



UNIVERZITA KARLOVA  
3. lékařská fakulta

Veronika Krátká

## Vliv covidové pandemie na výskyt poruch příjmu potravy

The effect of the covid pandemic on the  
occurrence of eating disorders

*Bakalářská práce*

Praha 2023

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V ..... dne .....

Podpis autora

## Poděkování

Na tomto místě bych chtěla v první řadě poděkovat Mgr. Aleně Teofil za vstřícnost, cenné rady a vedení mé práce. Dále děkuji doc. RNDr. Marku Petrášovi, Ph.D. za konzultování a čas, který mi věnoval. Nesmím zapomenout ani na Revírní bratrskou pokladnu, zdravotní pojišťovnu, které velmi děkuji za ochotné poskytnutí dat pro praktickou část této práce. Velké poděkování bych chtěla věnovat Bc. Vítu Pekárkovi za pomoc při úpravě práce v L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X, za pomoc s grafickou korekturou a za všechny užitečné rady, bez kterých by mi zpracování práce trvalo mnohem déle. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za velkou podporu po celou dobu mého studia.

Autor: Veronika Krátká

Studijní program: Nutriční terapie

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Alena Teofil

Pracoviště vedoucího práce: Ústav hygieny 3. LF UK

# Obsah

Úvod	6
<b>1 Vymezení poruch příjmu potravy</b>	<b>7</b>
1.1 Etiologie PPP	7
1.2 Mentální anorexie	8
1.3 Mentální bulimie	10
1.4 Psychogenní (záchvatovité) přejídání	11
1.5 Jiné specifikované poruchy příjmu potravy (OSFED)	11
1.5.1 Atypická mentální anorexie	11
1.5.2 Purgativní porucha	11
1.5.3 Syndrom nočního přejídání	12
1.6 Nespecifikované poruchy příjmu potravy (UFED)	12
1.6.1 Ortorexie	12
1.6.2 Drunkorexie	13
<b>2 Zdravotní komplikace</b>	<b>14</b>
2.1 Zdravotní komplikace u pacientů s mentální anorexií	14
2.2 Zdravotní komplikace u pacientů s mentální bulimií	15
<b>3 Léčba a nutriční intervence</b>	<b>17</b>
3.1 Nutriční intervence	17
3.2 Realimentace	18
3.3 Realimentační syndrom	19
<b>4 COVID-19 a poruchy příjmu potravy</b>	<b>21</b>
4.1 COVID-19	21
4.2 Důsledky pandemie na PPP	22
4.3 Příčiny nárůstu případů PPP a zhoršení symptomů	23
4.4 Léčba PPP při pandemii	24
<b>5 Praktická část</b>	<b>25</b>
5.1 Cíl práce	25
5.2 Výzkumné otázky	25
5.3 Soubor a metodika práce	25
5.4 Výsledky	26
5.4.1 Mentální anorexie (F50.0)	26
5.4.2 Mentální bulimie (F50.2)	30
5.5 Diskuze	33
<b>Závěr</b>	<b>37</b>
<b>Souhrn</b>	<b>39</b>
<b>Summary</b>	<b>40</b>

Bibliografie	41
Seznam tabulek	54
Seznam obrázků	55
Seznam příloh	56
Přílohy	i

# Úvod

Pandemie onemocnění COVID-19 se dotkla nás všech. Na všechny lidi na světě měla nějaký vliv, a to většinou negativní. Téměř dvouleté období plné karanténních opatření, nejistoty, stresu a samoty se na spoustě lidí podepsalo ve formě vzniku nějakého psychického onemocnění, nebo prohloubení již stávajících symptomů. Po covidové pandemii se zvýšil zájem o sezení u psycho-terapeutů, konzultace v poradenských centrech pro poruchy příjmu potravy, a narostl i počet těchto pacientů vhodných k hospitalizaci.

Poruchy příjmu potravy jsou závažná duševní onemocnění, která s sebou přináší spoustu komplikací. Onemocnění nejčastěji trpí mladé dívky, ale vyskytují se i mezi muži a napříč všemi věkovými skupinami. Domnívám se, že veřejnost, a často i pacienti sami, hodnotí tato onemocnění jako problémová jen z hlediska toho, co mohou vidět. U pacienta s mentální anorexií vidí, že je hubený v důsledku sníženého příjmu potravy. U pacienta s mentální bulimií jsou zase svědky toho, že jedinec občas jí málo, jindy se přejídá, a že po jídle odchází na toalety, pravděpodobně zvracet. Už si ale dále neuvědomují, jaké změny v organismu toto jejich chování přináší.

Já jsem se rozhodla téma poruch příjmu potravy a pandemie onemocnění COVID-19 spojit v jedno a popsat, jak covidová pandemie souvisí s nárůstem počtu pacientů s poruchami příjmu potravy. Problematika těchto onemocnění se tedy stává ještě aktuálnější, a proto mi přijde vhodné se jí více věnovat.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je tedy zjistit, jaký vliv měla covidová pandemie na pacienty s poruchami příjmu potravy, proč se u některých, již v minulosti vyléčených, pacientů onemocnění znovu objevilo a proč u spousty jedinců nově vzniklo. V teoretické části se však věnuji i vymezení poruch příjmu potravy, jejich etiologii, zdravotním komplikacím a v neposlední řadě i léčbě a realimentačnímu syndromu. Praktická část je pak zaměřena na samotnou analýzu dat získaných od pojišťovny.

O poruchy příjmu potravy jsem se začala zajímat už na střední škole a byl to i hlavní důvod, proč jsem si pro další studium na vysoké škole vybrala obor nutriční terapie. Problematika těchto onemocnění mě zajímá, chtěla bych se jí věnovat v praxi a proto jsem si toto téma vybrala i pro svou bakalářskou práci.

# 1. Vymezení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále PPP) jsou vážná duševní onemocnění, která postihují miliony jedinců na celém světě bez ohledu na rasu, věk, národnost nebo pohlaví [1]. PPP trpí výrazně častěji ženy než muži, přičemž úplně nejčastějšími pacientkami bývají dospívající dívky. Jelikož se onemocnění rozvíjí nejvíce mezi 13. až 15. rokem života, bývá dětský praktický lékař ten, kdo se s dětmi a mladistvými s PPP setká jako první. Obecně se uvádí, že v dospělém věku je jeden z deseti pacientů mužského pohlaví, ale mladší chlapci mají mezi pacienty větší zastoupení. [2]

Ztráta hmotnosti je diagnostické kritérium mentální anorexie, ale ne mentální bulimie nebo psychogenního přejídání [1]. Ve skutečnosti jsou PPP přítomny napříč všemi kategoriemi v indexu tělesné hmotnosti (BMI) [3, 4]. Jedinci s diagnózou mentální bulimie a psychogenního přejídání mohou mít tedy normální hmotnost, nadváhu, nebo i obezitu [1].

PPP se často vyskytují současně s jinými psychiatrickými onemocněními. Mezi nejčastější komorbidní poruchy patří deprese, úzkostné poruchy a poruchy nálad. [5]

PPP podstatně zvyšují úmrtnost. Sebepoškozování, sebevražedné pokusy a smrt představují některé z nejzávažnějších důsledků těchto onemocnění. [5]

## 1.1 Etiologie PPP

I přes to, jak je u PPP poněkud vysoká prevalence (podle ÚZIS se prevalence mentální anorexie u mladých žen pohybuje mezi 0,5 - 1,0 %), postrádáme komplexní porozumění jejich etiologii [1, 6]. Předpokládá se, že k onemocnění přispívá kombinace biologických, psychologických a sociálních faktorů [7, 8]. Je známo, že PPP mají tendenci se více objevovat v rodinách [9]. Také se ze studií dvojčat zjistilo, že častěji trpí mentální anorexií oba jedinci narozeni jako jednovaječná dvojčata než jako dvojvaječná [10]. Předpokládá se tedy, že k riziku rozvoje mentální anorexie přispívají z 50 % až 74 % geny [11].

Mezi rizikové faktory vzniku PPP patří obava z vysoké tělesné hmotnosti. U 10 % lidí, kteří mají obavy z přibírání se rozvine nějaká PPP. Dalším důležitým faktorem jsou osobnostní rysy. Jedním z nich, který typicky zvyšuje riziko vzniku PPP, je perfekcionismus. Ten je charakterizován jako tendence usilovat o bezchybnost. Snaha o dosažení nereálných ideálů, strach z chyb a víra, že jen dokonalost vede k sociálnímu přijetí, může vyústit v PPP. Mezi poruchy osobnosti, které podporují vznik PPP patří deprese, sklon k negativnímu sebehodnocení a nízké sebevědomí. Úzkost a stres se také řadí mezi rizikové faktory vzniku PPP. Pokud lidé očekávají, že jídlo zmírní jejich úzkost a ve stresu se uchylují ke zvýšené konzumaci potravy, může toto chování vést k psychogennímu přejídání. Neméně důležité je i to, v jakém prostředí se jedinec pohybuje. Jestliže jeho rodina, vrstevníci, kamarádi nebo spolužáci kladou velký důraz na



vzhled, snaží se napodobit hubený „ideál krásy“ a dodržují různé diety (k čemuž inklinují zejména jedinci ženského pohlaví), mohou mít na člověka špatný vliv. Sociální skupina, kterou si vybíráme a ve které se pohybujeme, tvoří důležité prostředí, které může buď přispět k rozvoji patologie příjmu potravy, nebo naopak proti němu chránit. [12]

PPP se primárně rozdělují na mentální anorexii (dále MA), mentální bulimii (dále MB) a psychogenní přejídání. Dále tu jsou ještě kategorie jinak specifikovaných PPP (OSFED) a nespecifikovaných PPP (UFED) [13]. Já se v této práci zaměřím především na MA a MB. Z nespecifikovaných PPP se blíže podívám na ortorexii a drunkorexii. Ostatní poruchy zmíním jen krátce.

## 1.2 Mentální anorexie

Mentální anorexie je termín, který doslova znamená neurotickou ztrátu chuti k jídlu [7]. Pacienti trpící MA radikálně sníží denní energetický příjem a zároveň zvýší pohybovou aktivitu, aby dosáhli nízké hmotnosti [14]. Uvádí se, že MA má nejvyšší úmrtnost ze všech psychiatrických onemocnění, jelikož může mít za následek významnou psychopatologii spolu s životem ohrožujícími zdravotními komplikacemi [7]. Poprvé byla popsána nezávisle na sobě dvěma lékaři. Už v roce 1873 tuto nemoc popsal Ernest-Charles Lasègue z Paříže a v roce 1874 Sir William Withey Gull z Londýna. [15]

Prevalence MA je méně častá než součet prevalencí jiných diagnóz poruch příjmu potravy [16, 17, 18]. Často nastupuje během dospívání nebo rané dospělosti (tj. mezi 10. až 24. rokem), typicky po stresující životní události. Časný nástup onemocnění (před pubertou) a nebo naopak pozdní nástup (po 40. roce života) se vyskytují relativně vzácně. [19] Při MA je vysoká četnost relapsů [20].

Diagnostikovat a případně léčit MA bývá někdy komplikované, protože pacienti velmi často neřekají pravdu o tom, jak se chovají a jak se cítí. Mnoho jedinců nepřiznává strach z přibírání na hmotnosti z různých důvodů (např. stud, nedostatek vhladu), zdají se být normálně fungující a v popírání jejich chování dokáží být docela přesvědčiví. Sledování jejich chování je tudíž spolehlivější indikátor než self-reporting. [7, 21] Když se jejich zdravotní stav dostane do tak špatného stavu, že je třeba jedince hospitalizovat, tak i v tu chvíli se mnohdy snaží dělat vše pro to, aby přijímali co nejméně potravy a mohli tajně cvičit. Kvůli popírání onemocnění se často nepodaří nemoc podchytit včas a léčba, popřípadě hospitalizace, bývá zahájena až když je přítomna vážná malnutrice. [14]

I když Světová zdravotnická organizace vydala 11. revizi MKN (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů), která vzešla v platnost v roce 2022, v České republice je stále v platnosti 10. revize (MKN-10), která je platná od roku 1994. Podle této 10. revize MKN je MA diagnostikována, pokud jsou splněny tyto podmínky:

1. „*Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI je*

17,5 kg/m<sup>2</sup> a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek."

2. „Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení."
3. „Přetrvává strach z tloušťky a zkršená představa o vlastním těle jako neodbytná vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové hmotnosti)."
4. „Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu."
5. „Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívčím se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna." [22]

Diagnostická kritéria pro stanovení diagnózy MA podle DSM V-TR (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch), který byl vydán roku 2022 Americkou psychiatrickou společností (APA) a zatím nebyl přeložen do češtiny, jsou:

1. Omezení energetického příjmu, což vede k výrazně nízké tělesné hmotnosti s ohledem na věk, pohlaví, dosavadní vývoj a fyzické zdraví jedince. Výrazně nízká tělesná hmotnost je definována jako hmotnost, která je menší než minimální normální, nebo u dětí a adolescentů je menší než minimální očekávaná.
2. Intenzivní strach z tloustnutí, nebo vytrvalé chování, které brání přibírání na hmotnosti i při výrazně nízké tělesné hmotnosti.
3. Narušené vnímání vlastní tělesné hmotnosti nebo tvaru těla, nepřiměřený vliv tělesné hmotnosti nebo tvaru těla na sebehodnocení, nebo přetrvávající neschopnost uznat závažnost situace při současné nízké tělesné hmotnosti. [23]

Mentální anorexie se dělí dále na dva podtypy:

- Restriktivní typ - Při tomto podtypu si jedinci hmotnostní úbytek navozují a udržují prostřednictvím omezeného příjmu potravy nebo půstu v kombinaci se zvýšeným energetickým výdejem (excesivním cvičením).

- Purgativní typ - U jedinců s tímto podtypem onemocnění se objevují epizody záchvatového přejídání a/nebo purgativního (očistujícího) chování zaměřeného na zbavení se požité potravy (např. vyvolané zvracení, užívání laxativ). [19]

### 1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie je zaujetí tělesnou hmotností a tvarem s pravidelnými epizodami záchvatového přejídání spojeného s extrémními opatřeními proti nárůstu tělesné hmotnosti způsobené oním přejídáním. MB může být obtížné diagnostikovat pro extrémní utajování záchvatového přejídání a purgativního (očistujícího) chování. U pacientů se často objevuje v anamnéze MA nebo různé diety. U některých jedinců se MB střídá s MA. U spousty osob trpících MB se současně vyskytuje jiná psychiatrická porucha. [8]

Podle 10. revize MKN platné v České republice od roku 1994 je mentální bulimie diagnostikována, pokud jsou splněny tyto podmínky:

1. *„Neustálé zaobírání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a přejídání se s konzumací velkých porcí jídla během krátké doby.“*
2. *„Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním, nebo i více způsoby. A to sice vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ (projímadel), hladovkami, anorektiky (látkami potlačující chuť k jídlu), diuretiky (léky podporujícími zvýšený výdej moči), tyreoidálními preparáty (léky na onemocnění štítné žlázy), u diabetických nemocných manipulací s inzulínovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát.“*
3. *„Specifická psychopatologie, jako je chorobný strach z tloušťky, hmotnostní práh nižší než je optimální zdravá hmotnost.“* [24]

Diagnostická kritéria pro stanovení diagnózy MB podle DSM V-TR z roku 2022 jsou:

1. Objevují se opakující se epizody záchvatového přejídání. Epizoda záchvatového přejídání je charakterizována následovně:
  - Sněžení v určitém časovém období (např. během 2 hodin) takového množství jídla, které je rozhodně větší než to, co by většina lidí snědla v podobném období za podobných okolností.
  - Jedinec má pocit nedostatku kontroly nad jídlem během epizody (např. jedinec nemůže přestat jíst, nebo kontrolovat co a kolik toho jí).
2. Objevuje se opakované nevhodné kompenzační chování, aby se zabránilo nárůstu hmotnosti (např. samovolně vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, půst, nadměrné cvičení).

3. Záchvatovité přejídání a nevhodné kompenzační chování se objevují průměrně alespoň jednou týdně po dobu 3 měsíců.
4. Hodnocení sebe samého až příliš moc závisí na tvaru a hmotnosti těla.
5. Porucha se nevyskytuje jen během epizod mentální anorexie. [25]

Pokud jedinec splňuje i diagnostická kritéria pro mentální anorexii, pak má diagnóza MA přednost [8].

## 1.4 Psychogenní (záchvatovité) přejídání

U psychogenního přejídání (binge eating disorder) se objevují epizody záchvatovitého přejídání jako u MB s tím rozdílem, že epizody nejsou pravidelně doprovázeny nevhodným kompenzačním chováním pro předcházení přibírání na hmotnosti. [26]

## 1.5 Jiné specifikované poruchy příjmu potravy (OSFED)

Jiné specifikované poruchy příjmu potravy (OSFED - Other Specified Feeding or Eating Disorder) se rozdělují podle DSM-V-TR z roku 2022 na atypickou MA, atypickou MB (s nízkou frekvencí a/nebo omezenou dobou trvání), záchvatovité přejídání (s nízkou frekvencí a/nebo omezenou dobou trvání), purgativní poruchu (purging disorder) a syndrom nočního přejídání. [27] Dále popíšu krátce jen tři z nich.

### 1.5.1 Atypická mentální anorexie

Atypická mentální anorexie má mnoho společného s mentální anorexií a také může mít za následek významnou morbiditu a mortalitu [28]. Podle nejnovějšího vydání DSM (2022) atypická MA splňuje všechna kritéria pro mentální anorexii, kromě toho, že navzdory výraznému úbytku hmotnosti je váha jedince v rámci, nebo nad normální rozsah [27]. Může tak být z toho důvodu, že tito pacienti začali hubnout, když měli nadváhu, nebo byli obézní. Nicméně, v důsledku ubývajících hmotnosti a restriktivního chování, jsou i přes normální hmotnost ve skutečnosti v malnutrici. [7]

### 1.5.2 Purgativní porucha

Očišťující porucha je charakteristická opakujícím se očištěním chováním k ovlivnění hmotnosti nebo tvaru postavy (např. samovolně vyvolané zvracení, nesprávné užívání laxativ, diuretik nebo jiných léků) při absenci záchvatovitého přejídání. [27]

### 1.5.3 Syndrom nočního přejídání

Syndrom charakterizují opakující se epizody nočního přejídání. Projevuje se jedením v noci po probuzení ze spánku nebo nadměrnou konzumací jídla po večerním jídle. Syndrom způsobuje významné úzkosti a/nebo zhoršení běžného fungování. Pro stanovení této diagnózy je důležité se nejdříve přesvědčit, zda jedinec netrpí záchvatovitým přejídáním ani jinou duševní poruchou a chování nelze přičíst jinému zdravotnímu stavu nebo účinku léků. [27]

## 1.6 Nespecifikované poruchy příjmu potravy (UFED)

I když se moje práce soustředí především na mentální anorexii a mentální bulimii, slouží i k představení poruch příjmu potravy jako takových. Proto bych ji chtěla využít i k poukázání na dvě méně známé PPP.

Do této kategorie patří jedinci s onemocněními, kteří vykazují symptomy charakteristické pro PPP, ale nespĺňují všechna kritéria pro stanovení jakékoliv konkrétní diagnózy. [27] Tyto nespecifikované poruchy představují většinu mezi diagnózami PPP [29].

### 1.6.1 Ortorexie

Ortorexie je patologická posedlost zdravou výživou. Charakterizuje se restriktivní dietou, rituálními stravovacími návyky a absolutním vyhýbáním se potravinám, které jsou považovány za nezdravé. Ačkoliv je ortorexie vlastně touhou dosáhnout optimálního zdraví, může vést k deficitům živin, zdravotním komplikacím a tedy i špatné kvalitě života. [30]

Zatím se tomuto onemocnění dostalo jen málo pozornosti a stále není oficiálně uznáno jako psychiatrická porucha. Dosud neexistuje oficiálně přijatá definice ortorexie ani standardizovaná kritéria její diagnózy. Poprvé byla tato nemoc popsána v roce 1997. [30, 31]

Ortorexie je charakteristická tím, že jedinci tráví značnou dobu zkoumáním zdroje potravy (např. zda zelenina přišla do styku s pesticidy, zda mléčné výrobky pochází od krav s hormonálními doplňky), způsobu zpracování potravy (např. jestli se při vaření výrobku neztratí živiny, nebo jestli byly do výrobku přidány konzervační látky) a balení výrobku (např. zda mohou potraviny obsahovat karcinogenní sloučeniny z obalového materiálu a zda etikety poskytují dostatek informací o jednotlivých složkách výrobků) [32]. Jedinci trpí fixací na kvalitu potravin, ne však z důvodu náboženského přesvědčení nebo snahy o ochranu životního prostředí a zvířat, ale spíše kvůli touze po dosažení maximálního vlastního fyzického zdraví. Lidé pak tráví spoustu času zkoumáním, vážením, měřením jídla a plánováním budoucích pokrmů. [30]

Jedinci mohou vynechávat z jídelníčku celé skupiny potravin, a proto ortorexie může vést k různým zdravotním komplikacím (např. osteopenie, anémie, hyponatremie, metabolická acidóza, nedostatek testosteronu). [30, 33, 34, 35]

Takovéto extrémní zaujetí zdravým stravováním může vyvolat složité stravovací vzorce. Člověk si například může nastavit pravidla, která určují jaké potraviny lze kombinovat při jednom chodu nebo jaké potraviny může jíst v určitou denní dobu. Když je pak jejich způsob stravování narušen, nebo když se dopustí potravinových prohřešků, tak se dostaví pocit frustrace, viny a sebenenávisti. Porušování diety může vyvolat touhu po sebetrestání, projevující se ještě přísnější dietou. Kromě toho jsou navíc jedinci vystaveni riziku sociální izolace, jelikož se mohou domnívat, že smí jíst zdravě jen pokud jsou sami a mají pod kontrolou své okolí, nebo mohou dokonce zaujmout postoj morální nadřazenosti a nechtějí komunikovat s ostatními lidmi, kteří se jim nepodobají. [30, 36]

Spousta rysů ortorexie odráží symptomy MA a obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD). Obě tyto diagnózy mají podobné klinické projevy, což vyvolává debatu, zda je ortorexie jedinečnou poruchou, nebo podskupinou MA či OCD. [30, 37] Ortorexie a MA mají společnou snahu o perfekcionismus, úzkostlivost, vysokou potřebu ovládat se a případně i úbytek tělesné hmotnosti. [32, 38] Obě tyto skupiny pacientů považují dodržování diety za známku sebekázně a odchýlení se od diety jako selhání v sebekontrolě [30]. Na druhou stranu mají ortorexičtí pacienti společné rysy i s pacienty trpící OCD (např. vtíravé myšlenky ohledně jídla a zdraví, které přichází v nevhodných časech, přehnané obavy z kontaminace potravy, silná potřeba připravovat si jídlo a jíst určitým způsobem) [30, 39].

## 1.6.2 Drunkorexie

Drunkorexie zahrnuje omezování kalorického příjmu, nadměrné cvičení nebo purgativní chování v kombinaci s konzumací alkoholu [40]. Lidé snižují příjem potravy a objevuje se u nich purgativní chování se záměrem kompenzovat přijaté kalorie z alkoholu [41, 42].

V literatuře se však používají různé definice drunkorexie. V jednom zdroji se uvádí, že by drunkorexie měla obsahovat jak prvky alkoholové poruchy, tak zároveň prvky poruch příjmu potravy [41]. Jiný zdroj označuje drunkorexii jako praktiku pro snížení energetického příjmu tím, že jedinec odmítá přijímat kalorie z potravy a nápojů za účasti nadměrného cvičení za účelem zabránění nárůstu tělesné hmotnosti ve dnech konzumace alkoholu [43].

Nadměrná konzumace alkoholu obecně zvyšuje riziko rozvoje několika druhů nádorů, neuropsychiatrických poruch, kardiovaskulárních a zažívacích obtíží [44]. Drunkorexie dále přispívá k těmto důsledkům konzumace alkoholu [45]. Může se zvýšit riziko vzniku chronického poškození mozku, nebo třeba výpadků paměti [46]. Nadměrné požívání alkoholu nalačno může být navíc pro zdravý člověka ještě nebezpečnější [47].

Zda se u jedince jedná o drunkorexii můžeme zjistit pomocí dvou screeningových dotazníků - Škála kompenzačního stravování a chování v reakci na konzumaci alkoholu (CEBRACS) a Škála motivů a chování drunkorexie (DMBS). [40]

## 2. Zdravotní komplikace

U jedinců s MA se zdravotní komplikace vyskytují především v souvislosti s podvýživou, ale i v důsledku užívání laxativ. Kdežto u pacientů s MB jsou komplikace nejčastěji způsobeny purgativním (očisťujícím) chováním v podobě vyvolávání zvracení a opět, už zmiňovaným, užíváním laxativ.

### 2.1 Zdravotní komplikace u pacientů s mentální anorexií

Jedinci s PPP, zejména ti s mentální anorexií, mají hodnotu BMI výrazně nižší, než by mít měli. O podváhu se u dospělých jedná při hodnotě BMI nižší než  $18,5 \text{ kg/m}^2$  a u dětí a adolescentů při BMI pod 5. percentilem podle věku jedince. [19]

S malnutricí se pojí mnoho zdravotních komplikací ve spoustě orgánových systémů, včetně kardiovaskulárního, gastrointestinálního, muskuloskeletálního, dermatologického, endokrinního, hematologického a neurologického [48, 49, 50]. Pacienti postupně ztrácí nejen zásoby tělesného tuku, ale i aktivní svalovou hmotu. Podvýživa má také za následek zpomalení rychlosti růstu u dětí. [51]

Čím je porucha příjmu potravy závažnější, tím větší je pravděpodobnost vzniku vážných komplikací, které se však mohou objevit i kdykoliv v průběhu onemocnění [52]. Pacienti jsou ohroženi rozvojem osteopenie až osteoporózy v důsledku nedostatečné proteosyntézy, sarkopenií, nebo třeba i periferní neuropatií. [14]

Pro to, aby jejich zdraví ohrožující stav byl odvrácen, je nutno u pacientů zahájit proces realimentace, aby rychle dosáhli fyziologické hmotnosti. Při realimentaci zjišťujeme pomocí různých přístrojů složení těla pacienta (např. pomocí bioimpedance), abychom viděli, jak rychle znovu nabývá tuková tkáň a svalová hmota (u které proces obnovy trvá zpravidla déle). Může se s jistotou říci, že když se tuková a svalová tkáň po realimentaci obnoví, ukládá se tuk přednostně v oblasti břicha a tricepsu, tedy centrálně. Avšak stále se zkoumá, proč tomu tak je. U obnovy svalové hmoty to takto jednoznačně určit nelze. [14, 53]

Vedle extrémní malnutrice je jednou z dalších vážných komplikací MA amenorea. Ta bývá zpočátku hlavním důvodem, proč pacientky vyhledají lékařskou pomoc. Při malnutrici se tělo snaží šetřit energii, což následně vede k supresi funkce hypotalamu a to má za následek hypogonadismus se sníženou hladinou luteinizačního hormonu, folikuly stimulujícího hormonu a estradiolu. [7] Proto je také u žen s MA snížena plodnost. Taktéž se u nich častěji vyskytují samovolné potraty, přičemž perinatální úmrtnost je asi šestkrát vyšší než u běžné populace. Novorozenci se často rodí předčasně a s nižší hmotností. [54]

Když se pacientům s MA udělají laboratorní vyšetření, velmi pravděpodobně budou zvýšené jaterní enzymy. Mohou to způsobovat jednak poškozené

hepatocyty jako následek dlouhodobého hladovění, nebo se navýšení jaterních enzymů může přechodně objevit při realimentaci. [14]

Kvůli malnutrici se může v krevním obraze objevit anémie, leukocytopenie a trombocytopenie. Anémie může být jednak normocytární normochromní, která je způsobena buď sníženou tvorbou erytrocytů nebo zvýšenou ztrátou erytrocytů, ale i hypochromní mikrocytární, která vzniká v důsledku nedostatku železa. Paradoxně ale mohou být zvýšené plazmatické hladiny vitamínu B12 (kobalaminu) a vitamínu B9 (folátu). Toto zvýšení je však způsobeno dysfunkcí hepatocytů, ze kterých tyto vitamíny unikají. [52, 55, 56, 57]

U pacientů s MA, konkrétně u purgativního typu, mohou být elektrolyty v těle v nerovnováze. Objevuje se hypokalémie a hypochlorémie a vzniká tedy metabolická alkalóza. Hypokalémie vede ke zvýšenému riziku vzniku srdečních arytmí a případně smrti. Neobvyklá není ani hyponatrémie. Ta vzniká u pacientů, kteří pijí velké množství vody buďto kvůli falšování hmotnosti při vážení, nebo aby omezili pocit hladu. [7] Hyponatrémie může vést k neurologickým projevům, od zmatenosti až po kóma a může způsobovat záchvaty [58].

## 2.2 Zdravotní komplikace u pacientů s mentální bulimií

Mortalita je u MB mnohem nižší než u MA. Mohou však nastat komplikace v podobě závažných změn elektrolytů v těle způsobených samovolně vyvolávaným zvracením nebo zneužíváním laxativ a diuretik. Nejčastěji se vyskytuje metabolická alkalóza a hypokalémie. Snížená hladina draslíku je způsobena jednak samotným zvracením, a pak i z důvodu zvýšené sekrece aldosteronu pro udržení krevního tlaku v objemově vyčerpaném organismu. [59] Hypokalémie, jelikož způsobuje srdeční arytmiie, je pravděpodobně hlavním důvodem úmrtnosti při MB [60].

Pacienti s MB si samovolně vyvolávají zvracení. Většina z nich k tomu používá vlastní prsty, nebo jiné předměty [59]. Někteří však volí nebezpečnější cestu, a to je užívání hlavěnkového sirupu. Vyvolávání zvracení touto cestou je ještě více nevhodné z toho důvodu, že hlavěnka dávivá (ze které je tento sirup vyroben) obsahuje alkaloid emetin. Ten jednak vyvolává zvracení, což je u pacientů s MB žádoucí, zároveň ale nese riziko rozvoje kardiomyopatie. [61]

Samovolně vyvolané zvracení má běžně za následek zvětšení průušných žláz. Tento výrazný oboustranný otok je sice minimálně bolestivý, avšak je velmi těžce přijímaný pacienty, pro které je jejich vzhled stěžejní. [62]

Nadměrné zvracení může vést k přetrvávajícímu refluxu žaludeční kyseliny a zapříčinit tak dysfagii a dyspepsii [59]. Může se objevit i perimolýza, neboli eroze dentinu a skloviny, v důsledku opakovaného styku žaludeční kyseliny se zuby [63]. Kyselina také způsobuje poškození hrtanu se zánětlivými změnami na hlasivkách a to pak může vést ke chraplavému hlasu jedince [64]. Podobně se u těchto pacientů vyskytuje orální mukositida a cheilitida [59].

Nadměrné užívání laxativ je také běžných chováním pacientů s MB, které může mít potenciálně za následek opět hypokalémii [65]. Kromě změn elektro-



lytů v těle může chronické zneužívání laxativ způsobovat gastrointestinální potíže (např. průjemy, hemoroidy, výhřez konečníku a změny v tlustém střevě) [66, 67, 68].

## 3. Léčba a nutriční intervence

V této kapitole se zmíním o roli nutričního terapeuta, jakožto člena multidisciplinárního týmu, v léčbě PPP. Následně se budu věnovat léčbě PPP. Vzhledem k mému studijnímu oboru se budu v první řadě zabývat léčbou malnutrice, tedy realimentací a s ní spojeným realimentačním syndromem.

Nezbytnou součástí léčby PPP je však i psychologická podpora. Nejvyužívanější a neúčinnější je především kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Mezi další používané metody patří individuální nebo rodinná terapie. [69]

Farmakoterapie se u PPP běžně nedoporučuje. Pouze v nezbytných případech, kdy je ohrožen život, nebo je-li přítomna nějaká komorbidní porucha, se využívají neuroleptika, anxiolytika nebo antidepresiva (nejčastěji SSRI). SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) se někdy používají pro léčbu MB, jelikož byl dokázán jejich efekt na snížení frekvence záchvatovitých epizod. [69]

### 3.1 Nutriční intervence

Při PPP jsou nutriční terapeuti považováni za nedílnou součást multidisciplinárního týmu. Spolu s dalšími členy týmu (např. psychoterapeutem a klinickým lékařem) se podílí na vyléčení pacientů s PPP, přičemž je na ně pohlíženo jako na specialisty s jedinečnou kvalifikací poskytovat léčebnou nutriční péči. [70, 71]

Pokud je nutriční terapeut první zdravotnický pracovník, se kterým jedinec s PPP přichází do styku, je pak na něm, aby správně posoudil, zda by se u jedince mohlo jednat o nějakou PPP a doporučit mu návštěvu psychoterapeuta a provedení laboratorního vyšetření. Lidé totiž mohou navštívit nutričního terapeuta, aby se s ním poradily o svých stravovacích návycích, a přitom vůbec nemusí tušit, že trpí PPP. Pro identifikaci PPP může nutriční terapeut využít například screeningový nástroj Eating Attitudes Test (EAT-26), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), nebo do češtiny přeložený Screening časných příznaků poruch příjmu potravy - česká verze (SEEDS-CZ) (příloha práce č. 1). [70, 72]

Pokud už u pacienta byla diagnostikována PPP, první kroky nutričního terapeuta by měly směřovat k odebrání nutriční anamnézy. Nutriční terapeut by se měl seznámit s tím, zda pacient trpí nějakým onemocněním, při kterém je třeba dodržovat určitá dieta. Také by měl zjistit nejen to, zda jedinec s PPP užívá laxativa, nebo nějaké doplňky stravy, ale i jak se měnila jeho tělesná hmotnost v průběhu času, kolik za den vypije tekutin (pitný režim bývá zvýšený) a zároveň jaké tekutiny požívá (káva, alkohol) a zda trpí nějakými trávicími nebo vylučovacími obtížemi. [73]

Je důležité se pacienta zeptat i na jeho dětství a na to, jaký vztah k jídlu v této době měl. Velmi často totiž jedinci s PPP sdělují, že byli v dětství obézní, nebo že jejich stravovací návyky byly nezdravé. Výjimkou není ani to, že patologické stravování pramení ze stravovacích návyků rodiny pacienta.

Jedním z těchto potenciálních spouštěčů onemocnění může být to, že členové domácnosti nejsou zvyklí jíst spolu. Mezi další faktory může patřit naprosto běžné dennodenní přejídání rodičů pacienta, nebo naopak držení extrémních diet nějakým členem rodiny. Je důležité se pacienta zeptat, zda, a případně jaké, diety držel i on, či zda se stravuje alternativním způsobem. Jedinci s PPP mívají vůči různým skupinám potravin předsudky, které často pramení právě z těchto způsobů stravování. [73]

Aby si mohl nutriční terapeut udělat představu o pacientově stravování, může mu dát vyplnit dotazník o frekvenci konzumace jednotlivých druhů potravin. Dále by pro jeho práci bylo ideální, kdyby si pacient s PPP denně zapisoval, co jedl. Avšak pro některé jedince to může být velmi stresující, takže je třeba se uchýlit jen k zapisování počtu jídel během dne. Když u pacienta proběhne epizoda nevhodného kompenzačního chování (např. vyvolání zvracení) je vhodné, aby ji poznamenal. [73]

Je třeba pacientovi představit, jak vypadá vyvážený jídelníček, avšak pro jeho léčbu je důležité mu sestavit individuální jídelní plán, k jehož vytváření by měl být pozván. Je však zapotřebí, aby se jedinec začal stravovat pravidelně a nejméně třikrát denně. Jelikož pacienti s PPP mají velmi často zkreslenou představu o velikosti běžné porce, je příhodné jim ukázat, jak vypadá, aby pak oni sami mohli reflektovat, jaké množství z běžné porce snědli. [73] Edukace o výživě, a všech tématech, které se k ní vážou (např. energetická potřeba organismu, dopady nedostatku Fe a Ca) by měla být zaměřena nejen na pacienta, ale případně i na člověka, který zodpovídá za jeho stravování (např. rodiče u dětí). [70]

Společně ve spolupráci s pacientem by měl nutriční terapeut vytvořit nutriční cíle a následně podle nich vytvořit nutriční plán. V průběhu léčby by pak samozřejmě měl průběžně monitorovat a hodnotit stav pacienta. [70]

Nutriční terapeut by měl pacientovi s PPP pomoci nastavit si zdravý vztah k jídlu. Měl by se snažit pacienta přimět zařazovat do jídelníčku i potraviny, které se iracionálně bojí a brání konzumovat a umět mu vysvětlit, proč jsou pro jeho zdraví důležité. Při léčbě potom podporuje pacienta, aby si nové chování a postoje ke stravě udržel a docílil tak fyzického i psychického uzdravení. Tímto vším může být nutriční terapeut nápomocen při léčbě poruch příjmu potravy. [73, 70]

## 3.2 Realimentace

Při léčbě MA je zásadní co nejdříve vrátit pacienta zpět na fyziologickou tělesnou hmotnost, díky čemuž se obnoví fyziologická stabilita organismu a rychlost růstu u dětí. Realimentací se chce docílit snížení rizika úmrtí v důsledku malnutrice, odvrácení komplikací a zlepšení nutričního a psychického stavu. [20]

Dříve se doporučovalo podávat hospitalizovaným pacientům nízkokalorickou dietu a postupně zvyšovat kalorický příjem. Nyní však existují důkazy, že včasná a rychlá obnova hmotnosti má vliv na dobrou prognózu pacienta, což ospravedlňuje agresivní přístup k realimentaci v raných fázích onemoc-

nění. [74] Studie provedena v roce 2021 porovnávala efekt vysokokalorické a nízkokalorické diety. V této studii bylo 111 malnutričních pacientů rozděleno na 2 skupiny, přičemž první skupina o 60 lidech byla léčena vysokokalorickým přístupem (2000 kcal/den, každý den zvýšení o 200 kcal) a druhá skupina, ve které bylo 51 pacientů, nízkokalorickým (1400 kcal/den, každý druhý den zvýšení o 200 kcal). Po 1 roce od ukončení léčby nebyly zjištěny žádné rozdíly mezi vysokokalorickou a nízkokalorickou realimentací v míře klinické remise, rehospitalizace a počtu dnů hospitalizace. Vysokokalorická léčba je tedy podporována, jelikož nepřináší více komplikací než léčba nízkokalorická a navrácení pacienta zpět na jeho fyziologickou hmotnost je rychlejší. [75]

Optimální realimentační dieta prozatím zůstává nedefinována [76]. Doporučuje se sestavit individuální jídelní plán nutričním terapeutem [77]. Výpočet energetického příjmu by měl brát v úvahu co nejrychlejší obnovení nutričního stavu s ohledem na fyziologické limity závažnosti podvýživy a psychickou kapacitu pacienta tolerovat nárůst hmotnosti [78].

Pro zvýšení kalorického příjmu pacienta se využívají tři cesty podání výživy - orální, enterální a parenterální [20]. Nasogastrická sonda se indikuje při hospitalizaci, kdy není možné podávat stravu perorálně [79]. U podávání parenterální výživy byly sice zaznamenány mírně vyšší přírůstky hmotnosti, avšak nedoporučuje se pro komplikace, které způsobuje (např. sepse, edém dolních končetin, hypofosfatémie, zvýšení jaterních enzymů). Jedinou indikací pro parenterální výživu u MA jsou GIT komplikace, které vylučují enterální výživu. [20, 80]

### 3.3 Realimentační syndrom

Realimentační (refeeding) syndrom je metabolický stav charakterizovaný hypofosfatémií, hypomagnezémií, hypokalémií a hypo- nebo hyperglykemií, který vzniká v důsledku obnovení příjmu potravy. Může vést k vážným komplikacím a případně i smrti. V nejzávažnější formě se syndrom projevuje srdeční arytmií, srdečním selháním, hemolytickou anémií, respiračním selháním kvůli svalové slabosti, kómatem a náhlou smrtí. [20]

Během dlouhodobého hladovění se nakonec vyčerpají zásoby energie, vitamínů a stejně tak i intracelulárních elektrolytů. Sérové koncentrace těchto elektrolytů však mohou zůstat normální. K úbytku elektrolytů navíc přispívá průjem, zvracení nebo užívání diuretik. [81, 82]

Při hladovění se sekrece inzulínu snižuje v reakci na snížený příjem sacharidů. Realimentační syndrom je důsledkem pohybu glukózy a elektrolytů (zejména fosforu, ale i draslíku a hořčíku) z extracelulárního do intracelulárního prostoru v reakci na prudký nárůst inzulínu po zvýšení příjmu energie a obnovení anabolických procesů v organismu. V důsledku přesunutí elektrolytů do intracelulárního prostoru dojde k poklesu jejich plazmatické hladiny a to může mít za následek rozvoj příznaků. [83]

Klíčovým rizikovým faktorem realimentačního syndromu je malnutrice a může se tedy objevit, když jsou těžce podvyživení pacienti vyživováni příliš rychle [20]. Vyskytuje se zejména v souvislosti se sondovou enterální nebo

parenterální výživou, ale může nastat i u pacientů s perorálním příjmem [84]. Riziko rozvoje realimentačního syndromu je nejvyšší během prvního týdne hospitalizace [80].

Dříve se doporučovalo, aby hmotnostní přírůstek činil 0,5 - 1,4 kg za týden, aby se právě předešlo realimentačnímu syndromu [84]. Nyní je hlavní nejdříve identifikovat rizikové pacienty a provést nutriční screening. Mezi rizikové skupiny pacientů patří ti, kteří jsou podvyživení v důsledku sníženého příjmu potravy (např. pacienti s MA, s dysfagií), ti, kteří trpí sníženou absorpcí živin (např. při zánětlivých onemocněních střev, celiakii) a ti, kteří mají zvýšené metabolické nároky (např. při rakovině, po operaci). [82] Podle doporučení ASPEN z roku 2020 by se u dospělých pacientů mělo začít buď v prvních 24 hodinách podáním 100 - 150 g dextrózy nebo podáváním 10 - 20 kcal/kg/den. Dále by se pak mělo jednou za 1-2 dny postoupit o 33 % nutričního cíle. U pacientů s vysokým rizikem vzniku realimentačního syndromu a u pacientů s nízkými hladinami elektrolytů v séru je třeba zvážit odložení zahájení realimentace nebo zvýšení příjmu kalorií, dokud nebudou elektrolyty doplněny nebo jejich hodnoty nebudou v normálním rozmezí. [81] Plazmatické ionty (zejména fosfor, sodík, hořčík a draslík) by měly být pečlivě monitorovány před zahájením i v průběhu realimentace. Doporučuje se, aby byla suplementace vitamínů zahájena co nejdříve. Doplnky minerálních látek by měly být podávány, pokud jejich hladiny v krvi před realimentací nebyly vysoké. [82]

Pokud realimentační syndrom vznikne, je třeba zpomalit rychlost podávání výživy a doplnit nezbytné elektrolyty. [82]

## 4. COVID-19 a poruchy příjmu potravy

Na přelomu let 2019 a 2020 se světem začalo šířit respirační onemocnění způsobené novým koronavirem, oficiálně nazvaným COVID-19. První tři případy nákazy koronavirem v České republice byly potvrzeny 1. března 2020. [85] Dne 11. března 2020 byly v České republice uzavřeny základní, střední i vysoké školy [86]. Další den byl pak vyhlášen nouzový stav po dobu 30 dnů, který s sebou přinesl mimo jiné omezení volného pohybu osob [87, 88]. Následovaly téměř dva dlouhé roky plné protiepidemických opatření, uzavírání a znovuotevírání škol a omezení kulturních i sportovních akcí. Tento čas byl velmi stresující, plný strachu a podepsal se hlavně na psychickém zdraví osob. Bylo prokázáno, že u jedinců, kteří netrpěli žádným psychickým onemocněním, se po prodělání onemocnění COVID-19 častěji vyskytla nějaká první psychická diagnóza. A zároveň přítomnost psychického onemocnění u jedinců byla spojena s vyšším výskytem onemocnění COVID-19. [89] V této kapitole popíšu onemocnění COVID-19 a rozeberu, jaký vliv měla covidová pandemie na lidi s poruchami příjmu potravy a proč se u některých jedinců nemoc nově, nebo znovu objevila.

### 4.1 COVID-19

Koronavirové onemocnění (COVID-19) je infekční onemocnění způsobené virem SARS-CoV-2. [90]

Koronaviry jsou velké RNA viry, které mohou infikovat nejen lidi, ale i spoustu druhů zvířat. Existují čtyři podčeledi koronavirů - alfa, beta, gama a delta. Alfa a beta koronaviry pocházejí ze savců, zejména z netopýrů. Gama a delta koronaviry pocházejí z prasat a ptáků. Lidé se mohou infikovat sedmi podtypy koronavirů, z nichž beta-koronaviry mohou způsobit závažná onemocnění a případně i smrt, zatímco alfa-koronaviry způsobují asymptomatická nebo mírně symptomatická onemocnění. SARS-CoV-2 patří do beta-koronavirů. [90]

Pacienti s infekcí SARS-CoV-2 mohou vykazovat příznaky od mírných až po těžké, přičemž u spousty jedinců je průběh onemocnění úplně bez příznaků. Tito lidé se pak stávají asymptomatickými přenašeči. [91]

U manifestních případů nastupují klinické projevy onemocnění obvykle za necelý týden od nákazy. Mezi klasické projevy patří horečka, kašel, ucpaný nos, únava a další příznaky infekce horních cest dýchacích. Infekce může progredovat do těžkého onemocnění provázeného dušností, nebo do pneumonie. [90] Někteří pacienti popisovali gastrointestinální potíže, jako je zvracení, průjem a bolesti břicha. Mezi časté příznaky patří i ztráta chuti a čichu. [92] Často je postižen i kardiovaskulární systém (myokarditida, akutní infarkt myokardu, dysrytmie). [91]

Virus SARS-CoV-2 se šíří vzduchem (kapénková infekce) a jeho průměrná inkubační doba je 6,4 dne. [91]

Léčba těžkých případů onemocnění COVID-19 spočívá především v prevenci a léčbě komplikací a prevenci sekundárních infekcí. Pacienty s mírným průběhem onemocnění není třeba hospitalizovat. Doporučuje se klid na lůžku a symptomatická léčba. Vakcína k prevenci onemocnění COVID-19 je možná nejlepší způsob, jak se onemocnění vyvarovat. [91]

Začátek epidemie se datuje mezi koncem listopadu 2019 a začátkem prosince 2019 v čínském Wuhanu. Od té doby se virus rozšířil po celém světě a ke dnešnímu dni infikoval více než 765 000 000 lidí. [91, 93]

## 4.2 Důsledky pandemie na PPP

Pandemie onemocnění COVID-19 má široké sociální důsledky na lidi po celém světě. Zatímco původní reakce vlády se soustředila na vymýšlení strategií s cílem omezit šíření viru a vytvoření dostatečné kapacity v nemocnicích pro léčbu pacientů s akutními zdravotními komplikacemi, tak postupem času začalo být zřejmé, že budou následovat významné sociální, ekonomické a duševní důsledky způsobené onemocněním, nebo spíše karanténami opatřeními. [94]

Podle studie publikované v červenci 2021 vzrostla incidence PPP v roce 2020 o 15,3 % oproti předchozím letům. Nárůst se týkal primárně MA. Studie analyzovala elektronické zdravotní záznamy lidí do 30 let věku (žijících většinou v USA), a dále uvádí, že relativní riziko ke konci roku 2020 přesáhlo hodnotu 1,5. To znamená, že covidová pandemie byla rizikovým faktorem vzniku PPP. [95]

Během pandemie onemocnění COVID-19 se také výrazně zvýšil počet hospitalizovaných pacientů s diagnózou PPP. Systematický přehled zveřejněný v dubnu roku 2022, který zahrnoval 53 studií provedených od listopadu 2019 do října 2021 týkajících se vztahu mezi covidovou pandemií a jedinci s PPP uvádí, že počet hospitalizovaných pacientů během pandemie vzrostl průměrně o 48 % ve srovnání s lety před pandemií. [96]

Studie zveřejněná v září 2020 zkoumala změny ve stravování pacientů s PPP a obezitou v průběhu plošné karantény v Barceloně. Vzorek tvořilo 121 účastníků (87 pacientů s PPP a 34 pacientů s obezitou), kteří vyplnili dotazník CIES. CIES (COVID Isolation Eating Scale) je dotazník, ve kterém pacienti s PPP nebo obezitou sami za sebe hodnotí dopad plošné karantény na jejich stravovací návyky. Účastníci byli z různých dětských i dospělých center pro léčbu PPP, kteří s léčbou začali už před vypuknutím pandemie. Obézní účastníky tvořili kandidáti pro bariatrickou operaci. Je zajímavé, že ať už pozitivní, či negativní dopady plošné karantény závisí na konkrétní diagnóze. Zatímco u pacientů s MA se léčba dařila i přes koronavirová opatření a u pacientů s MB nebyly zjištěny žádné významné změny, tak u pacientů s OSFED se prohloubila psychopatologie. [97] Jiná studie, prováděná též pomocí online dotazníku v dubnu a květnu roku 2020 v USA a Nizozemsku, však uvádí, že jedinci s MB a s diagnózou psychogenního přejídání hlásili více epizod záchvatovitého přejídání ve srovnání s obdobím před pandemií. [98]

Diskutuje se také o tom, že by onemocnění COVID-19 mělo přímé důsledky na PPP. Některé symptomy tohoto onemocnění, jako například částečná nebo celková ztráta čichu a chuti, následně ovlivňovaly celkovou chuť k jídlu. [99]

### 4.3 Příčiny nárůstu případů PPP a zhoršení symptomů

Při pandemii lidé často pociťovali “nedostatek kontroly” nad tím, co se děje ve světě [97]. Někteří se tak mohli domnívat, že úprava stravovacích návyků byl jediný způsob, kterým mohli získat kontrolu nad nejistotou a osamělostí, kterou s sebou pandemie a karanténní opatření přináší. [100]

Jedním z důvodů, proč během pandemie přibylo pacientů s PPP, je nepochybně stres, který pramenil ze sociální izolace, strachu z nakažení a ztráty blízkých. Specifickou skupinu tvoří zdravotníci. Mnoho z nich se muselo izolovat od svých rodin, pracovat přesčas, a byli tak vystaveni ještě většímu stresu. [101]

Další důvod mohou tvořit média. Jednak proto, že nedostatek osobních interakcí vedl ke zvýšení stráveného času na sociálních sítích. Už dříve byla prokázána korelace mezi používáním sociálních médií a symptomatologií PPP. Sledování, chválení a úspěch lidí s hubenou postavou může u některých jedinců vést k negativním postojům k vlastnímu tělu a narušení stravovacích návyků. [101] Dále se během pandemie objevily zprávy, které varovaly před přírůstkem hmotnosti souvisejícím s karanténou v důsledku nedostatečného pohybu. Lidé s PPP v průběhu pandemie uvedli, že tento neustálý příval informací o zdraví, cvičení a konzumaci jídla medii poškozoval jejich probíhající zotavení, v některých případech měly dokonce za následek znovuoživení symptomů PPP. [99]

Jak čas postupoval a protiepidemická opatření se začala rozvolňovat, lidé se začali znovu navzájem setkávat. Ti, kterým se během karantény výrazně změnila hmotnost, se setkali s negativními komentáři o svém těle od přátel, které neviděli několik měsíců. Tyto poznámky od blízkých také mohly mít za následek vznik PPP. [99]

Omezení pohybu a zavírání fitness center mohlo vést k ještě větší kontrole hmotnosti pomocí restrikce potravy a jiného nezdravého chování u jedinců s PPP. [101]

Vyšší riziko vzniku, prohloubení nebo relapsu PPP mohou způsobovat také celkově nové životní podmínky, narušení každodenních návyků a obtížnější přístup k zdravotnickým pracovníkům. [102] Důvodem může být třeba i negativní vliv rodiny, se kterou byl jedinec nucen trávit čas po dlouhou dobu a ztratil přístup k jiným sociálním skupinám. Na druhou stranu ale mohlo uškodit i to, že člověk žil sám a byl ochuzen i o kontakt s minimálním počtem lidí. Mnozí lidé totiž jednoduše nejí, když jsou sami, nebo se jejich stravovací návyky zásadně mění, když nejsou pozorováni ostatními a není kdo by je podporoval a poháněl k odpovědnosti za svůj život. [99]



## 4.4 Léčba PPP při pandemii

Mnoho psychoterapeutů se pandemické situaci rychle přizpůsobilo a přesunulo svá setkání s klienty do online prostředí, takže spousta pacientů mohla využít online setkání a tím tak nepřerušit léčbu. Je prokázáno, že kognitivně-behaviorální terapie probíhající online je zhruba stejně účinná jako klasická “tváří v tvář”. [103, 104] Největší míru nespokojenosti s online terapií ve srovnání s předchozí osobní terapií projevíli pacienti s MA. [105]

Kromě toho, že se v průběhu pandemie nemusela přerušit léčba, nesou s sebou online setkání i další výhodu. Díky tomu, že se na terapie nemohlo osobně docházet na určité místo, mohli se rodinných terapií účastnit i rodinní příslušníci, kteří bydlí daleko od sebe a normálně by pro ně nebylo možné se do terapie zapojit. Je však nutno podotknout, že přesunutí rodinné terapie do online prostředí bylo navrženo již dříve. [106]

Přínosem v léčbě PPP byl také vznik formálních (tj. vedené psychologickými odborníky), i neformálních (tj. organizované na online fórech, kde lidi komunikovali mezi sebou) online podpůrných skupin. [107]

Je třeba poznamenat, že pandemie vedla i k sebereflexi a někteří jedinci si uvědomili, že trpí PPP, což je přimělo vyhledat léčbu. Někteří navíc dokázali volný čas využít ke zotavení. [99]

## 5. Praktická část

Praktická část mé bakalářské práce spočívá ve vyhodnocení dat získaných od Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny.

### 5.1 Cíl práce

Cílem této práce bylo zjistit, zda se po propuknutí covidové pandemie zvýšil počet pacientů s poruchami příjmu potravy, konkrétně s mentální anorexií a mentální bulimií, ve srovnání s lety před pandemií.

### 5.2 Výzkumné otázky

Hlavní stanovená výzkumná otázka zní:

Zvýšil se podíl pojištěnců s diagnózou mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2) po propuknutí covidové pandemie (v letech 2020 - 2022) oproti letům před pandemií?

Dále jsou stanoveny výzkumné otázky v jednotlivých kategoriích:

Zvýšil se podíl pojištěnců s mentální anorexií/mentální bulimií po propuknutí covidové pandemie (v letech 2020 - 2022) oproti letům před pandemií v následujících kategoriích?

- muži do 18 let
- ženy do 18 let
- muži nad 18 let
- ženy nad 18 let

V jaké z těchto skupin je patrná největší změna?

### 5.3 Soubor a metodika práce

Pomocí e-mailové komunikace jsem oslovila sedm zdravotních pojišťoven působících v České republice, zda by mi poskytly data o tom, kolik jejich pojištěnců mezi lety 2018 - 2022 mělo stanoveno diagnózu F50.0 a F50.2. Dále jsem žádala o rozdělení pojištěnců na kategorie muži, ženy, pojištěnci do 18 let a pojištěnci nad 18 let. Jedna pojišťovna mi na zasláný e-mail neodpověděla vůbec. Pět pojišťoven mi data poskytlo, ale bohužel byla pro tuto práci nedostačující. Rozhodla jsem se tedy zpracovávat data od Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny, která mi poskytla vhodné podklady. Data (tabulky) zasláná od této zdravotní pojišťovny jsou k dispozici v příloze práce (příloha č. 2 a příloha č. 3).

Zkoumaný soubor tvořili tedy všichni pojištěnci Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny, kteří byli registrováni u této pojišťovny mezi lety 2018 - 2022, a kterým byla v těchto letech diagnostikována mentální anorexie (F50.0) nebo mentální bulimie (F50.2).

V bakalářské práci byla použita metoda deskriptivní (popisné) statistiky. Analyzovala jsem, jaký podíl tvořili pojištěnci s diagnózou mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2) mezi všemi pojištěnci dané pojišťovny v jednotlivých letech. V rámci každé diagnózy jsem se rozhodla pojištěnce rozdělit na 4 kategorie podle pohlaví a věku - muži do 18 let, ženy do 18 let, muži nad 18 let a ženy nad 18 let. V každé z těchto kategorií jsem sledovala, zda byl jejich podíl, který tvořili mezi všemi pojištěnci v dané kategorii, vyšší v letech po propuknutí covidové pandemie (2020 - 2022) oproti letům před pandemií (2018 - 2019).

Vyhodnocování dat a tvorbu grafů jsem prováděla v programu Microsoft Excel.

## 5.4 Výsledky

Výsledky jsou prezentovány v tabulkách, kde je vždy uvedeno, jaký podíl tvořili pojištěnci s diagnózou mezi všemi pojištěnci v určité kategorii v daném roce. Následně byly hodnoty převedeny do grafického zobrazení. Jelikož se jedná o nízké hodnoty, jsou číselné hodnoty v tabulkách pro přehlednost zaokrouhleny. Při tvorbě grafů jsem pracovala s nezaokrouhlenými hodnotami.

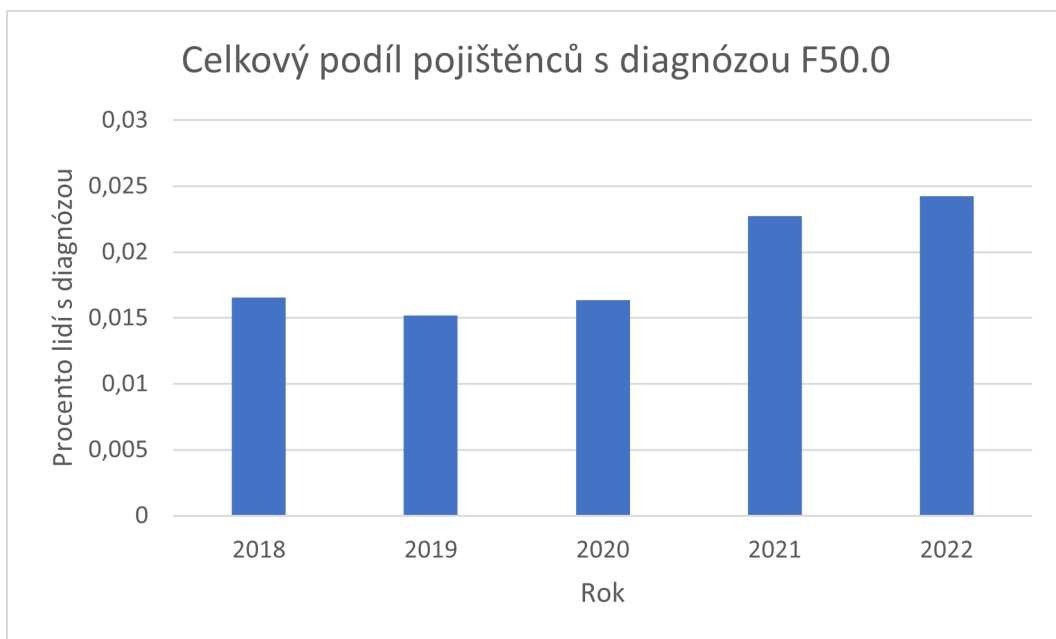
### 5.4.1 Mentální anorexie (F50.0)

Tabulka 5.1 a graf (obrázek 5.1) znázorňují podíl pojištěnců s mentální anorexií u obou pohlaví ve všech věkových kategoriích.

Tabulka 5.1: Celkový podíl pojištěnců s diagnózou F50.0

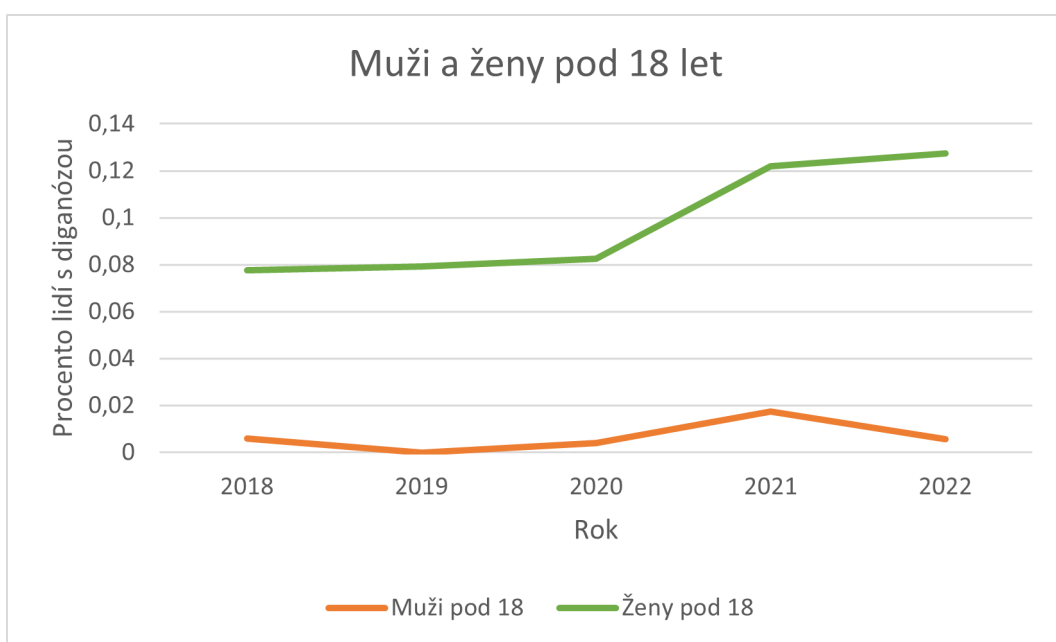
Rok	Celkový podíl pojištěnců s diagnózou F50.0
2018	0,017
2019	0,015
2020	0,016
2021	0,023
2022	0,024

V roce 2018 tvořil celkový podíl pojištěnců s diagnózou mentální anorexie 0,017 %, v roce 2019 0,015 % a v roce 2020 0,016 %. V těchto třech letech byl tedy výskyt mezi pojištěnci podobný. Nárůst však přichází v roce 2021 - 0,023 % pojištěnců s diagnózou. Rok 2022 je podobný tomu předchozímu, pojištěnci s diagnózou tvořili 0,024 % ze všech pojištěnců Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny.



Obrázek 5.1: Celkový podíl pojištěnců s diagnózou F50.0

Graf na obrázku 5.2 srovnává dvě kategorie - pojištěnce mužského pohlaví do 18 let věku a pojištěnce ženského pohlaví do 18 let věku.



Obrázek 5.2: Podíl mužů a žen pod 18 let s diagnózou F50.0

U mužských pojištěnců byl výskyt v letech 2018 a 2020 podobný. V roce 2018 tvořilo podíl 0,006 % pojištěnců, v roce 2020 0,004 % pojištěnců. V roce 2019 se mezi pojištěnci nevyskytoval žádný nezletilý muž s diagnózou mentální anorexie. Peak byl v roce 2021, kde podíl tvořilo 0,017 % jedinců. V roce 2022 pak podíl pojištěnců klesl na hodnotu podobnou té v roce 2018, tedy 0,006 %.

U mladých žen do 18 let je však situace odlišná. V letech 2018, 2019 a 2020 byl podíl pojištěnců v této kategorii téměř konstantní. Podíl jedinců s diagnózou mentální anorexie dosahoval hodnot 0,077 % v roce 2018, 0,079 % v roce 2019 a 0,082 % v roce 2020. Právě od roku 2020 můžeme pozorovat prudký nárůst na hodnotu 0,122 % v roce 2021 a následně v roce 2022 další mírné zvýšení na hodnotu 0,127 %.

Tabulka 5.2: Podíl mužů pod 18 let s diagnózou F50.0

Rok	Podíl mužů pod 18 let s diagnózou F50.0
2018	0,006
2019	0
2020	0,004
2021	0,017
2022	0,006

Tabulka 5.3: Podíl žen pod 18 let s diagnózou F50.0

Rok	Podíl žen pod 18 let s diagnózou F50.0
2018	0,077
2019	0,079
2020	0,082
2021	0,122
2022	0,127

Graf na obrázku 5.3 porovnává mužské a ženské dospělé pojištěnce.

Z grafu vyplývá, že podíl mužských pojištěnců nad 18 let byl v průběhu let 2018 - 2022 téměř konstantní. V letech 2018, 2019 a 2020 tvořili jedinci s diagnózou mentální anorexie 0,001 % ze všech lidí v této kategorii a v letech 2021 a 2022 0,002 %.

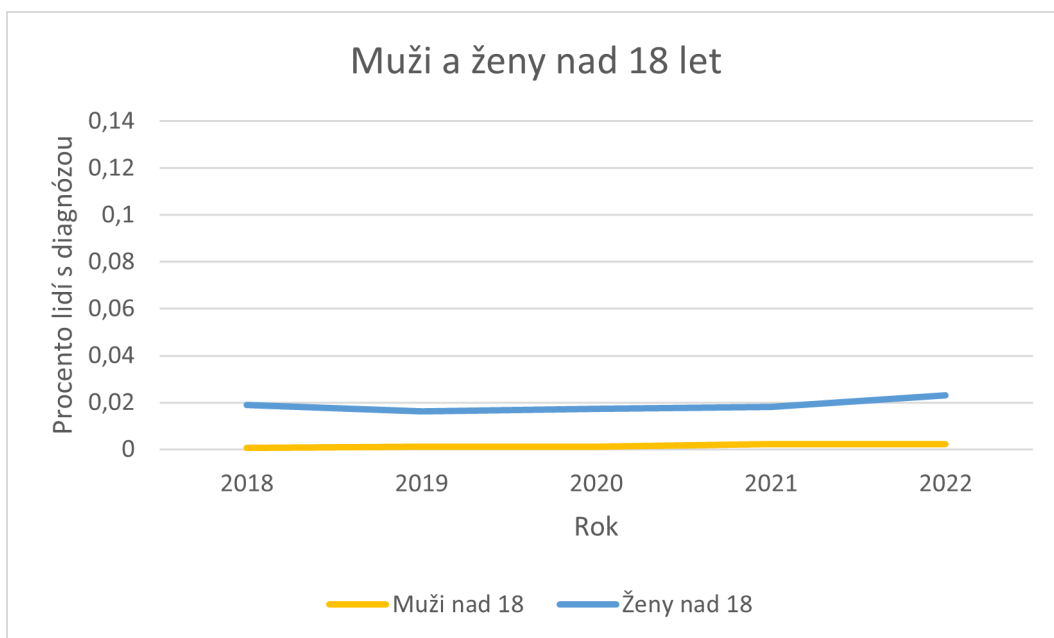
Podíl ženských dospělých pojištěnců s diagnózou F50.2 se v roce 2018 rovnal číslu 0,019 %, v roce 2019 číslu 0,016 %, v roce 2020 0,017 %, v roce 2021 0,018 % a v roce 2022 0,023 %. Modrá linie na grafu na obrázku 5.3 znázorňuje tuto skupinu pojištěnců a můžeme vidět, že i podíl jedinců s diagnózou v této kategorii byl v průběhu zmíněných 5 let téměř konstantní.

Tabulka 5.4: Podíl mužů nad 18 let s diagnózou F50.0

Rok	Podíl mužů nad 18 let s diagnózou F50.0
2018	0,001
2019	0,001
2020	0,001
2021	0,002
2022	0,002

Tabulka 5.5: Podíl žen nad 18 let s diagnózou F50.0

Rok	Podíl žen nad 18 let s diagnózou F50.0
2018	0,019
2019	0,016
2020	0,017
2021	0,018
2022	0,023



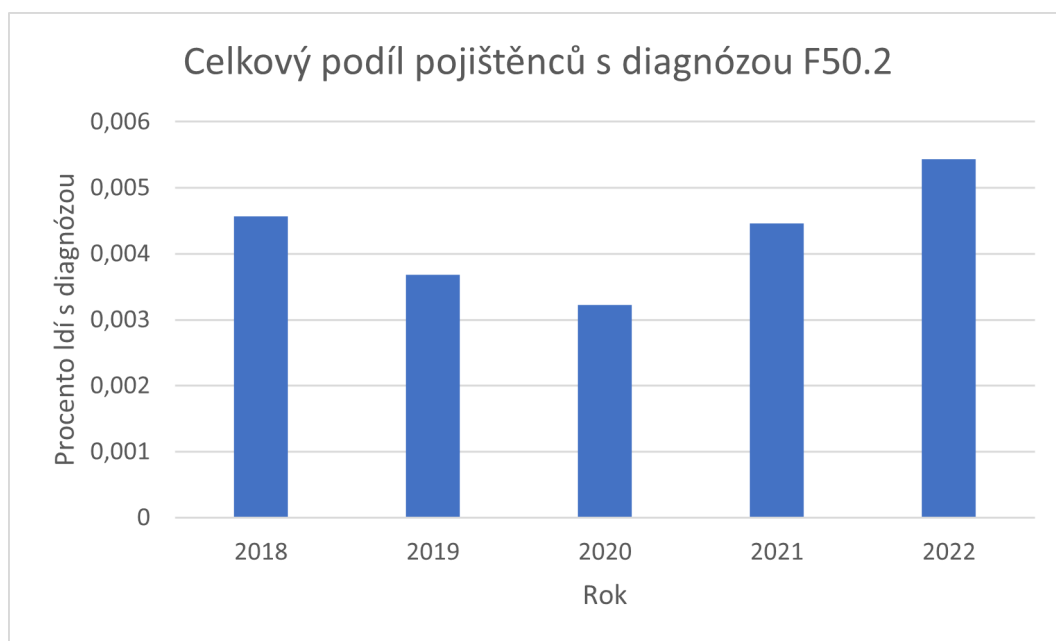
Obrázek 5.3: Podíl mužů a žen nad 18 let s diagnózou F50.0

## 5.4.2 Mentální bulimie (F50.2)

Graf na obrázku 5.4 znázorňuje celkový podíl pojištěnců s diagnózou mentální bulimie (F50.2) mezi všemi lidmi pojištěnými u Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny v letech 2018 - 2022. V roce 2018 tvořil podíl jedinců 0,005 % z celku, v roce 2019 0,004 %, v roce 2020 0,003 %, v roce 2021 0,004 % a v roce 2022 0,005 %. Z grafu vyplývá, že podíl, který tvořili pojištěnci s diagnózou, měl od roku 2018 do roku 2020 klesající tendenci, a od roku 2020 do roku 2022 zase rostoucí.

Tabulka 5.6: Celkový podíl pojištěnců s diagnózou F50.2

Rok	Celkový podíl pojištěnců s diagnózou F50.2
2018	0,005
2019	0,004
2020	0,003
2021	0,004
2022	0,005



Obrázek 5.4: Celkový podíl pojištěnců s diagnózou F50.2

Na grafu na obrázku 5.5 srovnávám dvě kategorie, a to muže a ženy mladší 18 let.

Z pojištěnců mužského pohlaví do 18 let netrpěl mentální bulimií v letech 2018 - 2020 žádný jedinec. V roce 2021 měl diagnostikovanou mentální bulimii jeden chlapec, což tvořilo 0,002 % ze všech lidí v této kategorii. V roce 2022 mentální bulimií mezi chlapci do 18 let netrpěl opět nikdo.

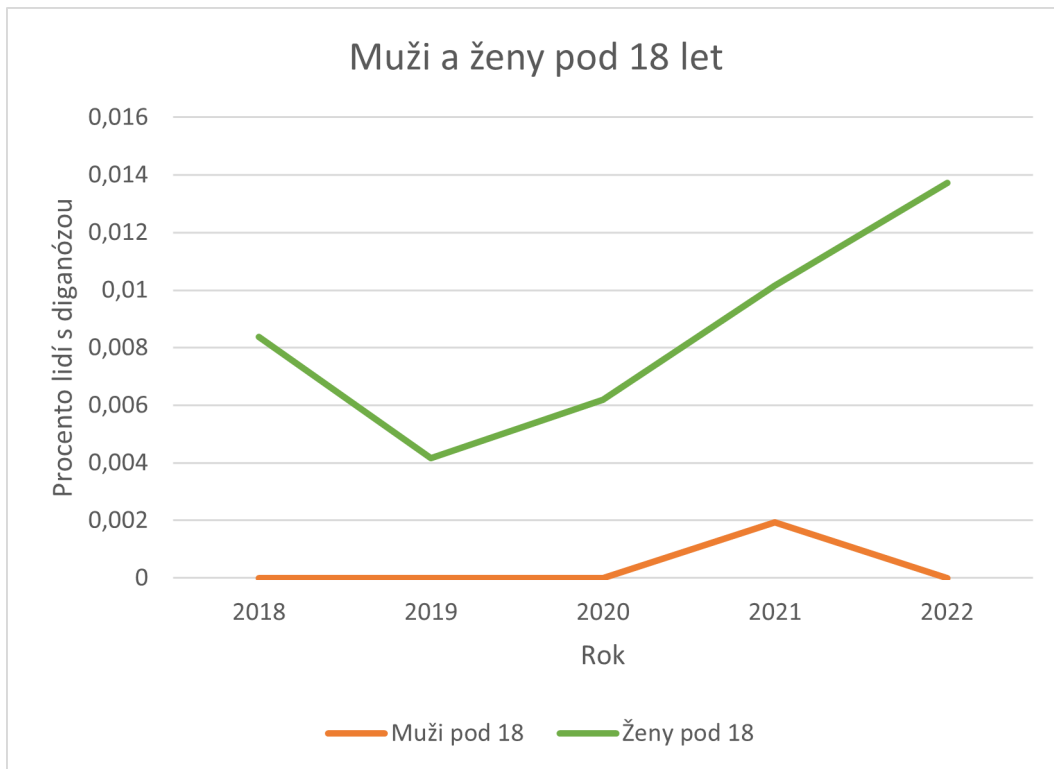
U mladých ženských pojištěnců do 18 let je však situace zcela odlišná. V roce 2018 tvořil podíl žen s diagnózou 0,008 % a v roce 2019 0,004 %.

Tabulka 5.7: Podíl mužů pod 18 let s diagnózou F50.2

Rok	Podíl mužů pod 18 let s diagnózou F50.2
2018	0
2019	0
2020	0
2021	0,002
2022	0

Tabulka 5.8: Podíl žen pod 18 let s diagnózou F50.2

Rok	Podíl žen pod 18 let s diagnózou F50.2
2018	0,008
2019	0,004
2020	0,006
2021	0,01
2022	0,014



Obrázek 5.5: Podíl mužů a žen pod 18 let s diagnózou F50.2

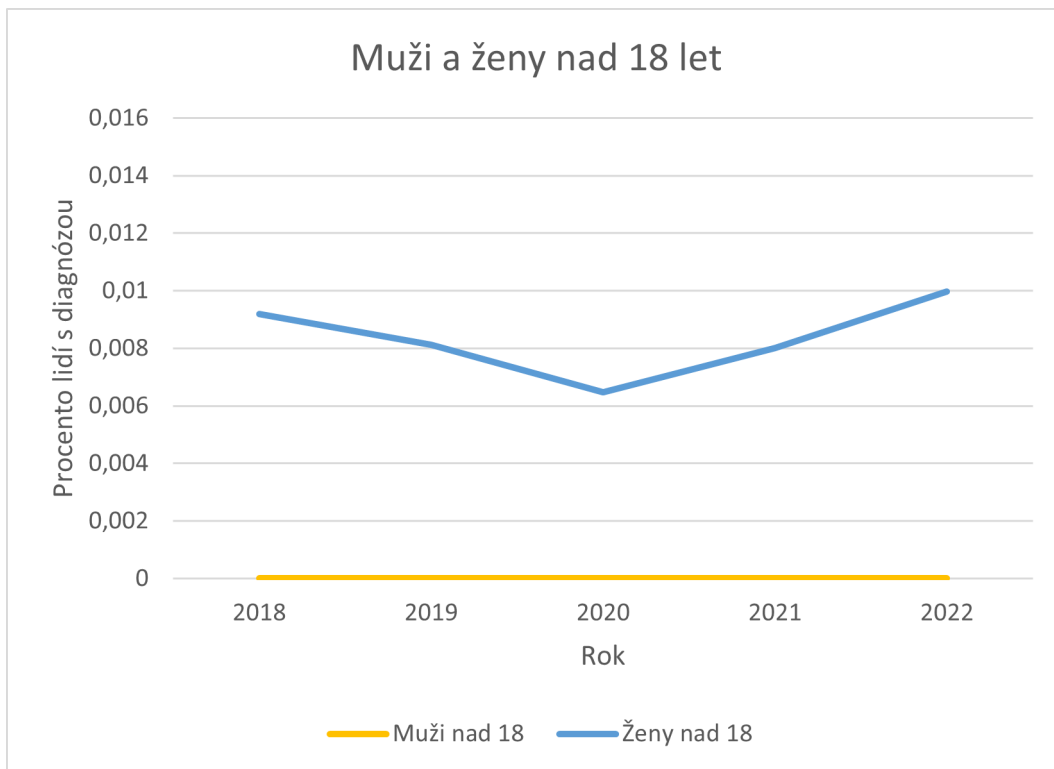


Tabulka 5.9: Podíl mužů nad 18 let s diagnózou F50.2

Rok	Podíl mužů nad 18 let s diagnózou F50.2
2018	0
2019	0
2020	0
2021	0
2022	0

Tabulka 5.10: Podíl žen nad 18 let s diagnózou F50.2

Rok	Podíl žen nad 18 let s diagnózou F50.2
2018	0,009
2019	0,008
2020	0,006
2021	0,008
2022	0,01



Obrázek 5.6: Podíl mužů a žen nad 18 let s diagnózou F50.2

Zlom přichází právě v roce 2019, protože od tohoto roku začíná podíl narůstat. V roce 2020 byl podíl pojištěnců s diagnózou mentální bulimie 0,006 %, v roce 2021 stoupla hodnota na 0,01 % a v roce 2022 dokonce na 0,014 %.

Graf na obrázku 5.6 znázorňuje muže a ženy nad 18 let věku s diagnostikovanou mentální bulimií.

Mezi lety 2018 - 2022 neměl diagnostikovanou mentální bulimii (F50.2) ani jeden muž starší 18 let.

Podíl dospělých žen s diagnózou od roku 2018 do roku 2020 klesal a od roku 2020 do roku 2022 stoupal. V roce 2018 dosahoval podíl hodnoty 0,009 %, v roce 2019 0,008 %, v roce 2020 0,006 %, v roce 2021 0,008 % a v roce 2022 0,01 %.

## 5.5 Diskuze

V této práci hlavní stanovená výzkumná otázka zněla „Zvýšil se podíl pojištěnců s diagnózou mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2) po propuknutí covidové pandemie (v letech 2020 - 2022) oproti letům před pandemií?“. Na tuto otázku mohu jak v případě mentální anorexie, tak i mentální bulimie odpovědět kladně. V obou těchto kategoriích byl celkový podíl pojištěnců s diagnózou nejvyšší v roce 2022.

Další výzkumné otázky se zabývaly tím, zda se podíl pojištěnců s diagnózou F50.0 nebo F50.2 zvýšil v jednotlivých kategoriích.

### **Zvýšil se podíl pojištěnců s mentální anorexií a mentální bulimií po propuknutí covidové pandemie (v letech 2020 - 2022) oproti letům před pandemií mezi mužskými pojištěnci do 18 let?**

Muži mladší 18 let diagnostikovaní s mentální anorexií (F50.0) tvořili největší podíl mezi všemi pojištěnci ve své kategorii v roce 2021 (0,017 %). V roce 2018 tvořilo podíl 0,006 % pojištěnců a v roce 2019 nebyla mentální anorexie diagnostikována žádnému chlapci. V roce 2020 byl podíl menší (0,004 %) než v roce 2018. V roce 2022 pak tvořili chlapci s diagnózou stejný podíl jako v roce 2018. Na výzkumnou otázku, zda se podíl chlapců s mentální anorexií zvýšil v letech po propuknutí covidové pandemie oproti letům před ní, tedy nemohu jednoznačně odpovědět, jelikož v roce 2020 ani 2022 nebyl podíl vyšší než v roce 2018, zato v roce 2021 dosahoval podíl nejvyšší hodnoty.

U mužů pod 18 let s diagnózou mentální bulimie je situace podobná. Také je z grafu patrný peak v roce 2021 (0,002 %). Avšak ve všech ostatních letech (2018, 2019, 2020, 2022) ze zkoumaného souboru netrpěl mentální bulimií ani jeden muž do 18 let. Ani na výzkumnou otázku, zda se zvýšil podíl pojištěnců s diagnózou v této kategorii v letech po propuknutí pandemie, nemohu jasně odpovědět, protože jenom v roce 2021 se vyskytl jeden případ tohoto onemocnění.

### **Zvýšil se podíl pojištěnců s mentální anorexií a mentální bulimií po propuknutí covidové pandemie (v letech 2020 - 2022) oproti letům před pandemií mezi ženskými pojištěnci do 18 let?**

Podíl dívek do 18 let s diagnózou mentální anorexie od roku 2018 do roku 2022 stoupal. Avšak od roku 2020 je z grafu patrný velký nárůst. V roce 2018 tvořilo podíl 0,019 % a v roce 2022 dokonce až 0,127 %. Na výzkumnou otázku, ve které jsem se dotazovala, zda se zvýšil podíl žen do 18 let diagnostikovaných s mentální anorexií, odpovídám kladně. Podíl pojištěnců s diagnózou se v letech po propuknutí covidové pandemie zvýšil.

V kategorii dívek do 18 let s mentální bulimií je na grafu znázorněn pokles mezi lety 2018 a 2019. V roce 2020 byl zaznamenán nárůst, avšak podíl pojištěnců nedosahoval stejně vysokých hodnot jako v roce 2018. V následujících letech podíl nadále, a tentokrát už podstatně více, narůstal. V roce 2018 tvořilo podíl 0,008 % pojištěnců, v roce 2022 to bylo 0,014 %. I v této kategorii je zřejmé, že se podíl jedinců s mentální bulimií zvýšil v letech po propuknutí pandemie ve srovnání s lety před ní.

### **Zvýšil se podíl pojištěnců s mentální anorexií a mentální bulimií po propuknutí covidové pandemie (v letech 2020 - 2022) oproti letům před pandemií mezi mužskými pojištěnci nad 18 let?**

Podíl mužů nad 18 let s diagnózou mentální anorexie byl mezi lety 2018 - 2019 stejný (0,001 %). Po propuknutí covidové pandemie v roce 2020 byla hodnota podílu stejná jako ve dvou předchozích letech. Mírné navýšení přichází v roce 2021, kdy podíl tvořilo 0,002 % pojištěnců a stejná hodnota byla i v roce 2022. Na výzkumnou otázku, zda se v letech po propuknutí pandemie zvýšil podíl mužských dospělých pojištěnců s mentální anorexií, odpovídám kladně. Jejich podíl se zvýšil.

Mentální bulimie nebyla v letech před covidovou pandemií, ani po ní diagnostikovaná žádnému muži staršímu 18 let. Na otázku, zda se podíl dospělých mužů s mentální bulimií zvýšil, odpovídám záporně. Podíl se nezvýšil.

### **Zvýšil se podíl pojištěnců s mentální anorexií a mentální bulimií po propuknutí covidové pandemie (v letech 2020 - 2022) oproti letům před pandemií mezi ženskými pojištěnci nad 18 let?**

Podíl dospělých žen diagnostikovaných s mentální anorexií mezi lety 2018 - 2019 klesl (z 0,019 % na 0,016 %). Od roku 2020 do roku 2022 pak mírně stoupal. Avšak v roce 2020 ani v roce 2021 nebyla hodnota podílu vyšší, než v roce 2018. Nejvyšší hodnota podílu se objevuje v roce 2022 (0,023 %). Na výzkumnou otázku, zda se zvýšil podíl dospělých žen s diagnózou mentální anorexie oproti všem dospělým ženským pojištěncům, nemohu jednoznačně odpovědět. V roce 2020 a 2021 nebyl podíl vyšší než v roce 2018 (před pandemií), ale v roce 2022 ano.

U žen ve stejné věkové kategorii, avšak tentokrát s jinou diagnózou, a to mentální bulimií, je situace podobná. Podíl těchto žen od roku 2018 do roku 2019 klesl z hodnoty 0,009 % na hodnotu 0,008 %. V roce 2020 byla hodnota ještě nižší (0,006 %). V roce 2021 začala hodnota podílu opět narůstat a dosáhla tak v tomto roce na stejnou úroveň jako v roce 2019. V roce 2022 byl pak podíl nejvyšší (0,01 %). Ani v této kategorii nemohu na výzkumnou otázku odpovědět jasně. Sice byla hodnota podílu dospělých žen s diagnózou mentální

bulimie nejvyšší v roce 2022, ale ani v roce 2020, ani v roce 2021 nebyla vyšší než v letech před pandemií.

Z výsledků práce tedy vyplývá, že u diagnózy mentální anorexie (F50.0) v kategoriích žen do 18 let a mužů nad 18 let a u diagnózy mentální bulimie (F50.2) v kategorii žen do 18 let, se podíl jedinců s diagnózou jednoznačně zvýšil. U diagnózy mentální bulimie v kategorii mužů nad 18 let zůstal podíl mezi lety 2018 - 2022 konstantní. U ostatních kategorií (mentální anorexie - muži do 18 let, ženy nad 18 let; mentální bulimie - muži do 18 let, ženy nad 18 let) jsem nemohla jednoznačně určit, zda se podíl pojištěnců v letech po propuknutí covidové pandemie zvýšil, či nikoliv. V žádné z kategorií se podíl pojištěnců v letech pro propuknutí pandemie nesnížil v porovnání s lety před covidovou pandemií.

### **V jaké z kategorií je patrná největší změna?**

Největší nárůst podílu pojištěnců byl zaznamenán u kategorie žen do 18 let věku s diagnózou mentální bulimie. Hlavní výzkumnou otázku, zda se zvýšil podíl jedinců trpících mentální anorexií nebo mentální bulimií v letech po propuknutí covidové pandemie, jsem si položila na základě informací z literatury [96, 95]. Studie publikovaná v roce 2021 uvádí, že incidence poruch příjmu potravy v roce 2020 vzrostla o 15,3 % v porovnání s předchozími lety, přičemž nejvyšší nárůst byl zaznamenán u diagnózy mentální anorexie. Vzhledem k omezenému přístupu k datům jsem nemohla hodnotit incidenci. Nicméně z výsledků mé práce není patrný markantní rozdíl v podílu pojištěnců Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny s diagnózou MA v letech 2018, 2019 a 2020. Velký nárůst přichází až v roce 2021. U diagnózy mentální bulimie se dokonce podíl pojištěnců s diagnózou v průběhu let 2018 - 2020 snižoval a nárůst přichází opět až v roce 2021. Avšak mé výsledky se částečně shodují s tvrzením studie [95], že se nárůst týkal především diagnózy mentální anorexie. Nárůst jsem zaznamenala ve dvou kategoriích u diagnózy mentální anorexie, i když nejmarkantnější vzrůst podílu pojištěnců byl v jedné kategorii u diagnózy mentální bulimie.

V ideálním případě, aby byly výsledky mé práce co nejpřesnější, bych potřebovala, aby mi pojišťovna poskytla další informace. Žádala jsem o stejná data, která jsem dostala pro roky 2018 - 2022 i pro roky 2015 - 2017, abych mohla sledovat, jestli je trend výskytu dvou zkoumaných poruch příjmu potravy klesající, nebo vzrůstající. Pojišťovna mi poskytla zpětně informace jen do roku 2018, takže jsem trend výskytu mohla hodnotit jen v těchto dvou letech před covidovou pandemií. Dále by bylo příhodné získat data týkající se incidence (počet nových případů za rok) v jednotlivých letech. Já ve své práci pracuji s celkovým počtem pojištěnců s diagnózou v daném roce. Když jsem však o tato upřesňující data žádala, pojišťovna mi odvětila, že by zpětné získání těchto informací bylo enormně obtížné a není kdo by se mohl mému požadavku věnovat.

Abych mohla zkoumat větší vzorek a získat tak reprezentativnější data, popřípadě i srovnávat výsledky z jednotlivých pojišťoven mezi sebou, potřebovala bych získat údaje od více pojišťoven. Bohužel, většina z nich mi poslala

nevyhovující data a na můj požadavek, zda by mi mohli poskytnout více upřesňujících informací, jsem dostala odpověď, že by vytažení dat z databází bylo velmi časově náročné a nemají pro to kapacitu.

Tuto práci považuji za přínosnou pro její nastínění problematiky vzrůstu počtu pacientů s PPP po propuknutí covidové pandemie. Zároveň může sloužit jako podklad pro další výzkumy, které by mohly tuto problematiku více objasnit.

# Závěr

Poruchy příjmu potravy jsou vážná duševní onemocnění, jimiž trpí nejčastěji dívky mezi 13 až 15 lety. Mohou však postihovat všechny jedince, nehlédě na jejich pohlaví, rasu, nebo věk. Mezi dvě nejznámější onemocnění z tohoto spektra poruch patří mentální anorexie a mentální bulimie. I tato práce byla zaměřena především na tyto dvě diagnózy. V první kapitole jsem však zmínila i další poruchy, mezi které patří psychogenní přejídání, atypická mentální anorexie, purgativní porucha a syndrom nočního přejídání. Dále jsem se blíže podívala i na dvě méně známé, avšak o nic méně závažné, poruchy, a to ortorexii a drunkorexii.

Poruchy příjmu potravy s sebou přináší spoustu zdravotních komplikací. U MA jsou komplikace nejčastěji způsobeny malnutricí, u MB opakovaným vyvoláváním zvracení a zneužíváním laxativ.

Léčba poruch příjmu potravy není jednoduchá. Pacienti často odmítají spolupracovat, lžou, schovávají jídlo a podvádí při vážení, což velmi komplikuje léčbu. U pacientů s MA je třeba se neprodleně soustředit především na léčbu malnutrice, přičemž se musí brát v potaz riziko realimentačního (refeeding) syndromu, který vzniká právě v důsledku obnovení příjmu potravy a může vést k vážným komplikacím a případně i smrti.

O onemocnění COVID - 19 se začalo mluvit na přelomu let 2019 a 2020. V první polovině roku 2020 se nejen v České republice, ale i v ostatních zemích po celém světě začala dodržovat karanténní opatření, mezi které patřil zákaz stýkání se s lidmi, zavírání škol, nemožnost cestovat, zákaz kulturních i sportovních akcí a další. Všechna tato nařízení společně se strachem a stresem z neznámé situace, nakažení a smrti, vedla k tomu, že se u spousty jedinců rozvinulo nějaké psychické onemocnění. Já jsem se v této práci zaměřila právě na PPP a na to, jak covidová pandemie souvisí s nárůstem počtu těchto pacientů.

Jednou z příčin nárůstu pacientů s PPP byl pocit, že když lidé začnou mít kontrolu nad svým stravováním, zmírní to jejich úzkost v této nejisté době. Mezi další důvody patří bezesporu stres, média, sociální sítě, na kterých lidé trávili ještě více času než obvykle, nebo nevhodné poznámky například od rodinných příslušníků. Zavřené posilovny a sportoviště zase vedly u některých jedinců k větší kontrole tělesné hmotnosti pomocí omezení příjmu stravy.

V praktické části práce analyzuji data získaná od zdravotní pojišťovny působící v České republice. Hodnotím, zda se podíl pojištěnců s diagnózou mentální anorexie (F50.0) a mentální bulimie (F50.2) zvýšil v letech po propuknutí covidové pandemie (2020 - 2022) v porovnání s dvěma lety před pandemií (2018 - 2019). Hodnotím celkový podíl pojištěnců s diagnózou oproti všem pojištěncům této pojišťovny, a dále i podíl pojištěnců s diagnózou ve čtyřech kategoriích, rozlišených podle pohlaví a věku pojištěnců, z celkového počtu pojištěnců v dané kategorii.

Z výsledků mé práce plyne, že jak u diagnózy mentální anorexie, tak i u diagnózy mentální bulimie, vzrostl podíl jedinců s onemocněním mezi všemi lidmi pojištěnými mezi lety 2018 - 2022 u této pojišťovny. U diagnózy mentální ano-

rexie byl nárůst podílu zaznamenán ve dvou kategoriích, a to u žen do 18 let a u mužů nad 18 let. U diagnózy mentální bulimie se podíl diagnostikovaných jedinců zvýšil v kategorii žen do 18 let.

V této práci jsem tedy ověřila, že se počet lidí s PPP opravdu zvýšil. V současnosti je to problém, jelikož zájem o sezení u psychoterapeutů, v centrech pro PPP a hospitalizaci je velký a čekací doby se tak prodlužují. Domnívám se, že jsem ve své práci naznačila problematiku, které by bylo příhodné se více věnovat. Pro další výzkum by bylo vhodnější sehnat data od více pojišťoven, aby závěry mohly vycházet z většího vzorku populace. Také by bylo třeba získat konkrétnější data, např. incidenci v jednotlivých letech. Pojišťovny by mohly poskytnout data i z dřívějších let, aby se mohl sledovat trend výskytu. Díky tomuto všemu by se mohla ještě lépe ověřit kauzalita mezi covidovou pandemií a PPP. Další výzkumy by mohly na tuto práci navázat i tím, že by zkoumaly rozdíl výskytu PPP během pandemie u lidí žijících ve velkých městech oproti těm, kteří žijí v malých městech, nebo na vesnici. Zajímavé by bylo i porovnání lidí, kteří pracovali v době pandemie na home office a těch, kteří chodili do práce fyzicky. Nepochybně se i nabízí zkoumat výskyt PPP během covidové pandemie mezi sportujícími a nespportujícími lidmi. Samozřejmě by bylo zajímavé podívat se i na ostatní PPP. Tímto vším je možné na moji práci navázat a lépe tak tuto problematiku zmapovat.

# Souhrn

Tato bakalářská práce se zabývá vlivem covidové pandemie na výskyt poruch příjmu potravy, závažných duševních onemocnění.

Teoretická část je věnována vymezení poruch příjmu potravy, diagnostickým kritériím a zdravotním rizikům týkajících se především mentální anorexie a mentální bulimie. Dále se věnuji léčbě, obzvláště mentální anorexie a s ní spojenému realimentačnímu syndromu. V práci popisuji také důsledky pandemie onemocnění COVID-19 na výskyt poruch příjmu potravy, příčiny nárůstu pacientů s poruchami příjmu potravy v tomto období a léčbu onemocnění během doby plné karanténních opatření.

Cílem práce bylo zjistit, zda se po propuknutí covidové pandemie zvýšil počet pacientů s poruchami příjmu potravy, konkrétně s mentální anorexií a mentální bulimií, ve srovnání s lety před pandemií.

V praktické části jsem analyzovala data získaná od Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny. U každé ze dvou výše zmíněných diagnóz jsem zkoumala, zda se v letech během covidové pandemie (2020 - 2022) zvýšil počet pojištěnců s jednou z těchto diagnóz oproti dvěma letům před pandemií (2018 - 2019). Hodnotila jsem nejen celkový podíl pojištěnců s diagnózou F50.0 nebo F50.2 napříč všemi věkovými skupinami obou pohlaví, ale podívala jsem se i zvláště na čtyři kategorie - muži do 18 let, ženy do 18 let, muži nad 18 let a ženy nad 18 let věku.

Z výsledků této práce vyplývá, že celkový podíl pojištěnců s diagnózou mentální anorexie (F50.0) i mentální bulimie (F50.2) se zvýšil v letech po propuknutí covidové pandemie v porovnání s lety před pandemií. U mentální anorexie se pak podíl zvýšil v letech 2020 - 2022 oproti letům 2018 - 2019 konkrétně v kategoriích žen do 18 let a mužů nad 18 let věku. U diagnózy mentální bulimie se zvýšil podíl pojištěnců v kategorii žen do 18 let.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, COVID - 19



# Summary

This bachelor thesis is about the effect of the covid pandemic on the occurrence of eating disorders, which are serious mental illnesses.

The theoretical part looks at the definition of eating disorders, diagnostic criteria and health risks related mainly to anorexia nervosa and bulimia nervosa. I also write about treatment, especially anorexia nervosa and its associated refeeding syndrome. The thesis also describes the consequences of the covid pandemic on the occurrence of eating disorders, the causes of the increase in patients with eating disorders during this period and the treatment of the eating disorders during this time, which was full of quarantine restrictions and isolation.

The aim of the thesis was to find out whether the number of patients with eating disorders, specifically anorexia nervosa and bulimia nervosa, had increased after the outbreak of the covid pandemic compared to years before the pandemic.

In the practical part, I analyzed the data obtained from the Revírní bratrská pokladna, health insurance company. For each of the two above-mentioned diagnoses, I examined whether the number of people with one of these diagnoses increased in the years during the covid pandemic (2020 - 2022) compared to two years before the pandemic (2018 - 2019). I evaluated on the one hand total part of diagnosed people with anorexia nervosa (F50.0) or bulimia nervosa (F50.2) across all age groups of both sexes, but also separately in four categories - men under 18 years old, women under 18 years old, men over 18 years old and women over 18 years old.

The results of this thesis show that the total part of people diagnosed with anorexia nervosa (F50.0) increased in the years after the outbreak of the covid pandemic compared to the years before the pandemic, as well as part of people with bulimia nervosa (F50.2). For anorexia nervosa, the proportion increased between 2020 and 2022 compared to 2018 - 2019 specifically in the categories of women under 18 years old and men over 18 years old. For the diagnosis of bulimia nervosa, the proportion increased in the category of female under 18 years old.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, COVID-19

# Bibliografie

1. SCHAUMBERG, Katherine; WELCH, Elisabeth; BREITHAUPT, Lauren; HÜBEL, Christopher; BAKER, Jessica H; MUNN-CHERNOFF, Melissa A; YILMAZ, Zeynep; EHRLICH, Stefan; MUSTELIN, Linda; GHADERI, Ata; HARDAWAY, Andrew J; BULIK-SULLIVAN, Emily C; HEDMAN, Anna M; JANGMO, Andreas; NILSSON, Ida A K; WIKLUND, Camilla; YAO, Shuyang; SEIDEL, Maria; BULIK, Cynthia M. The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* [online]. 2017, roč. 25, č. 6, s. 432–450 [cit. 2022-11-23]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.20358.
2. KOCOURKOVÁ, J; KOUTEK, J. Mentální anorexie s raným začátkem, diagnostika a terapie. *Česko-slovenská pediatrie* [online]. 2018, roč. 73, č. 5, s. 320–323 [cit. 2022-10-27]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2018-5-7/mentalni-anorexie-s-ranym-zacatkem-diagnostika-a-terapie-106362>.
3. DUNCAN, Alexis E; ZIOBROWSKI, Hannah N; NICOL, Ginger. The Prevalence of Past 12-Month and Lifetime DSM-IV Eating Disorders by BMI Category in US Men and Women. *European Eating Disorders Review* [online]. 2017, roč. 25, č. 3, s. 165–171 [cit. 2022-11-23]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.20358.
4. FLAMENT, Martine F; HENDERSON, Katherine; BUCHHOLZ, Annick; OBEID, Nicole; NGUYEN, Hien N T; BIRMINGHAM, Meagan; GOLDFIELD, Gary. Weight status and DSM-5 diagnoses of eating disorders in adolescents from the communit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [online]. 2015, roč. 54, č. 5, s. 403–411 [cit. 2022-11-23]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.20358.
5. KESKI-RAHKONEN, Anna; MUSTELIN, Linda. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). *Current Opinion in Psychiatry* [online]. 2016, roč. 29, č. 6, s. 340–345 [cit. 2022-11-23]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.20358.
6. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017* [online]. 2018. [cit. 2022-11-24]. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai\\_2018\\_08\\_poruchy\\_prijmu\\_potravy\\_2011a\\_z2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011a_z2017.pdf).
7. MOSKOWITZ, Lindsay; WEISELBERG, Eric. Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* [online]. 2017, roč. 47, č. 4, s. 70–84 [cit. 2023-02-05]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.cppeds.2017.02.003.

8. HAY, Phillipa J; CLAUDINO, Angélica Medeiros. Bulimia nervosa. *BMJ Clinical Evidence* [online]. 2010, roč. 2010 [cit. 2022-11-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275326/>.
9. BERRETTINI, Wade. The genetics of eating disorders. *Psychiatry (Edgmont)* [online]. 2004, roč. 1, č. 3, s. 18–25 [cit. 2022-11-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3010958/>.
10. KIPMAN, A; GORWOOD, P; MOUREN-SIMÉONI, M C; ADÈS, J. Genetic factors in anorexia nervosa. *European Psychiatry* [online]. 1999, roč. 14, č. 4, s. 189–198 [cit. 2022-02-05]. Dostupné z DOI: 10.1016/S0924-9338(99)80741-X.
11. KLUMP, K L; MILLER, K B; KEEL, P K; MCGUE, M; IACONO, W G. Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine* [online]. 2001, roč. 31, č. 4, s. 737–740 [cit. 2022-11-23]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.20358.
12. KEEL, Pamela K; FORNEY, K Jean. Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2013, roč. 46, č. 5, s. 433–439 [cit. 2023-02-06]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.22094.
13. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association Publishing, 2022. ISBN 9780890425756. str. 381–398.
14. ULRICHOVÁ, Michaela; RADVANSKÝ, Jiří; KOUTEK, Jiří. Tělesné složení u pacientek s mentální anorexií. *Pediatric Pro Praxi* [online]. 2021, roč. 21, č. 6, s. 405–408 [cit. 2022-11-23]. ISSN 1213-0508. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.20358.
15. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy vymezení a terapie*. Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7. str. 28.
16. KESSLER, Ronald C; BERGLUND, Patricia A; CHIU, Wai Tat; DEITZ, Anne C; HUDSON, James I; SHAHLY, Victoria; AGUILAR-GAXIOLA, Sergio; ALONSO, Jordi; ANGERMEYER, Matthias C; BENJET, Corina; BRUFFAERTS, Ronny; SASU, Carmen; SCOTT, Kate; VIANA, Maria Carmen; XAVIER, Miguel; GIROLAMO, Giovanni de; GRAAF, Ron de; MARIA HARO, Josep; KOVESS-MASFETY, Viviane; O'NEILL, Siobhan; POSADA-VILLA, Jose. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry* [online]. 2013, roč. 73, č. 9, s. 904–914 [cit. 2023-01-04]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020.

17. LINDVALL DAHLGREN, Camilla; WISTING, Line. Transitioning from DSM-IV to DSM-5: A systematic review of eating disorder prevalence assessment. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2016, roč. 49, č. 11, s. 975–997 [cit. 2023-01-04]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.22596.
18. QIAN, Jie; HU, Qiang; WAN, Yumei; LI, Ting; WU, Mudan; REN, Zhiqun; YU, Dehua. Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry* [online]. 2013, roč. 25, č. 4, s. 212–223 [cit. 2023-01-06]. Dostupné z DOI: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003.
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)* [online]. 2019. [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1412387537>.
20. BARGIACCHI, Anne; CLARKE, Julia; PAULSEN, Anne; LEGER, Julianne. Refeeding in anorexia nervosa. *European Journal of Pediatrics* [online]. 2019, roč. 178, č. 3, s. 413–422 [cit. 2022-11-07]. Dostupné z DOI: 10.1007/s00431-018-3295-7.
21. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association Publishing, 2013. ISBN 978-0-89042-554-1. str. 338–344.
22. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6. str. 126.
23. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association Publishing, 2022. ISBN 9780890425756. str. 381–383.
24. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6. str. 127.
25. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association Publishing, 2022. ISBN 9780890425756. str. 388–389.
26. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association Publishing, 2022. ISBN 9780890425756. str. 393–394.
27. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association Publishing, 2022. ISBN 9780890425756. str. 397.
28. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association Publishing, 2013. ISBN 978-0-89042-554-1. str. 353.

29. MACHADO, Paulo P P; MACHADO, Barbara C; GONÇALVES, Sónia; HOEK, Hans W. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2007, roč. 40, č. 3, s. 212–217 [cit. 2022-11-23]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.20358.
30. KOVEN, Nancy S; ABRY, Alexandra W. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [online]. 2015, roč. 11, s. 385–394 [cit. 2022-11-10]. Dostupné z DOI: 10.2147/NDT.S61665.
31. NIEDZIELSKI, Antoni; KAŹMIERCZAK-WOJTAŚ, Natalia. Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools-A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2021, roč. 18, č. 10, s. 5488 [cit. 2022-11-08]. Dostupné z DOI: 10.3390/ijerph18105488.
32. DONINI, L M; MARSILI, D; GRAZIANI, M P; IMBRIALE, M; CANNELLA, C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders* [online]. 2004, roč. 9, č. 2, s. 151–157 [cit. 2022-11-23]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.20358.
33. MOROZE, Ryan M; DUNN, Thomas M; CRAIG HOLLAND, J; YAGER, Joel; WEINTRAUB, Philippe. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics* [online]. 2015, roč. 56, č. 4, s. 397–403 [cit. 2022-11-08]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.psym.2014.03.003.
34. BAĞCI BOSI, A Tülay; CAMUR, Derya; GÜLER, Cağatay. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite* [online]. 2007, roč. 49, č. 3, s. 661–666 [cit. 2022-11-08]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.appet.2007.04.007.
35. PARK, Sang Won; KIM, Jeong Yup; GO, Gang Ji; JEON, Eun Sil; PYO, Heui Jung; KWON, Young Joo. Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolyte Blood Pressure* [online]. 2011, roč. 9, č. 1, s. 32–37 [cit. 2022-11-08]. Dostupné z DOI: 10.5049/EBP.2011.9.1.32.
36. MATHIEU, Jennifer. What is orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association* [online]. 2005, roč. 105, č. 10, s. 1510–1512 [cit. 2022-11-08]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.jada.2005.08.021.
37. ALTMAN, Sarah E; SHANKMAN, Stewart A. What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clinical psychology review* [online]. 2009, roč. 29, č. 7, s. 638–646 [cit. 2022-11-10]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.cpr.2009.08.001.
38. FIDAN, Tulin; ERTEKIN, Vildan; IŞIKAY, Sedat; KIRPINAR, Ismet. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive psychiatry* [online]. 2010, roč. 51, č. 1, s. 49–54 [cit. 2022-11-10]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.comppsy.2009.03.001.

39. KINZL, Johann F; HAUER, Katharina; TRAWEGER, Christian; KIEFER, Ingrid. Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychotherapy and psychosomatics* [online]. 2006, roč. 75, č. 6, s. 395–396 [cit. 2022-11-08]. Dostupné z DOI: 10.1159/000095447.
40. SPEED, Shannon; WARD, Rose Marie; HAUS, Lauren; BRANSCUM, Paul; BARRIOS, Veronica; BUDD, Kristen M; LEMONS, Kayla; HUMENAY, Emma. A Systematic Review of Common Drunkorexia Measures: Examining Gender Differences across Scales. *American Journal of Health Education* [online]. 2022, roč. 53, č. 5, s. 342–359 [cit. 2022-11-08]. Dostupné z DOI: 10.1080/19325037.2022.2100846.
41. RAHAL, Collin J; BRYANT, Judith B; DARKES, Jack; MENZEL, Jessie E; THOMPSON, J Kevin. Development and validation of the Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS). *Eating Behaviors* [online]. 2012, roč. 13, č. 2, s. 83–87 [cit. 2022-11-08]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.eatbeh.2011.11.001.
42. WARD, Rose Marie; GALANTE, Marina. Development and initial validation of the drunkorexia motives and behaviors scales. *Eating Behaviors* [online]. 2015, roč. 18, s. 66–70 [cit. 2022-11-08]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.04.003.
43. PIAZZA-GARDNER, Anna K; BARRY, Adam E. Appropriate terminology for the alcohol, eating, and physical activity relationship. *Journal of American College Health* [online]. 2013, roč. 61, č. 5, s. 311–313 [cit. 2022-11-08]. Dostupné z DOI: 10.1080/07448481.2013.792259.
44. SHIELD, Kevin D; PARRY, Charles; REHM, Jürgen. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Research: Current Reviews* [online]. 2013, roč. 35, č. 2, s. 155–173 [cit. 2022-11-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24881324/>.
45. GILES, Steven M; CHAMPION, Heather; SUTFIN, Erin L; MCCOY, Thomas P; WAGONER, Kim. Calorie restriction on drinking days: an examination of drinking consequences among college students. *Journal of American College Health* [online]. 2009, roč. 57, č. 6, s. 603–609 [cit. 2022-11-10]. Dostupné z DOI: 10.3200/JACH.57.6.603-610.
46. BURKE, S. C.; CREMEENS, J.; VAIL-SMITH, K.; WOOLSEY, C. Drunkorexia: Calorie restriction prior to alcohol consumption among college freshman. *Journal of Alcohol and Drug Education* [online]. 2010, roč. 54, č. 2, s. 17–34 [cit. 2022-11-10]. ISSN 2162-4119. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2010-17904-003>.
47. WHITE, Aaron M. What happened? Alcohol, memory blackouts, and the brain. *Alcohol research & health* [online]. 2003, roč. 27, č. 2, s. 186–196 [cit. 2022-11-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15303630/>.
48. MEHLER, Philip S; BROWN, Carrie. Anorexia nervosa - medical complications. *Journal of Eating Disorders* [online]. 2015, roč. 3, č. 1, s. 11 [cit. 2023-01-16]. Dostupné z DOI: 10.1186/s40337-015-0040-8.

49. MEHLER, Philip S; RYLANDER, Melanie. Bulimia Nervosa - medical complications. *Journal of Eating Disorders* [online]. 2015, roč. 3, č. 1, s. 12 [cit. 2023-01-16]. Dostupné z DOI: 10.1186/s40337-015-0044-4.
50. THORNTON, Laura M; WATSON, Hunna J; JANGMO, Andreas; WIKLUND, Camilla; WELCH, Elisabeth; HAUSSWOLFF-JUHLIN, Yvonne von; NORRING, Claes; HERMAN, Barry K; LARSSON, Henrik; BULIK, Cynthia M. Binge-eating disorder in the Swedish national registers: Somatic comorbidity. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2017, roč. 50, č. 1, s. 58–65 [cit. 2023-01-16]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.22624.
51. YAGER, Joel; DEVLIN, Michael; HALMI, Katherine; HERZOG, D.B.; III, J.E.; POWERS, P.; ZERBE, K.J. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders third edition. *American Psychiatric Association* [online]. 2006, roč. 3, s. 63 [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf).
52. WESTMORELAND, Patricia; KRANTZ, Mori J; MEHLER, Philip S. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine* [online]. 2016, roč. 129, č. 1, s. 30–37 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.amjmed.2015.06.031.
53. SCALFI, L; POLITO, A; BIANCHI, L; MARRA, M; CALDARA, A; NICOLAI, E; CONTALDO, F. Body composition changes in patients with anorexia nervosa after complete weight recovery. *European Journal of Clinical Nutrition* [online]. 2002, roč. 56, č. 1, s. 15–20 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z DOI: 10.1038/sj.ejcn.1601290.
54. MORRIS, Jane. *ABC of Eating Disorders*. BMJ Books, 2008. ISBN 978-0-7279-1843-7. str. 22.
55. MEISNEROVÁ, Eva. Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. *Interní Medicína* [online]. 2013, roč. 15, č. 45177, s. 266–268 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>.
56. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6. str. 138, 253.
57. CORBETTA, Fabiola; TREMOLIZZO, Lucio; CONTI, Elisa; FERRARESE, Carlo; NERI, Francesca; BOMBA, Monica; NACINOVICH, Renata. Paradoxical increase of plasma vitamin B12 and folates with disease severity in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2015, roč. 48, č. 3, s. 317–322 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.22371.
58. MISRA, Usha K; KALITA, Jayantee; TUBERCULOUS MENINGITIS INTERNATIONAL RESEARCH CONSORTIUM. Mechanism, spectrum, consequences and management of hyponatremia in tuberculous meningitis. *Wellcome Open Research* [online]. 2021, roč. 4, s. 189 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z DOI: 10.12688/wellcomeopenres.15502.2.

59. WESTMORELAND, Patricia; KRANTZ, Mori J; MEHLER, Philip S. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine* [online]. 2016, roč. 129, č. 1, s. 30–37 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.amjmed.2015.06.031.
60. CROW, Scott J; PETERSON, Carol B; SWANSON, Sonja A; RAYMOND, Nancy C; SPECKER, Sheila; ECKERT, Elke D; MITCHELL, James E. Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *The American Journal of Psychiatry* [online]. 2009, roč. 166, č. 12, s. 1342–1346 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z DOI: 10.1176/appi.aip.2009.09020247.
61. SILBER, Tomas J. Ipecac syrup abuse, morbidity, and mortality: isn't it time to repeal its over-the-counter status? *The Journal of Adolescent Health* [online]. 2005, roč. 37, č. 3 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.jadohealth.2004.08.022.
62. COLEMAN, H; ALTINI, M; NAYLER, S; RICHARDS, A. Sialadenosis: a presenting sign in bulimia. *Head & Neck* [online]. 1998, roč. 20, č. 8, s. 758–762 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9790300/>.
63. UHLEN, Marte-Mari; TVEIT, Anne Bjørg; STENHAGEN, Kjersti Refsholt; MULIC, Aid. Self-induced vomiting and dental erosion—a clinical study. *BMC Oral health* [online]. 2014, roč. 14, č. 1, s. 92 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z DOI: 10.1186/1472-6831-14-92.
64. FERREIRA, Cynthia P; GAMA, Ana Cristina Côrtes; SANTOS, Marco Aurélio Rocha; MAIA, Mariana Oliveira. Laryngeal and vocal analysis in bulimic patients. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* [online]. 2010, roč. 76, č. 4, s. 469–477 [cit. 2023-04-28]. Dostupné z DOI: 10.1590/S1808-86942010000400011.
65. KOVACS, Dora; PALMER, Robert L. The associations between laxative abuse and other symptoms among adults with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2004, roč. 36, č. 2, s. 224–228 [cit. 2023-02-08]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.20024.
66. XING, J H; SOFFER, E E. Adverse effects of laxatives. *Diseases of the Colon & Rectum* [online]. 2001, roč. 44, č. 8, s. 1201–1209 [cit. 2023-02-08]. Dostupné z DOI: 10.1007/BF02234645.
67. MALIK, M; STRATTON, J; SWEENEY, W B. Rectal prolapse associated with bulimia nervosa: report of seven cases. *Diseases of the Colon & Rectum* [online]. 1997, roč. 40, č. 11, s. 1382–1385 [cit. 2023-02-08]. Dostupné z DOI: 10.1007/BF02050827.
68. MÜLLER-LISSNER, S. What has happened to the cathartic colon? *Gut* [online]. 1996, roč. 39, č. 3, s. 486–488 [cit. 2023-02-08]. Dostupné z DOI: 10.1136/gut.39.3.486.
69. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6. str. 138–139.



70. HERUC, Gabriella; HART, Susan; STILES, Garalynne; FLEMING, Kate; CASEY, Anjanette; SUTHERLAND, Fiona; JEFFREY, Shane; ROBERTON, Michelle; HURST, Kim. ANZAED practice and training standards for dietitians providing eating disorder treatment. *Journal of Eating Disorders* [online]. 2020, roč. 8, č. 1, s. 77 [cit. 2023-01-25]. Dostupné z DOI: 10.1186/s40337-020-00334-z.
71. AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association* [online]. 2006, roč. 106, č. 12, s. 2073–2082 [cit. 2023-01-25]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.jada.2006.09.007.
72. SIKOROVÁ, Lucie; VALIAŠKOVÁ, Tatiana. Screening rizika poruch příjmu potravy u dospívajících dívek s diabetem. *Pediatric Pro Praxi* [online]. 2021, roč. 21, č. 6, s. 440–442 [cit. 2023-01-25]. Dostupné z DOI: 10.36290/ped.2020.093.
73. PEŘINOVÁ, Nikola. *Nutriční doporučení pro komunikaci s klientem s poruchou příjmu potravy*. Občanské sdružení Anabell, 2013. ISBN 978-80-905436-4-5.
74. RIGAUD, D; PENNACCHIO, H; BIZEUL, C; REVEILLARD, V; VERGÈS, B. Outcome in AN adult patients: a 13-year follow-up in 484 patients. *Diabetes & Metabolism* [online]. 2011, roč. 37, č. 4, s. 305–311 [cit. 2023-01-26]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.diabet.2010.11.020.
75. GOLDEN, Neville H; CHENG, Jing; KAPPHAHN, Cynthia J; BUCKELEW, Sara M; MACHEN, Vanessa I; KREITER, Anna; ACCURSO, Erin C; ADAMS, Sally H; LE GRANGE, Daniel; MOSCICKI, Anna-Barbara; SY, Allyson F; WILSON, Leslie; GARBER, Andrea K. Higher-Calorie Refeeding in Anorexia Nervosa: 1-Year Outcomes From a Randomized Controlled Trial. *Pediatrics* [online]. 2021, roč. 147, č. 4 [cit. 2023-01-26]. Dostupné z DOI: 10.1542/peds.2020-037135.
76. SWENNE, Ingemar; PARLING, Thomas; SALONEN ROS, Helena. Family-based intervention in adolescent restrictive eating disorders: early treatment response and low weight suppression is associated with favourable one-year outcome. *BMC Psychiatry* [online]. 2017, roč. 17, č. 1, s. 333 [cit. 2023-01-26]. Dostupné z DOI: 10.1186/s12888-017-1486-9.
77. HAYNOS, Ann F; SNIPES, Cassandra; GUARDA, Angela; MAYER, Laurel E; ATTIA, Evelyn. Comparison of standardized versus individualized caloric prescriptions in the nutritional rehabilitation of inpatients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2016, roč. 49, č. 1, s. 50–58 [cit. 2023-01-26]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.22469.

78. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Eating disorders: Recognition and treatment*. NICE guideline, 2017. ISBN 978-1-4731-2508-7. Dostupné také z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>. str. 11–12.
79. SANTÉ, Haute Autorité de. Anorexia nervosa: management 3 - Criteria for full hospital admission. *Haute Autorité de Santé*. 2010. Dostupné také z: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/summary\\_anorexia\\_nervosa\\_3\\_hospital\\_admission.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/summary_anorexia_nervosa_3_hospital_admission.pdf).
80. GARBER, Andrea K; SAWYER, Susan M; GOLDEN, Neville H; GUARDA, Angela S; KATZMAN, Debra K; KOHN, Michael R; LE GRANGE, Daniel; MADDEN, Sloane; WHITELAW, Melissa; REDGRAVE, Graham W. A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2016, roč. 49, č. 3, s. 293–310 [cit. 2023-01-12]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.22482.
81. SILVA, Joshua S V da; SERES, David S; SABINO, Kim; ADAMS, Stephen C; BERDAHL, Gideon J; CITTU, Sandra Wolfe; COBER, M Petrea; EVANS, David C; GREAVES, June R; GURA, Kathleen M; MICHALSKI, Austin; PLOGSTED, Stephen; SACKS, Gordon S; TUCKER, Anne M; WORTHINGTON, Patricia; WALKER, Renee N; AYERS, Phil; PARENTERAL NUTRITION SAFETY AND CLINICAL PRACTICE COMMITTEES, AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. *Nutrition in Clinical Practice* [online]. 2020, roč. 35, č. 2, s. 178–195 [cit. 2023-01-12]. Dostupné z DOI: 10.1002/ncp.10474.
82. MEHANNA, Hisham M; MOLEDINA, Jamil; TRAVIS, Jane. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *BMJ* [online]. 2008, roč. 336, č. 7659, s. 1495–1498 [cit. 2023-01-12]. Dostupné z DOI: 10.1136/bmj.a301.
83. PERETTI, Noël; BARGIACCHI, Anne. *Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent*. Elsevier Masson, 2017. ISBN 978-2294748783. Dostupné také z: <https://www.elsevier-masson.fr/troubles-des-conduites-alimentaires-de-lenfant-et-de-ladolescent-9782294748783.html>.
84. YAGER, Joel; DEVLIN, Michael; HALMI, Katherine; HERZOG, D.B.; III, J.E.; POWERS, P.; ZERBE, K.J. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders third edition. *American Psychiatric Association* [online]. 2006, roč. 3, s. 43 [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf).

85. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *V České republice jsou první tři potvrzené případy nákazy koronavirem* [online]. 2020. [cit. 2023-04-02]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/v-ceske-republice-jsou-prvni-tri-potvrzene-pripady-nakazy-koronavirem/>.
86. VOJTĚCH, Adam. *Mimořádné opatření – uzavření základních, středních a vysokých škol od 11. 3. 2020* [online]. 2020. [cit. 2023-04-02]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18696/40547/Mimo%20%99%C3%A1dn%C3%A9%20opat%20-%20uzav%20%99en%C3%AD%20z%C3%A1kladn%C3%ADch,%20st%20%99edn%C3%ADch%20a%20vysok%C3%BDch%20%C5%A1kol%20od%2011.%203.%202020.pdf>.
87. BABIŠ, Andrej. *Rozhodnutí vlády o zákazu volného pohybu osob* [online]. 2020. [cit. 2023-04-02]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/rozhodnuti-vlady-o-zakazu-volneho-pohybu-osob-180358/>.
88. VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Vláda kvůli šíření nákazy koronavirem vyhlásila stav nouze a dále zpřísnila preventivní opatření* [online]. 2020. [cit. 2023-04-02]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/vlada-kvuli-sireni-nakazy-koronavirem-vyhlasil-a-stav-nouze-a-dale-zprisnila-preventivni-opatreni-180256/>.
89. TAQUET, Maxime; LUCIANO, Sierra; GEDDES, John R; HARRISON, Paul J. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry* [online]. 2021, roč. 8, č. 2, s. 130–140 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4.
90. VELAVAN, Thirumalaisamy P; MEYER, Christian G. The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine & International Health* [online]. 2020, roč. 25, č. 3, s. 278–280 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z DOI: 10.1111/tmi.13383.
91. CIOTTI, Marco; CICCIOZZI, Massimo; TERRINONI, Alessandro; JIANG, Wen-Can; WANG, Cheng-Bin; BERNARDINI, Sergio. The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences* [online]. 2020, roč. 57, č. 6, s. 365–388 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z DOI: 10.1080/10408363.2020.1783198.
92. MULLOL, Joaquim; ALOBID, Isam; MARIÑO-SÁNCHEZ, Franklin; IZQUIERDO-DOMÍNGUEZ, Adriana; MARIN, Concepció; KLIMEK, Ludger; WANG, De-Yun; LIU, Zheng. The Loss of Smell and Taste in the COVID-19 Outbreak: a Tale of Many Countries. *Current Allergy and Asthma Reports* [online]. 2020, roč. 20, č. 10, s. 61 [cit. 2023-05-12]. Dostupné z DOI: 10.1007/s11882-020-00961-1.
93. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard* [online]. 2023. [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://covid19.who.int>.

94. HARIPERSAD, Yasheer Venay; KANNEGIESSER-BAILEY, Madeleine; MORTON, Katinka; SKELDON, Sarah; SHIPTON, Nicolene; EDWARDS, Kara; NEWTON, Rachel; NEWELL, Amanda; STEVENSON, Paul Geoffrey; MARTIN, Andrew C. Outbreak of anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic. *Archives of Disease in Childhood* [online]. 2021, roč. 106, č. 3, e15 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z DOI: 10.1136/archdischild-2020-319868.
95. TAQUET, Maxime; GEDDES, John R; LUCIANO, Sierra; HARRISON, Paul J. Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry* [online]. 2021, roč. 220, č. 5, s. 1–3 [cit. 2023-04-30]. Dostupné z DOI: 10.1192/bjp.2021.105.
96. J DEVOE, Daniel; HAN, Angela; ANDERSON, Alida; KATZMAN, Debra K; PATTEN, Scott B; SOUMBASIS, Andrea; FLANAGAN, Jordyn; PASLAKIS, Georgios; VYVER, Ellie; MARCOUX, Gisele; DIMITROPOULOS, Gina. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2023, roč. 56, č. 1, s. 5–25 [cit. 2023-04-30]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.23704.
97. FERNÁNDEZ-ARANDA, Fernando; MUNGUÍA, Lucero; MESTREBACH, Gemma; STEWARD, Trevor; ETXANDI, Mikel; BAENAS, Isabel; GRANERO, Roser; SÁNCHEZ, Isabel; ORTEGA, Emilio; ANDREU, Alba; MOIZE, Violeta L; FERNÁNDEZ-REAL, Jose M; TINAHONES, Francisco J; DIEGÜEZ, Carlos; FRÜHBECK, Gema; LEGRANGE, Daniel; TCHANTURIA, Kate; KARWAUTZ, Andreas; ZEILER, Michael; FAVARO, Angela; CLAES, Laurence; LUYCKX, Koen; SHEKRILADZE, Ia; SERRANO-TRONCOSO, Eduardo; RANGIL, Teresa; MELER, Maria Eulalia Loran; SORIANO-PACHECO, Jose; CARCELLER-SINDREU, Mar; BUJALANCE-ARGUIJO, Sara; LOZANO, Meritxell; LINARES, Raquel; GUDIOL, Carlota; CARRATALA, Jordi; SANCHEZ-GONZALEZ, Jessica; MACHADO, Paulo Pp; HÅKANSSON, Anders; TÚRY, Ferenc; PÁSZTHY Bea Stein, Daniel; PAPEZOVÁ, Hana; BAX, Brigita; BORISENKOV, Mikhail F; POPOV, Sergey V; KIM, Youl-Ri; NAKAZATO, Michiko; GODART, Nathalie; VOREN, Robert van; ILNYTSKA, Tetiana; CHEN, Jue; ROWLANDS, Katie; TREASURE, Janet; JIMÉNEZ-MURCIA, Susana. COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity—A collaborative international study. *European Eating Disorders Review* [online]. 2020, roč. 28, č. 6, s. 871–883 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z DOI: 10.1002/erv.2784.
98. TERMORSHUIZEN, Jet D; WATSON, Hunna J; THORNTON, Laura M; BORG, Stina; FLATT, Rachael E; MACDERMOD, Casey M; HARPER, Lauren E; FURTH, Eric F van; PEAT, Christine M; BULIK, Cynthia M. Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of 1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2020,

- roč. 53, č. 11, s. 1780–1790 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z DOI: 10.1002/eat.23353.
99. SHIELDS, Ashleigh N; TAYLOR, Elise; WELCH, Jessica R. Understanding the conversation around COVID-19 and eating disorders: A thematic analysis of Reddit. *Journal of Eating Disorders* [online]. 2022, roč. 10, č. 1, s. 8 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z DOI: 10.1186/s40337-022-00530-z.
  100. VUILLIER, L; MAY, L; GREVILLE-HARRIS, M; SURMAN, R; MOSELEY, R L. The impact of the COVID-19 pandemic on individuals with eating disorders: the role of emotion regulation and exploration of online treatment experiences. *Journal of Eating Disorders* [online]. 2021, roč. 9, č. 1, s. 10 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z DOI: 10.1186/s40337-020-00362-9.
  101. COOPER, Marita; REILLY, Erin E; SIEGEL, Jaclyn A; CONIGLIO, Kathryn; SADEH-SHARVIT, Shiri; PISETSKY, Emily M; ANDERSON, Lisa M. Eating disorders during the COVID-19 pandemic and quarantine: an overview of risks and recommendations for treatment and early intervention. *Eating Disorders* [online]. 2022, roč. 30, č. 1, s. 54–76 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z DOI: 10.1080/10640266.2020.1790271.
  102. MULLOL, Joaquim; ALOBID, Isam; MARIÑO-SÁNCHEZ, Franklin; IZQUIERDO-DOMÍNGUEZ, Adriana; MARIN, Concepció; KLIMEK, Ludger; WANG, De-Yun; LIU, Zheng. Anorexia nervosa: COVID-19 pandemic period (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine* [online]. 2021, roč. 22, č. 2, s. 804 [cit. 2023-04-17]. Dostupné z DOI: 10.3892/etm.2021.10236.
  103. MITCHELL, James E; CROSBY, Ross D; WONDERLICH, Stephen A; CROW, Scott; LANCASTER, Kathy; SIMONICH, Heather; SWANKREMEIER, Lorraine; LYSNE, Christianne; MYERS, Tricia Cook. A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy* [online]. 2008, roč. 46, č. 5, s. 581–592 [cit. 2023-04-17]. Dostupné z DOI: 10.1016/j.brat.2008.02.004.
  104. DATTA, Nandini; DERENNE MD, Jennifer; SANDERS PhD, Mary; LOCK, James. Telehealth Transition in a Comprehensive Care Unit for Eating Disorders: Challenges and Long-Term Benefits. *PsyArXiv* [online]. 2020, s. 2 [cit. 2023-04-17]. Dostupné z DOI: 10.31234/osf.io/hrbs4.
  105. PASKINS, Z; CRAWFORD-MANNING, F; BULLOCK, L; JINKS, C. Identifying and managing osteoporosis before and after COVID-19: rise of the remote consultation? *Osteoporosis International* [online]. 2020, roč. 31, č. 9, s. 1629–1632 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z DOI: 10.1007/s00198-020-05465-2.

106. DATTA, Nandini; DERENNE MD, Jennifer; SANDERS PhD, Mary; LOCK, James. Telehealth Transition in a Comprehensive Care Unit for Eating Disorders: Challenges and Long-Term Benefits. *PsyArXiv* [online]. 2020, s. 12 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z DOI: 10.31234/osf.io/hrbs4.
107. WHITE, M; DORMAN, S M. Receiving social support online: implications for health education. *Health Education Research* [online]. 2001, roč. 16, č. 6, s. 693–707 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z DOI: 10.1093/her/16.6.693.
108. SIKOROVÁ, Lucie; VALIAŠKOVÁ, Tatiana. *Screening časných známek poruch příjmu potravy (SEEDS-CZ)* [online]. 2019. [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/stravovani-a-poruchy-prijmu-potravy/seeds-cz.pdf>.

# Seznam tabulek

5.1	Celkový podíl pojištěnců s diagnózou F50.0 . . . . .	26
5.2	Podíl mužů pod 18 let s diagnózou F50.0 . . . . .	28
5.3	Podíl žen pod 18 let s diagnózou F50.0 . . . . .	28
5.4	Podíl mužů nad 18 let s diagnózou F50.0 . . . . .	29
5.5	Podíl žen nad 18 let s diagnózou F50.0 . . . . .	29
5.6	Celkový podíl pojištěnců s diagnózou F50.2 . . . . .	30
5.7	Podíl mužů pod 18 let s diagnózou F50.2 . . . . .	31
5.8	Podíl žen pod 18 let s diagnózou F50.2 . . . . .	31
5.9	Podíl mužů nad 18 let s diagnózou F50.2 . . . . .	32
5.10	Podíl žen nad 18 let s diagnózou F50.2 . . . . .	32

# Seznam obrázků

5.1	Celkový podíl pojištěnců s diagnózou F50.0 . . . . .	27
5.2	Podíl mužů a žen pod 18 let s diagnózou F50.0 . . . . .	27
5.3	Podíl mužů a žen nad 18 let s diagnózou F50.0 . . . . .	29
5.4	Celkový podíl pojištěnců s diagnózou F50.2 . . . . .	30
5.5	Podíl mužů a žen pod 18 let s diagnózou F50.2 . . . . .	31
5.6	Podíl mužů a žen nad 18 let s diagnózou F50.2 . . . . .	32



# Seznam příloh

Příloha č. 1 - Screening časných příznaků poruch příjmu potravy - česká verze (SEEDS-CZ) [108]

Příloha č. 2 - Data poskytnutá od Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny - Celkový počet pojištěnců této pojišťovny s diagnózou F50.0 v letech 2018 - 2022 rozdělený podle pohlaví a věku

Příloha č. 3 - Data poskytnutá od Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny - Celkový počet pojištěnců této pojišťovny s diagnózou F50.2 v letech 2018 - 2022 rozdělený podle pohlaví a věku

# Přílohy

## Příloha č. 1

### Screening časných známek poruch příjmu potravy (SEEDS-CZ)

#### Screen for Early Eating Disorder Signs (SEEDS)

Níže uvedené otázky se ptají na Vás, na Váš život a na Vaše zdraví. Prosím, pozorně si přečtěte všechny otázky a odpovězte upřímně. Zakroužkujte jednu odpověď u každé otázky.

Otázka	Odpověď
Jak se obvykle cítíte?	Velmi smutně 7 6 5 4 3 2 1 Velmi šťastně
Jak by Vás popsali vaši přátelé?	Podrážděný 7 6 5 4 3 2 1 Veselý
Jak často porovnáváte svůj vzhled s ostatními?	Neustále 7 6 5 4 3 2 1 Vůbec ne
Jak dobře zapadáte mezi své kamarády?	Ne moc dobře 7 6 5 4 3 2 1 Velmi dobře
Jak často míváte pocit, že máte svůj život pod kontrolou?	Nikdy 7 6 5 4 3 2 1 Vždy
Jak jste spokojená se svým vzhledem?	Velmi nespokojená 7 6 5 4 3 2 1 Velmi spokojená
Jak je Váš život pro Vás uspokojující?	Velmi nespokojující 7 6 5 4 3 2 1 Velmi uspokojující
Jak dobře zvládáte své pocity?	Špatně 7 6 5 4 3 2 1 Velmi dobře
Jak by Vaši náladu nejčastěji popsala Vaše rodina?	Podrážděná 7 6 5 4 3 2 1 Veselá
Jak často míváte pocit, že má život cenu?	Nikdy 7 6 5 4 3 2 1 Vždy
Jak dobře zvládáte stres?	Špatně 7 6 5 4 3 2 1 Velmi dobře
Jak často myslíte na svou postavu a hmotnost?	Neustále 7 6 5 4 3 2 1 Vůbec ne
Jak byste popsala svou náladu?	Podrážděná 7 6 5 4 3 2 1 Veselá
Jak jste spokojená se svou postavou?	Velmi nespokojená 7 6 5 4 3 2 1 Velmi spokojená
Jak jste spokojená se svou hmotností?	Velmi nespokojená 7 6 5 4 3 2 1 Velmi spokojená
Jak byste popsala svoji náladu?	Nestálá 7 6 5 4 3 2 1 Stálá
Jak moc si myslíte, že Vaší rodině na Vás záleží?	Vůbec ne 7 6 5 4 3 2 1 Velmi
Jak se cítíte, když druzí ve Vaší přítomnosti hovoří o postavě a hmotnosti?	Nepříjemně 7 6 5 4 3 2 1 Příjemně
Jak moc si myslíte, že na Vás záleží, Vaším přátelům?	Vůbec ne 7 6 5 4 3 2 1 Velmi
Jak často si myslíte, že plníte očekávání své rodiny?	Nikdy 7 6 5 4 3 2 1 Vždy

© Park Nicollet Institute. If you do use SEEDS, please share with us how you plan to use it; send a note to [idc@parknicollet.com](mailto:idc@parknicollet.com). Překlad české verze: Lucie Sikorová a Tatiana Valiašková, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita (2019).

## Příloha č. 2

<b>ROK</b>	<b>POHLAVI</b>	<b>VEK</b>	<b>POC_POJ</b>
2018	M	0-18	50624
2018	M	18 a více	176582
2018	Z	0-18	47744
2018	Z	18 a více	184882
2019	M	0-18	50712
2019	M	18 a více	177591
2019	Z	0-18	47979
2019	Z	18 a více	184846
2020	M	0-18	51451
2020	M	18 a více	179040
2020	Z	0-18	48528
2020	Z	18 a více	185563
2021	M	0-18	51781
2021	M	18 a více	182682
2021	Z	0-18	49223
2021	Z	18 a více	187164
2022	M	0-18	53442
2022	M	18 a více	183119
2022	Z	0-18	51017
2022	Z	18 a více	190747

## Příloha č. 3

ROK	DG	POHLAVI	VEK	POC_URCI
2018	F500	M	0-18	3
2018	F500	M	18 a více	1
2018	F500	Z	0-18	37
2018	F500	Z	18 a více	35
2018	F502	Z	0-18	4
2018	F502	Z	18 a více	17
2019	F500	M	18 a více	2
2019	F500	Z	0-18	38
2019	F500	Z	18 a více	30
2019	F502	Z	0-18	2
2019	F502	Z	18 a více	15
2020	F500	M	0-18	2
2020	F500	M	18 a více	2
2020	F500	Z	0-18	40
2020	F500	Z	18 a více	32
2020	F502	Z	0-18	3
2020	F502	Z	18 a více	12
2021	F500	M	0-18	9
2021	F500	M	18 a více	4
2021	F500	Z	0-18	60
2021	F500	Z	18 a více	34
2021	F502	M	0-18	1
2021	F502	Z	0-18	5
2021	F502	Z	18 a více	15
2022	F500	M	0-18	3
2022	F500	M	18 a více	4
2022	F500	Z	0-18	65
2022	F500	Z	18 a více	44
2022	F502	Z	0-18	7
2022	F502	Z	18 a více	19