</i> | 61 |
| Tabulka 8 <i>Shrnutí nejčastějších dopadů na psychické zdraví u informantek</i> | 62 |
| Tabulka 9 <i>Shrnutí dopadů na sociální život informantek</i> | 63 |

Příloha

Příloha A: Přepis sociodemografické charakteristiky I4

Osobní anamnéza:

- **Odkud jste?** „Z Mladé Boleslavi.“
- **Kolik Vám je let?** „Je mi 26 let.“
- **Studujete nebo pracujete?** „Pracuji jako účetní.“
- **S kým žijete?** „Žiji s mojí mamkou.“
- **Jakou máte výšku a váhu?** „Teď mám 178 centimetrů a přibližně 50 kilogramů.“
- **Jaké je Vaše jídelní chování?** „Normálně se stravuji, ale dbám na to, abych měla minimálně šest jídel denně.“

Obecně o PPP:

- **Jaké poruchy příjmu potravy jste měla?** „Měla jsem mentální anorexii.“
- **V kolika letech se u Vás poruchy příjmu potravy poprvé objevily?** „Ve dvanácti letech.“
- **Jak dlouho jste bojovala s poruchami příjmu potravy?** „Dvanáct let.“
- **Jaká byla Vaše nejnižší tělesná hmotnost?** „Nejméně jsem měla 30 kilogramů.“
- **Jaký byl Váš Body Mass index v průběhu nemoci?** „Okolo 9,5, takže opravdu jsem na tom byla v té době velmi špatně.“

Příloha B: Přepis rozhovoru s informantkou I4

TO 1: Objevily se poruchy příjmu potravy někdy ve Vaší rodině? Pokud ano, kdo se s nimi léčil a jak?

„Sestra z tátovy strany a moje sestra má také problémy s jídlem. Moje sestra byla hospitalizovaná před půl rokem u nás v Boleslavi v léčebně v Kosmonosech. Léčila se s mentální anorexií, ale dodnes si nechce připustit, že je to porucha příjmu potravy.“

TO 2: Cítila jste se vždy dobře jako žena v průběhu Vašeho života, například v pubertě s růstem těla, sekundárních pohlavních znaků či zakulacováním?

„Nikdy jsem neměla problém s tím, že jsem žena. Když jsem byla v pubertě a začala se ze mě stávat žena, tak jsem byla v takovém věku, že jsem si to ani nějak neuvědomovala. Nějak jsem to v tu dobu neřešila a jelikož jsem ani neměla čas na kluky a tak, tak to šlo okolo mě.“

TO 3: Byla jste vždy spokojená s Vaším tělesným vzhledem? Vadilo Vám někdy něco na Vašem těle?

„Samozřejmě jsem měla na sobě takové ty místa, který se mi nelíbily, ale není to asi nic, co by souviselo s postavou. Byly to spíše zuby, ale to že bych měla nějaké „špičky“ to vůbec, ba naopak já už jsem byla od malička štíhlá, že jsem měla problém přibrat, ale nějak mi to nikdy nedocházelo.“

TO 4: Jaké jsou Vaše typické povahové rysy?

„Jsem emočně nevyrovnaná, perfekcionista a všechno mám potřebu hrotit, maximalizovat a mít pod kontrolou. Když někdo řekne udělej 30 dřepů, tak já jich udělám 33, abych ukázala, že ne na 100 %, ale na 120 %.“

TO 5: Měla jste před propuknutím poruch příjmu potravy úzkostné či depresivní příznaky?

„Měla, jak jsem dělala krasobruslení, tak to je takový sport, který k tomu má takový sklony, že když jsem nebyla dobrá jako moje kamarádka z oddílu, tak jsem měla pocit, že jsem k ničemu a měla jsem často úzkosti.“

TO 6: Vnímala jste nějaké vlivy, které Vás zatěžovaly a mohly vést k poruchám příjmu potravy, jako jsou například vysoké nároky, zátěž, stres, frustrace, sociální deprivace?

„Určitě na krasobruslení, tam po mě vyžadovaly vysoké nároky a když byly kamarádky lepší než já, tak mě to frustrovalo.“

TO 7: Měl někdo ve Vašem okolí někdy nevhodnou či kritizující poznámku o tělesném vzhledu či o tělesné hmotnosti?

„Například když jsem lezla do krabičky pro jídlo a mamka mě plácla přes zadek a řekla, „Ty máš ale velký kadák“, protože se nemohla protlačit okolo mě. No a ve mně se to jako uchytilo a od té doby jsem začala hrozně cvičit, bláznit s jídlem a už to jelo.“

TO 8: Vyskytla se u Vás před vznikem poruch příjmu potravy traumatizující či jiná životní událost? Vyvolala tato událost rozvoj poruch příjmu potravy?

„Ve 12 letech jsem přišla tragicky o otce, takže to byla taková posttraumatická porucha, která se ještě upevnila tím, že ve své podstatě v těch 12 letech se žena začíná vyvíjet, začíná mít tvary a já jsem shodou okolností od malička dělala krasobruslení“

profesionálně, což mě udržovalo v té štíhlé kondici, pro všechny perfektní a já jsem se rozhodla ve 12 letech s tím skončit, což byla kombinace obojího.“

TO 9: Jaké vztahy probíhaly ve Vaší rodině?

„Také si myslím, že to je taková příčina, protože mamka s taťkou se pořád hádali a já měla potřebu dokázat, že jsem dobrá pro oba a že je chci dát dohromady a takový to, chci být perfektní pro oba dva. Myslela jsem si, že když to vzhledově „došperkuji“, tím že budu krásná, při tom jsem vždycky jako byla hezká, ne žádné káčátko, ale asi i tím.“

TO 10: Vyskytují se v rodině nebo v jiném prostředí patologické jevy, které Vás přivedly k poruchám příjmu potravy?

„Jen kouření, táta byl jako velký kuřák, ale určitě to není patologický jev, který by mě přivedl k onemocnění.“

TO 11: Myslíte si, že Vaše zkušenost s poruchami příjmu potravy souvisí s vrstevnickými skupinami v té době? Zkuste vysvětlit, proč ano, proč ne?

„Určitě, bylo to na střední, protože tam jsem nezapadla do kolektivu a říkala jsem si, že to je tím, že jsem jiný typ člověka, než jsou moje vrstevníci. Jsem holka od koní, takže nejsem takový ten typ holky, který se baví o nehtech, o makeupu, to mi je poměrně cizí. Tak jsem si říkala, tak abych aspoň hezky vypadala, tak musím se sebou asi něco dělat a taky to neprošlo no. Nebyly to nějaké diety, vždycky jsem chodila do školní jídelny, ale svačiny to jsem jako měla takové to jedno jablko.“

TO 12: Ovlivnila Vás média (časopis, internet) ke vzniku poruch příjmu potravy?

„Tohle přímo si myslím že ne.“

TO 13: Měl na Vás někdy někdo narážky na tělesný vzhled v sociálním kontaktu nebo online?

„Online ne, ale v sociálním prostředí ano. Moje mamka mi jednou řekla, že mám velký zadek. A také jsem byla ve dvou agenturách na modeling a vždy mi řekli, že bych měla trochu zhubnout, takže i to bylo takový, co mi nešlo do cesty, ale spíš mi to hodilo klacky pod nohy.“

TO 14: Pociťovala jste někdy tendenci spíše být uzavřená doma či k vyhýbání se kontaktu s osobami?

„Jsem introvert, ale i extrovert, protože když se cítím, že si s někým rozumím, tak to jsem spíše extrovert, ale jinak když jdu do cizího prostředí, tak to jsem úplně introvert, že se snažím být zadní myška, o které nikdo neví, ale není to nic, co by mě vedlo k mentální anorexii.“

TO 15: Měl na Vás sport či profese vliv na vznik poruch příjmu potravy?

„Určitě, dělala jsem krasobruslení. Tam se ve své podstatě hodnotí, jak fyzický výkon, tak i vzhled a tam to hraje roli. Holky se různě šperkují, dělají se krásnější, všechno možné se pro to dělá a jak jsem v tom vyrůstala, tak si myslím, že to mělo velký vliv.“

TO 16: Máte nějaká zdravotní rizika vyplývající z poruch příjmu potravy? Můžete je přiblížit?

„Dodnes se léčím s neplodností, to je takový určitě zásadní. Ztratila jsem menstruaci. Hodně se mi v té době zhoršily nehty, určitě změny krevního obrazu a také poruchy termoregulace. Stále mi byla zima. A ještě zhoršení pleti určitě.“

TO 17: Jak Vás porucha příjmu potravy ovlivnila po psychické stránce?

„Hodně jsem byla i tedy dodnes jsem plačtivá, například kvůli tomu, že mi upadl drobek od pusy, začala jsem brečet. Hrozně moc velký strach o všechny, ale přitom já jsem si připadala jako superman, kterému se nemůže nic stát. Hlavně i uzavření a ztráta takového chvilky hledat si partnera.“

TO 18: Objevila se u Vás suicidální myšlenka či tendence, sebepoškozování či nějaká závislost?

„To jsem nikdy nezažila. Samozřejmě ten den a noc, který byl před nástupem do léčebny, to jsem pobíhala po domě s nožem a vyhrožovala jsem, že se radši zabiju a že tam nepůjdu, ale nebylo to nic, co bych udělala. Já na tady to odvahy nemám, ač táta na to odvahy měl, tak já na to odvahy nemám a já si ve své podstatě ani nedokážu říznout, neumím si představit, že bych si musela měřit cukrovku.“

TO 19: Vnímáte, že zkušenost s poruchami příjmu potravy nějak působila i na Vaše okolí například na rodinu, partnera či partnerku, přátelé?

„Sestra mi v tom nejhorsím období zakázala kontakt s čerstvě narozenou neteří, protože si říkala, že se určitě bude bát, protože vypadám hrozně, což měla pravdu. Od té doby jsem ji neviděla a neteři jsou teď 4 roky. Samozřejmě rodina, máma říká, že rodina to vzala v pohodě, ale já mám v sobě podvědomí, že na mě všichni koukají skrze prsty.“

Například když máme oběd a já nejím koprovku a udělá se koprovka, tak všichni říkají: „Ježíš, ty už začínáš zase blbnout.“ Takže mám to takový ve škatulce v šuflíčku, ona je blázen. Dá se říct, že přátelé mě všichni opustili. Zůstali mi jen ti, které znám odmalička z krasobruslení, ale ti, které jsem získala na střední škole a z vysoké, tak ty vůbec. Ti mě úplně odstrčili a nezapadla jsem nikam.“

TO 20: Vnímáte, že zkušenost s poruchami příjmu potravy nějak působila na Váš studijní život či zaměstnání?

„Určitě, kvůli léčbě, jelikož jsem byla hospitalizovaná, tak jsem musela přerušit studium na vysoké škole, ale to jsem pak dokončila, takže to bylo v pořádku. Střední školu mi to neovlivnilo a takové to pamatování, že někdo říká, že má problém si něco zapamatovat, tak s tím já problém vůbec neměla. Jen v práci možná, že viděli že nevypadám a nepůsobí to dobře, když jsem dělala brigádu jako servírka v restauraci, tak hosté se po mě dívali. Nebo nosit těžké věci jsem nemohla, tak mě několikrát i vyhodili a tam už jsem pociťovala problémy.“