

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Bakalářská práce

Vliv sociálního prostředí na průběh poruch příjmu potravy



Dominika Pospíšilová

Vedoucí práce: Mgr. Eva Richterová, Ph.D.

Praha 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a všechny prameny použité v celé práci jsou řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného vysokoškolského studia nebo k získání jiného titulu.

V Praze dne 06.08. 2020

Podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Evě Richterové Ph.D., za cenné rady, připomínky, veškerý čas a ochotu, kterou mi po celou dobu věnovala. Poděkování také patří všem participantům, kteří se zúčastnili mého výzkumu a poskytli mi řadu cenných informací.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy a vlivem sociálního prostředí na průběh nemoci z pohledu žen, které se setkaly s některou z forem poruch příjmu potravy. Mezi jednotlivé typy poruch příjmu potravy je zařazena mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. V první části této práce je v jednotlivých kapitolách vysvětlena problematika poruch příjmu potravy a vliv sociálního prostředí na celý průběh onemocnění. Prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření jsem se pokusila získat informace o průběhu poruch příjmu potravy a vnímání role sociálního prostředí u žen, které si nemocí prošly nebo momentálně prochází. Důležitost věnuji především rodinnému, školnímu a pracovnímu prostředí, a také partnerskému a přátelskému vztahu jako vlivným faktorům.

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with eating disorders and the influence of the social environment on the course of the disease from the perspective of women who have encountered one of the forms of eating disorders. The individual types of eating disorders include anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating. In the first part of this work, the individual chapters explain the issue of eating disorders and the influence of the social environment on the entire course of the disease. Through a qualitative research survey, I tried to obtain information about their course of eating disorders and perception of the role of the social environment. I pay particular attention to the family, school and work environment, as well as the partnership and friendship as influential factors.

KLÍČOVÁ SLOVA

poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, sociální prostředí, vliv

KEYWORDS

eating disorders, anorexia, bulimia, binge eating, social environment, influence

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

PPP Poruchy příjmu potravy

MA Mentální anorexie

MB Mentální bulimie

ZP Záchvatovité přejídání

BMI Body Mass index

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	8
1. Poruchy příjmu potravy	8
1.1 Historie PPP	8
1.2 Vymezení poruch příjmu potravy	9
2. Vymezení mentální anorexie	9
3. Vymezení mentální bulimie.....	11
4. Vymezení záchvatovitého přejídání.....	13
5. Rizikové faktory ovlivňující vznik PPP.....	14
5.1 Biologické rizikové faktory	15
5.2 Psychosociální rizikové faktory	15
5.3 Sociální a kulturní rizikové faktory	17
6. Poruchy příjmu potravy a vliv rodinného prostředí.....	19
6.1 Charakterové rysy rodičů.....	21
6.2 Separace od rodiny.....	21
6.3 Životní styl rodiny	22
6.4 Vztah mezi sourozenci.....	22
6.5 Faktory udržující PPP	23
6.6 Prosperující chování rodinných příslušníků při léčbě PPP.....	23
6.7 Vztah rodinného prostředí a PPP	24
7. Poruchy příjmu potravy a vliv školního prostředí	26
7.1 Příznaky PPP ve škole a první kontakt pedagoga s onemocněním.....	26
7.2 Prevence PPP	27
8. Přátelé a partnerský vztah	28
9. Léčba poruch příjmu potravy.....	29
Praktická část	33
10. Výzkumný problém a výzkumné otázky	33
11. Výzkumná strategie	33
12. Realizovaná technika sběru dat.....	34
12.1 Průběh rozhovorů.....	36
13. Výběr vzorku a prostředí výzkumu	37
13.1 Popis výzkumného vzorku.....	38
14. Analýza a interpretace získaných dat.....	40

Diskuze	53
Závěr.....	56
Seznam použitých zdrojů a literatury	57

Úvod

V současné době patří poruchy příjmu potravy mezi závažné psychické onemocnění, které postihuje zejména mladé dívky a ženy. Onemocnění zasahuje do všech sfér života a může narušovat vztahy mezi rodinnými příslušníky nebo přáteli. Poruchy příjmu potravy jsou spojovány s nízkou sebeúctou a sníženým sebevědomím. Důležitým faktorem při vzniku tohoto onemocnění je také vliv okolí a výchovy. Příčiny poruch příjmu potravy se nedají s jasnou přesností určit. Onemocnění může mít kořeny v jakékoliv oblasti. Poruchy příjmu potravy vyžadují specifickou a dlouhodobou léčbu se zapojením odborníků i blízkého okolí (Galová, 2013).

Prostředí, ve kterém se člověk vyvíjí utváří jeho názory a rozvíjí jeho osobnost. Sociální prostředí člověka ovlivňuje v chování a také v celkovém smýšlení (Knotová, 2014). V práci se věnuji především propojení poruch příjmu potravy se sociálním prostředím.

Problematice poruch příjmu potravy je věnováno spoustu odborných publikací a výzkumů, přesto se stále hledají odpovědi na nové otázky. Osoby s poruchou příjmu potravy pátrají po informacích, a hlavně se snaží získat odpověď, jak se z nemoci vyléčit. Osobní zkušenost s onemocněním mě přivedla na myšlenku věnovat se v bakalářské práci právě tomuto tématu, kde bych mohla objevit alespoň několik zajímavých a užitečných informací.

Tématem bakalářské práce je vliv sociálního prostředí na průběh poruch příjmu potravy. Cílem kvalitativního výzkumného šetření je získání informací o ženách, které trpí nebo trpěly jednou z forem poruch příjmu potravy, jak tyto ženy vnímají roli svého sociálního prostředí při vzniku, udržování a léčbě nemoci. Získané informace porovnáám s fakty uvedenými v části teoretické, tedy s odbornými publikacemi.

První úsek teoretické části je věnován vymezení poruch příjmu potravy. Uvedu jednotlivé typy poruch příjmu potravy a detailněji je představím. V druhém úseku se budu věnovat rizikovým faktorům onemocnění. Rozdělení těchto faktorů bude zohledněno dle možného původu, na biologické, psychosociální a kulturní rizikové faktory. V třetí části se zaměřím na vliv rodinného prostředí, kde představím důležité informace o celém průběhu nemoci a pravděpodobném vlivu prostředí. Totožný zájem bude probíhat i v oblasti školního, pracovního prostředí a samozřejmě nesmím opomenout partnerské a přátelské vztahy. Poslední úsek teoretické části ponechám pro seznámení s léčbou poruch příjmu potravy.

Vynasnažím se v teoretické části zahrnout celý průběh tohoto závažného onemocnění, od vzniku až po léčbu.

V praktické části se zaměřím na výzkumné šetření, kde se pokusím prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů získat odpovědi pro stanovenou otázku.

Teoretická část

1. Poruchy příjmu potravy

Pro člověka, který trpí poruchou příjmu potravy, není jídlo jen součástí denního režimu, stává se z něj hlavní náplň. Někteří lidé, kteří mají poruchu příjmu potravy, dokážou sníst obrovské množství jídla, i přesto, že nepocítují hlad. Jídlo jim nemusí ani chutnat, konzumují ho jen proto, že mají pocit, že jíst musí. Tento typ poruch příjmu potravy se nazývá **záхватovité přejídání**. Jiní jídlo naopak omezují až do té míry, kdy mají nižší váhu, než je normální tělesná hmotnost. Tento druhý typ poruch příjmu potravy se nazývá **mentální anorexie**. Posledním typem poruch příjmu potravy, který bude v práci zmiňován, je **mentální bulimie**. Člověk, který trpí mentální bulimií, střídá záchvaty přejídání a následným očištěním. K očištění těla od nadměrného množství jídla využívá zvracení nebo různá projímadla. Všechny typy poruch příjmu potravy jsou od sebe rozpoznatelné, ale společné jsou neustálé myšlenky na jídlo, tělesnou hmotnost. Tento způsob umožňuje soustředění pouze na jídlo a nezaobírat se problémy běžného života (Maloney a Kranz, 1997).

1.1 Historie PPP

Poruchy příjmu potravy nepocházejí z doby současné. Již od dávného starověku můžeme pozorovat zmínky o různých formách hladovění a porušeného příjmu potravy. Můžeme sem zařadit zmínku od Hippokrata z 5. století před naším letopočtem, kde se prvně zmiňuje o formách poruch příjmu potravy a nazývá je slovem **asithia**. Ve 2. století před naším letopočtem použil Galén jako první termín **anorexie**. V některé době vyvolávalo dlouhodobé hladovění myšlenky o nadpřirozenou a magických jevech (Procházková a Ševčíková, 2017). Důkazem toho může být první zapsaná zmínka o dívce, která zemřela dobrovolně na vynechání jídla, pochází ze 14. století našeho letopočtu. Jednalo se o sv. Kateřinu ze Sienny. Tato dívka se starala o ženu s nádorem prsu, kde tkáň postupně odumírala a Kateřině byl odporný tento zápach. Pro vyrovnání se s tímto zápachem setřela z rány hnis a vypila ho. Následně se sv. Kateřině zjevil Kristus, který jí přesvědčil, že nemůže trávit potravu, proto se rozhodla pro zbytek svého života nejíst. Sv. Kateřina hladověla a dovolila si pouze chléb,

vodu a čerstvou zeleninu. Pokud toho přijala více, než měla v plánu, snědla kořínky, které ji vyvolaly zvracení (Papežová, 2010).

V mnoha publikacích se dočteme, že hladovění a odmítání jídla byla forma sebetrestajících a asketických praktik křesťanů. Postupem času se hladovění začalo považovat za znak duševní choroby, muselo se k tomu v průběhu historie dopracovat (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

1.2 Vymezení poruch příjmu potravy

Mezinárodní klasifikace nemocí¹ a Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace² se shodli na tom, že do vymezení poruch příjmu potravy³ zařadí mentální anorexii⁴ a mentální bulimii⁵. Jedná se o nejlépe vymezené diagnostické pojmy. (Krch, 2005)

PPP zasahují do všech oblastí a sfér lidského života. Narušují život profesní, partnerský i sexuální. Nemoc způsobuje potíže pacientkám, ale i jejich blízkému okolí, rodinám a přátelům. Mentální anorexie se objevuje nejčastěji v období, které je rozhodující pro další psychosociální vývoj, nejčastěji mezi 14-18 rokem. Nástup mentální bulimie se časuje o chvíli později. PPP jsou jedním z nejzávažnějších a nejčastějších onemocnění u dívek a žen pro svůj závažný a chronický průběh, kde následky nemoci sahají až do daleké budoucnosti. Každá dvacátá dívka na konci dospívání trpí jedním z typů PPP (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017). Poruchy příjmu potravy se objevují pouze zřídka před nástupem puberty, pokud ano, je nutné nejdříve vyloučit jiné tělesné onemocnění (Elliott a Place, 2002).

2. Vymezení mentální anorexie

V dnešní době se můžeme setkat s mnoha druhy definic MA, ale dle odborných publikací se mentální anorexie definuje jako poruchu, která je charakterizovaná především úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Svou roli zde hraje boj mezi chutí a hladem, kdy nemocné

¹ MKN-10

² DSM-IV

³ Dále i jako PPP

⁴ Dále i jako MA

⁵ Dále i jako MB

osoby nacházejí potěšení ve schopnosti kontrolovat se a pokoušet svou vůli. Jejich cílem je ovládnout sebe samu a zhubnout. Paradoxem je, že u některých dívek může být PPP doprovázena zvýšeným zájmem o jídlo. Rádi vaří pro ostatní členy rodiny, sbírají recepty apod. Pacienti nechtějí jíst proto, aby snížili hmotnost, nikoliv proto, že ztratili chuť k jídlu. Averze k jídlu je způsobena narušeným postojem k vlastnímu tělu a ideálním proporcím. Často je nechutenství a oslabení chuti k jídlu až sekundární důsledek dlouhodobého odpírání potravy. Tento jev se nemusí vyskytovat u všech nemocných (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017). Mentální anorexií trpí až desetkrát častěji dívky, než chlapci (Elliott a Place, 2002).

Mnoho výzkumů také došlo k závěru, že nemocným nejde pouze o tělesný vzhled a celkovou štíhlost, ale nemoc souvisí s dalšími problémy. Panuje u nich přesvědčení, že nemají žádnou sebekontrolu, proto si kontrolu snaží kompenzovat zaměřením se jen na jednu oblast, právě na jejich tělo (Maloney a Kranz, 1997).

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10:

A) „Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou nebo Queteletův index⁶ hmoty těla je 17,5 nebo méně.

B) Snížení váhy si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“ a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.

C) Specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, jako vtíravá, ovládací myšlenka, a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu.

D) Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-pituitární-gonádovou osu, která se projevuje u ženy jako amenorrhoea a u muže jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.“
(Novák 2010, s.9)

Krch (2005) rozděluje MA na dva specifické typy. Prvním typem MA je **nebulimický (restriktivní) typ**. U tohoto typu MA nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

⁶ QUETELETŮV INDEX, též jako Body Mass Index (dále jen BMI). BMI se vypočítá podle vzorce BMI = váha [kg] / výška² [m]

Druhým typem MA je **nebulimický (purgativní) typ**, u kterého dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Při stanovení přesné diagnózy by měl lékař brát v potaz další onemocnění, u kterého je snižování hmotnosti výrazným prvkem, např. u nádorových onemocnění nebo depresivních poruch. Často je úbytek váhy popisován i u některých toxikomanů (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Nemocným se většinou dlouhou dobu daří tajit příznaky poruchy, i přesto, že se jedná o velmi závažné onemocnění. Bojí se, že pokud si okolí všimne problému, mohli by se snažit jim v hladovění zabránit a nutili by je do jídla. Zdravotní následky mentální anorexie mohou vést až k smrti postiženého. Mezi závažné důsledky mentální anorexie se řadí dehydratace, poruchy koncentrace, poruchy spánku, deprese, infekce, nízký tlak, selhání srdce a ledvin. Pokud se u anorektičky začne s léčbou včas, je vysoká pravděpodobnost úplného vyléčení, bez větších zdravotních následků (Maloney a Kranz, 1997). Bohužel jsou i případy pacientů, které se nepodaří vyléčit, asi 5 % mladých lidí na mentální anorexii zemře (Elliott a Place, 2002).

3. Vymezení mentální bulimie

Mentální bulimii můžeme charakterizovat jako opakující se záchvaty přejídání s přísnou kontrolou tělesné hmotnosti. Již Galén ve 2. století našeho letopočtu se zmiňoval o bulimii. Stanovil její rysy a pojmenoval ji **bulimis**⁷. Konkrétní příznaky byly poprvé popsány až psychiatrem Gerardem Russellem roku 1979, on také navrhl termín **bulimia nervosa**. Tento termín použil v publikaci k popisu příznaků třiceti pacientů, které doplnil klinickým popisem této specifické skupiny. Od této doby můžeme datovat výzkum ohledně této nemoci (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Bulimičky se snaží působit jako úspěšné a dokonalé ženy. Po úporném hladovění přichází etapa, kdy žena zkonsumuje mnoho jídla. Následují výčitky, protože podlehly touze jíst. Mají pocit, že pokud si tělo očistí zvracením, udrží si štíhlou postavu. Na jejich postavě a chování nejsou často patrné známky onemocnění. Většina žen s mentální bulimií má

⁷ Bulimis vychází ze slov bous a limos, v překladu býčí hlad. Vystihuje tím nemocného člověka, co by hladem byl schopný sníst celého býka.

průměrnou tělesnou hmotnost, přesto mají chorobný strach z tloušťky (Maloney a Kranz, 1997).

Pro vymezení skupiny MB Krch navrhl tři základní kritéria:

1) „silná a nepředvídatelná touha se přejídat;

2) snaha zabránit „tloustnutí“ vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ nebo obojím;

3) chorobný strach z tloušťky.“ (Krch, 2005, s.18)

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10:

A) „Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.

B) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků jako jsou anorektika, thyreoidní preparáty nebo diuretika.

C) Psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky a pacient si určí přesně vymezený váhový práh, nižší než premorbidní váha, která je podle názoru lékaře optimální nebo zdravá. Často, ale ne vždy, je v anamnéze dřívější epizoda mentální anorexie, přičemž interval se pohybuje od několika měsíců do několika let.“ (Novák, 2010, s. 11)

Totožně s MA můžeme dle Krcha rozdělit MB na dva specifické typy. Prvním typem MB je **purgativní**. U pacienta se pozoruje pravidelné využívání zvracení, zneužívání laxativ nebo diuretik, aby zabránil zvýšení hmotnosti. Druhým typem MB je **nepurgativní**, kdy pacient využívá přísné diety a hladovění bez pravidelných purgativních metod. (Krch, 2005)

Při určování přesné diagnózy u MB je nutné přistupovat stejně opatrně, jako v případě MA.

Následky mentální bulimie jsou velmi vážné, protože opakované zvracení vystavuje organismus zátěži. Mezi závažné zdravotní důsledky se řadí vředy na jícnu, kazivost zubů, záněty slinných žláz, poruchy srdeční činnosti, dehydratace, zadržování vody, zácpa a bolesti v břiše (Maloney a Kranz, 1997).

4. Vymezení záchvatovitého přejídání

Vedle výše jmenovaných typů PPP, jako mentální anorexie a mentální bulimie, se objevují i další, méně časté druhy poruch příjmu potravy. Jedním z nich je právě záchvatovité přejídání⁸, které se pokusím přiblížit.

Záchvatovité přejídání velmi narušuje duševní i tělesné zdraví. A z dlouhodobého hlediska se může proměnit i v jiné formy poruch příjmu potravy (Papežová a Hanusová, 2012).

Záchvatovité přejídání se může také nazývat psychogenní nebo emoční přejídání, protože emoce hrají velkou roli v tomto typu poruch příjmu potravy (Papežová et al., 2018).

Člověk trpící záchvatovitým přejídáním vyhledává určité souvislosti s jídlem, například zaplněný žaludek nebo zvýšení krevního cukru, který způsobí dočasný pocit spokojenosti (Maloney a Kranz, 1997). Postižený zkonsumuje mnohem větší množství jídla, než normální a zdravý člověk za stejný časový úsek (Papežová et al., 2018). Často si dávají i jídlo, které jim vůbec nechutná. Konzumace jídla není za účelem hladu, ale v souvislosti s ventilací nepříjemných pocitů prostřednictvím jídla, protože nemocná osoba pokračuje v jídle, i přes utišení hladu. Celý den se točí kolem jídla a všechny pocity (strach, úzkost, potěšení, pocit viny) vždy souvisejí s jídlem. Když přestanou jíst, u většiny přichází pocit viny, který je spojen s nevolností z konzumace velkého množství jídla. U některých nemocných se objevuje pocit méněcennosti až závisti vůči ostatním lidem, protože nepostrádají kontrolu nad jídlem (Maloney a Kranz, 1997).

Maloney a Kranz (1997, str. 41-42) také uvádí typické příznaky záchvatovitého přejídání:

- *„Tajně nakupuje a konzumuje jídlo*
- *je zahanbený, pokud je spatřen při jídle*
- *proklamuje dodržování přísné diety, přičemž zůstává stále značně obézní (což je obvyklá známka utajovaného jídla)*
- *konzumuje neobvykle velké množství jídla, například celé dorty, nebo více chodů najednou*
- *neustále jí, denně více než tři hlavní jídla a svačiny*
- *často jí i tehdy, když je úplně plný*
- *reaguje jídlem na špatné nebo dobré zprávy*

⁸ Dále i jako ZP

- *jí, když se nudí, když je nervózní frustrovaný, rozzlobený nebo osamělý*
- *celý den si plánuje úplně nebo hlavně podle jídla (případně si ho plánuje jako vyhýbání se jídlu)*
- *má přátele, se kterými ho spojují jenom společné aktivity související s jídlem*
- *má zvláštní rituály, které se týkají potravin a jídla*
- *bojí se zůstat sám s jídlem*
- *má silné pocity viny a/nebo zahanbení ve vztahu k potravinám a jídlu*
- *střídá období těžkého přejídání s obdobími přísné diety*
- *neustále se bojí, že bude tlustý.“*

Důsledky záchvatovitého přejídání mohou vést až k nadváze, obezitě, vysokému cholesterolu, problémům se žlučníkem, vysokému krevnímu tlaku, zvýšenému krevnímu cukru v krvi, únavě při fyzické aktivitě a zátěži pro klouby (Švédová, 2012).

5. Rizikové faktory ovlivňující vznik PPP

Poruchy příjmu potravy vznikají vlivem sociokulturních faktorů, těžkých životních situací, chronických obtíží, biologických a genetických faktorů (Krch, 2003).

Rozpoznat příčiny PPP je velmi složitý proces. Každý člověk je rozdílný, a proto se příčiny vzniku u každého jedince liší. Většinou se jedná o souhru více faktorů, které se vzájemně ovlivňují a doplňují, ale nelze určit největší příčina. V této kapitole bych ráda stručně nastínila faktory, které se podílejí na vzniku tohoto onemocnění.

Je důležité zmínit, že rizikový faktor není příčina nemoci, ale přítomnost rizikového faktoru zvyšuje pravděpodobnost vzniku onemocnění. Pokud se prokáže, že určitý faktor byl přítomen dlouhou dobu před onemocněním, je faktorem rizikovým. V případě, že se faktor objeví až v průběhu nemoci, jedná se o korelát⁹. Dále se v práci také zmíní tzv. udržující faktory, který se podílí společně s dalšími na udržení nemoci (Papežová, 2010).

⁹ Charakteristika nebo událost, u které se neví, zda byla příčinou nebo následkem (Papežová, 2010).

5.1 Biologické rizikové faktory

Významný a určující faktor je dle Krcha (2005) ženské pohlaví. Ženy a dívky se zajímají spíše o míru tělesného tuku a hmotnost, naopak muži a chlapi se zajímají především o svalovou hmotnost a její intenzivní růst. K největším změnám v rovině vnímání svého těla a možným poruchám příjmu potravy dochází v období puberty a adolescence.

Chlapci si pod fyzickým dospíváním představují maskulinní vývoj, který je tvořen růstem svalů a celé kostry těla. Ale dívky považují dospívání za opačný systém vývoje, srovnávají svůj ideál s všeobecnou představou krásy (Krch, 2005).

Procházková a Sladká-Ševčíková (2017) považují za nejvíce ohroženou poruchami příjmu potravy skupinu dívek, které v období dospívání vypadají mnohem vyspěleji než jejich okolí. Tyto dívky jsou nespokojeny se svým vzhledem, hmotností a často se míří na souvislost s počátkem menstruace a rozvojem sekundárním pohlavních znaků. S předčasným fyzickým vývojem jsou spojeny pocity méněcennosti a další psychické obtíže.

V současné době je kladen důraz na štíhlost, eleganci, tělesnou krásu a hlavně přitažlivost. Důvodem je proměna životního stylu mnoha lidí. Štíhlost je obdivována a obézním lidem je ubírána důležitost. Připisuje se jim nedostatečná vůle a sebekontrola (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Výzkum mladých žen, které byly v období adolescence, dokazuje, že se u nich upírá velká pozornost na tělesný vzhled a atraktivitu. Kladou důraz na to, aby pro ostatní byly dostatečně fyzicky přitažlivé. Obvykle je toto úsilí zalíbit se až v nadměrné míře (Novák, 2010).

Dle Papežové (2010) je genetická predispozice u PPP stále projednávané téma a neznáme jasné výsledky. Ale Krch (1999) zmiňuje případy dvojčat ze své praxe, kde se genetická podmíněnost PPP vyskytuje.

5.2 Psychosociální rizikové faktory

Vznik poruch příjmu potravy bývá spojován s určitými osobnostními rysy a psychickými vlastnostmi. Tyto faktory jsou přítomny už před onemocněním a mohou být rizikové pro rozvoj PPP. Při onemocnění MA se jedná snahu o dosažení úspěchů. Ženy se ale často podceňují a mají vůči sobě velmi kritické hodnocení. Dívky s PPP se velmi dobře přizpůsobují a jsou poslušné, ale se dost vyhýbají svému okolí a mají pochybnosti o sobě samé (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

„U mentální bulimie lze popsat projevy např. impulzivitu, nezdrženlivosti, lability, sebekritičnosti a zranitelnosti“ (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017, str.15).

Složité životní události

Výzkumy mnoha autorů dokazují korelaci vzniku PPP s náročnou životní událostí. Mezi tyto situace se řadí postižení sourozence, emocionální a sexuální zneužívání, ztráta blízké osoby, nemoc nebo smrt v rodině. Pokud tyto situace po sobě zanechají určité trauma a posměch, mohou vést ke vzniku PPP (Novák, 2010).

Papežová (2010) poukazuje na možnou souvislost mezi sexuálním zneužíváním v dětství a vznikem PPP. Vliv se posiluje, pokud se jedná o rodinného příslušníka zneužívané. Pokud ženy, které jsou sexuálně zneužívány v dospělosti, zažily zneužívání i v dětském období, objevují se u nich potíže se stravováním obvykle ve větší míře. Sexuální zneužívání není přímým prediktorem pro vznik PPP, ale zapříčiňuje mnoho dalších závažných onemocnění, například deprese nebo úzkosti. Tyto psychické potíže mohou společně vést ke vzniku PPP.

Claude-Pierre (2001) také dokazuje traumatický zážitek jako prevalenci při vzniku PPP. Pokud se rodiče rozvedou nebo zemře jeden z rodičů, stane se z rodiny neúplná rodina. Dítě má pocit, že musí přebrat zodpovědnost, která byla ztracena, na sebe. Viní sebe také z rozvodu rodičů. Všechny tyto kroky mohou vést ke vzniku PPP.

Pocit sebekontroly a nízké sebeúcty

Ztráta sebevědomí a seberegulace vede k emocionální nestabilitě, která u některých dívek v adolescentním věku zapříčiní PPP. V nemoci naleznou ztracenou jistotu a kontrolu, protože na jídlo a postavu věnují veškerou svou pozornost. Emocionální rovina se u dívky dostává na přijatelnou rovinu, i přesto, že není nikdy spokojena se svou štíhlou postavou. Pokud si odepírá jídlo a daří se jí snižovat váhu, zažívá pocit nadřazenosti a hrdosti (Novák, 2010).

Nízká sebeúcta je jedním z hlavních faktorů ovlivňující chování v oblasti stravování, které je směrodatné pro rozvoj, udržování a léčbu PPP. Lidé s nízkou sebeúctou reagují ve většině situacích nepřiměřeně a kritiku si vztahují příliš na vlastní osobu. Jsou citlivější na informace a přisuzují jim velkou váhu. Dle průzkumů asi 33 % bělošek trpí poklesem sebeúcty v období adolescence. Pro tyto dívky je nejdůležitější jejich vizuální podoba a postava. Nejnovější

výzkumy prokazují, že poruchy příjmu potravy se vyskytují především u žen (Galmiche et al., 2019). Muži mají totiž vyšší sebeúctu než ženy. U některých mužů může snižovat sebeúctu vysoká nadváha, která ovlivňuje také jejich pocit jistoty (Novák, 2010).

Osobnostní rysy

Nedostatečná kontrola impulzů, nebo také impulzivita může mít souvislost s užíváním návykových látek, ale také se záchvatovitým přejídáním. Větší míra postižených záchvatovitým přejídáním pochází z řad žen, naopak muži jsou náchylnější k užívání návykových látek. U dívek, které trpí PPP se často vyskytuje vysoká míra perfekcionismu, a to i po úspěšné léčbě, dívky na sebe dál kladou vysoké nároky. Průzkumy dokazují, že u dívek, které jsou perfekcionistické, je více pravděpodobný vznik mentální anorexie nebo mentální bulimie. Větší riziko výskytu PPP se ukazuje i tam, kde perfekcionismus je spojen s kritickým hodnocením a sebevědomím, nízkou sebeúctou a nespokojeností s vlastním tělem (Papežová, 2010). V další své knize Papežová (2003) shrnuje povahové rysy, které výrazně přispívají ke vzniku poruch příjmu potravy. Jedná se o úzkostnost, perfekcionismus, puritánství, asketismus, zranitelnost, závislost, sebekritičnost, nestálost a impulzivitu.

5.3 Sociální a kulturní rizikové faktory

Společenské faktory jsou zodpovědné za zvyšující se počet případů PPP, kdežto biologické a psychologické faktory zvyšují závažnost průběhu nemoci (Švédová a Mičová, 2010).

Mnoho autorů si stojí za názorem, že příčinou rostoucího počtu případů PPP je rychle se měnící kultura, která vyzdvihuje štíhlost a jednostrannou sebekontrolu. Tlak z médií ženy přesvědčuje, že krása a spokojenost se odvíjí od celkové vyhublosti (Krch, 2003).

Média jsou přehlčena obrazem štíhlosti a rozšiřují názor, že obezita je nepřijatelná. Objevuje se plno reklam, které podvědomě tlačí sledovatelky do diet a různých forem cvičení. Zájem o štíhlost a fyzickou atraktivitu se stává normou společnosti, i přesto, že se tyto normy vylučují s biologickou stavbou a přirozeností lidského těla (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017). Také výzkum Hunter et al. (2020) potvrdil, že cílem mladých dívek a žen při snižování hmotnosti je dosažení ideální hmotnosti, přesněji kulturně utvořenému „ideálu krásy.“ I přesto, že se do popředí dostává nový trend „ideálu krásy“, tedy postava s oblejšími tvary, stále se ženy upínají především na štíhlý ideál krásy.

Život v současné společnosti ženy neuspokojuje, a proto hledají východisko v poruchách příjmu potravy. Jsou často sexuálně zneužívány a jejich role žen je podceňována a nejasně definována. Tyto nejasné role v ženách vzbouzejí obavy a pocit nestability. Výrazným omezením příjmu potravy mohou dojít k získání jistoty a k ovládnutí svého těla. Za vším stojí touha po dokonalosti a štíhlosti (Hall a Cohn, 2003).

Média

Několik let jsou na média uvalována obvinění za zkreslování reality, kde jsou známé osobnosti zobrazovány v nepřírodném světle. Obrazy jsou nereálné a nepřiměřené skutečnosti. Realita, která je zobrazována v médiích, neodpovídá reálnému světu. V médiích se často objevuje kritika, odsuzování obezity a všeho, co je sní spojeno. V ženských časopisech se také objevují reklamy propagující diety, cvičení a kosmetickou chirurgii a ženy jsou vystaveny tlaku, jaký je správný ideál krásy. Mnohé výzkumy prokazují vliv médií na chování a názory lidí. Média, která propagují převážně ideál krásy a kult štíhlosti mohou dopomoci k rozvoji symptomů poruch příjmu potravy. Také v knihách se může objevovat skrytá přitažlivost poruch příjmu potravy, například nešťastným zvolením kapitol (Očišťování, Nelítostná bojovnice) (Novák, 2010).

Pro-anorektické a pro-bulimické weby

Na internetu se objevují ženy, které hledají pomoc. Sdružují se také ženy, které se nechtějí léčit. Porucha příjmu potravy je součástí jejich životů a ony si nemyslí, že je nebezpečná a život ohrožující. Pro-anorektické a pro-bulimické weby vznikly pravděpodobně za jiným účelem, odborníci je vytvořili za účelem pomoci těm, kdo trpí PPP. Nemocné ženy ovšem tyto weby vyhledávají pro inspiraci a rady, jak lépe zhubnout. Portály se staly nebezpečnými především při rozvoji a udržování PPP. Na druhou stranu zde mnozí odborníci hledají klíčové myšlenky žen s poruchami, které běžně nevyslovily nahlas. Ženy a dívky zde sdílejí veškeré informace o výšce, váze, věku apod. Pokud zmíní negativní dopady poruchy, jsou často uklidňovány tím, že vše je na správné cestě a nic zásadního se neděje. V poslední době se začalo hovořit o zrušení těchto webů, avšak nenašlo se dostatek důkazů, že tyto portály skrývají nebezpečí (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Rizikové profese a sportovní odvětví

Do sociálních rizikových determinantů se řadí také profese, které jsou spojeny s fyzickým vzhledem, nebo vyžadují fyzickou atraktivitu a přitažlivost (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017). Dle Nováka (2010) existují sociální skupiny, která jsou spojeny s vyšší koncentrací výskytu poruch příjmu potravy. Jedná se o místa, kde je důležitý výkon a klade se velký důraz na kontrolu váhy. S těmito místy jsou často spojovány některé profese, například modelky a tanečnice. Výzkum u profesionálních tanečnic baletu dokazuje vyšší míru výskytu poruch příjmu potravy. Z výsledků šetření také vyšlo najevo, že PPP nejčastěji zasahují vyšší střední třídu bílé rasy. Ženy bílé pleti se více zajímají o trendy v hubnutí a cvičení, tudíž mají vyšší pravděpodobnost vzniku PPP (Hamilton et al., 1985).

Do těchto profesí se řadí i sporty, například vzpírání, atletika, gymnastika, plavání, volejbal, balet a krasobruslení. Mezi jednotlivými sportovci je okolím vyvíjen tlak, který nutí sportovce udržovat ideální váhu a výkon. Autor také uvádí výzkum, kde se dokazuje, že až 62 % žen ve sportech, kde se klade velký důraz na postavu (gymnastika, krasobruslení), trpí poruchami příjmu potravy (Novák, 2010).

Výše zmíněné myšlenky potvrzuje i Sanda a Borgen (2013), právě během posledních let se odborníci věnují otázce PPP v souvislosti se sportem. Vysoké procento výskytu PPP je právě u adolescentů a dospělých, kteří se intenzivně věnují sportovní aktivitě. Jedná se o sporty, kde je pozornost věnovaná hmotnosti. Trenéři by měli být dostatečně informováni o problematice PPP, včasné identifikaci a léčbě.

6. Poruchy příjmu potravy a vliv rodinného prostředí

Rodina je součástí společnosti, formuje člověka a utváří jeho hodnoty, životní postoje a názory. Uvnitř skupiny dochází k uspokojení potřeb jedince, ale také se zde rodina snaží vést své dítě cestou, která odpovídá rodinnému modelu hodnot. Vytváří se zde postoj k dalším skupinám sociálního prostředí, kdy na sebe jednotlivé skupiny vzájemně působí (Matoušek, 1993).

Průzkumy dokazují, že v rodinách, kde se u rodičů vyskytl jeden z typů PPP, je vysoké riziko vzniku a následného udržování nemoci u dětí. Konkrétněji longitudinální studie zaměřená

na matky a jejich potomky. Výsledky této studie ukazují, že u dětí, jejichž matka trpí PPP, je vyšší pravděpodobnost výskytu jedné z poruch příjmu potravy v adolescentním věku. Mimo jiné je dvojnásobně vyšší pravděpodobnost pro výskyt emočních poruch, zejména poruch úzkostných mezi 7. až 13. rokem života dítěte (Micali at al., 2014).

Jedinci sdílejí s rodinnými příslušníky stejné domácí prostředí, proto na ně působí také rodinné prostředí také obecně. Pokud je rodinné prostředí plné negativních emocí, konfliktních situací a hádek, je zřejmé, že na jedince to nebude mít dobrý vliv v jeho uzdravování. Pokud se v rodině objevuje i často zesměšňování, může to být i jednou z příčin vzniku PPP. Také deprese mohou být příčinou neustupující nemoci, nebo také odmítání se zapojit do léčby (Krch, 2005). Postoj rodinných příslušníků k jídlu a vzhledu zmiňuje i Marádová (2007). Rodina utváří u dětí jídelní návyky, které si odnáší do dospělosti. Pokud ostatní rodinní příslušníci neustále komentují jídlo, vyhledávají nejnovější diety a uznávají vizuální krásu pouze s kombinací štíhlosti, je možné, že kořeny poruch příjmu potravy se zde vytváří.

Dle Papežové (2003) je mentální bulimie zakořeněna v dětském věku, kde se často vyskytují rodiče alkoholici. Děti se snaží získat zpět jejich lásku a pozornost, přejí si odvrátit rodiče od alkoholu. Toto tvrzení ale vyvrací výzkum Vilches et al. (2002), kde autoři uvádí jen malé procento souvislosti alkoholismu u rodičů se vznikem MB u jejich potomků. Z jejich zjištění spíše vyplývalo, že adolescenti, kteří byli vychováni v traumatizujícím prostředí, velmi brzy odcházeli z domova, od svých rodičů.

Potřebu vyjádření emocí ze strany rodičů potvrzují i Hall a Cohn (2003). Uvádí, že nedostatek lásky a péče si děti snaží nahrazovat jídlom, které buď odmítají nebo se přejídají. Kontrola nad přijímaným jídlom odráží zvládnání složitých emočních stavů, které bývají často potlačovány. Nevyjádřené emoce bývají pro děti velmi nebezpečné, protože už od útlého věku se s nimi děti učí pracovat. Následkem těchto potlačovaných emocí mohou být v pozdějším věku poruchy příjmu potravy.

Naopak pokud se mezi rodiči, či sourozenci vyskytuje nadměrně silná vůle, může zhoršovat průběh léčby nebo může být jednou z příčin vzniku onemocnění.

6.1 Charakterové rysy rodičů

Průzkumy, které se zaměřují na rodiny s PPP, zjistily podobné charakterové rysy obou rodičů. Matky dívek s PPP jsou často ochranné, obtěžující, dominantní. Vypozorovala se i nadměrná závislost dívek na matkách. Matky dívek s PPP drží různé diety až dvakrát častěji, než je normální průměr. Otec dle průzkumu bývá popisován jako chladný, dominantní, vzteklý, vznětlivý nebo dokonce agresivní. Nemocné dívky se shodují na tom, že otec je nechválí, nemohou se mu příliš zavděčit, žijí s pocitem, že pro otce nic neznamenají. To potvrzují i výsledky studie Dancyger (2005), kde byli otcové popisováni dcerami jako studené a vzdálené osoby. Naopak se také objevují popisy otců jako velmi atraktivních a skvělých. Často měly pocit, že se otci právě nemohou vyrovnat (Trapková, Chvála, 2009).

Minuchin (2013) potvrzuje ze svých výzkumů, že matky dětí s PPP jsou přehnaně ochranné, vtíravé a velmi dominantní. Děti reagují touhou po nezávislosti a větší míře autonomie. Další důležitým a nebezpečným faktorem v rodinném systému jsou nikdy neřešené spory rodičů, které jsou zakořeněny hluboko, ale přesto mají silný potenciál vyvolat větší problém v rodině. Dítě s PPP se poté může snažit konflikt rodičů vztáhnout na sebe a své zdraví.

6.2 Separace od rodiny

Jednou z možných příčin vzniku PPP je také zážitek separace neboli odloučení od původní rodiny. Přejít do dospělého života může být pro někoho dost stresující událostí a náročnou vývojovou fází. Mladý člověk si musí v sobě vyřešit konflikt, zda si přeje být rodinou dále opatrován, nebo se chce osamostatnit. Dle výzkumu právě tato separace může zapříčinit mentální anorexii, která zároveň dívku chrání před těžkými životními událostmi dospělého života. Riziko pro vznik PPP se může zvětšit, pokud odchod od rodiny bude příliš časný, nebo bude z velmi problematické rodiny (Papežová, 2010). Elliott a Place (2002) také potvrzují, že jednou z možných příčin poruch příjmu potravy je strach z dospívání. Tato příčina se objevuje u dívek, u kterých se nemoc projevila před 14. rokem života, poté se jedná spíše o touhu po štíhlosti.

6.3 Životní styl rodiny

V rodinách se také objevuje nadměrný zájem o vzhled, fitness, zdravý životní styl. To může být jedním z důvodů vzniku PPP, ale také nelehká cesta dívky za uzdravením. Dívky v těchto rodinách bývají často vystavovány vysokým nárokům ohledně vzhledu, postavy a stravování. Matky často drží různé druhy diet a dcery se je snaží napodobit. Pokud dívka bojuje s PPP, často si matka neuvědomí, že již na prvním místě není štíhlá postava a neustálé diety. Takové matky často stále kontrolují množství jídla, které dívky konzumují. Nátlak matky na dívku v otázce hubnutí, stravování byl identifikován jako jeden z hlavních ukazovatelů a podporovatelů tělesné nespokojenosti dospívajících dívek a chlapců s PPP. Právě tato tělesná nespokojenost vede ke vzniku onemocnění PPP a následného udržení (Novák, 2010). Mladé dívky, které mají zkušenost s PPP uvádí rodinné prostředí jako stresující, kde je pozornost věnována trendům v oblasti hubnutí a cvičení. Rodiče kladou velký důraz na vzhled a úspěšnost svých dětí odvozují od atraktivity. Tyto výsledky přinesl výzkum Haworth-Hoeppner (2000).

6.4 Vztah mezi sourozenci

V sourozeneckém vztahu se děti učí mnoha schopnostem, učí se spolu vycházet, ale i mezi sebou soutěžit. Pozice, do kterých se sourozenci často dostávají, mohou být důležité pro jejich další vývoj (Minuchin, 2013).

Cassuto a Guillou (2008) zmiňují, že hádky mezi sourozenci jsou běžné, nesmí ale překročit meze. Pokud se v hádkách vyskytnou urážky a nevhodné poznámky ohledně postavy, měl by rodič zpozornět a situaci usměrnit. Pokud mezi sourozenci tyto narážky při hádce běžně probíhají, je možné, že se jedinec začne zaměřovat více na své nedostatky, namísto jeho předností. Je proto velmi důležité děti vnímat i při hádce a nezavírat před nimi dveře, protože nevhodné poznámky při hádce mohou vést ke vzniku PPP.

Případ 18leté Silvie dokazuje, že jednou z příčin vzniku PPP může být vztah mezi sourozenci, zároveň ale při léčbě tento vztah může být podpurným faktorem. Dívka se svěřila, že se začala omezovat v jídle, aby se vyrovnala své sestře, která byla profesionální modelkou. Rodina v sestru vzhlížela a neustále jí srovnávali se Silvií. Tak dívka postupně porce ubírala, až vynechávala i celé porce. Takové snahy vyrovnat se sourozencům mohou vést ke vzniku poruch příjmu potravy. Děti se snaží opětovně získat pozornost svých rodičů,

prarodičů na svou stranu. Když se nemoc u Silvie zjistila, naopak jí sestra a rodina začala podporovat a pomáhat. Zde se ukazuje, že rodinní příslušníci mohou být jednou z příčin vzniku a následně hnacím motorem při léčbě nemoci (Trapková a Chvála, 2009).

6.5 Faktory udržující PPP

V rodině mohou být zakořeněny ovlivňující faktory pro vznik PPP, ale i pro rozvoj a udržení nemoci. Dle Nováka (2010) dívky trpící PPP jsou často chváleny za disciplínu, štihlou a vůli, díky které se jim podařilo snížit jejich hmotnost. Tímto chováním příbuzní spíše podceňují závažnost onemocnění a dívku v hubnutí spíše nevědomě podporují. Zmiňované chování příbuzných trvá obvykle do té doby, než je onemocnění viditelné i po fyzické stránce. Tento prvek je jeden ze silně udržujících faktorů u PPP. Další udržující prvek nemoci může být určitá nejistota v rodině, např. ekonomická nebo citová. Pokud není dostatek financí na jídlo pro všechny členy domácnosti, je nutné se uskromnit. Tzn. dívka, která trpí PPP si dává účelově ještě menší porce, aby rodina měla dostatek jídla. Dívka na sebe přebírá odpovědnost, která jí tíží a znesnadňuje léčbu nemoci. Ve výchovném přístupu rodin k nemocným není vhodný žádný extrém. Jeden přístup, který vyžaduje přílišnou sebekontrolu a přísnost nebo naopak úplnou volnost v bytí. Ani jeden z těchto zmíněných přístupů nepodporuje nemocnou v léčbě (Krch, 2003).

Častou reakcí rodičů na zjištění PPP u svého dítěte je vzájemné obviňování, které může vyústit v hádky. Tento postoj není vhodný, protože nemocné umožní, aby se vyhnula řešení problémů s PPP (Krch, 2003).

PPP ovládá celý chod domácnosti, často se vše podřizuje léčbě nemocné a rodina začne společensky zaostávat. Rodinní příslušníci jsou často velmi podráždění, protože veškerou energii se snaží věnovat nemocné (Papežová a Hanusová, 2012).

Novák (2010) také zmiňuje podněcování nemoci jako silně udržující faktor.

6.6 Prosperující chování rodinných příslušníků při léčbě PPP

Rodiče by se neměli zaměřovat pouze na problémy s jídlem, ale věnovat se také jiné činnosti, kterou zaměstnají svou dceru. Všimnout si i malých úspěchů, které dcera v bulimii svedla a snažit se být pozitivní. Je důležité nenechat své negativní emoce ovlivnit chování k dceři,

snažit se v ní vzbuzovat pocit důležitosti a důstojnosti. Uzdravování je dlouhý proces, je nutné mít dost trpělivosti. Rodina není příčinou vzniku nebo uzdravení PPP, má ale výraznou moc v pomoci v léčbě nemocného (Krch, 2003).

Role rodičů je velmi důležitá v procesu léčby adolescentů s PPP. Pokud se rodiče příliš nezajímají a nestarají o své děti, právě nepozornost může být spouštěčem nemoci. Rodič by se měl po zjištění nemoci informovat o povaze PPP a nabyté informace předat svému dítěti. Pozornost, láska a naslouchání, to jsou body, které mohou vést k úspěšnému konci léčby. Adolescenti s PPP potřebují vědět, že jim někdo rozumí a naslouchá jim (Claude-Pierre, 2001).

Na závěr této podkapitoly věta z knihy Minuchina (2013, s. 60) „*Rodičovství je nesmírně složitým procesem. Nikdo je nevykonává ke své naprosté spokojenosti a neprojde bez úhony.*“

6.7 Vztah rodinného prostředí a PPP

Rodiny, kde se vyskytuje porucha příjmu potravy, se dle výzkumu Sterna et al. (1989) hodnotí jako celek pozitivněji, bez ohledu na závažnost diagnózy PPP. Zkoumané osoby s PPP popisovaly u svých rodin velmi nízkou expresivitu, rodinní příslušníci měli často problém s vyjádřením pocitů nebo své emoce potlačovali. Děti s PPP hodnotily vztahy a fungování rodiny mnohem negativněji než jejich rodiče. Negativní hodnocení rodinného systému dívkami s PPP potvrzuje také Novák (2010). Zmiňují, že je rodiče nutí k jídlu a příliš kontrolují při každé jejich činnosti. Dívky s MB si stěžují na přílišnou dotěrnost matky a zásahy do soukromí. Výraznou všímavost, až dotěrnost zmiňovaly ve výzkumné šetření i mladé dívky s MA. Autor shledává souvislost mezi vztahem s matkou a nedostatečným rozvojem samostatnosti u dívky. Mladá dívka nedokáže oddělit potřebu samostatného vývoje a neustále kontroly ze strany matky. Rozvoj nezávislosti je důležitým prvkem při vývoji adolescenta. Jak řada studií prokazuje, rodiny, které dítěti nezávislost umožňují, nechávají prostor pro utváření jasné identity jedince, protože úkolem adolescenta je začít přijímat odpovědnost za své činy a jednání, proto hraje důležitou roli podpora individualizace ze strany rodičů (Latzer et al., 2002).

Mezi závažné faktory, které mohou přispívat ke vzniku PPP, se řadí také přílišná orientace na úspěch. Z výsledků výzkumného šetření Sterna et al. (1989) vyšlo, že dívky zmiňovaly orientaci rodičů na úspěch dětí častěji a důrazněji nežli jejich rodiče. Tento faktor uváděly dívky s MB častěji než dívky s MA. Mimo jiné se v hodnocení rodinného systému objevoval

i motiv nadměrné kontroly a organizace. Výsledkem této studie je zjištění, že PPP u dětí se objevují častěji v dysfunkčních rodinách, kde rodiče nemusí být nutně rozvedeni, přesto zde vztahy nefungují. Otázkou zůstává, zda nefungující rodina přispěla k rozvoji PPP nebo se stala dysfunkční až po výskytu PPP. Štecková (2007) ve své výzkumné studii o vztazích v rodině s dcerou, která trpí PPP, také došla k závěru, že všechny dotazované dívky s MA pocházely z dysfunkčních rodin, prostředí plné hádek a konfliktů. Mezi jednotlivými členy rodiny chyběla emoční vazba. Rodiny spolu často netrávily žádný čas a neměly společné zájmy, kterým by se věnovaly.

U studie, která sledovala souvislost rodinného prostředí s PPP u dětí, se došlo k několika zajímavým závěrům. Výzkumným souborem byly mladé dívky, které mají zkušenost s PPP. Dívky často negativně hodnotily kritiku od svých rodičů. Poznámky se týkaly především vzhledu, hmotnosti nebo celkové osobnosti dívky (Haworth-Hoeppner, 2000). Také Štecková (2007) uvádí ztrapňování, kritiku vzhledu a hmotnosti jako častou odpověď participantek ve své studii. Mladé dívky s PPP hodnotily vztahy s rodiči za emočně chladné, plné hádek, výčitek a konfliktů. S tímto závěrem souvisí i další zjištění předchozí studie. Mladé ženy charakterizovaly svůj vztah s rodiči jako nemilující, nepodporující a bez lásky, především byly zmiňovány vztahy s matkami (Haworth-Hoeppner, 2000). I přesto se u výzkumného šetření, které se zaměřovalo na podporu sociálního prostředí při léčbě PPP, došlo k závěru, že mladé dívky uváděly jako podporující činitel nejčastěji rodinu. Nicméně podpora ze strany rodinných příslušníků nebyla pro dívky dostačující, představy o pomoci a podpoře měly příliš idealizované (Tiller & Sloane, 1997). Tento výsledek potvrdila i o dva roky mladší studie, kde mladé ženy s PPP uváděly, že podpora ze strany rodiny a přátel byla pro ně nedostačující (Rorty Yager, 1999).

Důležitým aspektem úspěšné léčby PPP je zapojení rodinných příslušníků do procesu uzdravení. Schéma spolupráce nemocného s jeho rodinou není pro všechny rodiny jednotné, odborníci zde určují směr zapojení jednotlivých členů rodiny do léčby, protože v některých případech může mít začlenění rodiny i negativní dopad na léčbu. Proto je velmi přínosné, pokud se odborníci prvně věnují rodinné struktuře a následně určují vhodnou terapii se zapojením rodinných příslušníků (Le Grande, 2010).

Z výsledků svého výzkumného šetření vyvodila autorka závěr, že společný vliv kultury a rodinného prostředí vytváří podmínky pro rozvoj PPP (Haworth-Hoeppner, 2000).

7. Poruchy příjmu potravy a vliv školního prostředí

Ve škole se často vyskytuje šikana mezi spolužáky, kdy nevhodné poznámky ohledně vzhledu nebo postavy mohou zapříčinit změnu sebehodnocení. Pouze v kombinaci s dalšími faktory (např. úzkostná povaha) může situace vyústit až k poruchám příjmu potravy (Papežová a Hanusová, 2012). I studie Sweetingham & Waller (2008) a Copeland et al. (2015) potvrzují zvýšené procento pravděpodobnosti výskytu PPP u adolescentů, kteří si v dětství procházeli šikanou. U výzkumného vzorku studie se následky PPP ale nerozšiřovaly do mladé dospělosti.

V této části bych se ráda zaměřila na roli školního zařízení, kde je možné PPP částečně předejít nebo včas odhalit. Je velmi důležité, aby pedagogové byli instruováni, jak odhalit PPP u studenta. Školní prostředí může být pro studenta s PPP velmi stresující prostředí, kde musí setrvávat určitý čas, proto je potřeba s těmito jedinci hovořit velmi opatrně. Procházková a Ševčíková (2017) popisují ve své knize, jak se má správně zachovat školní zaměstnanec, pokud pozná příznak PPP u studenta či studentky. Případně, jak se chovat při léčebném procesu studenta a nejlepším způsobem pomoci. Nejvíce ohroženou skupinou poruchami příjmu potravy jsou dívky a mladé ženy ve věku 13-25 let. V tomto věku mladí hledají místo ve společnosti a často také svou vlastní identitu.

V poslední době jsou právě pedagogové a zaměstnavatelé, kdo si první všimne PPP. Pokud spolupracují s rodinami, nemusí se vždy setkat s přívětivým postojem. Partneři mají tendenci situaci zlehčovat a nebrat onemocnění jako psychickou poruchu. Rodina o poruše většinou tuší, ale snaží se rodinné problémy popírat (Papežová, 2003).

7.1 Příznaky PPP ve škole a první kontakt pedagoga s onemocněním

V případě, že jakýkoliv student onemocní PPP, je právě učitel ten, kdo se s nemocí poprvé může setkat. Při sportovních aktivitách může pedagog zaznamenat u studenta úbytek váhy a navíc, pokud se straní veškerým aktivitám, je třeba upozornit. Dalším upozorněním může být vrstvení oblečení i v teplejším období, snaží se tak zakrýt svou štíhlost. Dalším důležitým ukazatelem je také vynechávání a odmítání školních obědů, student si vezme pouze zdravé a málo výživné potraviny. Pokud žák trpí záchvatovitým přejídáním, může se objevit nadměrná konzumace jídla během krátké doby oběda (Papežová a Hanusová, 2012). Procházková a Sladká-Ševčíková (2017) zmiňuje také snahu o perfektní výkon ve všech

předmětech. Paradoxem ale je, že student se obvykle v prospěchu spíše zhorší a je velmi nesoustředěný a unavený. Pokud u pedagoga vznikne podezření, je nutné si s dotyčným v klidu promluvit v nerušeném prostředí. Učitel by se měl snažit pochopit pocity nemocného, jeho strachy a zlosti, a nesoudit ho. Je obvyklé, že nemocní odmítají pomoc druhého, poruchu tají a nechtějí se svěřovat do té doby, pokud už nemoc negativně zasahuje do všech sfér jejich života (Papežová a Hanusová, 2012).

7.2 Prevence PPP

„Škola se po rodině stává nejdůležitějším socializačním činitelem, do něhož se promítají pozitivní i negativní působení, a je hlavním místem realizace primární prevence“ (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017, str. 46).

V prevenci PPP je spolupráce rodiny a školy důležitá, protože škola nemůže zcela nahradit rodinný model výchovy. Škola může mít v primární prevenci velký vliv, protože její cílovou skupinou jsou adolescenti, kteří jsou nejohroženější skupinou pro vznik PPP. Studenti tráví ve škole většinu svého času a vstřebávají každý den mnoho informací, proto by pedagogové měli mít přehled v otázce PPP a předávat informace svým žákům. V některých rodinách je informovanost o zdravém stravování a zdravém sebevědomí podceňena, proto je zde důležité, aby právě škola úlohu rodiny zastoupila, případně napravila. Studenti by měli být připraveni na to, že během dospívání se bude měnit jejich fyzický vzhled, dívkám se zvětší boky a prsa a chlapci může narůst hmotnost. Důležitým krokem pedagoga je, aby u studentů nezbuzoval strach z nabývání hmotnosti nebo z určitých druhů potravin. Neměl by často zmiňovat kalorické hodnoty jednotlivých potravin nebo kategorizovat potraviny na zdravé a nezdravé. Vhodným bodem ve výuce je porovnávání fotografií s retuší a bez retuše. Pedagog na nich může demonstrovat, že reálný svět nevypadá, jako ten na fotografiích v časopisech a na internetu. Zvládání stresu, reakce na konflikty, budování sebevědomí, to jsou body, které by pedagog ve své výuce neměl opomíjet. Bohužel jsou ale schopnosti školních psychologů, pedagogů často přehlíženy a málo využívány v prevenci poruch příjmu potravy (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Prevence poruch příjmu potravy nemusí dojít do cíle se záměrem, který si kladla. Často se v této problematice pohybují i lidé, kteří sami trpí PPP. Pokud osoba s viditelnou podváhou přednáší ve škole, může naopak vzbuzovat ve studentech vzor ke zvýšení touhy být štíhlý.

Zde panuje pravidlo nápodoby, děti a adolescenti jsou ovlivňováni převážně obrazem (Papežová a Hanusová, 2012).

8. Přátelé a partnerský vztah

Vyhrát boj s poruchou příjmu potravy je běh na dlouho trať, ale není marný. Pro nemocného je důležitá podpora a láska. Je důležité, aby přítel nebo přítelkyně vytrvala a snažila se být oporou po celou dobu léčby. Přátelé, rodina nebo partner nedokážou nemocného vyléčit, ale mohou ho v tom výrazně podpořit (Papežová, 2003).

V případě studie, která sledovala míru podpory sociálního prostředí z pohledu mladých žen s PPP, dívky uváděly, že od partnera a přátel příliš podpory nezískávaly. Nemoc ovlivnila jejich společenské chování a přátele často nevyhledávaly. Mladé ženy, které měly stabilní a dlouhodobý vztah, podporu od partnerů přijímaly, avšak ne v takové míře, jak si představovaly (Tiller & Sloane, 1997).

Ze strachu z jídla se nemocní straní ostatním lidem, hlavně přátelům a vzrůstá u nich egocentrismus. Ale pro osobu, která trpí PPP je důležité, aby měla přátele, kteří se k ní budou chovat normálně a příliš neupozorňovat na problém s jídlem. Nemocná ale o pomoc častokrát ani nepožádá (Krch, 2003).

Pro oba partnery je porucha příjmu potravy zátěžovou zkouškou celého vztahu. V mnoha případech se vztah rozpadne, ale existují faktory, které vztah mohou udržet i během složité životní situace. Partneři by se měli soustředit na to, co jim přináší pocit štěstí a radosti. Každý z partnerů by měl mít v denním programu i čas jen pro sebe, kdy se zaměří na to, co baví pouze jeho samotného. Pravděpodobně se porucha příjmu potravy dotkne i sexuální stránky života, ale po ukončení léčby PPP je možné navštívit partnerské terapie, které se zaměřují na vícero problémů ve vztahu (Papežová, 2003). Sexuální fungování u žen s PPP zkoumal i kolektiv autorů, kde výsledkem jejich studie bylo snížené libido a sexuální touhy v souvislosti s PPP. Nepřítomnost pohlavního styku s partnerem byla vázána na nízké BMI a emocionální problémy (Pinheiro et al., 2010).

9. Léčba poruch příjmu potravy

Velmi podstatným krokem před zahájením samotné léčby je uvědomění si nemoci. Pokud si pacient nepřizná, že trpí poruchou příjmu potravy, léčba může být v mnoha případech bezvýznamná (Maloney a Kranz, 1997). V dnešní době existuje mnoho přístupů k léčbě poruch příjmu potravy, ale nelze s jistotou určit, který terapeutický přístup je nejlepší pro jakýkoliv typ poruch příjmu potravy (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Většinou ale nemocní nebo jejich rodinní příslušníci nevyhledají prvně odborníky, kteří se zaměřují na léčbu poruch příjmu potravy. Jedni z prvních, kdo si problému mohou všimnout a upozornit na něj, jsou právě praktiční lékaři, dětské lékaři nebo gynekologové. Tito odborníci při jediné známce znepokojení mohou doporučit pacientku ke specializovanější péči a další léčbu vždy konzultují se svými kolegy, odborníky přes poruchy příjmu potravy (Papežová, 2010).

Při léčbě by se odborníci měli zaměřit na několik cílů. Prvním z nich je léčba tělesných obtíží, která souvisí s rychlým a velkým váhovým úbytkem vlivem užívání projímavých látek, častého zvracení a dlouhodobého hladovění. Dalším cílem je vysledování možných příčin nemoci, aby mohl lékař nebo terapeut určit vhodný postup pro léčbu pacientky. Posledním a velmi důležitým cílem léčby je zaměřit psychoterapie na změnu životního stylu pacientky, samozřejmě také změnu stravovacích návyků (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

V případě, že se léčba považuje za úspěšně dokončenou, dívka by neměla vykazovat žádné známky poruch příjmu potravy. Na konci léčby by se měly zcela změnit dívčiny jídelní návyky, pohled na život, vnímání vlastního „já“ a svého těla, a především by se měly zlepšit vztahy s rodinnými příslušníky a přáteli (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Denní stacionář

Tato forma léčby je účinná při mírnějších projevech poruch příjmu potravy. Pro úspěšnou léčbu denního stacionáře je důležitá vysoká motivace pacientů a BMI vyšší než 16. Nemocní se přes den věnují skupinovým terapiím a sezením s psychology, ale na noc odejdou do svých domovů. (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Ambulantní péče

Tato forma léčby je úzce spjata s denním stacionářem. Nemocní navštěvují odborníky, například zubaře, gynekologa, gastroenterologa nebo psychiatra. Pravidelně se jim kontrolují hodnoty tělních tekutin a váží se jim hmotnost. Důležité je začlenění i nutriční terapie, aby se změnily stravovací návyky nemocné (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Svépomocné skupiny a manuály

Tyto skupiny slouží jako podpora a motivace pro nemocné a jejich blízké. Sdílejí se zde zkušenosti a postřehy, které mohou léčbu posunout k úspěšnému konci. Existují i svépomocné manuály, které slouží v okamžiku, kdy nemocný nebo jeho rodina si nepřeje přímý kontakt s lidmi (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017). Skupiny obvykle vedou odborní poradci nebo pacienti, kteří jsou již vyléčení. To umožňuje pacientům uvědomit si, že nejsou jediní, kdo trpí poruchou příjmu potravy (Maloney a Kranz, 1997).

Rodinná terapie

Často jsou nemocí ovlivněni i blízcí a sami potřebují pomoc. Rodinné terapie slouží k obnově vztahů, které narušila nemoc. V případě, že onemocní dospívající, je potřeba se věnovat rodině jako celku. Rodinní terapeuti se zaměřují na rodinnou strukturu a snaží se vypátrat možné vlivy a okolnosti, které negativně nemoc ovlivnily nebo stále ovlivňují. V dnešní době existují i vícerodinné terapie, kde si jednotlivé rodiny mohou srovnávat své vzorce chování s dalšími rodinami. Rodiny s různými příběhy sdílejí zkušenosti, které mohou pomoci v léčbě ostatním rodinám (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017). Rodinná terapie bývá velmi úspěšná u dívek, které nemoc postihla před 14. rokem života. Terapie se zaměřuje především na dospívání a vztahy, které by mohly nemoc ovlivňovat (Elliott a Place, 2002).

Psychofarmakoterapie

Na světě neexistuje žádný lék, který by poruchu příjmu potravy zcela vyléčil, ale podávají se medikace, které mohou tlumit příznaky nemoci (například při depresi nebo úzkostech) (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Nutriční terapie

Role nutričního terapeuta je velmi důležitá. Měl by v pacientovi vzbuzovat především důvěru a pocit bezpečí. Nutriční terapeut by se měl zajímat i o psychickou stránku pacienta, aby mu ukázal, že je pro něj důležitý. Samozřejmě by neměl vkládat do léčby své vlastní názory ohledně stravovacích návyků pacienta nebo jeho myšlenkových pochodů, měl by ho za každou cenu respektovat. Úspěšný nutriční specialista dává pacientovi naději a víru, že se brzy uzdraví (Herrin, Larkin, 2013).

Nutriční terapeut směřuje pacienta k nápravě stravovacích návyků, postupně s ním navyšuje denní kalorický příjem a počet porcí. Všichni pacienti během terapie si musí zaznamenávat denní režim, tzn. cvičení, stravování, zvýšení/snížení hmotnosti. Terapeut se snaží také pacienta instruovat o závažnosti poruch příjmu potravy a možných následků zvracení, hladovění nebo přejídání se (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017). Odborníci přes výživu mohou pacienta nechat vyšetřit na potravinové alergie, které by mohly vyvolávat průjem nebo zvracení. V krevních testech se prokáže i dostatek nebo nedostatek vitaminů v těle (Maloney a Kranz, 1997).

Pro úspěšný výsledek nutriční terapie je nutné léčbu doplnit o jakoukoliv formu psychoterapie. V průběhu se mohou objevit psychické potíže nebo bloky, které brání v posunu, proto je vhodná současná léčba psychoterapeuta, který se pokusí psychické obtíže odstranit (Herrin a Larkin, 2013).

Kognitivně behaviorální terapie

Při této terapii se pracuje především s pojetím vlastního „já“, zvládnáním stresu, budování sebedůvěry. Terapeut se snaží odhalit příčinu problému a následně společně s pacientem pracují na nápravě chování. Pacienti si pravidelně zapisují své pocity, postoje, názory ohledně vlastní těla a těmito poznámkami terapeut později pracuje. Jedná se o psychoterapeutickou metodu, která je v poslední době nejvíce zkoumána odborníky (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Hospitalizace

V případě rychlého a vysokého úbytku na váze, sebepoškozování, depresí, problémů ve vztazích v rodině je nutné pacienta hospitalizovat. Hospitalizace většinou probíhá na lůžkovém oddělení psychiatrické nemocnice, ale pokud je nutné pacienta uvést do stabilizovaného stavu, je odvezen na jednotku intenzivní péče (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017). Ve vážnějších případech mentální anorexie je třeba zavést umělou výživu,

aby se předešlo celkovému selhání organismu (Maloney a Kranz, 1997). Na léčbě pacienta spolupracuje několik odborníků po dobu nezbytně nutnou pro hospitalizaci (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017).

Internetové poradenství a telefonická krizová pomoc

Sociální poradenství skrze internet slouží především lidem s poruchami příjmu potravy, kteří mají obavy z přímého setkání, i přesto pomoc potřebují a vyhledávají. Sociální pracovník pacienta motivuje, povzbuzuje a případně ho může odkázat na další pomoc. Pacient má psané rady od odborníka neustále na očích a může se k nim v krizové chvíli vracet. Na podobném principu pracují i speciálně vyškolení pracovníci, kteří se snaží zodpovídat otázky ohledně poruch příjmu potravy prostřednictvím telefonů (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017). Veškeré hovory, které probíhají, jsou anonymizovány a pacienti nemusí sdělovat nic důvěrného (Maloney a Kranz, 1997).

Praktická část

10. Výzkumný problém a výzkumné otázky

Porucha příjmu potravy je závažné psychické onemocnění, které zasahuje do všech oblastí života nemocného. Určit příčiny tohoto onemocnění je složitým procesem, protože vzniká vlivem sociokulturních, biologických a genetický faktorů (Krch, 2003). V teoretické části jsem uvedla mnoho studií, které dokazovaly vzájemné působení PPP a sociálního prostředí. I přesto zůstává tato oblast otevřená novému bádání. Rozhodla jsem se tedy věnovat této oblasti v rámci své bakalářské práce.

Především jsem se zaměřila na zmapování sociálního prostředí žen, které se nachází v jakékoliv fázi PPP. Cílem výzkumného šetření bylo zjištění, jak se proměňuje role sociálního prostředí během celého průběhu onemocnění z pohledu žen, které mají s PPP zkušenost. Soustředila jsem se výhradně na pochopení, jak ženy vnímají vliv svého blízkého okolí.

Ve výzkumném šetření tedy směřuji k zodpovězení následující výzkumné otázky:

1. Jak ženy vnímají roli svého sociálního prostředí při vzniku, udržování a léčbě nemoci

11. Výzkumná strategie

Výzkum je postaven na zkoumání a analýze názorů jednotlivých žen, proto bylo vhodné si zvolit kvalitativní výzkumnou strategii. Kvalitativní metoda je osobnější než jiné metody, jak uvedla Zandlová (2015). Výhodou této výzkumné strategie byla možnost vcítění se do dotazovaných žen a pokládat otázky v reakci na jejich odpovědi.

Díky této strategii jsem mohla lépe pochopit význam odpovědí, které často získaly jiný význam, pokud k nim byly doplněny informace další otázkou. Měla jsem možnost otázky upravit na základě získaných odpovědí a zjistit další velmi zajímavé informace.

12. Realizovaná technika sběru dat

Jako techniku sběru dat jsem pro výzkum zvolila rozhovor, konkrétněji tedy polostrukturovaný rozhovor. Dle Zandlové (2009) uvedená metoda dovoluje držet se během rozhovoru předem připravených okruhů či otázek. Během každého rozhovoru jsem připravený okruh otázek využila, ale flexibilita polostrukturovaného rozhovoru mi umožnila reagovat na konkrétní situaci a případně se doptat na informace, které se během dotazování ukázaly jako důležité a přínosné pro výzkum. Polostrukturovaný rozhovor mi dal možnost se dotazovat participantů mnohem svobodněji. Participant má také velký prostor pro další vyjádření, nesvazuje ho pevně daná struktura, protože nezáleží na pořadí pokládaných otázek. Jako nevýhodu polostrukturovaného rozhovoru bych uvedla analýzu dat pro nestejnou strukturu odpovědí.

Polostrukturovaný rozhovor může odkrývat nová témata, které výzkumník během přípravy nepředpokládal a nové informace mohou výzkum obohatit (Vaňková, 2009/2010).

Na základě studia odborné literatury jsem vytvořila okruh otázek, kde se jednotlivé otázky mohou v reakci na konkrétní situaci proměňovat. Nastala i situace, kdy participantka neměla s typem otázky osobní zkušenost, proto bylo nutné otázku nebo okruh vynechat.

Níže uvádím orientační okruhy zkoumaných otázek:

Úvod

Seznámení s tématem výzkumu. Podepsání informovaného souhlasu.

Počátek nemoci a základní informace

Věk? Student nebo zaměstnanec? Bydlí dívka/žena s rodiči/partnerem nebo sama?

První vynechání jídla za účelem úbytku váhy nebo první záchvat přejedení. V jakém období to bylo a jaké vnitřní pocity může dívka popsat?

První impuls, kdy si uvědomila, že trpí PPP?

Jak probíhala nebo stále probíhá léčba? Jaký způsobem a jak dlouho?

Rodinné prostředí

Vztahy v rodině před onemocněním. Jaký měla vztah s otcem/matkou, či sourozenci?

Proběhl rozvod rodičů nebo neobvyklá situace v průběhu dětství a dospívání?

Zda zaznamenala v rodině poznámky ohledně její postavy ze strany rodinných příslušníků. Jaké? Měly tyto poznámky vliv na zamyšlení se nad stravováním?

Řešilo se stravování v rodinném prostředí ještě před onemocněním? Pravidelné hubnutí či naopak přejídání? Stručně popsat stravovací návyky rodiny.

První reakce rodiny na snižování množství jídla/záchvat přejedení. Jak dlouho se podařilo tyto stavy před nimi „tajit“?

Popsat vztahy s rodinou po zjištění nemoci. Kdo z nejbližší rodiny se prvně snažil podpořit ženu v uvědomění si nemoci a následného nástupu do léčby? A naopak, kdo nejvíce zlehčoval situaci a nechtěl pochopit vážnost situace? U koho žena cítila zranitelnost?

Osoba z rodinných příslušníků, která byla největší oporou a stabilním bodem po celý průběh nemoci.

Přátelé a partner

Má/Měla žena partnera? Pokud ano, následují další otázky.

Zaznamenala od partnera nevhodné poznámky ohledně její postavy nebo stravování? Jaké? Měly tyto poznámky vliv na zamyšlení se nad sebou? Jaký?

Jaké byly první reakce partnera na hubnutí a snižování množství jídla/ záchvaty přejedení?

Popsat snahu partnera při léčbě. Spolupracoval s rodinou?

Jak žena vnímala vztah v průběhu léčby. Byl partner oporou nebo naopak?

Setkávala se žena s přáteli v průběhu nemoci? Jaké reakce na postavu a nemoc může žena popsat? Negativní i pozitivní.

Popsat vliv přátel na myšlení ženy ohledně nemoci, stravování a průběhu léčby.

Školní prostředí

Jaké má žena vzpomínky na školní prostředí a ostatní studenty. Slýchávala nevhodné poznámky ohledně svého vzhledu? Jaký vliv to na ní mělo?

Pokud ještě studovala v době onemocnění, jak škola reagovala při podezření na PPP? Kdo prvně zasáhl a řešil situaci? Jakým způsobem se škola snažila pomoci studentce v léčbě?

Jak se chovali ostatní studenti, když se onemocnění zjistilo?

Popsat pocity ze školního prostředí. Negativní nebo pozitivní?

Pracovní prostředí

Pokud žena pracovala v průběhu nemoci, budou navazovat další otázky.

Jaké byly reakce ostatních zaměstnanců na postavu v počátku nemoci?

Snažil se někdo z kolegů jakýmkoliv způsobem pomoci s léčbou?

Popsat pocity z pracovního prostředí. Negativní nebo pozitivní?

Závěr rozhovoru

Jak se dívka/žena cítila při rozhovoru.

Jakékoliv informace, které by chtěla doplnit k tématu a nepadlo při rozhovoru.

Jaké bylo očekávání ženy v otázce výzkumu a rozhovoru. Zda si přeje informovat o výsledcích výzkumu.

12.1 Průběh rozhovorů

Jednotlivé rozhovory byly nahrávány na diktafon, které byly po důsledné transkripci a analýze dat smazány z důvodu zachování anonymity kvůli povaze výzkumu. Rozhovory byly doplněny o průběžné poznámkování, které jsem využila při následné transkripci, jak také uvádí Heřmanský (2009/2010).

Rozhovory trvaly přibližně 1 až 1,5 hodiny. Během celého rozhovoru jsem se držela předem připravené struktury a pokud to bylo nutné, pokládala doplňující otázky. V několika případech bylo nutné otázku ujasnit a vysvětlit, to bylo důležité pro správné pochopení otázky participantem.

Před zahájením každého rozhovoru byl informátorkám představen cíl výzkumu a detailněji jsem je seznámila s jednotlivými body, kterými se budu během rozhovoru zabývat. Dalším krokem před zahájením bylo podepsání informovaného souhlasu, kde všechny participantky souhlasily s následujícími informacemi. Průběh rozhovoru byl nahráván na diktafon. Všechny participantky byly ujistěny, že během celého výzkumu bude dodrženo zásad anonymity a získaná data nebudou předána třetí osobě. Informace budou využity pouze pro

účely bakalářské práce. Dále byly participantky ujištěny, že mohou z výzkumu kdykoliv odstoupit, protože účast na výzkumu je zcela dobrovolná. Po podepsání informovaného souhlasu jsem zkontrolovala, zda nahrávací zařízení funguje a přešlo se na jednotlivé otázky. Na konci rozhovoru jsem poděkovala za účast na výzkumu a požádala je o případné doplnění informací, k čemuž nakonec nedošlo. Všechny participantky souhlasily se zasláním výsledků výzkumné práce.

Jelikož se jedná o velmi citlivé téma, je velmi důležité dbát na etické zásady při realizaci výzkumu. Všichni účastníci výzkumu byly předem seznámeny s průběhem, cílem a zpracováním výzkumu. Byly také několikrát informovány, že výzkum je zcela anonymní a z výzkumu mohou kdykoliv odstoupit bez jakékoliv sankcionalizace. Se získanými daty jsem pracovala pouze já, jakožto výzkumník, a nebudou předány třetí osobě. Při přepisování audionahrávky byly změněny osobní a citlivé údaje, které byly během rozhovoru řečeny. Informovaný souhlas podepsala po seznámení s cílem výzkumu každá participantka.

Během rozhovoru a celého průběhu výzkumu jsem se snažila vzbuzovat důvěru a jednat se všemi informátorkami co nejšetrněji. Snažila jsem se reflektovat a nevnášet do rozhovoru své názory a zkušenosti, jedná se zejména o problém reaktivity. Snažila jsem se držet nadhled nad tématem, aby rozhovor nebyl příliš ovlivněn ze strany výzkumníka.

13. Výběr vzorku a prostředí výzkumu

Při výběru vzorku mi pomohla kritéria, která byla předem dána povahou výzkumu. Dle Hendla (2005) je potřeba vybírat vzorek účelově a cíleně. Každý participant by měl splňovat předem stanovená kritéria pro daný výzkum. K účasti na výzkumu jsem požádala ženy, které trpí nebo v minulosti trpěly poruchou příjmu potravy. Konkrétněji mentální anorexií, mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním.

Vzhledem k osobní zkušenosti s poruchou příjmu potravy jsem ve stálém kontaktu s cílovým vzorkem, a proto jsem při výběru vhodného vzorku využila osobních konexí. Participanty jsem vybírala účelově, dle předem daných kritérií a metodou sněhové koule. Jak uvádí Novotná (2009/2010) jedná se o metodu, kdy první informátor navede na další členy specifické skupiny, tedy o metodu nabalování.

Počet participantů, kteří se podílejí na výzkumu závisí na celkové nasycenosti dat, tzv. teoretické saturaci. Pokud výzkumník nepřichází během rozhovorů na nové poznatky,

dochází k nasycenosti informací, ze kterých se dají vyvodit závěry (Novotná, 2009/2010). Vzhledem k vysoké časové náročnosti jsem si před zahájením výzkumu stanovila, že provedu rozhovor s deseti participantkami. Dvě oslovené ženy odmítly nahrávání rozhovoru na diktafon, proto jsem usoudila, že je do celkového vzorku nezařadím. Pro získání kvalitních dat bylo nutné neopomenout žádnou důležitou informaci, bez nahrávky by nebylo možné se plně věnovat rozhovoru, a zároveň zapisovat veškeré odpovědi. Z celkových deseti přislíbených účastí nakonec pouze jedna žena odmítla účast. Vzhledem k neobvyklé situaci, tedy koronavirové krizi, která nastala během výzkumu se nakonec zúčastnilo pouze sedm žen.

Věkové rozmezí jsem si předem stanovila pouze na dolní věkovou hranici, tj. 18 let. Vzhledem k plnoletosti dotazovaných jsem nepotřebovala souhlas jejich zákonných zástupců. Horní věková hranice pro výzkum nebyla podstatná, a proto nebyla předem stanovena. Nebrala jsem v potaz jakékoliv sociální, ekonomické, politické zařazení ženy, tato kritéria nebyla pro výzkum podstatná.

S ohledem na situaci ohledně koronaviru jsem přistoupila na žádost čtyř participantek realizovat rozhovor prostřednictvím počítačového videohovoru. Místo a průběh dalších tří rozhovorů jsem nechala vybrat participantky, protože známe prostředí může vést k větší otevřenosti a důvěře (Zandlová, 2015).

Vzhledem k vysoké citlivosti tématu jsem se rozhodla neuvádět osobní údaje a informace o jednotlivých participantkách, proto v celé bakalářské práci vystupují pod označením „participantka 1, participantka 2“ atd. Pokud byly během rozhovoru zmíněny citlivé informace a osobní data o informátorce, byly při redukci dat smazány nebo změněny.

13.1 Popis výzkumného vzorku

Participant 1, 21 let

Od 17 let trpěla mentální anorexií, nyní se považuje za vyléčenou. Pochází z úplné rodiny a během nemoci bydlela s rodiči a se starší sestrou. Před onemocněním se setkala na základní škole s šikanou, která ji dle jejích slov velmi ovlivnila. Během léčby považovala právě matku, jako podporující osobu. Partnera během léčby neměla. Nyní studuje vysokou školu a s rodiči již nebydlí.

Participant 2, 25 let

Od 19 let trpěla mentální anorexií, nyní se považuje v dobrém, stabilizovaném stavu. Během dospívání se rodiče rozvedli a bydlela pouze s matkou, která trpěla depresemi a v nadměrné míře požívala alkohol. Hrála tenis a její trenér měl často nevhodné poznámky ohledně jejího vzhledu a postavy. Nemoc u ní propukla po přestěhování do vlastního bytu. Během léčby měla dva partnery, se kterými se brzy rozešla. Osobu, na kterou se mohla kdykoliv obrátit jmenovala kamarádku.

Participant 3, 24 let

Od 17 let trpí mentální anorexií, která se střídá s mentální bulimií. Stále se léčí a s nemocí bojuje. Pochází z úplné rodiny a s rodiči má dobrý vztah. Po nasazení antikoncepce se obávala nárustu váhy, začala se stravovat zdravěji, to ale přešlo PPP. Velmi jí podporují rodiče a partner. Stále bydlí s rodiči a nyní studuje VŠ.

Participant 4, 24 let

Od 19 let trpěla mentální anorexií. Nyní se považuje za zdravou. Pochází z rozvedené rodiny. Matka si našla nového přítele, se kterým do současné doby bydlí společně. Často slyšela od vlastního táty nepříjemné poznámky. Nemoc narušila veškeré vztahy v rodině, ale velmi jí podporovala matka. Partner se s ní během léčby rozešel. Nyní studuje VŠ.

Participant 5, 28 let

Od 20 let trpěla mentální bulimií, nyní se považuje za vyléčenou. Pochází z úplné rodiny, kde na ní byly kladeny příliš vysoké nároky. Měla negativní zkušenosti s modelingovou agenturou, kde ji několikrát odmítli. I přesto, že byl na ní vyvíjen tlak ze strany rodičů, v průběhu léčby ji byly oporou. Nyní pracuje na plný úvazek.

Participant 6, 23 let

Od 17 let trpěla záchvatovitým přejídáním, nyní se považuje na 99% vyléčená. Pochází z neúplné rodiny. Vztah s matkou hodnotí jako pozitivní, i přes občasná hádky. Zmiňovala postoj matky k sobě samé, a to dle jejích slov ovlivnilo sebehodnocení. Uvádí také negativní vztah s babičkou během léčby i před propuknutím nemoci. Současně se ZP trpěla depresemi, pravidelně navštěvovala psychoterapie. Nyní bydlí sama a pracuje.

Participant 7, 25 let

Od 17 let trpí záchvatovitým přejídáním a stále je v procesu léčby. Pochází z neúplné rodiny, matka odešla v dětském věku participantky. Zmiňovala, že doma bývala často sama, protože otec tvrdě pracoval. Během léčby měla dva partnery, s nynějším vztah trvá. Ze základní a střední si pamatuje hodně poznámek na její vzhled. Nyní bydlí s partnerem a studuje VŠ.

14. Analýza a interpretace získaných dat

Při realizaci kvalitativního výzkumu je potřeba provést analýzu dat průběžně se sběrem dat od počátku výzkumu. Důležité je, abychom dokázali odlišit relevantní informace od nepodstatných. Metoda polostrukturovaného rozhovoru mi dovolila během rozhovoru položit doplňující otázky, které se v průběhu rozhovoru ukázali jako relevantní. Analýza dat je mnohem složitější a časově náročnější než u výzkumu kvantitativního (Zandlová, 2009).

Jak již bylo výše zmíněno, všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon a byly doplněny o průběžné poznámkování.

Mezi průběžné poznámky jsem zařadila i neverbální komunikaci, tzv. komentovanou transkripci (Hendl, 2005), například neobvyklé chování nebo smích během rozhovoru.

Po sběru dat jsem provedla přepis nahrávky do textové podoby, při které jsem se pomocí selekce snažila zredukovat informace na důležité a relevantní data výzkumného problému. Analýzu dat jsem provedla pomocí segmentace, otevřeného kódování a poznámkování. Všechny tyto postupy probíhaly současně. Data jsem si rozdělila do tematických bloků a při analýze dat jsem využila otevřeného kódování. Důležité jevy jsem označila tzv. kódem a tím jsem určila relevantní informace výzkumného problému. Tímto analytickým postupem jsem hledala v datech pravidelnosti a vzorce, které mi pomohly s následné interpretaci dat. Výsledkem analýzy dat bylo nové porozumění výzkumnému problému. Výzkumný problém může tímto analytickým postupem objasnit a upřesnit či vytvořit nové teorie. Nové poznatky ale výzkum ukázat nemusí (Heřmanský, 2009/2010).

Prostřednictvím analýzy dat jsem získala tři kategorie informací, které se u všech dotazovaných podobaly.

1) Počátek nemoci

2) Role sociálního prostředí před propuknutím PPP

3) Role sociálního prostředí po propuknutí PPP

Počátek nemoci

První část rozhovoru byla věnována počátku nemoci. Téměř všechny dotazované uvedly začátek nemoci v adolescentním věku, kdy přecházely z dětství na dospělost. Participantky studovaly střední školu a příležitostně pracovaly. To koresponduje i s tvrzením Procházkové a Sladké-Ševčíkové (2017), že nejvíce postiženou skupinou poruchami příjmu potravy jsou především dívky v adolescentním věku, které věnují veškerou pozornost svému vzhledu a často se u nich snižuje míra sebeúcty.

Dále jsem položila otázku, kdy si participantky poprvé uvědomily, že trpí PPP. Z odpovědí participantek bylo zřejmé, že uvědomění si nemoci se objevilo při emotivních momentech. Ženy byly nuceny se zamyslet nad konkrétní situací a přesto, že si nechtěly připustit, že jsou vážně nemocné, situace momentu je k tomu přiměla.

„No, nebylo to hned. Dlouho jsem si nalhávala, že moje váha je v pořádku, i přesto, že okolí už mě na nemoc výrazně upozorňovalo. Ale první moment, kdy jsem si řekla, že je něco v nepořádku byl den, když jsem si šla koupit nějaké oblečení, protože jsme měli jet na dovolenou. Za krátkou dobu mi bylo vše velké a neměla jsem co na sebe. Šla jsem s mamkou do obchodu a zkoušela jsem si kraťasy a sukni, myslím... Ale byla mi velká i velikost XS, kraťasy mi klouzaly z boků. V ten moment jsem se prvně zamyslela nad tím, že už jsem asi zhubla hodně a nemohu si ani koupit nové oblečení, nemají pro mě velikost.“ (Participant 1)

„Ani nevím...je to dost těžký...bojuji s tím stále. Asi, když jsem viděla mamku se rozplakat... ona jinak moc nepláče.“ (Participant 3)

„Dlouho se porucha skrývala za „dny bez omezení“, kdy jsem si dopřávala vše, co jsem zbytek týdne nejedla. Po nějaké době přišlo uvědomění, že na jídlo myslím neustále, i v noci. Jídlo mě začalo ovládat. Bylo to asi po roce.“ (Participant 7)

„Když mi řekli na castingu (modelingovém), že musím alespoň pár kilo přibrat, potom mohu znovu přijít.“ (Participant 5).

Participantka 5 se dostavila na modelingový casting, kde očekávala, že jí opět sdělí, že má vysokou váhu a neuspěje, proto jí překvapilo, že jí řekli přesný opak. Tento okamžik se pro participantku stal emotivním.

Participantky se snažily PPP tajit před svým okolím, i přesto, že o problému věděly. Od propuknutí nemoci po uvědomění si problému ale neuběhlo příliš mnoho času. Pokud participantky trpěly MA, byly spokojené, že jde ručička na váze směrem dolů a vydané úsilí se projevuje. Často měly ženy problém určit hranici, kdy je vhodné začít s léčbou, protože nebyly stále spokojené.

„Já to věděla skoro hned, že mám nějaký problém. Ale líbilo se mi, jak hubnu...tak jsem nepřestávala. I když jsem si stokrát říkala, že jen ještě 2 kg a stopnu to...to jsem si takhle říkala celkem dlouho.“ (Participant 4)

„Řekla bych, že to bylo třeba po týdnu. Nemělo to dlouhý trvání, uvědomění si, že to není úplně správný.“ (Participant 6)

Pouze Participantka 2 uvedla, že po celou dobu léčby si nemoc nepřiznávala a k léčbě přistoupila pouze z donucení. Je možné, že si participantka o PPP tušila, ale bála si přiznat, že problém se týká právě jí.

„Nebyl žádný okamžik, co by mě donutil se zamyslet nad tím, že mám anorexii. Spíš jsem k tomu byla donucená. Samotné by mi to asi nikdy nedošlo.“ (Participant 2)

Role sociálního prostředí před propuknutím PPP

Další otázky byly směřované na vztahy s rodiči, sourozenci, prarodiči a případně s dalšími příbuznými, které chtěla participantka zmínit. Tři dotazované uvedly vztah s rodiči před onemocněním za téměř bezproblémový a pevný. Vztahy s rodiči byly na úrovni přátelské a jemné neshody probíhaly jen zřídka. Také se u těchto případů jednalo o zcela funkční rodinu, kdy otec a matka bydleli společně a měli mezi sebou harmonické vztahy.

„Tak pokud nebudu vzpomínat mou pubertu, kdy hádky s rodiči byly velmi často, tak jsem měla před nemocí vztahy s rodiči velmi dobré.“ (Participant 1)

„S rodiči jsem vždy měla vztah spíše kamarádský, mamka mě měla brzy a máme k sobě velmi blízko.“ (Participant 3)

„vztah s mamkou byl v pohodě, občasné hádky, ale žádné extrémní výkyvy.“ (Participant 6)

Ovšem u dalších participantek se ukázalo, že složité životní události během dospívání mohly mít vliv na vznik PPP nebo průběh nemoci stěžovaly. Často měly participantky rozvedené rodiče, nebo žili odděleně. Dotazované také uváděly, že rozvod rodičů byl pro ně stresující událostí, která mohla mít podíl na vzniku PPP.

„Ale s tátou jsme nebydleli společně a vídali jsme se dost málo, třeba 1x za 2-3 měsíce. A ten vztah nebyl intenzivní. Necítila jsem od něj tu lásku, jakou bych potřebovala. Myslím si, že v rámci tohoto vztahu to mohlo mít vliv na mou psychiku a záchvatovité přejídání.“
(Participant 6)

„Žila jsem jen s tátou, protože mamka odešla, když jsem byla malá. Táta hodně pracoval a neměl na mě moc času, téměř jsem ho nevidala. Jen u nás občas přespala tátova „nová“ přítelkyně, který za chvíli byla bývalá...byla jsem doma neustále sama.“ (Participant 7)

„Rodiče se rozvedli, když jsem byla v pubertě. Máma rozvod hodně těžce nesla, měla deprese a často pila alkohol. Takže s mámou jsem chvíli po rozvodu rodičů žila v jednom domě, ale vůbec to nefungovalo. Nezajímala se o mě, řešila jen ten rozvod a svoje chmury. Táta utekl za milenkou a taky se o mě moc nezajímal, ale s ním jsem měla lepší vztah.“ (Participant 2)

Z odpovědi Participantky 2 je také zřejmé, že se během jejího dospívání odehrálo více traumatizujících událostí. Rodina si prošla rozvodem, který zapříčil matčin alkoholismus a deprese. Vztah mezi matkou a dcerou po rozvodu rodičů nefungoval a participantka si našla vlastní bydlení.

Participantka 5 uvedla, že během dospívání byly na ní kladeny příliš vysoké nároky, kterých ani ona sama nechtěla dosáhnout. Avšak Papežová (2010) tvrdí, že jsou to většinou dívky nebo ženy, které na sebe kladou vysoké nároky. Participantka pravděpodobně chtěla rodičům dělat radost i přesto, že si byla vědoma svých cílů, proto také uvedla, že na ni rodiče příliš tlačili.

„Hodně na mě tlačili. Chtěli, abych vystudovala vysokou školu a zároveň zkusila modeling nebo soutěž krásy.“ (Participant 5)

Mezi odpověďmi se často opakovala rivalita mezi sourozenci, kteří se mezi sebou hádali a bojovali o privilegované místo v rodině. Objevil se i motiv závidosti vůči sourozenci, který

zmiňuje také Trapková a Chvála (2009). Někteří ze sourozenců mohou být upřednostňováni a ti druzí se snaží o získání pozornosti, která jim není věnována. Nemoc se projevila téměř u všech dívek v adolescentním věku, kdy mezi sebou sourozenci zpravidla vytvářeli vztah a hledali společné zájmy. Dotazované vždy nevedly hádky jako hlavní předmět zájmu mezi sourozenci, ale často zmiňovaly, že si nejsou tak blízko a jejich vztah není pevný.

„Mám starší setru, se kterou jsem si v období před nemocí moc nerozuměla. Myslím si, že to bylo hlavně o tom věku a taky jsme byly v mnoha ohledech dost rozdílné. Možná jsem jí i maličko záviděla, že má větší pozornost než já, protože se výborně učila, a taky byla krásná. A všichni jí to dávali najevo, no a já se cítila v tu dobu odstrčená, a proto jsem se spíš stáhla a nechtěla se s ní moc bavit. Nevím, z jakého důvodu jsem ty pocity vůči sestře měla, protože zpětně už to tak horce nevidím. Moje sestra byla štíhlá vždy, i přesto, že jedla cokoli a v jakoukoliv hodinu. To já jsem byla po mamce a musela jsem se vždy hlídat, co sním...“
(Participant 1)

„Mám jednoho bratra, mladšího. S tím jsem nevycházela moc dobře.“ (Participant 3)

„nevlastního bratra. Bratra mám ráda, ale zase tak úplně blízko si nejsme...není to jako vztah s kamarádkou.“ (Participant 4)

„mám 4 sourozence...ale všichni jsou nevlastní. Bydlela jsem s dvěma staršími. Se ségrou jsme se hodně hádali, byl to dost krvelačný vztah. Dokud s námi bydlela, nebylo to úplně příjemný.“ (Participant 6)

Zajímavým zjištěním bylo, že téměř všechny dotazované, přesněji šest, se setkaly s nevhodnými poznámkami ohledně jejich vzhledu nebo postavy. Dvě participantky se setkaly během školních let s ponižováním a šikanou. Tyto narážky nepocházely pouze ze školního prostředí, ale také od rodinných příslušníků, partnerů a trenérů. Domnívám se, že kritické hodnocení nebo ponižující poznámky směřované na fyzický vzhled měly vliv na jejich sebehodnocení a došlo ke změně postoje vůči sobě samé. Několik dívek mi mé domněnky i potvrdilo.

„Ale ve škole poznámek ohledně postavy padlo hodně, na ty situace si živě vzpomínám. A že jich bylo...už na základce. Tam jsem měla jednoho spolužáka, který mě obtěžoval skoro celou základku. Neustále měl trapný poznámky a stále na mě sahal. Bylo mi to nepříjemný, nechtěla jsem chodit do školy. Jednu dobu to už i řešila mamka s učitelkou. Od té doby

najednou otočil. Začal mě urážet a neustále mi říkal, jak mám velký zadek...a že jsem tlustá a ošklivá. To se dělo asi celý druhý stupeň. Myslím si, že tady to mělo nějaký základ. Tehdy jsem začala řešit, jak vypadám. A rozhodně mi nebylo jedno, když mě nazýval „tlustou“. Jsou prostě věty, který si pamatuji dodnes.“ (Participant 1)

U Participantky 1 je z výpovědi jasné, že šikana měla značný vliv na její sebehodnocení.

„ale můj trenér tenisu mi často říkal, že bych měla pár kilo shodit, že bych byla mrštnější. Nebo mě občas polechtal na bocích a tím myslel, že tam je něco navíc. Bral to jako vtip, ale já se moc nesmála. Má postava se mi líbila.“ (Participant 2)

„Od mého dlouholetého partnera jsem narážky slýchala celkem často...ted' už mou postavu nekomentuje...raději.“ (Participant 3)

„Na základce jsem byla občas terčem posměchu. Ale spíš od holek...měla jsem spolužačku, která mě nemohla vystát. Pořád mě pomlouvala a různě šikanovala. Ale že mám velký zadek se ke mně vždy dostalo a asi to byl její účel.

Tak byla to doba, kdy to „jak vypadáte“ řešíte hodně. A děti jsou zlé. Dokážou říct slova, co ublíží. Myslím si, že jsem nikdy velký zadek neměla. Ale právě kvůli tomu jsem chvíli nechtěla chodit do školy.“ (Participant 3)

Spíš jsem slýchávala poznámky typu: „Ty hranolky si k tomu určitě neobjednávej, to máš nahoře hned kilo“ nebo „Když nebudeš jíst vůbec žádné blbosti, budeš mít krásnou postavu a uspěješ“. (Participant 5)

„Tak na základce to slýchává asi každá holka. Ale na střední to bylo potom ještě horší. Nikdo mi to neřekl do očí, ale za zády, to pomlouvali. Ke mně se to vždy dostalo.“ (Participant 7)

„třeba babička, když mě jako malou hlídala, tak mi často říkala, že jsem tlustá, a že bych neměla jíst tolik. Místo tatranky, kterou jsem chtěla mi dala jablko. Tohle se dělo, když mi bylo cca 12. Určitě měly tyto poznámky vliv na to, že jsem se začala zaměřovat na jídlo a na to, jak vypadám.“ (Participant 6)

U Participantky 6 byla babička osobou, která zanechala negativní vzpomínky. V tomto případě měla kritika také podíl na změně pohledu v otázce vzhledu.

Při otázce, zda se v rodinném prostředí mluvilo o dietách, hubnutí a cvičení, odpovědělo pět participantek velmi pohotově. Nejčastěji se tímto tématem zabývaly matky participantek, které v některých případech, přenášely pokřivené sebehodnocení na své dcery, například u Participantky 6. Dívka ve svých očích viděla, že matka je hubená, a přesto řeší neustále hubnutí a diety. Začala tedy přemýšlet i o své postavě, zda nemá nadváhu nebo souměrné nohy.

„Tak nejvíc stravu řešila moje mamka. Nikdy nebyla úplně štíhlá, ale nadváhu také nikdy neměla. Ale hodně se zajímala o módu a chtěla si hlídat postavu. Takže skoro pravidelně se u nás řešily různé nové diety a sportovní aktivity.“ (Participant 1)

„Mamka jí jen zdravé potraviny. Občas připravuje „cukrfree“ dezerty, tak to si dám k snídani například.“ (Participant 3)

„Mamka nikdy diety nedržela...ale spíš hodně sportovala.“ (Participant 4)

„nedovolili mi ani trochu sladkého. Jako malá jsem se na narozeninových oslavách přejídala sladkého, protože doma jsem to měla zakázané. Na svačinu do školy jsem nikdy nedostala něco sladkého.“ (Participant 5)

„Mamka je dost hubená, vždy měla tendenci říkat: „ježiš, mám tady špek, to bych měla začít hubnout“. Asi v mých očích jsem viděla, že je hubená a říká o sobě, že není atd... Tak možná i proto jsem začala mít ty myšlenky, že bych taky měla začít se sebou něco dělat.“ (Participant 6)

Jako velmi zajímavé zjištění se z odpovědí ukázalo, že většina rodin pravidelně nekonzumuje jídlo společně u jednoho stolu. Jednalo se o neúplné i úplné rodiny, kdy se rodina střetávala pravidelně v jedné domácnosti, i přesto se nesešli ani u večeře. V několika případech matka jídlo uvařila, ale společně ho většinu času nekonzumovali. V případě, že se ohlídnou do doby, kdy již dívka trpí PPP, je pro ni snadnější nemoc tajit před svými blízkými, když jídlo konzumuje samostatně v pokoji. Otázkou zůstává, zda by například MA nepřešla v MB.

„nesešly jsme se ani u večeře, kterou si každý připravil dle svých chutí...obvykle jsme si jí se sestrou snědly u sebe v pokoji při učení.“ (Participant 1)

„Obědvali jsme společně jen o víkendech, to mamka vařila.“ (Participant 3)

„Málokdy jsem se sešli u jídla.“ (Participant 4)

„Nikdy jsme nelpěli na tom, že budeme obědvat nebo jíst všichni společně. Všichni jsme si vzali jídlo do svého pokoje.“ (Participant 6)

„Vařila jsem si často sama a jedla také.“ (Participant 7)

Role sociálního prostředí po propuknutí PPP

Všem participantkám se dařilo PPP dlouho držet v tajnosti před svým okolím. Blízcí začali situaci řešit až ve chvíli, kdy PPP ovlivnila jejich vzhled a onemocnění mělo za následek změnu váhy. Do té doby rodina neměla tušení, že by se mohlo jednat o vážné psychické onemocnění. V případě, že participantka trpěla ZP, musela o nemoci sdělit svému okolí sama, protože po stránce fyzické nebyla nemoc rozpoznatelná.

„Táta hodně pracoval a mou postavu nesledoval, proto si všiml, že je nějaký problém, mezi posledními. Tím, že jsme si se sestrou nebyly moc blízko, tak si sestra možná všimla, že je něco špatně, ale nijak to zatím neřešila.“ (Participant 1)

„Táta mi jen občas řekl, ať už se konečně najím, že jsem zase zhubla. Ale asi ho taky nenapadlo, že by se mohlo jednat o PPP. Možná ani nevěděl, že něco takového existuje.“ (Participant 2)

„Naši to zjistili až v době, kdy to na mně šlo vidět. Já jsem to uměla dost dobře maskovat, musela jsem jim hodně lhát. I partnerovi. Rodiče začalo upozorňovat okolí, že se něco děje. Hned to začali řešit a nutili mě, abych s nimi večeřela a snídala.“ (Participant 3)

„Mamka si všimla, že jsem zhubla, ale dlouho to neřešila.“ (Participant 4)

„Ale samozřejmě si všimli, když na mě začalo „plandat“ oblečení. Snažila jsem se to maskovat, ale když bydlíte s rodiči v jedné domácnosti, moc to nejde.“ (Participant 5)

„Bylo to dost dlouho nepoznaný od okolí.“ (Participant 6)

„Tím, že jsem si to dlouho nechávala pro sebe, tak nijak nereagovali.“ (Participant 7)

Novák (2010) popisuje i případ, kdy jsou dívky chváleny za jejich disciplínu a štihlou postavu. Takovým chováním je nemoc podceňována a nadále udržována. Participantka 2 potvrdila, že jí chvála upevňovala v názoru, že jedná správně a nadále pokračovala v hubnutí.

„Byla jsem chválena za to, jak jsem vypadala a já byla spokojená.“ (Participantka 2)

Níže zmíněná Participantka 4 ale uvádí, že slova chvály ji lichotily pouze zpočátku, v průběhu léčby poznámky ohledně vzhledu nebo postavy nerada slychávala. Dle odpovědi měla dotazovaná pravděpodobně během léčby problém o nemoci přemýšlet a vyhýbala se konverzacím, kde by se hovořilo o vzhledu či postavě.

„můj vlastní táta mi můj úbytek váhy na začátku i chválil. Vždy si mě představoval jako štíhlou modelku. Na začátku nemoci jsem jeho slova chvály ráda slyšela, ale když s nemocí bojujete, už vás to moc nepodpoří. To nechcete slyšet o postavě vůbec nic.“ (Participant 4)

Všechny dotazované se shodly na tom, že během léčby pro ně byla důležité porozumění, láska a opora. Participantky uvedly vždy alespoň jednu osobu, kterou popisovaly jako silně podporující, dodávající sílu a naději po celou dobu léčby PPP. Často také uváděly, že pro ně byla důležitá láska, pochopení a porozumění. Většina dotazovaných uvedla jako podporující osobu rodinného příslušníka. V adolescentním věku většina participantek bydlela s rodiči a doma trávily mnoho času. I přesto, že kořeny PPP mohou pocházet z rodinného prostředí, během léčby se rodina proměnila v důležitého a podporujícího činitele. Jak bylo uvedeno výše, některé participantky uváděly, že kritika ze strany rodinných příslušníků nebo partnerů u nich změnila postoj k sobě samé a mohla mít vliv na jejich onemocnění. I přesto se role rodinných příslušníků z pohledu dívky proměnila a byli participantkami hodnoceny jako podporující.

„Tak nejdříve si toho všimla mamka a taky ona při mně stála po celou dobu trvání nemoci. Hodně mě podporovala a snažila se mě v tom, co dělám. Už od začátku se snažila na úkor svých sil. Za dobu léčby se náš vztah upevnil a trvá to tak dodnes.“ (Participant 1)

„celou dobu se mi to dařilo tajit. Přede všemi. Až na mou kamarádku. Ona je můj zachránce...Ale kamarádka na mě měla určitě hodně velký vliv. Věřila jsem, že to semnou myslí dobře, ale problém byl asi v tom, že jsem se dlouho chovala, jako by se nic nedělo.“ (Participant 2)

„Rozhodně moje mamka a taťka. Oni táhnou za jeden provaz a dost mi v poslední době pomáhají. Už jsem na dobré cestě, po několika letech. Konečně! Myslím si, že se to začalo lepší, když jsme vyhledali i pomoc od lidí, kteří PPP opravdu rozumí. Vše rodičům vysvětlili a v tu dobu se to otočilo a změnilo směr k lepšímu.“ (Participant 3)

„I přes počáteční hádky můžu říct, že rozhodně mamka s jejím přítelem.“ (Participant 4)

„Sestra. Vždy jsem měly silný vztah, ale má nemoc ho ještě posílila. Díky ní jsem to překonala. Vždy mě zabavila a já tolik nemyslela na jídlo.“ (Participant 5)

„Mamka zpočátku nevěděla, jak k tomu má přistupovat. Zнала jen klasické přejedení a těžce se jí chápalo, že by to mohla být psychická porucha. Ale snažila jsem se jí to vysvětlit...mamka je dost citlivá a empatická, tak se to snažila pochopit. Hodně to bylo na mě, mamka moc nevěděla, jak mi pomoci. Ale emoční podpora tam z její strany určitě byla.“ (Participant 6)

„Teď mám nového partnera, který o všem ví a nastudoval si. Bydlíme společně, tak se mě snaží nenásilně kontrolovat. Moc mě podporuje a já jsem mu za to vděčná.“ (Participant 7)

Naopak pět ze sedmi dotazovaných uvedlo, že PPP narušila jejich partnerský vztah a docházelo k hádkám, až k rozhodům. Participantka 2 uvedla, že byla často podrážděná a chtěla být často sama, veškerý čas věnovala sobě a své nemoci, proto vztah neměl dlouhého trvání. Participantce 4 nebylo příjemné hovořit o bývalém vztahu. Pouze uvedla, že s ní partner nechtěl ztrácet čas. Nemoc zasahovala u participantek do všech oblastí, a proto pravděpodobně narušila i jinak harmonický vztah s partnerem. Dívky, které partnera neměly, nejevily zájem novou známost vyhledávat v průběhu PPP.

Roli partnera v průběhu své nemoci nebraly příliš vážně a vztah se nepokoušely udržet. Je možné, že tento jev je určen i adolescentním věkem dotazovaných, které hledají místo ve společnosti a zároveň se snaží bojovat s PPP.

„Ne, po celou dobu jsem partnera neměla. Celkem jsem se tomu vyhýbala a nechodila jsem do společnosti.“ (Participant 1)

„měla jsem 2 partnery během té doby, ale pokaždé to byl vztah na pár měsíců. Byla jsem dost podrážděná. Chtěla jsem být asi jen sama se sebou.“ (Participant 2)

„Ano, měla. Ale když jsem byla v té nejhorší fázi...rozešli jsme se. Dál to nechci komentovat. Nechtěl semnou prý ztrácet čas.“ (Participant 4)

„Neměla a ani jsem nehledala. Středobodem mého vesmíru bylo jídlo a hubnutí.“ (Participant 5)

„Vztah moc dlouho nevydržel.“ (Participant 6)

I přesto, že dotazované ženy uvedly osobu, která jim byla oporou po celý průběh nemoci, zmínily také osoby, se kterými neměly klidné vztahy. Ženy nebo dívky s PPP většinou hodnotí rodinné prostředí a vztahy negativně (Novák, 2010). Z odpovědí se ukázalo, že pokud se žena považovala za vyléčenou, zpětně hodnotila vztahy mírnějším pohledem, ale při léčbě konkrétní osobu brala jako nepřítel.

„Tak třeba moje babička...To bylo hodně zlé. Nedokázala a nechtěla vůbec pochopit, jak moc je nemoc závažná. Vždy mi jen říkala: „Musíš přibrat, jsi hubená jako lunt“ nebo „nažer se“. Hrozně mi vždycky nutila jídlo a hodně jídla. Tučné, sladké. Vše, po čem se přibírá. Bylo mi vždy tak špatně fyzicky i psychicky, když jsem od ní odcházela, že jsem se ani vracet už nechtěla. Doma jsem často zvracela po její návštěvě. Měla jsem na ní takový vztek, že jsem se často zasekla a znovu si řekla, že musím zase zhubnout. Nevím proč, ale asi abych jí naštvála a vrátila jí tu zlost, co jsem od ní cítila. Takže určitě babička byla článek rodiny, který mi nedodával moc podpory. Asi to nemyslela zle...jen nevěděla, jak na mě.“ (Participant 1)

„Všichni to celkem řešili, ale zpočátku to bylo vše špatně. Potřebovala jsem se srovnat trochu psychicky. Potom jsem mohla tu pomoc přijmout.“ (Participant 3)

„No asi ta babička. Já jsem jí o problému neříkala, ale potom přišla ta fáze, kdy jsem byla hubenější a hned říkala: „tyjo, ty jsi zase moc hubená“. Snažila jsem si nebrat řeči od babičky špatně, ačkoliv to myslela dobře, ale bylo to pro mě dost náročný. V tomhle období je na každou větu člověk dost citlivý.“ (Participant 6)

„Táta to vůbec neřešil. Jen měl občas hrozný připomínky. Řekla jsem mu, že mám problém s jídlem, že to řeším s doktorkou. Ale možná to bylo lepší, stejně by mi asi nedokázal v tu chvíli poradit. Ani nevěděl, že taková nemoc existuje.“ (Participant 7)

Nemoc ovlivňuje všechny sféry života, jak rodinné vztahy, partnerské, ale i pracovní. Většina dotazovaných přestala v průběhu nemoci pracovat (i formou brigád), nejčastějším důvodem byl strach ze společnosti, byly unavené a chtěly být samy.

„nechodila jsem mezi lidi. Všichni na mě koukali. Nechtěla jsem se vůbec ukazovat, styděla jsem se za sebe.“ (Participant 1)

„Léčbu jsem zahájila na konci maturitního ročníku, potom jsem musela nastoupit do práce. Tu jsem o pár měsíců odložila. Když jsem nastupovala do práce, nikomu jsem o tom už neřekla.“ (Participant 2)

„V jednu chvíli jsem byla doma, protože jsem nebyla schopná cokoliv dělat. Byla jsem hodně slabá, měla jsem nízký tlak a často jsem omdlávala.“ (Participant 3)

Naopak ženy, které trpěly ZP rády pracovaly, nemyslely tolik na jídlo, pokud se věnovaly práci, kde s jídlem nepřišly do kontaktu. Výjimkou byla jedna dotazovaná, která během léčby ZP pracovala v kavárně. V rozhovoru sdělila, že ji práce velmi ovlivňovala, byla pro ni náročná z hlediska kontroly a sebeovládání, protože práce v kavárně zahrnovala také kontakt s jídlem.

„Pracovala jsem v kavárně... prostředí plné jídla. Bylo to náročné si nedat ten dort, a ještě jsem k tomu byla dost unavená a vyčerpaná. Kavárenská práce mě hodně ovlivňovala, byla stresová a plná jídla.“ (Participant 6)

Z níže uvedených odpovědí participantek je zřejmé, že na nabídku pomoci ze strany školních pracovníků reagovali odmítavě. Nechtěly přiznat před okolím, že jsou nemocné a pomoc nepřijaly. Snaha ze strany školního zařízení vznikla, ale po odmítnutí studentkou dále situaci neřešili. Participantky se obávaly, že se informace o jejich nemoci rozšíří, chyběla důvěra v pedagoga či školního psychologa. Školu tedy nepovažovaly za místo, kde by hledaly útočiště.

„První mě na chodbě zastavila učitelka angličtiny. Učila mě už i na základní škole a znala mě dlouhou dobu. Začala se mě nenápadně vyptávat, jestli je vše v pořádku. Že jsem hodně zhubla, jestli nejsem nemocná. Na to jsem jí tenkrát odpověděla, že už to řeším a tečka. Jen mi odpověděla, že pokud budu potřebovat pomoc, ať za ní zajdu.“ (Participant 1)

„Moje třídní učitelka si všimla problému jako první. Zvala si mě k sobě a vyptávala se, ne přímo, ale já tušila, kam směřuje. Hrozně mě to štvalo, jak to všichni řeší, když já „vím“, že nemocná nejsem. Bylo mi 18, tak jsem jí řekla, že si to vyřeším sama, ať už to nechá být. A nechala...“ (Participant 2)

„Jednou na chodbě mě zastavila třídní učitelka se školní psycholožkou. Chvilku jsme si povídali v kabinetu. Jednou tam dokonce byla i mamka. Já ale zapírala a neřekla jsem nic,

co by se mohlo po škole rozkřiknout. To by jen byly další pomluvy. Takže jsem to trochu bojkotovala, ale snaha z jejich strany byla...to jo.“ (Participant 3)

„Spolužačka o tom prý mluvila s třídním a ten volal rodičům...po tomhle jsem odmítla s ním cokoliv řešit.“ (Participant 5)

Dojmy z rozhovoru a otázek byly ve větší míře pozitivní. Souviselo to s tím, zda se žena považovala za vyléčenou nebo se stále léčila. Ale většině dotazovaných nedělalo problém o problematice hovořit, byly rády, že mohou pomoci a přispět svými zkušenostmi.

„Trochu jsem se bála, je to dost citlivá věc. Ale pokud to může alespoň trochu přispět.“ (Participant 1)

„Měla jsem obavy...ale pocity z rozhovoru jsou spíše příjemné“ (Participant 3)

„Se svou nemocí jsem se už srovnala, tak mi už nedělá problém o nemoci takhle mluvit.“ (Participant 4)

„Je těžké vzpomínat na ty nehezké časy, které dost ovlivnily mě a mou rodinu. Naštěstí je vše zamnou a mohu opravdu jen vzpomínat.“ (Participant 5)

„Otázky byly úplně v pohodě. Už mi nevadí o tom mluvit, protože jsem o tom mluvila několikrát. Ráda se o tom podělím, protože to může pomoci někomu dalšímu. Byl to milý rozhovor, jsem ráda, že jsi mě kontaktovala.“ (Participant 6)

„Rozhovor byl v pořádku. Vím o tom, že problém s poruchou příjmu potravy u mě trvá, ale už nemám problém o tom mluvit.“ (Participant 7)

Diskuze

V závěru své bakalářské práce bych ráda shrnula poznatky, ke kterým jsem došla během výzkumného šetření.

Bakalářská práce se zaměřuje na poruchy příjmu potravy, sociální prostředí a jejich vzájemný vztah v průběhu trvání nemoci z pohledu ženy, která se s PPP setkala.

Ve výzkumném šetření jsem si stanovila za cíl prozkoumat blízké sociální prostředí ženy, která trpěla nebo stále trpí PPP ve spojitosti s nemocí. Jak blízké okolí ovlivňovalo celý průběh PPP a jaké role sociální prostředí zastávalo. Cílem také bylo porovnat výsledky zjištění s odbornou literaturou.

Výzkum probíhal s menším počtem participantů a vzorek byl věkově celkem rozmanitý, proto nelze výsledky výzkumného šetření zobecnit na celou populaci. Převážně výzkum potvrdil fakta, která vycházela z tvrzení odborné literatury, přesto se během výzkumu objevilo několik zajímavých zjištění. Přenositelnost je důležitým aspektem výzkumného šetření u kvalitativního výzkumu. Přenositelnosti jsem se pokusila dosáhnout komparací výsledků šetření s odbornou literaturou, která se věnuje dané problematice (Novotná, 2009/2010).

Získané odpovědi, které se týkaly počátku PPP většinou korespondovaly s tvrzením v odborné literatuře. Téměř všechny participantky potvrdily tvrzení Procházkové a Sladké-Ševčíkové (2017), protože počátek jejich nemoci se datoval přímo do adolescentního věku, tedy na přechod mezi dětstvím a dospělostí. Dívky v tomto období věnují veškerý volný čas svému vzhledu, kdy tato pozornost může současně souviset se snižováním vlastní sebeúcty.

Ženy většinou tajily svou nemoc do té doby, nežli nemoc nezasáhla všechny oblasti jejich života a neovlivnila i zevnějšek ženy. Toto zjištění koresponduje s tvrzením Papežové a Hanusové (2012).

Získané odpovědi, které souvisely s rolí sociálního prostředí před propuknutím PPP také ve větší míře souhlasily s teoretickou částí, tedy s autory odborných publikací než studií pro dané téma.

Rodinný traumatický zážitek nebo složité životní události během dětství a dospívání mohou mít vliv na vznik PPP nebo také průběh nemoci stěžovat. Rozvod rodičů postačí, aby dítě

pocítilo první pocity beznaděje. Rodina se stane neúplnou a děti mají často pocit, že by měly přebrat zodpovědnost za rodiče, který odešel. Zmíněné složité události mohou být jednou z příčin PPP (Claude-Pierre, 2001). Čtyři dotazované participantky potvrdily tento jev, který popisuje výše uvedený autor. Pro participantky byl rozvod rodičů náročnou a stresující událostí, která dívky ovlivnila.

V rozporu s jednou participantkou bylo tvrzení Papežové (2010), kdy autorka tvrdí, že dívky, které trpí PPP na sebe většinou kladou vysoké nároky, které nestíhají plnit. Participantka ve své odpovědi zmínila, že rodiče na ni po celý čas kladli vysoké nároky, které ani na sama neměla za cíl. Přestože participantka trpěla PPP, neměla za cíl si klást vysoké nároky.

Motiv, který se často mezi odpověďmi prokazoval souhlasí s tvrzením Trapkové a Chvály (2009). Tedy, že mezi sourozenci se často objevuje motiv závidění a upřednostňování jednoho ze sourozenců ze strany rodičů. Děti se snaží získat pozornost svých rodičů a tato snaha se může promítnout až do PPP. Participantky uváděly, že si se sourozenci nerozuměly a neměly s nimi příliš dobré vztahy před nemocí, ani v průběhu léčby. Pouze jedna participantka uvedla, že se během léčby vztah se sestrou zlepšil.

Další skutečností, která byla potvrzována většinou dotazovaných, je setkání dívek v adolescentním věku s nevhodnými poznámkami ohledně jejich vzhledu nebo postavy, které mohou propuknout až v silnou šikanu. Poznámky nepocházely pouze od jejich partnerů nebo rodinných příslušníků, ale hlavně od spolužáků. Copeland et al. (2015) ve své studii také popisuje ponižování a šikanu za faktor, který zvyšuje procento pravděpodobnosti výskytu PPP v adolescentním věku. Dotazované ženy, které se setkaly s nevhodnými poznámkami na svůj zevnějšek, také uváděly, že tyto poznámky měly rozhodně vliv na jejich pohled a vnímání vlastního těla.

Velmi zajímavým zjištěním se během výzkumného šetření ukázalo, že rodiny společně nestolují, i přesto, že se jednalo o úplné a harmonicky fungující rodiny. U většiny rodin neprobíhalo ani společné večeření. Každý člen si zajistil nebo připravil jídlo sám a zkonsumoval si ho ve svém pokoji.

Odpovědi, které souvisely s rolí sociálního prostředí po propuknutí PPP většinou také spíše potvrzovaly a souhlasily s odbornou literaturou.

Dívky jsou chváleny za jejich štihlou a disciplínou, ale tímto chováním ostatní nemoc spíše podporují a udržují (Novák, 2010). Dotazovaná participantka také potvrdila, že zpočátku ji chvála lichotila a udávala ji motivaci k dalšímu hubnutí a striktnímu odříkání.

Všechny participantky potvrdily, že během léčby se mohly obrátit alespoň na jednu osobu, která jim byla oporou, a které důvěřovaly. Často také uváděly, že pro ně bylo důležité pochopení a prostá láska. Nemoc zasahuje do všech sfér života ženy, ovlivňuje rodinné, partnerské i pracovní vztahy. Ženy, které trpí PPP mají tendenci hodnotit tyto vztahy velmi negativně (Novák, 2010). Z odpovědí dotazovaných se ale ukázalo, že pokud se již považovaly za vyléčené, hodnotily vztahy již mírněji a na mnoho událostí měly jiný pohled. Po úspěšném dokončení léčby nemoc již neovlivňovala jejich život a myšlení. Později si také uvědomily, že jednaly často příliš ostře a byly podrážděné.

Výzkumné šetření převážně korespondovalo s odbornou literaturou v první části bakalářské práce, tedy v části teoretické. Jak již bylo řečeno, vzhledem k nízkému počtu participantů nelze výsledky šetření generalizovat, i přesto doufám, že tato práce bude zajímavá a čtivá pro ty, kteří se zajímají o problematiku PPP nebo si momentálně nemocí prochází a hledají jakékoliv informace z této oblasti.

Jak také hovoří Zandlová (2015), kvalitativní metoda je mnohem osobnější a dovoluje odkrývat během výzkumného šetření i nová témata, která se ukáží jako zajímavá. Uvedená metoda mi také pomohla více porozumět dotazovaným ženám a dala mi možnost reagovat na jejich odpovědi. Věřím, že má zkušenost s PPP mi pomohla v pochopení dotazovaných žen, získání jejich důvěry, ale také k celkovému sepsání této práce.

Jako velmi zajímavým tématem, které by se mohlo dále zkoumat se jeví právě školní prostředí v souvislosti s PPP. Z odpovědí dotazovaných se ukázalo, že v tomto prostředí chybí důvěra v pedagogy a školní psychology, proto tyto pracovníci situaci s PPP po zjištění jen zřídka dále řeší. Domnívám se, že by bylo přínosné provést výzkumné šetření s pedagogy a školními psychology, kteří s nemocí přichází do kontaktu mezi prvními.

Závěr

Bakalářská práce se zaměřuje na vliv sociálního prostředí na průběh poruch příjmu potravy z pohledu žen, které trpí nebo trpěly poruchou příjmu potravy.

Cílem výzkumného šetření bylo získat informace na otázku, jak ženy vnímají roli svého sociálního prostředí při vzniku, udržování a léčbě poruch příjmu potravy. Zaměřila jsem se především na rodinné, školní a pracovní prostředí, ale také na partnerské a přátelské vztahy.

V prvním úseku teoretické části jsem popsala jednotlivé typy poruch příjmu potravy a blíže je specifikovala. Mezi jednotlivé typy onemocnění jsem zařadila mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání. V druhém úseku jsem se věnovala rizikovým faktorům onemocnění. Třetí část je zaměřena na vliv rodinného prostředí, kde jsem představila roli rodinného prostředí v průběhu celého onemocnění, neopomněla jsem zmínit také roli školní a pracovního prostředí. Součástí teoretické části je i představení role partnerů a přátel. Poslední úsek teoretické části jsem ponechala pro informace o léčbě poruch příjmu potravy. Zmíněné informace jsou podloženy odbornou literaturou a příslušnými výzkumy.

V praktické části jsem prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů získala odpovědi na výzkumnou otázku. Před uskutečněním prvního rozhovoru jsem si sestavila okruh otázek, abych neopomněla důležité otázky a aspekty výzkumného šetření. Během rozhovorů jsem pokládané otázky přizpůsobila dané situaci, v tom mi byla nápomocná právě metoda polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek byl vybírán metodou sněhové koule, tedy účelově. Rozhovor se nakonec uskutečnil se sedmi participantkami. Zaměřila jsem se především na vnímání role sociálního prostředí po celý průběh onemocnění. Z odpovědí participantů jsem získala cenné informace, které jsem roztřídila na tři sektory, tedy na počátek nemoci, roli sociálního prostředí před propuknutím poruch příjmu potravy a roli sociálního prostředí po propuknutí poruch příjmu potravy. Na základě tohoto rozdělení jsem získaná data komparovala s odbornou literaturou a popsala závěry.

Seznam použitých zdrojů a literatury

BRATLAND-SANDA, Solfrid & Jorunn SUNDGOT-BORGEN. Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science* [online]. 2013, [cit. 2020-04-05].

CASSUTO, Dominique a Sophie GUILLOU. Když chce dcera hubnout: rady pro rodiče dospívajících dívek. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-357-4.

CLAUDE-PIERRE, Peggy. Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5.

COPELAND, William, BULIK, Cynthia M., ZUCKER, N., WOLKE, D., LEREYA, ST. and COSTELLO, EJ. Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective, longitudinal analysis. *Int. J. Eat. Disord.* [online]. 2015, [cit. 2020-06-05]. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/epdf/10.1002/eat.22459>

DANCYGER, Ida, et al. Do Daughters with Eating Disorders Agree with their Parents' Perception of Family Functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 2005, [cit. 2020-03-05]. ISSN 0010440X. Dostupné z: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0010440X04001129>

ELLIOTT, Julian a Maurice PLACE. Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie. Praha: Grada, 2002. *Psyché (Grada)*. ISBN 80-247-0182-0.

GALMICHE Marie, DÉCHELOTTE Pierre, LAMBERT Grégory, TAVOLACCI Marie Pierre, Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2019, [cit. 2020-03-16]. Dostupné z: <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1093/ajcn/nqy342>

GALOVÁ Kristýna. Mýty a omyly. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2013. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace/product/view/1/16>.

HALL, Lindsey a COHN, Leigh. Rozlučte se s bulimií. 1. vyd. Brno: Era, 2003, ISBN 80-86517-60-8.

HAMILTON, Linda H., Linda H. J. BROOKS-GUNN a Michelle P. WARREN. Sociocultural Influences on Eating Disorders in Professional Female Ballet Dancers. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 1985, [cit. 2020-03-14]. ISSN 02763478. Dostupné z: <https://eds-a-ebSCOhost-com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=0ec0cb9b-a471-43b3-84b3-44cac63853ba%40sessionmgr4007>

HAWORTH-HOEPFNER, Susan. The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders. *Journal of Marriage* [online]. 2000, [cit. 2020-07-04]. ISSN 00222445. Dostupné z: <https://eds-b-ebSCOhost->

com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=0db10569-a9fe-4f90-849c-10c6a8109637%40pdc-v-sessmgr01

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HERRIN, Marcia & Maria LARKIN. Nutrition counseling in the treatment of eating disorders. 2nd ed. New York, NY: Brunner-Routledge, 2013. ISBN 978-0-415-64257-6.

HEŘMANSKÝ, Martin. Kvalitativní analýza dat. Úvod do empirického výzkumu sociálních věd [e-learning]. [online]. Praha: FHS UK, 2009/2010. [cit. 2020-06-28]. Dostupné z: <<http://moodle.fhs.cuni.cz/course/view.php?id=614>>.

HUNTER, E.A., KLUCK, A.S., RAMON, A.E. et al. The Curvy Ideal Silhouette Scale: Measuring Cultural Differences in the Body Shape Ideals of Young U.S. Women. Sex Roles, 2020, Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11199-020-01161-x>.

KNOTOVÁ, Dana. Výchova a prostředí. In D. Knotová, B., Lazarová, K., Pevná, & K., Lojdová, Úvod do sociální pedagogiky, Brno: Muni, 2014, [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/131852/Books_2010_2019_087-2014-1_6.pdf?sequence=1.

KRCH, František David. Bulimie: jak bojovat s přejídáním. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František, David a kolektiv. Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-716-9627-7.

KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-x.

LATZER, Yael, Zipora HOCHDORF, Eitan BACHAR a Laura CANETTI. Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. Contemporary Family Therapy: An International Journal [online]. 2002, [cit. 2020-05-04]. ISSN 08922764. Dostupné z: com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5fe834f4-ba77-4559-b310-0946b3c0ba85%40pdc-v-sessmgr03

LE GRANDE, Daniel, LOCK, James, LOEB, Katharine. and NICHOLLS, Dasha. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. Int. J. Eat. Disord, 2010. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/epdf/10.1002/eat.20751>

MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. O poruchách příjmu potravy. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0

MARÁDOVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.

MATOUŠEK, Oldřich. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-901424-7-8

MICALI, Nadia, Bianca STAVOLA, George B PLOUBIDIS, Emily SIMONOFF a Janet TREASURE. The effects of maternal eating disorders on offspring childhood and early adolescent psychiatric disorders. International Journal of Eating Disorders [online]. 2014, [cit. 2020-06-01]. ISSN 02763478. Dostupné z: <https://eds-a-ebSCOhost-com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=348099bc-0414-40c5-9f00-92361ee3aeaf%40sessionmgr4006>

MINUCHIN, Salvador. Rodina a rodinná terapie. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0371-1.

NOVÁK, Michal. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.

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. ISBN 80-85121-81-6.

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

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. 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. ISBN 978-80-7422-398-3.

PINHEIRO, Andréa. P., RANEY, T., THORNTON, L.M., FICHTER, M.M., BERRETINI, W.H., GOLDMAN, D., HALMI, K.A., KAPLAN, A.S., STROBER, M., TREASURE, J., WOODSIDE, D.B., KAYE, W.H. and BULIK, C.M. Sexual functioning in women with eating disorders. Int. J. Eat. Disord. [online]. 2010, [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/abs/10.1002/eat.20671>

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

RORTY, Marcia & Joel YAGER. Social Support, Social Adjustment, and Recovery Status in Bulimia Nervosa. International Journal of Eating Disorders [online]. 1999, [cit. 2020-

06-10]. ISSN 02763478. Dostupné z: <https://eds-a-ebSCOhost-com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1ec8be85-5503-43fd-a97b-53d9d91bfa15%40sessionmgr4007>

STERN, Stephen L., Katharine N. DIXON, David JONES, Marla LAKE, Elaine NEMZER a Randy SANSONE. Family Environment in Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 1989. [cit. 2020-06-01]. ISSN 02763478. Dostupné z: <https://eds-b-ebSCOhost-com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=8fc20e34-bc97-41d6-9f29-ebbe240aa493%40sessionmgr103>

SWEETINGHAM, Rachel & WALLER, Glenn. Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev*, [online]. 2008, [cit. 2020-05-7]. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/epdf/10.1002/erv.839>

ŠTECKOVÁ, Tereza. Hodnocení rodinných vztahů z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií. *E-psychologie* [online]. 2007, [cit. 2020-05-09]. Dostupný z: <http://e-psycholog.eu/pdf/steckova.pdf>.

ŠŤOVÍČKOVÁ-JANTULOVÁ, M. Úvod do empirického výzkumu sociálních věd E_Úvod do společenskovedních metod [e-learning] [online]. Praha: FHS UK, 2009/2010. [cit. 2020-06-25]. Dostupné z: <<http://moodle.fhs.cuni.cz/course/view.php?id=614>>.

ŠVÉDOVÁ, Jarmila. Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci Brno: Občanské sdružení Anabell, 2012. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace/product/view/1/10>.

ŠVÉDOVÁ Jarmila, MIČOVÁ Lenka. Manuál pro pedagogy. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2010. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace/product/view/1/9>.

TILLER, Jane M. & Gaynor SLOANE. Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 1997, [cit. 2020-05-04]. ISSN 02763478. Dostupné z: <https://eds-b-ebSCOhost-com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=e218751d-82ca-4164-8387-10e81caal533%40pdc-v-sessmgr02>

TRAPKOVÁ, Ludmila a Vladislav CHVÁLA. Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloh. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-561-5.

VAŇKOVÁ, M. Verbální techniky dotazování. E_Úvod do společenskovedních metod [e-learning]. [online]. Praha: FHS UK, 2009/2010. [cit. 2020-06-29]. Dostupné z: <<http://moodle.fhs.cuni.cz/course/view.php?id=614>>.

VILCHES, García, I., Badía CASANOVAS, A., Fernández-ARANDA, F. et al. Characteristics of bulimic patients whose parents do or do not abuse alcohol. *Eat Weight*

Disord 7 [online], 2002. [cit. 2020-05-16]. Dostupné z:
<https://doi.org/10.1007/BF03327461>

ZANDLOVÁ, Markéta. Rozhovor [online], 2009 [cit. 2020-06-27] Dostupné z:
(<http://moodle.fhs.cuni.cz/course/view.php?id=614>).

ZANDLOVÁ, Markéta. Rozhovor. Úvod do empirického výzkumu sociálních věd [elearning].[online]. Praha: FHS UK, 2015. [cit. 2020-06-30]. Dostupné z:
<http://moodle.fhs.cuni.cz/course/view.php?id=614>.