

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2022

Bc. Bernardová Terezie

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Život rodiny u pacienta s mentální anorexií

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Terezie Bernardová**
Osobní číslo: **Z19298**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Život rodiny pacienta s mentální anorexií**
Téma práce anglicky: **Life in Family of Anorexia Nervosa Patient**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. EIKEY, Elizabeth V. Effects of diet and fitness apps on eating disorder behaviours: qualitative study. *British journal of psychiatry open* [online]. 2021, 7(5), e176. ISSN 2056-4724. Dostupné z: doi:10.1192/bjo.2021.1011
2. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
3. MAUNDER, Kristen a Fiona MCNICHOLAS. Exploring carer burden amongst those caring for a child or adolescent with an eating disorder during COVID-19. *Journal of Eating Disorders* [online]. 2021, 9(1), 124. ISSN 2050-2974. Dostupné z: doi:10.1186/s40337-021-00485-7
4. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.
5. WHITE, Hannah J. et al. Disturbance at the dinner table: exploring mothers' experiences of mealtimes when caring for their son or daughter with anorexia nervosa. *Journal of Health Psychology* [online]. 2022, 27(3), 637-648. ISSN 1359-1053. Dostupné z: doi:10.1177/1359105320904756

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2019**

Termín odevzdání diplomové práce: **28. dubna 2022**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 23. března 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Práci s názvem Život rodiny u pacienta s mentální anorexií jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 05. 05. 2022

Bc. Terezie Bernardová

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda vyjádřila poděkování vedoucí práce PhDr. Kateřině Horáčkové, PhD., za možnost věnovat se tomuto tématu a konzultantce Mgr. Jitce Rusové, Dis., za spolupráci, čas a cenné rady, které mi ochotně věnovala. Velké poděkování patří všem respondentkám za jejich čas a vstřícnost, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout. Poděkování patří knihovnici Zuzaně Maurové, která mi poskytla velmi cenný obsah zdrojů. Poděkovat bych chtěla i vrchní sestře Lence Housové–Váchové, která mi umožnila studium absolvovat. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině, která mi byla oporou v průběhu studií.

ANOTACE

Tato diplomová práce si klade za cíl nalézt a popsat problémy, kterým je vystavena rodina s dítětem s anorexií, zejména v oblasti stravování, moderních technologií a jak tyto rodiny ovlivnila koronavirová pandemie. Teoretická část přibližuje, jak tuto problematiku reflektuje česká i zahraniční odborná literatura, praktická část analyzuje deset rozhovorů s matkami dospívajících dcer s anorexií, identifikuje jednotlivé problémy a v závěrečné diskusi je srovnává s dostupnou odbornou literaturou.

KLÍČOVÁ SLOVA

anorexia nervosa, stravovací zvyklosti, sociální sítě, covid-19, vztahy mezi rodiči a dětmi

TITLE

Red seems to be a little smaller next to blue and green

ANNOTATION

The diploma thesis aims to find and describe the problems that experience families with a child with anorexia, especially in the field of feeding, modern technologies and how the covid-19 pandemic has been affected them. The theoretical part describes reflection of the issue in the Czech and foreign research literature, the practical part analyzes ten interviews with mothers of adolescent daughters with anorexia, identifies particular problems and compares them with the available research literature in the final discussion.

KEYWORDS

anorexia nervosa, feeding and eating disorders, social networks, covid-19, parent-child relations

OBSAH

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK	11
ÚVOD	12
1 KAPITOLA	14
1.1 CÍL PRÁCE	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	15
2.1 Mentální anorexie.....	15
2.2 Jak poznáte mentální anorexii.....	17
2.3 Typy anorexie	18
2.4 Diagnostika mentální anorexie	19
2.5 Důsledky poruch příjmu potravy”	20
2.6 Terapeutický plán.....	21
2.7 Hospitalizace.....	22
2.8 Rodinná a vícerodinná terapie	23
2.8.1 Základní principy a cíle přístupu vícerodinné terapie	24
2.8.2 Fáze terapeutického programu vícerodinné terapie	24
2.8.3 Terapie psychoanalytická	25
2.8.4 Kognitivně-behaviorální terapie	26
2.9 Nutriční podpora	26
2.9.1 Jídelní režim při hospitalizaci	27
2.9.2 Jídelní režim v domácím prostředí.....	28
2.9.3 Doporučení rodičům.....	31
2.10 Moderní technologie	32
2.10.1 Sociální síť.....	32

2.10.2	Pro ana blogy	33
2.10.3	Internet.....	34
2.10.4	Dietní a fitness aplikace	36
2.11	Život rodiny pacienta s mentální anorexií v období covid-19	37
2.12	Dopad COVID-19 na rodinu pacienta s mentální anorexií.....	37
2.12.1	Zátěž v rodině	39
2.12.2	Zátěž zdravotníků.....	40
3	PRŮZKUMNÁ ČÁST	42
3.1	Metodika průzkumu	42
3.1.1	Průzkumný soubor	44
3.1.2	Způsob získání dat	45
3.1.3	Způsob zpracování dat.....	45
3.2	Prezentace a analýza výsledků.....	45
3.2.1	Kategorie Stravování.....	46
3.2.2	Kategorie Moderní technologie	59
3.2.3	Kategorie Covid-19.....	68
3.3	Odpovědi na průzkumné otázky a diskuze	77
3.3.1	Průzkumná otázka č. 1.....	78
3.3.2	Průzkumná otázka č. 2.....	81
3.3.3	Průzkumná otázka č. 3.....	83
	ZÁVĚR	87
	POUŽITÁ LITERATURA.....	91
	PŘÍLOHY	96

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Vzorový jídelníček při podvázce – Healthyandfree.....	30
Obrázek 2 Preventivní program Healthy and free.....	35
Obrázek 3 Preventivní program Pro Youth	36
Obrázek 4 Kódy a podkódy kategorie stravování.....	46
Obrázek 5 Kódy a podkódy kategorie moderní technologie	59
Obrázek 6 Kódy a podkódy kategorie Covid-19	68

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AN	anorexia nervosa
FSH.....	folikulostimulační hormon
GIT.....	..gastrointestinální trakt
IPA	interpretativní fenomenologická analýza (interpretative phenological analysis)
LH.....	luteinizační hormon
MKN-10.....	Mezinárodní klasifikace nemocí
NEDA	National Eating Disorder Association
PPP	poruchy příjmu potravy
Telehealth	zdravotní péče poskytovaná prostřednictvím telekomunikační technologie

ÚVOD

Mentální anorexie (anorexia nervosa, AN) patří k poruchám příjmu potravy. Jedná se o závažné psychiatrické onemocnění, které se vyskytuje zejména u dívek ve věku 15-19 let, objevuje se ale – zvláště v poslední době – i u chlapců. Postižení významně omezují množství konzumovaného jídla a zavádí do svého režimu opatření, jimiž udržují podváhu, včetně zvýšené fyzické aktivity. Mentální anorexie má řadu následků, k nimž patří poruchy hormonální rovnováhy, pokles krevního tlaku a tepové frekvence, náchylnost k zánětům, poruchy spánku, osteoporóza, otoky slinných žláz a další. Vyskytují se u ní také patologické myšlenky a chování týkající se jídla a váhy, i patologické emoce týkající se vzhledu, stravy i konzumace jídla. Tyto myšlenky, pocity a chování vedou ke změnám ve složení a fungování těla, které jsou přímým důsledkem hladovění. U adolescentů nemoc vážně postihuje psychický, emoční i sociální vývoj (Lock a Le Grange, 2015).

Onemocnění se velmi intenzivně promítá do fungování celé rodiny i do vzájemných vztahů jejích členů. Dospívající mají často potíže s komunikací v rodině, postrádají emoční vřelost, někdy jsou vystaveni nevhodným komentářům a trápí je pocit, že je členové jejich rodiny odmítají. Postupně se izolují nejen od členů své rodiny, ale i od svých vrstevníků. Další zátěž vnáší do rodiny péče o pacienta, která je pro pečovatele, jedná se převážně o matky, mimořádně náročná a zásadně ovlivňuje jejich psychosociální wellbeing.

Adolescenti trpící anorexií často nacházejí pochopení v online prostředí. Obsah na internetu vytvořený uživateli lze vzhledem k omezeným možnostem kontroly označit jako velmi rizikový. Snadný přístup dětí a mládeže k internetu, kdy jejich čas vyplňuje sledování a sdílení online obsahu generovaného ostatními uživateli, vytváří rizikové prostředí. Na sociálních sítích přetrvává obzvláště velká obliba sdílených selfie pořízených chytrými telefony. Nejvíce využívané sociální sítě jsou Instagram, Facebook a Whatsapp. Být sledován, hodnocen a souzen v této nové sociální sféře, vytváří na mládež enormní tlak. Otevřenost a sdílení se přesouvá do čím dál intimnější oblasti. Mezi intimní a velmi citlivá témata lze zařadit i poruchy příjmu potravy, zejména anorexiu (Kollerová, 2015, s. 47).

V uplynulých dvou letech k izolaci dětí a dospívajících s anorexií přispěla i celosvětová koronavirová pandemie. V rodinách v důsledku hrozícího infekčního onemocnění, karanténních opatření a možných očekávaných ekonomických problémů vzrostlo napětí. Děti a dospívající postihlo zavření škol, omezení zájmových aktivit a nedostatek kontaktů s vrstevníky (Koutek a Kocourková, 2021, s. 116). Děti a dospívající byli vytrženi ze svého

školního kolektivu, trávili četné hodiny u počítače při on-line výuce. Dívky, které předtím pravidelně sportovaly, mohly mít obavy ze vzestupu hmotnosti. V rámci změny režimu může dojít ke strachu z obezity, zejména u dívek, pro něž je postava a hmotnost velmi důležité téma (Koutek a Kocourková, 2021, s. 117). Covidová pandemie narušila nejen běžný život, ale také fungování zdravotnických služeb a jejich dostupnost (Koutek a Kocourková 2021, s. 116).

Do těchto situací vstupují také zdravotníci, kteří svými zásahy mohou pomoci, nebo naopak ublížit. Sestra by se měla při profesionálních výkonech snažit pacientovi porozumět, pochopit tíživost jeho situace a podle možností mu pomoci, vhodným způsobem uspokojovat jeho terapeutické, psychické, sociální, kulturní a duchovní potřeby. V případě nevhodného přístupu k pacientovi může dojít i k jeho poškození (sororigenie), a to jak fyzickému, tak psychickému (Kutnohorská, 2007). Ke zmírnění utrpení pacientů způsobených poskytovatelem péče je třeba přijímat strategie, které podporují péči zaměřenou na pacienta a jeho participaci na léčbě (Berglund et al., 2012).

Diplomová práce je zaměřená na život rodiny pacientů s mentální anorexií, zejména na oblast stravování a důsledky užívání moderních technologií a vynucené izolace během koronavirové pandemie. Data byla shromážděna z rozhovorů s matkami deseti dívek s anorexií, analyzována a v závěru práce diskutována. Cílem práce je zjistit, jak mentální anorexie ovlivňuje život rodiny s důrazem na oblast stravování, jaký vliv mají moderní technologie (sociální sítě, internetová diskuzní fóra, mobilní aplikace zaměřené na stravování a pohybové aktivity) na život rodiny a jak do všeho zasáhla pandemie Covid-19.

1 KAPITOLA

1.1 CÍL PRÁCE

Cíl teoretické části práce

1. Přehledně shrnout problematiku mentální anorexie s důrazem na oblast stravování, moderní technologie a ovlivnění života rodiny v době pandemie Covid-19.

Cíl průzkumné části práce

1. Zjistit, jak mentální anorexie ovlivňuje život rodiny s důrazem na oblast stravování
2. Zjistit, jaký vliv mají moderní technologie na (sociální sítě, diskuzní fóra na internetu, mobilní aplikace zaměřené na stravování a pohybové aktivity) na život rodiny.
3. Zjistit, jak do všeho zasáhla pandemie Covid-19

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části je podrobně popsána problematika poruchy příjmu potravy s důrazem anorexia nervosa a možnosti její terapie. Dále je zde přehledně zpracována problematika oblasti stravování. Následně je zde zmíněna oblast problematiky sociálních sítí, internetu a fitness aplikací. Poslední kapitolu uzavírá problematika celosvětové pandemie Covid-19 a její zásahy do života rodiny.

2 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou definovány jako stavy charakterizované abnormálními stravovacími návyky, které zahrnují buď nedostatečný nebo nadměrný příjem potravy, nebo chování, které může vyústit ve výrazné snížení fyzického zdraví nebo abnormální psychosociální fungování postiženého jedince. Mentální anorexie a bulimie jsou nejčastější specifické formy poruch příjmu potravy a byly uznány jako diagnostické jednotky v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch, v jeho čtvrtém vydání American Psychiatric Association a jako nové diagnostické subjekty v pátém vydání v roce 2013 (Bencko a Tryfos, 2015, s. 59). PPP jsou velmi komplexním onemocněním s mnoha biopsychosociálními mechanismy. Modely se většinou zabývají jen některými aspekty vzniku a průběhu onemocnění. Holistický výklad psychosomatický pak spočívá ve vysvětlení interakce postupného nárůstu rizikových faktorů a spouštěcích faktorů. Jedinci geneticky ohrožení nebo vystavení patologickému jídelnímu chování a postojům k výživě u rodičů mohou mít časné nespecifické nerozpoznané symptomy PPP (Papežová et al., 2018, s. 54).

2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je závažné psychiatrické onemocnění, při kterém dochází k postižení všech orgánových soustav včetně pohybového aparátu. Mentální anorexie je spojená s extrémními a velmi dynamickými změnami tělesného složení. Vlivem dlouhodobého hladovění dochází ke snížení hmotnosti pod úroveň přiměřenou věku a výšce a k úbytku tělesného tuku a aktivní svalové hmoty (Ulrichová et al., 2020, s. 9).

U anorexie se vyskytují patologické myšlenky a chování týkající se jídla a váhy, i patologické emoce týkající se vzhledu, stravy i konzumace jídla. Tyto myšlenky, pocity a chování vedou ke změnám ve složení a fungování těla, které jsou přímým důsledkem hladovění.

Rizikové faktory mohou zhoršovat symptomy, což jsou osobní nebo rodinná psychiatrická komorbidita, perfekcionismus, rigidní obsedantně-kompulzivní rysy osobnosti, stres v období puberty v kombinaci se zvýšenou dostupností jídla a citlivostí ke kultu štíhlosti (Papežová et. al., 2018, s. 54).

U adolescentů nemoc vážně postihuje psychický, emoční i sociální vývoj (Lock a Le Grange, 2015). Ačkoli mnoho výzkumů udává, že je anorexie chronické onemocnění (průměrná délka onemocnění je 5-7 let), některé výzkumy ukazují, že mnoho mladých lidí dosáhlo plného zotavení z nemoci a nabylo původní váhu za 57–79 měsíců, přičemž recidiva onemocnění byla v těchto studiích poměrně neobvyklá (Hurst et al., 2012). Většina evropských i mezinárodních guidelinů klade důraz na multidisciplinární a multimodální přístup, který zohledňuje medicínské, nutriční i psychologické potřeby pacientů (Herpertz-Dahlmann et al., 2015).

Celkový odhad celoživotní prevalence mentální anorexie se na základě populačních studií v západní Evropě a USA pohyboval v rozmezí 0,5–2,2 % u žen, muži nejčastěji tvoří 10 % postižených poruchou příjmu potravy. Rozsah problému v populaci zůstává však často podhodnocen, protože tendence k utajování onemocnění a vyhýbání se odborné péči jsou pro onemocnění typické (Papežová et al., 2018).

Podle humánních studií se genetické faktory podílejí na riziku anorexie v 58–88 %. Nejpravděpodobnější je polygenní dědičnost ovlivňující regulační mechanismy chuti, váhy, energetického metabolismu i utváření osobnostních rysů. Také hraje roli v rozvoji obsedantně-kompulzivních rysů (Papežová, 2010).

Následky poruchy příjmu potravy jsou u dospívajících závažnější v tom, že zasahují do vyvíjejícího se organismu a mohou být celoživotní, např. menší vzrůst a velmi často infertilita. K závažným metabolickým následkům patří porucha menstruačního cyklu, porucha štítné žlázy, osteoporóza, poruchy imunity, poruchy termoregulace, svalová atrofie, kazivost zubů, lámavost nehtů a vlasů a výskyt lanuga (Papežová et al., 2018).

Mnoho mladých lidí s anorexií žije v nekompletních rodinách nebo v rodinách, kde žije člen se sklony k psychickým poruchám. Dospívající uvádějí svůj vztah k rodičům jako narušený, vnímají z jejich strany odmítání, postrádají emoční vřelost a označují jejich postoj jako overprotektivní (častěji ze strany matek než otců). Mezi negativní fenomény v rodině patří komunikační problémy, častá kritika dětí ze strany rodičů, také neuvážené komentáře k jejich vzhledu, neschopnost dostatečně komunikovat o problémech, které potřebují řešení. Někteří

pocitují, že rodiče preferují jejich sourozence, kteří slouží jako dobrý příklad studia či chování. Rodiny jsou také ovlivněny posledními trendy propagujícími diety, zejména matky často drží diety a jejich chování je pro děti příkladem (Levická et al., 2014, s. 391-397). Vážná duševní onemocnění s sebou často přináší zátěž nejen pro klienty, ale také jejich rodiny a okolí, a vysoké nároky na tyto neformální pečovatele.

2.2 Jak poznáte mentální anorexii

Mění se jídelníček, nejprve začínají mizet jídla, která jsou považována za energeticky příliš vydatná. Anorektičky nejprve vynechávají sladkosti a tučná jídla. Postupně si zakazují i další jídla, jako je bílé pečivo, knedlíky, maso, přílohy až nakonec zbydou jen dietní „light“ potraviny a jídla, která si sama připravují. Mění se jídelní režim. Nemocné si velmi důsledně neberou nic, co by bylo „navíc“ a pod různými záminkami mizí i hlavní jídla. Jídelní změny dodržují se stále větší důsledností a obhajují se stále větší rafinovaností. Na jídlo jim najednou chybí čas nebo chuť. Přibývají výmluvy a manipulace kolem jídla. Anorektičky rády uvádí, že nejsou ráno zvyklé jíst, nebo že nemají čas, večer už bývají většinou po večeři. Při jídle se velmi úzkostlivě srovnávají s ostatními, vyžadují, aby měly co nejmenší porci. Často a hodně jídlo uždibují, žvýkají žvýkačky a kouří. Mění se jejich chování. Jídelní tempo je velmi pomalé, jedí obřadně, v jídle se nimrají, dlouho si je prohlížejí a vybírají, co nesnědí. Potraviny si dělí na miniaturní kousky, jídlo jim trvá velmi dlouho, že se opravdu nestihnou najíst. Trvají na tom, že musí „jíst v klidu“ a jídlo si „vychutnat“, to znamená, že jeden malý jogurt ujídají miniaturní lžičkou 20 minut. Anorektičkám se mění jejich chuť, někdy hodně solí, pijí kávu a velmi snadno se jim udělá po něčem špatně. Pokud zapíjejí hlad, tak hodně pijí, jindy nepijí vůbec, až jim hrozí dehydratace. Přecitlivěle reagují na to, když je někdo při jídle sleduje nebo například mlaská, proto se vyhýbají jídlu ve společnosti. V případě, že si připravují jídlo pro sebe, bývá méně vydatné. Jejich výraz při jídle bývá strnulý a vyděšený. Mluví o tom, kolik toho snědly a snadno se cítí přejedené. Najednou jsou jablka obrovská a rohlík je tak vydatný, že se nedá sníst. Často mluví o jídle nebo se této tématice velmi vyhýbají. Jejich aktivita často vzrůstá, neustále někde pobíhají, mají potřebu „dát si do těla.“ Například chodí mnohakilometrové procházky, posilují několik hodin a nedokážou jen tak sedět. Zhoršuje se soustředěnost na učení. S rostoucí podvýživou může přijít únava, apatie a vyčerpanost. Příliš se zaobírají svojí postavou a tělesnou hmotností. Neustále se váží a postávají před zrcadlem. Mnohdy se váže ze strachu vyhýbají. Zahalují se do volného oblečení, které znemožňuje předvádět jejich plochou a vyhublou postavu. Mluví často o jídle nebo se naopak tomuto tématu vyhýbají. První zhubnutí je zpravidla spojeno se vzrůstem

sebevědomí a zlepšením nálady. V této době bývají nemocné velmi aktivní a společenské. Postupně se však soustřeďují stále více na sebe, svoje tělo a jídlo. Uzavírají se do sebe, začínají se vyhýbat přátelům i rodině. Zhoršuje se jim nálada, narůstá jejich přecitlivělost a podrážděnost. Snaha, donutit anorektičky jíst, reagují velkým odporem a někdy až hysterií. Velmi často vyhrožují a emočně vydírají, na každý argument mají svoje protiargumenty. Snaží se u jídla podvádět, aby „uklidnily“ rodiče a svoje okolí, aby demonstrovaly snahu se léčit (Krch, 2010, s. 29, 30).

2.3 Typy anorexie

Rozlišují se dva typy anorexie – nepurgativní a purgativní. Restriktivní typ (nepurgativní typ): během současné epizody mentální anorexie se *nevyskytují* záchvaty přejídání nebo vyprovokovaného vypuzování. Vypuzováním se rozumí vyprovokované zvracení nebo používání laxativ, diuretik nebo klyzmat. Jedinci jen dodržují velmi přísné diety nebo hladovějí.

Typ záchvatového přejídání/vypuzování (purgativní typ): Během současné epizody mentální anorexie se *vyskytují* záchvaty přejídání nebo vyprovokovaného vypuzování. Vypuzováním se rozumí vyprovokované zvracení nebo zneužívání laxativ, diuretik nebo klyzmat (Hadaš, 2007, s. 10).

Mentální anorexie představuje nejtěžší deficit s extrémně nízkým příjmem energie za určité období, přispívá k enormnímu úbytku tělesné hmotnosti. Příjem energie může být úmyslně snížen vyvolaným zvracením a užíváním projímadel nebo urychlený vysokým výdejem energie. Fyziologické změny typické pro hladovění postihují všechny systémy těla.

Gastrointestinální trakt – snížená peristaltika, opožděné vyprazdňování žaludku, nadýmání, zácpa, anatomické poškození nezřízeným přejídáním nebo zvracením

Muskuloskeletální systém – způsobuje atrofii svalů a demineralizaci kostí

Endokrinní systém – snížená aktivita hormonů reprodukčního systému, vysoké hladiny kortizolu, nízké hladiny hormonů štítné žlázy – vedou k hypotermii a zpomalenému metabolismu

Centrální nervový systém – může způsobit poruchu paměti a koncentrace, deprese, podrážděnost, některé známky úbytku mozkové hmoty

Kardiovaskulární systém – zmenšení srdce, snížení krevního tlaku, zhoršená periferní cirkulace, srdeční arytmie

Krev – snížení červených a bílých krvinek, snížená imunita

Onemocnění je charakterizované tělesným narušením vlastního vzhledu a vyžaduje multifaktoriální přístup (Sharma, 2018, s. 144, 145).

Stomatologické komplikace – kazivost zubů a periodontitida – způsobeno kyselým obsahem zvratků

Dermatologické syndromy – Suchá, praskající kůže a nehty – způsobeno dehydratací, ztrátou podkožního tuku a avitaminózou

Ledviny a elektrolyty – Hypokalémie – způsobeno zvracením, diuretiky a laxativy

Edémy – hyperaldostronizmus

Reprodukční a neuroendokrinní komplikace – amenorea – způsobeno snížením LH a FSH

Infertilita nebo rizikové těhotenství – způsobeno snížením pohlavních hormonů, perinatální komplikace (Papežová, 2010, s. 150, 151).

2.4 Diagnostika mentální anorexie

Diagnóza je posouzena podle zdravotních rizik a následků onemocnění. K zabezpečení adekvátní následné péče dochází nejčastěji v primární péči. Na začátku onemocnění může být většina pacientek léčena ambulantně nebo v rámci parciální hospitalizace na denním stacionáři. Na léčbě by se měl podílet lékař, nutriční sestra a terapeut. Nejvhodnější je tedy týmová práce. Psychiatrická konzultace je velmi důležitá, ale pacienti i rodinní příslušníci se jí často brání, většinou ze strachu, studu, viny nebo stigmatizace (Papežová, 2010, s. 148).

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10, jsou patrná ze snížené tělesné hmotnosti pod 15% předpokládané hmotnosti, kdy BMI je nižší než 17,5 kg/m², kdy prepubertální jedinci nesplňují očekávaný váhový přírůstek. Snížení váhy si pacient způsobí sám, kdy se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“ nebo vyprovokovaným zvracením, nadměrným cvičením, užíváním laxativ, diuretik nebo anorektik. Je přítomna specifická psychopatologie, přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle je vtíravá a ovládací myšlenka. Pacient si sám sobě dává za povinnost mít nízkou váhu. Rozsáhlá endokrinní porucha u žen způsobuje amenoreu a u mužů ztrátu sexuálního zájmu a potence. V případě, že je počátek onemocnění před pubertou, jsou tyto projevy opožděny a zastaveny.

V případě uzdravení dochází k dokončení puberty, ale menarche je zpožděna. Pokud jsou popisovaná kritéria všechna zastoupena, diagnóza mentální anorexie je tímto stanovena. V případě, že chybí jeden nebo více projevů, jinak je klinický obraz téměř typický, jedná se o atypickou mentální anorexii (Baraníková et al., 2005, s. 282).

Atypická mentální anorexie je způsobena projevem subklinických příznaků PPP. Dívky vykazují problémy ve všech nebo pouze v některých diagnostických kritériích, ovšem intenzita příznaků není velká. Dívky mají hraniční BMI a často se zabývají strachem z jídla a z tloušťky. Dívky praktikují různá dietní opatření, ale nedochází u nich ke vzniku kachexie. Subklinické příznaky MA bývají typické mezi gymnastkami, baletkami a modelkami. Velmi často sem patří i příznivkyně „moderních a zdravých trendů výživy“, což jsou vegetariáni, vegani či makrobiotici. **Druhou** skupinou PPP jsou typické u pacientů, kde jsou doprovodné psychopatické syndromy, jako je depresivní a obsedantně kompulzivní syndrom. **Třetí** skupinu tvoří pacienti, kteří nespĺňují diagnostická kritéria, ale v jednom či více kritériích dosahují značné hloubky, což je nejčastěji pokles hmotnosti do velmi těžké kachexie. **Čtvrtou** skupinu tvoří pacienti, kteří mají somatické onemocnění, které vyvolalo nechutenství a hubnutí a tento úbytek hmotnosti stále pokračuje. **Pátou** skupinu tvoří pacienti, kteří po odeznění nemoci plynule přechází do atypické mentální anorexie, kdy pacienti odmítají přiznat svůj aktivní podíl na snížení hmotnosti. Strach z tloušťky má charakter dysmorfobického bludu. **Šestou** skupinu tvoří diagnosticky nejobtížnější atypická mentální anorexie, která je způsobena komorbiditou se somatickým onemocněním, především v oblasti GIT (Baraníková et al., 2005, s. 282, 283).

2.5 Důsledky poruch příjmu potravy

PPP patří k závažným psychiatrickým onemocněním, u nichž až třetina pacientů přechází do chronického průběhu s předčasným úmrtím vlivem metabolického rozvratu, selhání srdce a ledvin. Častou příčinou úmrtí je suicidium. V období dospívání jde o třetí nejčastější psychiatrické onemocnění s úmrtností 2x vyšší ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty a 10x vyšší v porovnání se zdravou populací. Následky PPP u dětí jsou závažnější v tom, že zasahují do vývoje organismu a velmi často mají trvalé následky, jako je zastavení růstu a vývoje, což způsobí menší konečný vzrůst. Další závažný celoživotní problém může být porucha fertility. Velmi časté riziko PPP je rychlejší tendence k vyhublosti a dehydrataci. Děti mají menší rezervy a jejich metabolismus je nejen rychlejší, ale také labilnější, proto lze u nich snadněji dojít k metabolickému rozvratu se všemi důsledky, včetně náhlého

a nevratného selhání životně důležitých orgánů. Mnohem dříve než u dospělých mohou vznikat velmi závažné poruchy, jako je osteoporóza včetně dalších komplikací, jednou z nich je patologická fraktura, která se často objevuje již ve druhém roce po vzniku PPP. Snížení hladin pohlavních hormonů vede k opožděnému nástupu puberty. Role pacienta proto dítěti neumožňuje věnovat se experimentům, které jsou běžné pro toto vývojové období, ať už jde o experimenty názorové nebo vztahové, s jejichž pomocí si adolescent vytváří vlastní identitu. Pokud onemocnění trvá příliš dlouho, bývá obtížné se vrátit do společnosti svých vrstevníků a navázat na plnohodnotný a všestranný předchozí vývoj (Papežová, 2010, s. 140, 141).

2.6 Terapeutický plán

Je-li diagnóza stanovena a jsou popsány klinické, motivační a psychologické faktory, měla by být pacientka pravidelně sledována pro možné zdravotní komplikace a nutriční stav, dále by měla být pravidelně kontrolována a vážena (Papežová, 2010, s. 151, 152). Doporučené postupy vychází z několika principů, kdy léčbu by měl provádět multidisciplinární tým, realimentaci u těžké podváhy je nutné začít pozvolna. Závažná podváha by měla být řešena před zahájením psychoterapie, rodinná terapie je efektivnější než individuální terapie (Papežová, 2018, s. 141). Léčba dětí i dospělých vychází z technik kognitivně-behaviorální psychoterapie a jejími hlavními cíli jsou úprava váhy a somatického zdraví, změna jídelního chování, postojů ke vzhledu a sebehodnocení, postojů k jídlu a váze. Motivaci k léčbě u dětí lze obtížně dosáhnout, čím je dítě mladší a psychicky nezralejší, tím je jeho spolupráce v léčbě a náhled na chorobnost stavu horší. V léčbě proto platí, že čím je dítě mladší, tím by léčba měla být důslednější a tím víc odpovědnosti leží na okolí dítěte, především rodičů. Léčba a podpora by měly být zaměřeny na dítě a jeho rodinu, v porovnání s dospělými pacienty je nezbytné navázání terapeutického vztahu nejen s nemocným dítětem a dospívajícím, ale také s jeho rodiči. Správná diagnostika se základem léčby. Důležité je zhodnocení stupně psychického, somatického a sexuálního vývoje dítěte a diagnostikování přidružených poruch. Velmi důležitým krokem je stanovení léčebného plánu a rozdělení konečného cíle do dílčích a konkrétnějších kroků, které mohou být pro dítě dosažitelnější. Představa jídla 6x denně a vzestupu váhy o 10 kg je na počátku léčby pro pacienta zcela nepřijatelná. Dát cíl začít snídat 2 rohlíky a přibrat 0,5 kg za týden může být akceptovatelný. Velmi důležitou otázkou léčby PPP u dětí je rozhodnutí, zda je nutná léčba v rámci hospitalizace, nebo postačí péče formou ambulantní. V naší republice dosud chybí specializovaná centra ve formě denního stacionáře pro děti a adolescenty s touto diagnózou, která je běžná ve světě (Papežová, 2018, s. 141, 142).

2.7 Hospitalizace

Indikace k hospitalizaci je jednoznačně stav, kdy je vázový úbytek více než 25 %, dehydratace, známky oběhového selhávání, který se projevuje pomalým tepem, nízkým krevním tlakem a špatným periferním oběhem. Další důvod k hospitalizaci je přetrvávající zvracení, těžká deprese nebo sebevražedné úvahy a chování. V případě, že dítě nemá závažné komplikace, které vyžadují intenzivní somatickou péči, mělo by být hospitalizováno na specializovaném psychiatrickém pracovišti s kvalifikovaným personálem. Výhodou hospitalizace je také vytržení z domácího prostředí, kdy pacient ani rodiče nezvládají stravovací patologii, ale také své emoce, vzájemnou komunikaci, otázky rolí, kompetenci a zodpovědnosti. Začátek léčby je pozvolná realimentace a obnova nebo vytváření nových jídelních návyků. Důležitou součástí léčby je snížení fyzické aktivity a omezení manipulativního chování, které je častým příznakem PPP. Pacienti schovávají jídlo, podvádí při vážení a často bývají zcela nekritičtí. Vlivem úzkosti se děti a dospívající mají větší tendenci bránit léčbě. Děti velmi často vzdorují, díky své nezralosti, mnohem častěji než dospělí. U nemotivovaných dětských pacientů je zodpovědnost za léčbu na ošetřujícím personálu. V rámci režimové terapie je přesně strukturován čas a dodržování pravidel. Tato pravidla jsou nastavena pro čas učení, psychoterapeutických aktivit, spánkového a jídelního režimu, návštěv, telefonátů a dalších aktivit. Postupnými kroky se dosahuje k přiměřenému jídelnímu režimu a odpovídající hmotnosti. Pacienti se učí zodpovědnost přebírat na sebe, ovládat své afekty a jídelní chování. Neustálý kontakt se svými vrstevníky je další výhodou hospitalizace. Pacienti se stejnými i odlišnými poruchami, často získávají korektivní zkušenosti jedna s těmi, kteří jsou v léčbě déle než oni, ale i s těmi, kteří nově přicházejí a potřebují pomoc a pozitivní příklad v léčbě (Papežová, 2018, s. 142). Jasně stanovená pravidla a naprostá důslednost v jejich dodržování je pro léčbu nezbytně nutné. To může být někdy v rámci rodiny velmi těžké a vede to ke konfliktům nejen s nemocným dítětem, ale i mezi rodiči a dalšími členy rodiny. V rodině často dochází k válce emocí, kdy se obě strany nevyhnou citovému vydírání a rodiče často podléhají pocitům selhání, výčtkám i vzájemnému obviňování. Častým důsledkem PPP bývá také opomíjení dalších dětí, které nevyžadují tolik pozornosti jako pacient. Hospitalizace je vhodná i u dětí, kde vlive PPP došlo k výraznému narušení vztahů, které by mohlo negativně ovlivnit ambulantní léčbu. Hlavním psychoterapeutickými metodami jsou kognitivně-behaviorální terapie, rodinná a individuální psychoterapie, nutriční poradenství a psychoedukace jak pacientů, tak rodičů (Papežová, 2018, s. 142, 143).

Behaviorální intervence pomáhají pacientům změnit nežádoucí chování, jako jsou záchvaty přejídání, zvracení, restrikce množství a frekvence jídla a ochuzení stravy. Důležité je změnit nastavení myšlenek na negativní vnímání vlastního těla, negativní sebehodnocení, perfekcionistický přístup a orientace na výkon. Velmi důležitým prvním krokem v léčbě je posouzení pacientovy motivace ke změně. Problém u pacientů s PPP je častá ambivalentní změna, citová labilita, kdy své postoje rychle a často mění. Motivace se často neodráží v praktické spolupráci při léčbě, ale především při normalizaci hmotnosti. Důležitá je stabilnější, trpělivá a zvyšující schopnost lékaře k motivaci léčby u pacienta i rodinných příslušníků (Papežová, 2010, s. 154).

Psychoedukace poskytuje informace o charakteru, průběhu, léčbě a komplikacích onemocnění hraje v motivaci a spolupráci důležitou roli. Zvláště u dětí a adolescentů rodiče nebo jiní pečovatelé mají být přijati do terapeutického procesu, kdy jim mají být poskytnuty informace, má jim být nabídnuta pomoc v navození behaviorálních změn, plánování jídle a zlepšení komunikace. Rodinní příslušníci by měli být k účasti na terapeutickém procesu opakovaně vyzýváni. V poslední době jsou u nás dostupné kluby pro rodiče a rozvíjeny internetové chaty a poradny pro rodinné příslušníky (Papežová, 2010, s. 152).

2.8 Rodinná a vícerodinná terapie

Rodinná a vícerodinná terapie se ukazují jako skutečně efektivní formy péče o pacienty s různými formami PPP. V léčbě AN mladších pacientů jsou jejich účinky ještě vyšší než v léčbě pacientů starších a těch, kteří trpí jinou formou PPP. U většiny pacientek trpících AN v adolescenci jsou také velmi účinné (Papežová 2018, s. 415). Dlouhodobá hospitalizace u mladých pacientů přináší i nevýhody, jako jsou vyšší riziko chronifikace onemocnění. V oblasti rodinného poradenství a terapie existuje mnoho terapeutických přístupů, nejsilnější ohlas má systemická rodinná terapie, na jejichž myšlenkách je postavená celá řada škol. U nás se rodinnou terapií u psychosomatických poruch a výcvikem psychoterapeutů dlouhodobě zabývají Chvála a Trapková, používají metaforu rodiny jako sociální dělohy, která respektuje životní cyklus rodiny podobně jako zahraniční autoři (Tomanová, 2018, s. 415). Systemicko-narrativní přístupy reprezentují a vyučují Gjuričová a Kubička. Klíčovým posláním terapeutické práce je práce s klientovým příběhem a s vlivem významu slov, která jedinec používá k popisu své reality. Souhrnně lze říct o proudech v rodinné terapii, že přinesly nové metody, pohledy a techniky do léčby duševních poruch. Důraz je kladen na význam sociálního okolí jedince, práce s klíčovými vztahy, důraz na komunikaci a respekt k individuálně vytvářené

realitě, které vedou k odklonu pozornosti od symptomů a „nemocného“ jedince k práci s celým systémem, jehož je daný jedinec součástí. Nový přístup v péči o adolescentní pacienty s PPP a jejich rodiny přináší „vícerodinné programy“ (Tomanová, 2018, s. 145).

2.8.1 Základní principy a cíle přístupu vícerodinné terapie

Prvním principem je umožnit rodinám otevřeně hovořit o svém problému s rodinami, které zažívají podobnou situaci, učit se ze zkušeností ostatních rodin a recipročně se tak podílet na vzájemném vývoji a posunech v léčbě mentální anorexie.

Druhým principem je nabídka rodinám možnost vyjít ze sociální izolace, kam často porucha příjmu potravy přivádí nejen samotného pacienta, ale také jeho rodinu.

Třetím principem je vytvoření prostředí solidarity, naděje a otevřené pomoci.

Čtvrtý principem je vytvoření pomoci rodinám vytvořit nové, široce zaměřené perspektivy, odvrátit jejich pozornost od PPP a pomoci obnosvit zdravé a pozitivně fungující interakční zázemí (Tomanová, 2018, s. 418).

2.8.2 Fáze terapeutického programu vícerodinné terapie

Vícerodinné terapie jsou rozčleněny na fáze, které se vzájemně ovlivňují a myšlenkově oddělené etapy jsou odlišné zaměřením a cíli.

První fáze je vytváření terapeutického vztahu a atmosféry. První fáze je důležitá pro vytvoření otevřené atmosféry, ve které se rodiny cítí chráněné, mají důvěru v terapeutickou metodu, tým i ostatní zúčastněné rodiny. Začátek probíhá sdělením práva a povinnosti uzavřené skupiny rodin, například právo na zpětnou vazbu nebo právo říci ne některým technikám. Povinností je považovat sdělené informace za majetek skupiny, a tudíž je nevynášet mimo skupinu. Velmi důležité ujistit rodiče o tom, že nebudou obviňováni z nemoci jejich potomka a jejich rodinná historie nebude posuzována ani jako správná či špatná. Dcera nebo velmi zřídka syn, je někdy v opozici vůči zbytku rodiny, proto je nutné s touto nejistotou a jejím projevem vzdoru efektivně pracovat a ujistit všechny o tom, že rozhodnutí zúčastnit se této terapie bylo správné. Cílem první fáze je vytvořit atmosféru přijetí a navodit vzájemnou důvěru.

Druhá fáze je orientovaná na symptomy. Nezbytnou součástí terapie je psychoedukace rodin zaměřená na symptomy a negativní následky onemocnění za pomoci videoprojekce fotografií, schémat a informativních hesel. Konečným cílem této fáze je podpořit kompetence rodiny

k léčbě dítěte a pomoci rodině vymezit se vůči poruše příjmu potravy, která bývá pevně vpletená do rodinných schémat a interakcí. Strukturované terapeutické techniky vycházejí z kognitivně-behaviorálních principů. Důraz je kladen na pevné vedení rodin, přísná režimová opatření a kognitivní obohacení psychoedukací.

Třetí fáze je orientovaná na vztahy. V této fázi jsou podporována otevírající se interakční témata a otázky hierarchie, odkrývají se zde rodinná tajemství, patologické a komunikační vzorce a potlačované emoční výměny. Vzhledem k tomu, že se často programu účastní také sourozenci nemocných dívek, je nezbytné věnovat alespoň jedno společné setkání terapeutické péči o ně. PPP narušuje interakční strukturu rodiny a sourozenci se mohou cítit odstrčení a zanedbávání. Ostatní děti v rodině musí cítit také svou důležitost a získat pocit rovnoprávnosti v rodině. Je nutné podpořit osobnost každého sourozence a obrátit pozornost rodičů na zdravé děti. Mnohdy se tyto děti brání slovy, že jich se terapie netýká, že nejsou důležité, proto je důležité zajistit jim dostatečný prostor. V němž mohou ventilovat své problémy a pohovořit o svých emocích a vztazích. Cílem je naučit rodiče projevovat všem svým dětem pozornost ve stejné míře, aby se PPP nestala privilegovaností dítěte v rodině.

Čtvrtá fáze je závěrečnou fází, kdy dochází k přesunu pozornosti od „ted' a tady“ k pohledům do budoucnosti. Hlavním tématem je prevence relapsu a identifikace varovných signálů. Rodina se učí racionálně reagovat na případná nebezpečí a efektivně řešit problémy. Nutností je podpora autonomie a individuality každého člena rodiny, zdůraznění jeho práv na osobní problémy, na stejnou spravedlnost a pozornost. U sourozenců hraje podpora osobnosti významnou preventivní roli. Techniky využívané ve druhé a třetí fázi jsou strategicky orientované a čerpající ze systemického a narativního přístupu. Podle charakteru dané skupiny rodiny bývají zařazovány i techniky imaginativní, arteterapeutické a dramaterapeutické (Tomanová, 2018, s. 418–420).

2.8.3 Terapie psychoanalytická

Psychoanalytický přístup k PPP vychází ze základů klasické psychoanalýzy S. Freuda a v současnosti je obohacen o příspěvky novějších psychoanalytických modelů. Psychoanalytické hledisko umožňuje pacientům nacházet jejich specifika, respektovat jejich subjektivní zkušenost a pomoci tomu, aby i oni našli cestu k užití toho, co terapeut může poskytnout (Papežová, 2018, s. 427). Psychoanalytická terapie představuje časově náročnou terapeutickou modalitu, která je primárně zaměřena na změnu osobnosti. Pacientům pomáhá

nejen zvládat problémy týkajících se jídla a váhy, ale též ke zrání v oblasti separace a individuace, sexuální identity a interpersonálních vztahů (Papežová, 2018, s. 430).

2.8.4 Kognitivně-behaviorální terapie

Významnou roli v této terapii zaujímá sebemonitorování, což jsou jídelní záznamy, aktivní nácvik, konfrontace se zúzkostňujícími podněty a situacemi a domácí cvičení. Klíčovými tématy terapie jsou změny jídelního režimu a otázka tělesné hmotnosti. Pacientka musí vědět, jaké jsou podmínky vhodné pro vzájemnou spolupráci. Reflektujeme její přístup, připomínáme, že změny mohou být nepříjemné, ale že nejsou možné zásadní ústupky. O porcích jídla a tělesných proporcích se vždy hovoří v reálných intervalech, vhodnou pomůckou jsou váhové tabulky a grafy. Podpora pacientky je samozřejmostí, ale není hlavním cílem. Pacientka by měla cítit bezpečí, i když vidíme problém jinak než ona. Pacientkám se AN je vhodné vysvětlit, že se nyní musí relativně začít přejídat, aby dosáhly dostatečné hmotnosti. To znamená, že musí jíst víc, než chtějí a než byly zvyklé, jíst víc než ostatní. Snažíme se jim vysvětlit, že jim pomůžeme zastavit nárůst tělesné hmotnosti nad určitou hodnotu a přiměřeně kontrolovat příjem potravy. Respektujeme jejich strach z bulimie i když jsou vyhublé. Na sezení s mladšími nebo zjevně nemotivovanými pacientkami je vhodné zvát rodinu. Cílem kognitivně-behaviorální terapie je potlačení faktorů udržujících poruchu a přerušování nevhodných návyků pacienta (Papežová, 2010, s. 345–347).

2.9 Nutriční podpora

Nutriční podpora by měla být součástí komplexní léčby pacientů s AN. Cílem nutriční podpory je v ideálním případě normalizovat tělesnou váhu, tak aby odpovídala výšce a věku pacienta. Lékař však dosáhne při komunikaci s pacientem pouze kompromisu plánované váhy, který se pohybuje mezi váhou ideální a váhou aktuální. Velkou chybou však je, když se lékař, nutriční specialista, snaží sám vyřešit situaci pouze pomocí léčby nutriční substitucí. PPP jsou onemocněními, která jsou primárně psychiatrické etiologie, proto je při léčbě nutná spolupráce s psychologem či psychiatrem.

Nutriční specialista by měl být členem týmu, který navrhne dietní opatření, případně doporučí v této problematice péči nutričního terapeuta nebo navrhne nutriční substituci přípravky umělé výživy. Prostředky, které má nutriční specialista k dispozici, jsou úpravy diety a dietní intervence, podání nutričních suplementů, přípravků enterální výživy ve formě sippingu. Velmi nutná je však spolupráce pacienta, případně jeho nejbližšího okolí, které musí sledovat, zda jsou tyto prostředky konzumovány tak, jak je lékařem předepsáno. U těžkých

forem malnutrice je nutná hospitalizace pacientů a podávání umělé výživy, ať již enterální či parenterální cestou, kteří jsou často na jednotce intenzivní péče.

Enterální výživa je strava podávaná buď nazogastrickou nebo nazojejunální sondou zavedenou nosem do žaludku nebo tenkého střeva. Zpočátku je možné aplikovat plnou dávku enterální výživy a poté přejít na dietu v kombinaci perorálního příjmu a enterální výživy. Enterální výživu lze podávat pacientovi i v domácím prostředí formou ambulantního sledování.

Parenterální výživa je podávána u pacientů s mentální anorexií, kdy je vyžadující umístění na jednotce intenzivní péče a tato strava je určena pouze pro nejméně závažnější stavy (Papežová, 2010, s. 183–185).

Nutriční terapeut má za cíl stanovit pacientovi jídelníček tak, aby váha postupně stoupala. Jídelníček musí být dostatečně pestrý, aby zajišťoval optimální příjem energie, bílkovin, minerálů, vitaminů a stopových prvků a přitom musí být pro pacienta přijatelný. Bohužel k této diagnóze patří až chorobná lhavost, snaha manipulovat okolí a vymlouvat se na „objektivní“ příznaky (Papežová, 2010, s. 185). Jídelníček typu 1 litr coca coly light a půl bílého jogurtu, nebo jedno jablko nakrájené na dílky či 5 litrů vody a 100 g kvašených okurek nejsou výjimečné (Grofová, 2007, s. 101). Proto je nutná spolupráce nutričního terapeuta s psychiatrem, včetně objektivního posouzení pacienta oběma lékaři a jejich vzájemná konzultace bez přítomnosti pacienta. Proto hraje nutriční terapeut velmi důležitou roli především v případě komplikací a dekompenzace nebo v ohrožení života či zdraví (Papežová, 2010, s. 185). Tato diagnóza je pro nutričního terapeuta těžký oříšek. Jak se dohodnout s vychrtlou osobou, která má našedlou kůži, vypadané vlasy, lanugo na zádech, tvářích a pomyšlení pouze na to, jak se vyhnout jediné kalorií? Jak jí poskytnou nejen energii a bílkoviny, ale i vitamíny, minerály a stopové prvky, které jí na první pohled chybí? Lékař, nutriční terapeut a sestra musí rozhodně táhnout za jeden provaz a pokusit se dostat pacienta na svou stranu včetně její rodiny. Každopádně je tato situace svízelná a psychicky náročná pro všechny zúčastněné (Grofová, 2007, s. 102).

2.9.1 Jídelní režim při hospitalizaci

Při hospitalizaci je třeba dodržovat 6 základních denních jídel. Skladba a množství stravy závisí na výšce BMI pacientky. Nemocní se stravují společně u jednoho stolu za přítomnosti režimové sestry. Pacientky jsou edukovány, aby používaly celý příbor, jedly přiměřeným tempem a způsobem, což znamená nedělit sousta na miniaturní částičky, nerozpatlávat

přílohy a jídla zbytečně nemíchat. Hlavní jídlo by mělo být snědno v limitu 30 max. 45 minut. Svačiny a druhé večeře do 20 minut. Nevyjadřujeme se k množství, chuti či vzhledu předkládaného jídla. Je nutné sledovat i pitný režim. Některé pacientky mají tendenci se pít nadlimitně, což má za následek otoky, rychlý nárůst hmotnosti a manipulaci s váhou. Na druhou stranu s nárůstem jídla omezují pitný režim na minimum, což způsobuje pokles krevního tlaku, únavu, obstipaci, zánět ledvin. V těchto případech si pacientka zapisuje, co a v jakém množství vypije. I přesto je nutné pacientky sledovat během dne a výsledek nemusí být odpovídající. Skladba jídelníčku je různorodá, jsou v ní začleněny i potraviny, kterým se pacientky záměrně vyhýbají. Nerespektujeme vegetariánskou stravu a ni jinou lékařsky nepotvrzenou dietu. Úsudek o velikosti běžné porce bývá zkreslený. Důležité je získat reálný pohled na velikost klasické porce. Abychom u pacientek předcházely zvracení po jídle, nesmí minimálně půl hodiny na toaletu. Pokud se to některé přece jen stane, většinou si o tom snažíme promluvit, aby se situace neopakovala. Dlouhodobé zvracení může být důvodem k přerušení hospitalizace (Šimůnková a Bartová, 2011, s. 11).

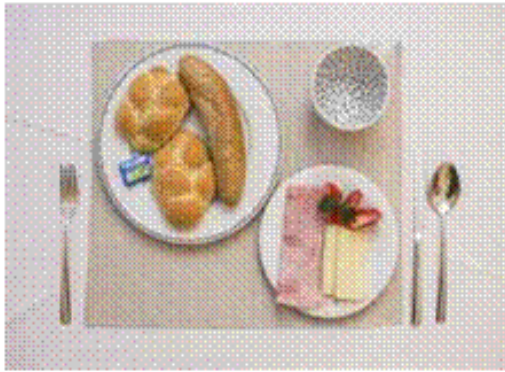
2.9.2 Jídelní režim v domácím prostředí

Je nezbytné si vytvořit jídelní plán. V praxi to znamená, že od této chvíle bude pacientka jíst tři hlavní jídla a další dvě nebo nejvýše tři svačiny, což jsou přesnídávka, odpolední svačina a druhá večeř. Jídlo si musí povolit, to znamená, že bude jíst plánovitě, dostatečně a přiměřeně. Je nezbytné určit, v jakou dobu bude pacientka jíst. Má to následující výhody: Jídlo si vhodně rozloží a bude si lépe zvykat na větší energetický příjem a nová jídla. Vaše jídlo získá řád a pacientka nebude muset spoléhat na svoje vnitřní pocity, což jsou chuť a hlad, které jsou zkresleny dietami a anorexií. Jídlo v určitou dobu je povolené, a neměla by si ho pacientka tolik vyčítat. V budoucnu pak bude předcházet možnému přejídání. Pacientka i její rodina budou vědět, kdy mají jíst a rodiče budou klidnější. Snahou je, naučit se něco, co možná neumí většina pacientčina vrstevníků a tím se sníží riziko obezity ve starším věku, kdy v pozadí nadváhy jsou často nevhodné diety a nereálná očekávání týkající se tělesné hmotnosti. V žádném případě se nesmí zapomenout vynechat snídani, oběd ani večeři. Snahou je, aby pacientka jedla v předem určenou dobu ty nejběžnější a neobvyčejnější snídaně, obědy a večeře. To znamená pečivo či cereálie ke snídani, oběd v jídelně nebo obložený chleba v práci a večeři doma u jídelního stolu a nemusí to být vždy teplá večeře. Raději se vyhýbat sladkým večeřím. Samotné ovoce a zelenina jsou jako hlavní jídlo i jako svačina nevhodné. Nestačí ani jogurt. Několik chodů během hlavního jídla je samozřejmostí. Vynechte všechny náhražky jídla, jako jsou bonbony, žvýkačky a pijte vždy až po jídle.

Nezapíjejte hlad. U jídla je potřeba postupovat od vydatnějších jídel k méně vydatným. Jídelní plán se stanovuje v intervalu jedné hodiny:

7.30 – 8.30 Snídaně, 9.30-10.30 Svačina, 12.00 – 13.00 Oběd, 15.00-16.00 Svačina, 18.00-19.30 Večeře a 19.30-22.00 Druhá večeře

Jídelní plán můžete podle potřeby měnit, ale pacientka musí zapomenout na všechny přesvědčivé argumenty, proč podobný plán nemůže plnit. Jestliže se jídlo opozdí o půl hodiny nebo si vezme jídlo dříve, nic se neděje. Mezi jednotlivými jídly by neměla být přestávka delší než tři až čtyři hodiny. Jestliže nebyla zvyklá snídat nebo večeřet, může mít pocit, že v tuto dobu do sebe nic nedostane, nebo ji může být těžko, tak musí tyto nepříjemné pocity vydržet. Jde o reakci na předcházející nevhodný jídelní režim (Krch, 2010, s. 110–112).



Snídaně – vzor



Svačina dopolední – vzor



Oběd – vzor



Svačina odpolední – vzor



Večeře – vzor



Druhá večeře – vzor

Obrázek 1 Vzorový jídelníček při podvaze – Healthyandfree

Zdroj: Healthyandfree, dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/home-old/>

Cesta ke změně znamená, nehledat snadnou cestu, žádná neexistuje. Nemůže se překonat anorexie a nepřibrat. V jídelníčku by se měly pravidelně objevovat potraviny ze šesti základních skupin, jako jsou 1) maso, masné výrobky, ryby, drůbež 2) mléko, mléčné výrobky, vejce 3) ovoce 4) zelenina 5) mlýnsko-pekárenské výrobky, rýže 6) tuky.

Prostřednictvím těchto potravin získáte veškeré látky nezbytné ke správné funkci svého organismu.

Vegetariánství - Mezi nemocnými s mentální anorexií je mnoho těch, kteří nejedí maso. Často také pacientky s MA tvrdí, že nemají anorexii, protože se nebojí tloušťky, ale chtějí jen zdravě jíst. Podle Tichý (2016, s. 74) existuje souvislost mezi hlavním důvodem setrvání u vegetariánství a výskytem diagnostikované poruchy příjmu potravy u vegetariána. Toto zjištění v podstatě podtrhuje závěr předchozí, tedy že jedinci s poruchami příjmu potravy či s některými jejími symptomy se liší svou motivací pro setrvání u vegetariánství od ostatních. Podle Krch (2010, s. 123) člověk se nemusí přecpávat masem, ale dobře připravené maso je velmi chutným a hlavně velmi bohatým zdrojem řady nezbytných látek.

Dietní – racionální výživa. „Racionalita“ je heslo, pod které se může ukrýt jakákoli hloupost. To platí samozřejmě i v oblasti výživy, kde velké množství polopravd využívá především móda a reklama. Ze zdraví se stal argument potravinářského průmyslu, který vyrábí podle toho, co je právě v módě. Dnes jsou v módě diety, biopotraviny a zdravá výživa. Spotřebitel je nucen do nadměrné spotřeby reklamou, která vlastně říká *„je to lepší než normální jídlo, je to zdravější, je to méně energeticky hodnotné, nemusíte se bát, můžete se odvázat, můžete se přejíst“*. Vlákna je prospěšná, ale proč ji hltat po hrstech? Stejně to je s vitaminy nebo s minerály, pokud nejste nemocní nebo nechybí ve vaší potravě, proto nemusíte být příliš „racionální“, stačí, když budete rozvážní a přiměřeni ve svých jídelních postojích a zvyklostech. Ortorexie je posedlost zdravou stravou neboli zdravým životním stylem. Umírnění bychom měli být i v případě biopotravin a odporu vůči konzervačním látkám. Neměli bychom zapomínat, že každý extremismus škodí (Krch, 2010, s. 123).

2.9.3 Doporučení rodičům

Dítě by mělo dodržovat pravidelný jídelní režim v určitém rozumném intervalu a jíst to, co ostatní. Nemělo by hladovět a vynechávat hlavní jídla. Dalším bodem je nesnižovat porce, ale ani si příliš často nepřidávat. Sladká jídla se jedí až po slaném, kromě sladké snídaně či svačiny. Velmi důležité je společné stravování u jednoho stolu, kdy je potřeba mít prostřený stůl. Nevhodné je spojovat jídlo s učením, čtením nebo jídlo u televize. Nedoporučuje se zbytečně mlsat, ujídat a zobat. Nepřejídat se ovocem a zeleninou. V případě, že se dítě přejí, dohlédnout, aby nezvracelo. Mnohdy se rodičům mladších dětí nedaří přimět svoje děti ke změně stravovacích zvyklostí a přibírání na váze, proto by měli zvážit hospitalizaci. Nestačí, aby se dítě „snažilo“, ale aby opravdu začalo jíst, rozšířilo svůj jídelníček, snížilo energetický

výdej a skutečně přibralo. Váš úkol nespočívá v nekonečných diskuzích kolem jídla a hledání argumentů, ale v trpělivém a důsledném přístupu a dohledu, který dítěti umožní ustupovat před strachem z tloušťky a manipulovat s jídlem i se svým okolím. Jejich „úhybné manévry“ a manipulace jsou v jejich situacích srozumitelné a nejsou známkou žádné patologie. Pokud nebudou mít možnost s Vámi manipulovat, časem přestanou. Nekupujte žádné dietní potraviny. Dítě by po jídle nemělo odbíhat na toaletu, a pokud zjistíte, že zvrací, byli byste si s ním v klidu o problému promluvit. Nepřístupujte na vydírání typu: „*Když nebudu muset s vámi jíst nebo jíst teplá jídla, tak nebudu zvracet*“. Proto je lepší, když jde dítě na toaletu před jídlem a pije až po jídle. Ve své důslednosti proto nikdy nesmíte polevit (Krch, 2010, s. 233–236).

2.10 Moderní technologie

Nejčastější moderní technologie, které se používají za účelem získání nových informací, jsou internet, sociální sítě a fitness aplikace.

2.10.1 Sociální sítě

Sociální sítě jsou rizikovým faktorem a stává se, že tam stále více hledají mladí lidé informace, vzory a rady. Velmi často jsou však negativně ovlivněni virtuální realitou zobrazovaných štíhlých postav a různými aplikacemi, podle kterých posuzují své vlastní hodnoty a cíle, svůj zevnějšek, jídelní chování, kalorický příjem i pohybovou aktivitu (Kohout et al., 2021, s. 809). Teorie vlivu kultu štíhlosti na rizikové stravování a vznik PPP je založena na poselství médií, že „kdo není hubený, je ošklivý a méně hodnotný člověk“. Proto především ženy, u nichž je krása často jedním z hlavních měřítek úspěchu, mají pocit selhání, neúspěchu a pokouší se hubnout (Kabíček et al., 2014, s. 317). Působením nových technologií, hlavně internetu, se komunikace mladých lidí a sociální kontakty přesouvají na sociální sítě a tam se také šíří pro-anorektické a rizikové informace (Kabíček et al., 2014, s. 327). Velký vliv na vznik PPP má také prostředí, ve kterém se pacient pohybuje a může jít také o internetové prostředí a sociální sítě, které pacient navštěvuje, kde se vyskytuje velmi často a může mu přikládat větší důležitost než prostředí reálnému (Pourová, 2015, s. 56). Všechny hlavní sociální sítě ve svých podmínkách výslovně uvádějí, že by uživatelé neměli podporovat sebepoškození, včetně oslavování poruch příjmu potravy. Zásady reklam na Pinterestu, Instagramu, Snapchatu, TikToku a dalších online platformách buď zakázaly, nebo uložily omezení na reklamy na hubnutí. Na většině platform se hledané výrazy a hashtagy jako „anorexie“, „bulimie“ a „thispiration“ staly nevyhledatelnými. Když uživatelé hledají

související výrazy, jsou místo toho přesměrováni na stránku „potřebuji pomoc“ se zdroj, jako je dobrovolnická horká linka National Eating Disorder Association – NEDA. Problém s PPP na platformách sociálních médií však stále zůstává nevyřešený, protože na konci dne je to jen část většího, mnohem komplexnějšího problému. Zatímco uniklé články na Facebooku tvrdily, že 1 ze 3 dospívajících dívek uvedlo, že jejich problémy s obrazem těla zhoršila platforma Instagram společnosti Meta, jiní vědci tento závěr zpochybnili. Je také důležité zvážit, jak životní zkušenosti uživatelů utvářejí jejich zážitky ze sociálních sítí, protože škodlivé zprávy o jídle a dietách neexistují pouze ve vakuu sociálních médií. Dietní kultura je všude v moderním světě zakořeněná v přesvědčení, že hubenost se rovná zdraví a přitažlivost (Lai, 2022).

2.10.2 Pro ana blogy

Existuje mnoho webových stránek, diskuzních fór a internetových deníků, které sdružují lidi s podobnými hodnotami, zájmy a cíli. V případě mentální anorexie je zájem směřován na pro ana blogy, které jsou navštěvovány za cílem zhubnout. Pouto mezi členkami může být velmi silné, stejně jako pocit sounáležitosti a začlenění. V dospívání, kdy mladý člověk hledá sám sebe, je jakési nalezení pochopení a podpora vrstevníků velmi důležitá a anorektičky nemají v reálném světě často mnoho možností, kde takto silné porozumění mohou nalézt. Tato internetová komunita, kde se virtuálně setkávají a řeší podobné problémy, je tedy jedinečným řešením. Dívky píšící pro ana blogy se dělí na dvě skupiny. První je ta skupina, kdy dívky svou diagnózu nepřijímají a považují anorexii za svůj životní styl. Druhá skupina je tvořena dívkami, které uznávají, že jsou nemocné, ale tato nemoc jim však přináší uspokojení a dodává jim pocit sebekontroly a silné vůle. Většina blogerek na svých stránkách veřejně přiznává, že jde o pro ana blogy. Je tedy zřejmé, že autorky si snaží mentální anorexii udržet, přijali ji a touží po anorektické postavě, svoji anorexii si rády dobrovolně udržují. Internetový blog si může založit každý, jediné, co autor potřebuje počítač a internet, poté může do bezplatných šablon psát články a vkládat obrázky. Pro ana blogy často fungují jako deníky dívek, často s velmi osobním obsahem týkajícím se rodiny, školního prostředí, vztahů a přátelství. Velmi často se objevují články, kde se dívka vypisuje z nešťastné nálady, po hádce s blízkými osobami ne z osobního selhání. Velká část dívek zde popisuje problémy s rodiči a jejich nepochopení, stěžují si, že je rodiče nutí jíst a přibírat na váze. Některé dívky měly v minulosti nadváhu a jejich rodiče jim doporučovali hmotnost zredukovat nebo na jejich váhu nepříjemně naráželi. Proto dívky často tvrdí, že rodiče neví, co chtějí a nejsou nikdy spokojení, když je najednou nutí zase přibírat. Další součástí blogů jsou jídelníčky se

záznamem pohybové aktivity a pitného režimu. Bohužel tyto jídelníčky obsahují velmi nízký kalorický příjem, doplněného pitím velkého množství tekutin a nadměrnou aktivitou. Doporučuje se zde pít velkého množství kávy a zelený čaj, což dívky odůvodňují tím, že tyto nápoje podporují spalování kalorií. Mezi pravidelnými články se zde objevují i takzvaná thispiration, což jsou inspirativní obrázky velmi hubených dívek, kterým se chtějí autorky přiblížit. Autorky jednotlivých blogů spolu komunikují v komentářích, podporují se v anorektickém chování a při delší absenci v komunikaci se některé pisatelky o ni i strachují. Vzájemná podpora v diskuzi pod článkem je pro většinu autorek velmi významná. Odpovídají na dotazy a přijímají náměty na články. Na některých blozích se objevují i recepty a tipy na vaření jídel, která mají velmi nízký kalorický obsah. Převážně to bývají zeleninová jídla, velmi často i veganská či raw strava. Pro pro ana komunitu je typické, že je velmi uzavřená pro okolí a její vliv na léčbu se jeví jako negativní (Pourová, 2015, s. 56–58).

2.10.3 Internet

Důležitým médiem pro intervenci se stává internet. Více než polovina studentů si na internetu ověřuje své normy, hodnoty, postoje a názory (Papežová, 2010, s. 313). Obsah na internetu, který je vytvořený uživateli je považován za potenciálně velmi rizikový a také snadno šířitelný. Nebezpečí je podporováno nekontrolovatelným obsahem na serverech internetu. Problém nastává při aktuálnímu snadnému přístupu dětí a mládeže k internetu. (Kollerová, 2015, s. 47). Boj s propagací anorektického životního stylu na internetu řeší odborné společnosti na celém světě. Internetová propagace soukromých blogů a stránek vede mladé lidi do soukromé inzerce, která doporučuje, jak dosáhnout „ještě lepší anorexii“. Rušení webových stránek je úspěšné pouze ve velmi alarmujících případech, kde je i laikovi jasné, že je propagováno přímé ohrožení života. V ostatních případech se snaží odborníci doplnit stránky zvyšující riziko PPP i odbornými informacemi o nebezpečí propagovaného jednání (Papežová, 2010, s. 313). Komunity pro poruchy příjmu potravy mají na internetu dlouhou historii. Již v roce 2001 Yahoo odstranilo ze svých serverů 113 pro-anorektických webů. Po zveřejnění na blozích „thispiration“ na Tumblr, platforma zasáhla proti shluku blogů pro poruch příjmu potravy. Desítky let poté, co se problém poprvé objevil, sociální média nadále bojují se stejným problémem. V posledních několika letech čelily YouTube, Instagram, TikTok a další kritice za to, že na svých platformách neřešily obsah pro poruchy příjmu potravy a vyhledávací výrazy. Komunity nadšenců pro PPP byly nalezeny na Twitteru, Discordu, Snapchatu a dalších (Lai, 2022).

Preventivní programy

Preventivní programy mají vyvážit narůstající proanorektické a komerční dietní tlaky. Například webový portál [www. Healthyandfree.cz](http://www.healthyandfree.cz) (obr. 2) obsahuje odborné i populárně naučné články, svépomocné manuály, informace o léčbě a metodické materiály pro učitele k časnému rozpoznání onemocnění ve školách. Obsahuje zásady pro výběr preventivních programů a účinnou psychoedukaci pro pacienty a jejich rodinné příslušníky, kteří jiné formy intervence především z obavy ze stigmatizace zatím odmítají (Kohout, 2021, s. 809).



Obrázek 2 Preventivní program Healthy and free

Zdroj: Healthyandfree, dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/home-old/o-nas>

Rozvoj evropské informační sítě a společných webových stránek pro PPP od roku 2011 v Evropě vznikl program prevence a časně intervence Pro-Youth (obr. 3). Tento program je zaměřen na populaci dospívajících s nezdravým jídelním režimem, nespokojenosti s vlastním tělem a poruchami příjmu potravy. Osoby v riziku potřebují podporu různé intenzity. Problémy, kterým mladí lidé čelí, sahají od menších přechodných obtíží až po těžká onemocnění. Mnoho postižených vyhledá odbornou pomoc pozdě nebo ji vůbec nevyhledá. Důvody mohou být různé. Mohou to být nedostatek znalostí o duševním zdraví a duševních poruchách, nejistota, stud, strach ze stigmatizace, nedostatek znalostí o odborné pomoci či nedostatečný přístup ke zdravotní péči. Opožděné intervence zvyšují riziko chronifikace. Pro-Youth je zaměřen na podporu zdraví mladých lidí ve věku 15-25 let, především zdravého životního stylu, výživy, spokojenosti s vlastním tělem a na prevenci poruch příjmu potravy. Integruje psychoedukaci, prevenci, svépomocné aktivity a včasnou poradenskou a terapeutickou intervenci pomocí internetu (Kabíček, 2014, s. 327).



Obrázek 3 Preventivní program ProYouth

Zdroj: ProYouth, dostupné z: <https://www.facebook.com/pages/category/Health-beauty/Proyoutheu-150869274980190/>

2.10.4 Dietní a fitness aplikace

Dietní a fitness aplikace jsou často nabízeny jako prostředek ke zlepšení zdraví uživatelů. Většina těchto aplikací se skládá z výživy, jídla, fyzické aktivity, hmotnosti a někdy i nástrojů pro sledování měření těla a spojení s komunitou uživatelů s podobnými cíli. Tyto aplikace mohou mít nepříznivé účinky, protože se často zaměřují na hubnutí a normalizují metody kontroly hmotnosti. Tyto aplikace mají tendenci přehlížet roli duševního zdraví při řešení problémů s fyzickým zdravím. Důraz na hubnutí v těchto aplikacích je v souladu s posedlostí západních kultur štíhlostí a dietou, která k ní přispívá. Dietní a fitness aplikace také podporují a povzbuzují dietní chování. To je problém, protože dietní chování a nezdravé metody kontroly hmotnosti jsou také rizikovými faktory pro poruchy příjmu potravy. Ve srovnání například s papírovým sledováním jsou tyto aplikace vždy po ruce a diskrétnější kvůli prevalenci a normám kolem používání smartphonů, což usnadňuje neustálé zapojení do dietního a fitness obsahu. Tyto aplikace také uživatelům poskytují plán založený na tom, kolik váhy chtějí ztratit. Využívají funkce, jako jsou vizualizace pokroku k ovlivnění chování, volby barev k označení pozitivního a negativního chování a připomenutí a pruhu, které podporují konzistentní sledování. Ačkoli poruchy příjmu potravy postihují všechna pohlaví, PPP a chování související s PPP jsou extrémně převládající mezi ženami. Negativní důsledky jsou u těchto aplikací výrazné. Mnoho uživatelů udává, že cítí vinu, rozpaky za překročení svého kalorického rozpočtu v reakci na to, že aplikace signalizuje červené vizualizace. Mnohdy tyto aplikace nutí jedince do nezdravé soutěže se sebou samými a s aplikací, aby jedli méně a méně každý den, protože aplikace signalizovala jídlo, cvičení a sledování. Tím, že se uživatelé zaměří na cvičení jako na něco příjemného a zdravého, zaměří se méně na

cvičení jako prostředek, jak zhubnout a vypadat „lépe“, a tím zlepšit i celkové duševní zdraví (Eikey, 2021).

2.11 Život rodiny pacienta s mentální anorexií v období covid-19

Pandemie COVID-19 měla rozsáhlé a zhoubné dopady na blaho lidí po celém světě. Poruchy příjmu potravy nejsou výjimkou, přičemž incidence a prevalence PPP od začátku Covid-19 stoupá (Matthews, 2021). Zátěž pečovateli o mládež s poruchou příjmu potravy je značná a pokud se neřeší, může vést k negativním výsledkům pro pacienta, pečovatele a rodinu. Pandemie Covid-19 vyvolala nebývalou úroveň stresu pro všechny. Vysoká přenosnost, nemocnost a úmrtnost mezi zranitelnými skupinami vedly k extrémním opatřením v oblasti veřejného zdraví, která pomáhají kontrolovat šíření. Uznává se, že nejistota kolem nemoci a nařízení o hromadné karanténě a izolaci mají potenciál pro okamžité a dlouhodobé vedlejší psychosociální důsledky, které překračují zdravotní následky (Maunder a McNicholas, 2021, s. 124). Koronavirová pandemie specificky negativně působí na poruchy příjmu potravy, na jejich vývoj i léčbu (Koutek et. al., 2021, s. 116).

Pacienti s mentální anorexií často vykazují neutropenii, lymfopenii a snížený počet protizánětlivých cytokinů, které mají tendenci být upregulovány. Imunologická odpověď na bakteriální infekci je často narušena, ale virové onemocnění se zdá být vzácné. Na začátku pandemie Covid-19 lékaři očekávali, že pacienti s mentální anorexií budou vystaveni zvýšenému riziku závažné infekce. Navzdory očekávání nová zjištění naznačují, že mentální anorexie nezvyšuje riziko závažné infekce Covid-19. Pacienti s poruchaou příjmu potravy měli typické příznaky Covid-19, jako je horečka, kašel, narušený čich a chuť. I přesto zůstává doporučení pro očkování a kontrolu infekcí pro pacienty s mentální anorexií v budoucích pandemiích (Taylor et al., 2021).

2.12 Dopad COVID-19 na rodinu pacienta s mentální anorexií

Omezení související s Covid-19 mohou mít vážný dopad na pacienty s poruchami příjmu potravy. Zátěž, která na rodinu dopadala, byla spojena s omezením osobní svobody, vedoucí k napětí mezi pacienty a rodinnými příslušníky. Tato situace často způsobila snížení motivace pracovat na zotavení (Zieler et al., 2021). Dostupnost i fungování zdravotnických služeb bylo sníženo, což se velmi odráželo na kvalitě péče o dětské a adolescentní pacienty s poruchami příjmu potravy (Koutek et al., 2021, s. 118). Přerušování léčebné rutiny, která vzniká v důsledku sebekontroly hmotnosti. V období pandemie Covid-19 docházelo ke změnám symptomů

mentální anorexie, které způsobují spouštěcí situace. Strachy a nutkání související s Covid-19 jsou další symptomy, které se objevovaly v době této pandemie. Situace koronavirové izolace může způsobit potenciální příležitosti, kdy se zlepší rodinné vztahy a tím dochází i ke snížení stresu.

Počet hospitalizovaných mladých lidí s mentální anorexií během lockdownu Covid-19 byla významně vyšší ve srovnání s obdobím před Covid-19. Mladí lidé hospitalizovaní po lockdownu Covid-19 měli 8krát vyšší pravděpodobnost, že budou znovu přijati do 30 dnů po propuštění, ve srovnání s obdobím před Covid-19. Jedna třetina pacientů hospitalizovaných od pandemie identifikovala následky Covid-19 jako primární korelát jejich poruch příjmu potravy. Souvislosti mezi Covid-19 a rozvojem a exacerbací poruch příjmu potravy u mládeže, vede k většímu počtu lékařských přijetí a rychlému zpětnému přijímání u této demografické skupiny. Tato studie má důležité následky pro pochopení toho, jak byl nástup a nové vzplanutí poruch příjmu potravy u mládeže ovlivněn pandemií Covid-19, a může poskytnout informace a podpořit ty, kdo řídí léčbu během globální krize (Matthews, 2021).

Během vrcholné fáze Covid-19 byla nucena zavřít některá psychiatrická oddělení pro děti a dospívající, aby byla zajištěna péče o pacienty s Covid-19. Pečovatelé o pacienty s poruchami příjmu potravy vyjádřili obavy z předčasného propuštění ze služeb a popsali uspěchaný proces přechodu s neadekvátními léčebnými plány. Během období Covid-19 došlo v ambulantních a denních stacionářích k rychlému přechodu od osobního k telehealth neboli telemedicině s omezeným počtem dětí (Maunder a McNicholas, 2021).

I když biomedicínská informatika pomáhá v mnoha oblastech medicíny, odehrává se tato pomoc obvykle mimo přímý kontrakt s pacientem, což může znamenat velké odcizení (Ptáček a Bartůněk, 2022, s. 355). V rámci lůžkového programu byly zavedeny přísné sociální distancování a opatření pro kontrolu infekce. Byly ukončeny terapeutické vycházky s rodinami, byly zrušeny psychoterapeutické skupiny a bylo zrušeno povolení k návštěvě domova v poslední fázi hospitalizace. Ve srovnání s obdobím před pandemií Covid-19, vykazovali pacienti přijatí do nemocnice větší psychiatrickou komorbiditu, zejména afektivní poruchy a riziko sebevražd, což je připisováno zvýšeným rodinným konfliktům v důsledku uvěznění v domově během pandemie Covid-19. Došlo k podstatnému omezení tradiční péče poskytované pacientům s poruchami příjmu potravy a jejich rodinám. Probíhalo méně osobních kontrol a tím se zvýšilo riziko, že kliničtí lékaři nezachytí u pacientů včasné varovné příznaky klinického zhoršení a nezbytná léčba bude odložena. To je zvláště znepokojující

u mládeže s PPP, kde je zdravotní stabilita uznávaným rizikem a kde pacient často nedobrovolně odhalí fyzické zhoršení, které pacient snadno maskuje volným oblečením. Omezenější přístup k lůžkovým a ambulantním programům a programům denního stacionáře může také znamenat, že zranitelní mladí lidé v komunitě s novým výskytem PPP, nebo dosud nediodagnostikovaní, nemají přístup k léčbě. Pacienti jsou mnohdy vystaveni propuštění z lůžkových služeb, v reakci na třídění a vytvoření prostoru pro nový příjem, což může zvýšit recidivu, potřebu opětovného přijetí a podkopání důvěry pečovatelů v domácí péči. Je třeba vyhodnotit dlouhodobé důsledky omezeného přístupu ke službám u poruch příjmu potravy a zvýšené odpovědnosti kladené na pečovatele. U PPP se dále zvyšuje zátěž pečovatelů a to se během Covid-19 ještě zhoršilo. Pacienti s PPP jsou považováni za vysoce zdravotně riziková (Maunder a McNicholas, 2021).

2.12.1 Zátěž v rodině

Zátěž pečovatelů o pacienty s PPP zahrnuje narušení rutiny každodenního života, stigma a obviňování, finanční potíže a emocionální vypětí přispívají k zátěži kladené na pečovatele (Maunder a McNicholas, 2021). Poruchy příjmu potravy způsobuje psychopatologii, která zahrnuje neschopnost nebo neochotu jíst, což vede k podvýživě a zdravotním komplikacím, je tak cizí běžné rodičovské praxi, že může znehybnit a zneschopnit rodiče ve velmi raném stádiu. Pečovatelé se mohou ocitnout v situacích, kdy jim chybí zdroje nebo dovednosti, aby se vyrovnali s různými požadavky na péči. Musí vyvážit svou novou roli pečovatele s předchozími a stávajícími rolami, jako je řešení rodinných potřeb a placené zaměstnání. Zátěž pečovatelů mezi rodiči mládeže s PPP je značná a pokud se neřeší, může vést k negativním výsledkům pro pacienta, pečovatele a rodinu (Maunder a McNicholas, 2021). Před Covid-19 se mohli pečovatelé spoléhat na přátele nebo externí členy rodiny jako na zdroj psychosociální podpory. Ztráta zaměstnání nebo rozhodnutí pracovat z domova vzhledem k fyzické zranitelnosti dítěte může snížit počet kontaktů pečovatelů s ostatními mimo domov (Maunder a McNicholas, 2021). Emocionální funkce rodiny spočívají více ve vnitřních vztazích než ve vnějších vazbách, proto se tato funkce stává nejdůležitějším faktorem soudružnosti rodiny. Kladné citové vztahy v rodině jsou důležitým předpokladem rozvoje vlastní emocionality dítěte. Rodina zajišťuje dítěti lásku, bezpečnost, pochopení a uznání. Když tento emocionální podklad chybí, nastává citová deprivace a frustrace (Kurucová, 2016, s. 13). Podpora pečovatelů a rodin pacientů s PPP během a po pandemii Covid-19 je zásadní pro optimalizaci prognózy zotavení PPP a blahobyt rodin. V mnoha zemích jsou nyní rodiny klíčovou součástí léčby u PPP. Tento posun znamená, že rodiny se nyní stále více zapojují do

poskytování péče o své dítě a jsou nedílnou součástí zotavení. Navzdory tomu, že rodinná terapie je považována za zlatý standard léčby mládeže s PPP, mnoho služeb uznalo, že je třeba ji rozšířit o skupiny podpory rodičů jako komplexního plánu péče o každé dítě (Maunder a McNicholas, 2021).

2.12.2 Zátěž zdravotníků

Před pandemií Covid-19 výzkum identifikoval vysokou úroveň fyzické a psychické zátěže mezi zdravotníky, pečovateli o pacienty s poruchami příjmu potravy, přičemž některé studie naznačovaly, že pečovatelé pociťují vyšší úroveň úzkosti, deprese a vnímané zátěže pečovatele. Ve srovnání s pečovateli o jiné duševní choroby, což v období pandemie učinilo péči o pacienty s poruchami příjmu potravy ještě náročnější (Maunder a McNicholas, 2021). I přesto musí zdravotníci zachovávat neutralitu a pozitivní postoj k pacientovi s vírou, že je pacient schopný dělat vlastní rozhodnutí a snaží se změnit své patologické vzorce jídelního chování. Přílišné ochranné chování odráží pacienty od sdílení závažných problémů. Cílem je posílit odpovědnost a svobodnou volbu, což snižuje odpor k léčbě (Šimůnková a Bartová, 2011, s. 11). Důraz léčby by měl být kladen i na zachování lidské důstojnosti, která je citována ve všeobecné deklaraci lidských práv: *„Všichni lidé se rodí svobodní a sobě rovni co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství“* (Ptáček a Bartůněk, 2022, s. 43). Existují velmi jemná rozhraní mezi pozitivním a negativním působením, mezi tím, co je v normě a co už je patologie. Můžeme je přirovnat k jemným stínům, neboť se málokdy ukazují s razancí a také jsou hůře rozpoznatelné. V pomáhajících profesích lze uplatňovat moc pociťovanou, kdy *„Klient je do jisté míry bezmocný už tím, že něco potřebuje. Pracovník je do jisté míry mocný už tím, že pomáhá“*. Nevědomé a nereflektované používání moci při komunikaci s klientem je rozpoznatelné z nejmenších neverbálních projevů, jako jsou pohled, tón hlasu, vzájemné postavení komunikujících. Klient často nevědomě spoluvytváří koalici „moc-bezmoc“ v pomáhajícím vztahu svou pasivitou a neochotou k vlastní angažovanosti (Géringová, 2011, s. 79). Empatie by neměla chybět u žádného zdravotníka, kdy schopnost vcítit se do duševních stavů jiného člověka, porozumění a chápání jeho pocitů, je velmi důležité pro jeho uzdravení. Aktivní naslouchání je prvním krokem, který můžeme udělat. Naslouchání s vřelostí a empatií znamená, že ujišťujeme druhého o své pozornosti řadou bezděčných neverbálních vyjádření, jako jsou gesta, výraz tváře, různé zvuky, citoslovce a oční kontakt. Empatický rozhovor patří mezi nespécifické léčebné metody v mnoha psychoterapeutických přístupech. Naslouchat empaticky znamená být otevřený vůči klientovu sdělení a nezabývat se vlastními nápady

(Géringová, 2011, s. 75). Pandemie Covid-19 představuje hrozbu pro duševní zdraví pacientů a pečovatelů a představuje nepřiměřenou zátěž pro poskytovatele zdravotní péče a zdravotních služeb. Zdá se, že nepříznivý dopad na osoby, které pečují o mládež s duševním onemocněním a zejména o pacienty s poruchou příjmu potravy se zvyšuje (Maunder a McNicholas, 2021).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

V průzkumné části této diplomové práce jsou uvedeny cíle diplomové práce s průzkumnými otázkami. Průzkumná část obsahuje popis metodiky průzkumu a popis průzkumného souboru. V této části je zahrnutý i sběr a zpracování dat. Dále jsou tu prezentovány a analyzovány výsledky průzkumného šetření, diskuze a doporučení pro praxi.

Cíl průzkumné části práce

1. Zjistit, jak mentální anorexie ovlivňuje život rodiny s důrazem na oblast stravování
2. Zjistit, jaký vliv mají moderní technologie na (sociální sítě, diskuzní fóra na internetu, mobilní aplikace zaměřené na stravování a pohybové aktivity) na život rodiny.
3. Zjistit, jak do všeho zasáhla pandemie Covid-19

Průzkumné otázky

1. Jak mentální anorexie ovlivňuje život rodiny v oblasti stravování (plánování, příprava pokrmů, nákupy a způsob stravování)?
2. Jak do situace rodiny zasahují moderní technologie (sociální sítě, diskuzní fóra na internetu, mobilní aplikace zaměřené na stravování a pohybové aktivity)?
3. Jak do situace rodiny zasáhla pandemie Covid-19?

3.1 Metodika průzkumu

Pro vypracování průzkumné části diplomové práce byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu s prvky interpretativní fenomenologické analýzy. Jediná obecně uznávaná definice kvalitativního výzkumu neexistuje. Kvalitativní výzkum je studium každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách, proto se sleduje výzkumný problém z perspektivy aktéra, v jeho životním kontextu a v jeho vlastní interpretaci. Výstupem nejsou objektivní, zobecnitelná data, ale subjektivní významy, které přikládají sociální skutečnosti samotní aktéři. Při realizaci kvalitativního výzkumu se postupuje induktivně (Vévodová et. al., 2015, s. 4). Hendl (2012, s. 48) uvádí definici kvalitativního výzkumu metodologa Creswella, která zní: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumaného daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumní vytváří

komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“

Předností kvalitativního výzkumu je především to, že výběr proměnných není prováděn výzkumníkem, o redukci informací rozhodují zkoumané osoby. Přirozeným systémem je respondentova znalost, zkušenosti, jeho postoje, pocity. Respondent není vtlačován do předem připravených schémat. Výzkumníkovou úlohou je nalézt významné struktury v množině všech proměnných, které respondent považuje za relevantní (Disman, 1993 podle Vévodová, 2015, s. 103).

Interpretativní fenomenologická analýza (interpretative phenomenological analysis, IPA). Je to kvalitativní metoda, která v počátcích 90. let minulého století souvisela s rozvojem vědního oboru psychologie zdraví. V současné době je aplikována na různá výzkumná témata například z oblasti psychoterapie a klinické psychologie (Smith, 2011 podle Koutná Kostínková a Čermák, 2013, s. 9). Interpretativní fenomenologická analýza se zabývá výzkumem subjektivní reflexe, myšlení, prožívání a osobních zkušeností vztahujícím se k různým onemocněním, poruchám, prožíváním různých zátěžových situací. Svoji teorii IPA zakotvuje ve třech zdrojích, jako jsou fenomenologie, hermeneutika a idiografický přístup. Cílem je zjistit, *„jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situaci a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu.“* Fenomenologie zachycuje jedinečnou, prožitou zkušenost konkrétního člověka. Hermeneutika je proces, kdy se respondent snaží porozumět své zkušenosti se sledovaným fenoménem. Idiografický přístup znamená, že výzkum vychází ze zkoumání jedinečné zkušenosti a jejího porozumění u konkrétního respondenta. IPA se jeví jako vhodná perspektiva, z níž můžeme pohlížet na kvalitativní data, jestliže chceme popsat a interpretovat způsob, jaký nás zajímá (Koutná Kostínková a Čermák, 2013, s. 9). IPA pracuje s nižším počtem respondentů v zastoupení zhruba 3-6 respondentů pro studentské projekty typu magisterské diplomové práce. Pro kvalitní analýzu je důležitá charakteristika souboru, aby byl co nejvíce homogenně zastoupený skupinou osob, které jsou si podobné v co nejvíce podstatných ukazatelích (Smith et al., 2009 podle Koutná Kostínková a Čermák, 2009, s. 14).

Nejčastější používanou metodou v IPA je polostrukturovaný rozhovor, který představuje dostatečně flexibilní metodu. Tato metoda dává možnost respondentovi volně mluvit o tématu, respektovat svůj postoj k němu a rozvíjet v něm své myšlenky (Smith, 2004 podle Koutná Kostínková a Čermák, 2009, s. 15).

Prezentované výsledky znamená převést témata do narativní podoby (Smith a Osborne, 2003 podle Koutná Kostínková a Čermák, 2009, s. 23). Presentaci výsledků můžeme začít stručným shrnutím toho, co jsme zjistili ať už v podobě seznamu témat nebo nějakého schématu. Čtenář si tak utvoří přehled o daném tématu před tím, než mu detailně poskytneme jednotlivá témata. Vystihujeme hlavní myšlenku tématu, poté popisujeme, jak je téma reprezentováno jednotlivými respondenty. Témata jsou doplněna přímou citací respondentů (Smith et al., 2009 podle Koutná Kostínková a Čermák, 2009, s. 23).

Smith, Flowers a Larkin dodávají, že skutečná validita spočívá v tom, že výsledky výzkumu přináší čtenáři něco zajímavého, důležitého nebo užitečného (Smith et al., 2009 podle Koutná Kostínková a Čermák, 2009, s. 43).

3.1.1 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvoří matky, jejichž dítě onemocnělo anorexií nervosou. Do výzkumu se přihlásilo 10 respondentek, se kterými byl proveden výzkumný rozhovor. Musím přiznat, že bylo velmi těžké sehnat deset respondentek, které mi poskytnou výzkumný rozhovor a odhalí svoje velmi těžké životní období, kterým si prošly nebo si jím stále procházejí. Jedna respondentka má dítě stále hospitalizované. Dalších 8 respondentek reagovalo na prosbu o výzkumný rozhovor, na Facebookové stránce ve skupině Mentální anorexie a bulimie, kam jsem se za tímto účelem přidala jako členka. Jedna maminka neměla dítě hospitalizované, ale docházely s dítětem do fakultní nemocnice do stacionáře k trvalé dispenzarizaci pro tuto poruchu. Ostatní matky měly dítě hospitalizované ve stejné fakultní nemocnici na psychiatrické klinice.

Podmínkou pro vykonání rozhovoru byl souhlas, který byl zaslán v papírové podobě a před zahájením rozhovoru ještě ústně ověřen, poté bylo spuštěno nahrávání. Respondentky byly informovány, že předběžný čas rozhovoru bude asi 30 minut. Během rozhovoru mohly matky odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku a během tří dnů mohly z výzkumu, bez udání důvodu odstoupit. Jejich rozhovor by nebyl pro výzkum použit. Toto se naštěstí nestalo ani u jedné z respondentek. Všechny rozhovory byly provedeny online přes videohovor z důvodu velké vzdálenosti respondentek a pandemické situace Covid-19. Rozhovory byly přizpůsobeny časovým možnostem respondentek a byly provedeny v klidném prostředí jejich domova, v odpoledních či večerních hodinách.

3.1.2 Způsob získání dat

Pro způsob získávání dat byly použity polo-strukturované rozhovory s matkami anorektiček. Byly zvoleny tři základní oblasti, ke kterým byly doplňující otázky. První oblast tvořilo stravování, druhá oblast byly moderní technologie a třetí byla rodinná situace v období pandemie Covid-19. K těmto třem oblastem byly použity další otázky, které měly osvětlit situace, které ovlivnily chod rodiny. Rozhovory byly provedeny od února do března 2022. Respondentky jsou uvedeny v ženském rodě, protože rozhovory byly cíleny pouze na matky. Všechny rozhovory jsou nahrávané na diktafon a jako druhý zdroj nahrávání sloužil telefon. Poté byly všechny rozhovory přepsány do písemné podoby. Rozhovory nebyly časově limitovány, polostrukturovaný rozhovor těžko odhaduje časový rozptyl. Respondentky byly upozorněny na délku rozhovoru asi 30 minut, ale nejkratší rozhovor trval 27:51 minut a nejdelší rozhovor trval 56:48 minut. V průběhu jednoho rozhovoru bylo přerušeno z důvodu pracovní online vytíženosti respondentky. Poté rozhovor plynule pokračoval dál. Při rozhovorech byly provedeny zápisky, které poskytují doplňující informace k výzkumu. Neméně důležitou roli hraje i intonace hlasu a gestikulace, která se váže k určitému problému, který se respondentkám vybavil.

3.1.3 Způsob zpracování dat

Všechny rozhovory byly přepsány do písemné podoby. Rozhovor nebyl upravován do spisovného jazyka a neproběhlo ani přestylování vět. Pro podrobný přepis byly vypracovány tabulky v MS WORD 2010, kde jsou následně vytvořeny jednotlivé kódy rozhovorů. Grafické znázornění bylo vytvořeno v aplikaci Smart Art.

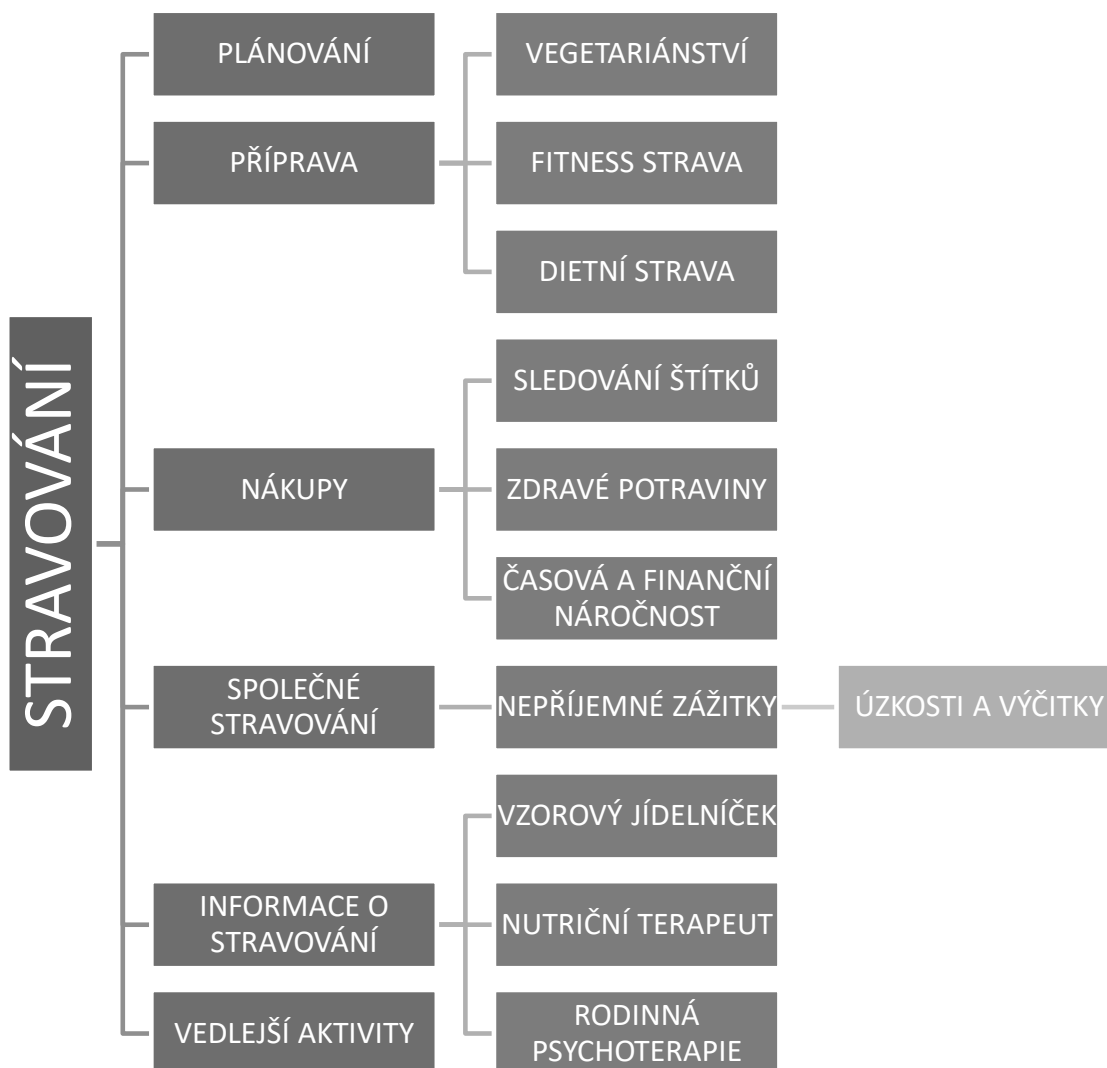
3.2 Prezentace a analýza výsledků

Tato kapitola obsahuje kódy, které byly vytvořeny pomocí otevřeného kódování. Tyto kódy, které představují slova či slovní spojení, nám vytváří schéma, které je uvedeno ve větách či celých odstavcích. Analyzováním kódů nám vznikl souhrn 14 kódů a 21 podkódů. Tři hlavní kódy jsou vytvořeny tak, aby co nejlépe vystihovali odpovědi na cíle této práce.

Byly vytvořeny 3 stěžejní kódy, které vystihují celý výzkum. Oblast stravování je první kategorie, která obsahuje 6 kódů a 11 podkódů. Druhou kategorii zastupují moderní technologie se 4 kódy a 4 podkódy. Třetí kategorii tvoří pandemie Covid-19, která obsahuje 4 kódy a 6 podkódů.

Vzhledem k saturaci velkého množství dat, analyzujeme nejsilnější případy, které použijeme pro výzkum. Stěžejní výpovědi respondentů prezentujeme přímou citací a doplníme ji autorovou parafrází. Každá kategorie má vytvořené grafické znázornění, které bude vloženo před uvedenou kapitolou.

3.2.1 Kategorie Stravování



Obrázek 4 Kódy a podkódy kategorie stravování

Vytvořeno v aplikaci SmartArt

Hlavní kód je uvedený jako **stravování**. Z výzkumu vyplynulo, že téměř u všech respondentek bylo vidět, že tato oblast, bylo jedno z nejsilnějších témat, které jsem v rozhovoru svou otázkou otevřela, protože zrovna tato oblast je nejvíce psychicky náročná, pro všechny členy rodiny. Pocit zoufalství, kdy dítě odmítá cokoli sníst, je pro rodiče velmi emotivní, protože si velmi dobře uvědomují, jaké následky může mít dlouhodobé hladovění, takže zkoušeli různé možnosti, jak dítě přesvědčit, aby se najedlo, jak uvedla respondentka č. 1 „*Hodinu přemlouváte dítě, aby se najedlo a ono pak sní tři lžičky a ten pláč u toho a ted'ko zkoušela prosit a vyhrožovat a nevím, celý to je tak strašně jako náročný. Ale prostě anorexie tam v té hlavě sedí a pořád ji jako tluče do hlavy, že to jako neměla sníst, že to je blbě, ale prostě tam v tý hlavě sedí ta potvora a furt ji namlouvá nějaký blbosti. Asi tak no.*“ Výjimkou nejsou ani sourozenci, kterých se tato situace také velmi dotýká, jak uvedla respondentka č. 2 „*Dcerka třeba ta nejmladší, tak si občas z nemocné dcery dělá legraci. Sestro, ale pozor, v tomhle je cukr nebo tak za ní přijde a cpe ji čokoládu nebo bonbonek, sestro pozor je v tom cukr, ale sestra to samozřejmě nesní. Ale nejstarší ten jako zase to má takový, že prostě úplně nechápe, co se jí v tý hlavě rodí, takže když už toho má dost, tak řekne panebože, proč to do ni prostě nenapcete násilím, tak, takže je to takový, že toho to hodně jako otravuje.*“

První kód stravování je uvedeno **plánování stravy**. Téměř všechny respondentky se shodly, že plánování stravy bývá na společné domluvě s rodinou, jak uvádí respondentka č. 5 „*Ted'ka už jsme dospěli do fáze, že třeba co se týká obědů, tak já se zeptám, protože jestli tohle ano, ne. Ale prostě většinou se dohodneme.*“ V některých rozhovorech zazněla odpověď, pokud se nemohou doma na společném jídlu dohodnout, tak rozhodne matka, jak uvedla respondentka č. 9 „*Jinak já stanovuju, co se bude vařit o víkend, já už teda neslevuju, protože dcera – sladký nebudu jíst, smažený nebudu jíst.*“ Respondentky uvedly, že plánují většinou pouze stravu na víkend, protože v týdnu se děti stravují ve školní jídelně, jak uvedla respondentka č. 4 „*Tak nějak se vlastně domlouváme, co asi tak budeme vařit anebo co mě napadne, ale tak děti chodí do školy do školní jídelny.*“ Někteří rodiče si ovšem ověřili, že ne vždycky děti ve školních jídelnách jídlo snědí, jak zjistila respondentka č. 9 „*Ona jedla furt ovoce, zeleninu, což se nedá počítat, nějaký jogurt, ve škole jsme zjistili, že všechno vyhazovala, nejedla obědy vůbec.*“

Druhý kód – příprava stravy – obsahuje další tři podkódy. Ve velké většině respondentky přiznaly, že přípravu přenechaly na dítěti, protože dívky odmítaly stravu, kterou si samy nepřipravily, jak uvedla respondentka č. 10: „*To vůbec nefungovalo, ona si musela prostě*

vařit sama, ona absolutně nepřipustila, aby ji někdo uvařil, prostě naprostá nedůvěra i když vlastně, tak dcero, stoupni si vedle mě a koukni se, co tam dávám, ani to prostě absolutně neexistovalo, musela všechno mít pod kontrolou, co se týče gramáže, ona odvažovala každý zrnko rýže, prostě bylo to naprosto striktní.“ V některých rozhovorech bylo zmíněno, že dívky pomáhaly s přípravou, aby odvedly pozornost matky, jak uvedla respondentka č. 8 „Vůbec mě nenapadlo, že to s tím může souviset, hodně vařila, dobře vařila. Ze začátku jsem byla ráda, že se mnou vaří. Tím úplně mě odvedla od té pozornosti, že přestává jíst, byla v kuchyni, já měla napečeno, navařeno a já jsem si nevšimla, že se třeba u toho nenajedla.“ U některých respondentek zaznělo, že mají přípravu stravy na starost ony a stravování přizpůsobují nemocnému dítěti, jak uvedla respondentka č. 9 „Jakmile jsem řekla, že udělám smažený řízek, tak ona řekla, nebudu to jíst, jíst, mohla by jsi mi udělat přírodní plátek? Tak říkám, dobře, jeden, dva plátky odložím přírodní.“ Jedna z respondentek uvedla, že příprava jídla je u nich doma zdroj hádek, když vidí, že se dítě snaží manipulovat, jak uvedla respondentka č. 2 „A teď najednou přijdu do kuchyně a ona si tam klohní svoje jídlo, přitom jsme se předtím na něčem domluvili, takže tam jakoby většinou já, kdy vybuchnu, tak je to v okamžiku, kdy vidím zase prostě to manipuluje. Naplání si, že si udělá tohle, tohle jídlo a pak najednou zjistím, že si udělala úplně něco jiného.“

První podkód u přípravy stravy je **vegetariánství**. Tato oblast je tu zmíněna proto, že lidé trpící poruchami příjmu potravy často zkoušejí různé stravovací směry, což pro ně může někdy být také dobrá výmluva, aby nemusely jíst. S tímto má zkušenost i respondentka č. 5 „Teďka už jsme dospěli do fáze, už víme, co třeba je schopná sníst, takže třeba víme jako vařený maso nebo pečený maso prostě třeba doma nedá, takže než bychom si způsobovali jako další stres, tak na to tolik netlačím, i když samozřejmě jako vařit vegetariánsky, přestože tam jsou vejce, je tam třeba sýr, tak to je trošku náročnější.“ Z výzkumu vyplynulo, že jedna z respondentek mi v rozhovoru svěřila, že v začátcích onemocnění si její dcera vyzkoušela také různé stravovací směry, uvedla respondentka č.10 „Dcera už s náma leccos sní, což vlastně v těch začátcích, my jsme prošli veganstvím, čistým veganstvím, pak teda vegetariánstvím a teď vlastně je to teda od prosince přidala maso, protože prostě zjistila, že potřebuje dodat tuhle složku.“

Druhý podkód je **fitness strava**, kterou dívky s poruchami příjmu potravy velmi rády užívají. Respondentky, které uvedly, že jejich dítě intenzivně sportovalo nebo stále sportuje, tak zmiňují, že dívky rády doplňují svůj slabý jídelníček, alespoň o prvky fitness stravy s obsahem proteinů. Někdy to rodiče respektují z důvodu, že dítě sportuje od dětství, ale snaží

se tuto situaci mít pod kontrolou, jak nám nastínila respondentka č.2 „*Co se týká stravovacích zvyklostí, povolili jsme po dohodě s tím trenérem, aby měla protein, kterejma ona si obohacuje jídla, to má kvůli atletice, aby navýšila ten příjem toho, co potřebuje pro tu svalovou hmotu, ale jinak náhražky ve smyslu umělých sladidel, i když tam ty snahy byly, tak to to jsem říkala, tohleto nejde, takže se snažíme ji hlídat, aby v těch jídlech, těch tyčinkách energetických, který ona má jako sportovec, tak aby tam nebyly, samozřejmě se tomu člověk úplně stoprocentně nevyhne, ale myslím si, že takový sladidla jako nutrasweet nebo acesulfan K tyhle věci, že tam bejt prostě nemusej.*“ Někdy to mají dívky doporučené jako doplněk stravy od trenéra, jiné dívky tímto nahrazují běžné jídlo, kdy je motivací doporučení od výrobců, kteří udávají, že proteinové tyčinky mají ideální nutriční hodnoty a téměř všechny jsou bez cukru, což dívky s poruchami příjmu potravy velmi ocení, jak uvedla respondentka č. 9 „*Musela si vzít přesně tu proteinovou tyčinku, kterou půl hodiny vybírala, než si vezme tyčku jo, než vybere ten správněj typ, jo. My už půl hodiny v autě, motor běžel a ona si furt vybírala tyčku ve spíži, přesně tu konkrétní a pak ji většinou nesnědla. Takže to bylo tragický, půl hodiny ji vybírala a pak ji nesnědla, takže to bylo tragický, to už nesnědla vůbec pak nic.*“

Třetí podkód je uvedená **zdravá strava**. Pod pojem zdravá strava se mohou skrývat různé možnosti racionální stravy od biopotravin až po stravu, kdy je vyzdvihována vláknina nebo třeba nízká kalorická hodnota potravin. V tomto výzkumu zaznělo, že většina rodin se snaží jíst zdravě, jak uvedla respondentka č. 4 „*Já jsem jedla taky s ní, normálně vložky s jogurtem a jinak normální oběd ve škole a dělali jsme si ryby, saláty, pečivo celozrnný a tak.*“ Další respondentka uvedla, že mnohdy může zdravá strava nenápadně sklouznout do začarovaného kruhu zvaného anorexie, jak uvedla respondentka č. 6. „*Začalo to úplně nenápadně, změnila trošku jídelníček, nejedla s námi teplý večere, začala si je dělat sama, dávala tam víc zeleniny, zařadila víc ovoce do jídelníčku, svačiny si chtěla začít dělat sama, ale zase jenom tu zeleninu.*“ Zdravá strava bývá pro některé rodiny součástí každodenního stravování, jak zmínila respondentka č. 2. „*Musím říct, že teda dcera má svoje celozrnný druhy pečiva, od té doby, co přišla z hospitalizace, tak mi nesní bílej rohlík. To prostě neexistuje a co se týká chleba taky jako my se celkově snažíme celkově jíst zdravě, takže ty chleby taky jsou, jako tmavší pečivo, žitnej chleba s tím ona problém nemá.*“

Dalším z **hlavních kódů** je výzkumná otázka, která zazněla v rozhovoru a tím jsou **nákupy**. Respondentky se většinou shodly na tom, že nákupy byly velmi psychicky náročné a pro mnohé matky dost vyčerpávající, protože téměř všechny dívky mají nákupy velmi rády a dají si velkou práci s tím, aby poctivě nastudovaly štítky u každé potraviny, kterou si vyberou.

Některé respondentky raději jezdily na nákupy samy a i přesto se stávaly zdrojem hádek, jak přiznala respondentka č. 2 „*Co se týká nákupu, tak víceméně to nakupuju sama, ale dcera mi do toho teďka trošku jakoby má ty svoje vlivy v těch potravinách, takže si řekne, co chce koupit, ale není to, že by se to jídlo přizpůsobovalo, snažím se ji vyjít vstříc, aby si řekla, co třeba chce, ale když chci, aby jedla to naše, tak prostě teď se jí tohle a hotovo a je to taky zdroj třeba hádek, to je, to je.*“

S tím souvisí i **první podkód**, který je ve výzkumu zmíněný jako **sledování štítků**. Každá respondentka uvedla, že jakmile šla s nimi na nákup dcera, která trpí nebo trpěla poruchou příjmu potravy, tak sledovala štítky na potravinách, pokud je tedy už nezná nazpaměť, jak přiznala respondentka č. 9. „*Spíš jde s náma a sama si tam vybírá, oraganizuje a řídí, co se bude kupovat a co bude jíst. Pečivo ještě nějaký jí i když ho redukuje. Kalorický hodnoty už sledovat nemusí, ona to zná nazpaměť, ona mi přesně řekne, kolik to má kcal, ona jede v kilokaloriích a ona už to zná nazpaměť, ona to přesně zná, rohlík bílej kolik má, takže ona už to na těch obalech ani nemusí sledovat.*“ Někteří rodiče už rezignovali a neřeší to, že dítě sleduje kalorickou hodnotu, jak uvedla respondentka č. 5. „*My se to snažíme nekomentovat, to že sleduje štítky, to je úplně jasný, to jako neodbouráme, nehledě na to, že si myslím, že jako ty kalkulačky tyhle ty už má dávno v hlavě, že si to ani nemusí číst. Tak prostě, to bychom se pohádali na každodenní bázi, a to si myslím si, že se snažíme se tomuhle tomu věnovat minimum času, který je nutný, jo že prostě abychom se tím nezabývali celý den, prostě jede se na nákup, je tam tohleto, jako, jestli si vybere tenhle bílý jogurt, nesmí být nízkotučnej, tak si vybere prostě bílej jogurt.*“ Někdy sledování štítků může značit i to, že se zdravotní stav upravuje, což nastínila respondentka č. 6. „*Dřív to dělala, ale už to nedělá, ale aspoň to nedělá doma a myslím si, že to nedělá ani na internátu, protože tam už si hospodaří sama a spíš si myslím, že kouká na finance než na to, kolik to má kalorií.*“ Sledování štítků probíhalo i před stravováním doma, jak uvedla respondentka č. 1. „*Jo, koukala na ty štítky, kolik čeho co má kalorií, no a pak to musela jít vycvičit.*“

Druhým podkódem jsou uvedené **zdravé potraviny**. Z výzkumu vyplynulo, že i přesto, že chodily matky na nákupy samy, tak byly ovlivněny tlakem tohoto onemocnění, proto vybíraly potraviny, které byly ochotny dívky sníst, to znamenalo, nakupovat dietní, co nejméně kalorické potraviny, jako jsou ovoce, zelenina, bílá masa, ryby a nízkotučné mléčné výrobky, což v rozhovoru přiznala i respondentka č. 1 „*Nechodila se mnou, to jsem chodila sama, to jsem se snažila vybírat, co nejzdravější, co nejmíň tučný, aby vlastně vůbec něco snědla.*“ To, že se strava přizpůsobovala nemocnému uvedla v rozhovoru i respondentka č. 3. „*No, to*

jsem musela kupovat jenom to, co si řekne samozřejmě, skládalo se to vlastně jenom zelenina, ovoce zase jenom který ona si řekla, nějaký kuřecí maso, krutí, ryby.“

Třetím podkódem je zmíněna **časová a finanční nákladnost**. Nejedna z respondentek ve výzkumu uvedla, že nákupy jsou časově náročné, ale také značně finančně nákladné, vzhledem k tomu, že dívky rády nakupují jídlo, je paradox, že ho odmítají ho potom jíst, což přiznala i respondentka č. 10 *„Naprostě hrozné, já ji pak musela limitovat čas, jak tam dlouho budeme v tom krámu, protože ona studovala každou tu etiketu, každou gramáž, všechno studovala a teď ještě takový jako mamonství, kdy ona vlastně sbírala to jídlo, dělala si neskutečný zásoby, ale ona ho pak nesnědla, takže nám se tady kupilo jídlo, který nikdo nejedl, takže já jsem musela striktně do toho vstoupit a dala jsem jí limity, že prostě nákup maximálně 30 minut, do týhletý složky peněz.“* Problém, kdy se z obyčejného nákupu můžou stát hodinové záležitosti zmínila v rozhovoru i respondentka č. 7 *„Dcera nákupy milovala, aby to měla pod kontrolou, trávily jsme tam nekonečný hodiny, protože samozřejmě si vybírala takový ty potraviny, o kterých si myslela, že jsou dietní, takže všechno si pečlivě prohlížela, zkoumala.“*

Čtvrtý kód výzkumu je uveden jako **společné stravování**. Tento výzkum ukazuje, že velká většina respondentek přiznala, jak je tato oblast velmi psychicky náročná. Někteří rodiče se snažili, aby tato nemoc nezasahovala do společného stravování a nezpůsobovala pro ostatní členy rodiny žádné stresující prostředí, jak uvedla respondentka č. 2 *„No, ono to bylo víceméně, já jsem na tom vždycky jakoby trvala, že jídlo je i místi, kde se ta rodina sejde, takže nikdy jsem se nesnažila, aby to bylo jíme každý, kdo má kdy hlad, ať už když přijdeme ze školy, tak vždycky jsme se sešli u nějaký svačiny, večere, oběd to taky vždycky je jako společenský jídlo. No, my se snažíme, aby emotivní zážitky nebyly.“* Dost podobně to vylíčila i respondentka č. 9 *„Odjakživa se snažíme jíst, co nejvíc spolu, všední dny to jsou téměř jenom večere, to se člověk nesejde většinou. Ale odjakživa chystáme společně, sedíme, povídáme, jíme, takže tak jsme jako naučený pořád když jsme spolu.“* Jedna z respondentek uvedla, že v době, kdy bylo onemocnění v akutní fázi, tak společné stravování probíhat nemohlo, protože to velmi negativně působilo na ostatní členy rodiny, jak uvedla respondentka č.1 *„No to nešlo vůbec společně jíst, to ona musela jíst buď u stolu sama nebo se někam zavřít do pokojíčku, ale to bylo. Taky hlavně kvůli druhé dceři, protože nemocná dcera u toho jídla brečela a jako furt si ubírala to množství a vlasně ta druhá dcera, tak z toho byla jako hodně špatná, takže vlasně i kvůli ní jedla nemocná dcera vlasně v jiné čas.“* Jedna z respondentek v rozhovoru řekla, že museli vymýšlet, jak dceru u jídla rozptýlit, aby

odvedli pozornost od jídla, jak přiznala respondentka č.3 „*My jsme většinou jako museli jíst tak jako, aby ji to nějak rozptylovalo, takže nejlepší bylo, když se pustil nějaký film a u toho se jedlo třeba. To bylo jako nejlepší nebo v neděli jsme se snažili jako rodina sednout, ale první bylo jako nekoukejte na mě.*“

První podkód u společného stravování jsou uvedeny **nepříjemné zážitky**. Tento podkód vyplynul z výzkumu jako nejvíce emotivní, protože vyvolal ve velké většině respondentek velmi živé vzpomínky, které je budou provázet po zbytek života, jak zmínila respondentka č. 8 „*Když po mně hodila jídlo, že to jíst nebude, že toho má moc na talíři.*“ Někdy nepříjemné zážitky nastanou, jakmile přijde nátlak ze strany rodičů, aby dítě začalo jíst, jak uvedla respondentka č.4 „*Přišel nátlak, prostě to sníš, že jo a tam už manžel tlačil hodně, takže, mladší brácha už kolikrát vystartoval i na tátu, že to přehání, že to takhle určitě nesní, když na ni budeme tlačit.*“ Přiznání některých respondentek o manipulaci jejich nemocného dítěte s jídlem nastínila i respondentka č.5 „*Dokázala s tím jídlem manipulovat takovým způsobem, že vy na ni koukáte a stejně vám to jídlo zmizí! Prostě ty holky jsou jak Copperfield jsou prostě tak zdatný, že prostě vy máte pocit, že ona má radost třeba z mikiny, kterou si koupila a mikina má široký rukávy a jak tam je ta manžeta, tak vy se otočíte, jenom jsem se otočila právě teďka a prostě půlka tý kaiserky zmizela v tom rukávu. Jako brambory mizející v kapsách, kdekoliv. Ta manipulace je šílená, když já bych to nazvala tak že, když bych chtěla, aby vy jste na něco nepřišla, tak na to fakt nepřijdete. Takže to samý bylo i u ní, nechtěla, abychom na to přišli.*“ Podobným trápením s manipulací jídla zmínila v rozhovoru i respondentka č.3 „*Asi to schovávání jídla do ponožek, já nevím prostě vždycky někam do kapesníku, asi tohle možná jako bylo nejhorší, co se týče toho stravování, že člověk jí něco dal v domnění, že to snědla, jako malou holku jsem ji hlídala. Schovávala jídlo furt, jako když jsem něco dělala, tak půlku někam odmetla, tadyty jejich manýry anorektický jak maj, takže tohle to bylo nejhorší, schovávání jídla zkrátka, no.*“ Některé pacientky manipulovaly s jídlem tak, že si toho téměř matka nevšimla, jak vylíčila respondentka č. 8 „*Já jsem se třeba otočila na pár minu, to jsem si šla zalít jenom kafe, takže jsem byla ani ne deset minut otočená zády a jídlo sežral pes, toho jsme už pak vyhazovala ven, aby to nejedl, aby ho nekrmila.*“

První podkód nepříjemných zážitků jsou **úzkosti a výčitky**. Tyto situace mi zaznívali velmi často, při otázce společné stravování, kdy respondentky uváděly, že se to objevovalo většinou, když společně všichni jedli a rodiče se snažili dítě přimět k tomu, aby alespoň něco snědlo a když se jim to povedlo, tak z toho vzejdou úzkosti před jídlem a výčitky po něm, což přiznala i respondentka č. 4 „*No, ona si k tomu sedla a teď na to koukala, teď bylo vidět, že se*

*ji zamračilo čelo a teď v sobě něco jako řešila a já říká no musíš prostě, jako jíst se musí, musíš prostě sníst aspoň něco, tak to zkus! No tak něco zkusila a když už se povedlo ji sníst víc, tak už měla ty výčitky, že jo a už měla špatný pocit, takže tam pak ona začla u toho brečet a že to vůbec nesní, že ji ovládaj nějaký pocity a tak, takže tam už byl problém sníst kolečko okurky, no.“ Někdy se rodiče snaží dítěti důvěřovat, aby mu nezpůsobovali další psychickou újmu, které může stravování přivodit, jak uvedla v rozhovoru respondentka č. 5 „*Jako máme přehled o tom, co si připravila, ale abych u ni stála a kontrolovala jakou vrstvu si namazala na housku, tak to jsme vypustili, protože prostě to bychom se jako zasekli a ty úzkosti, které prostě i to doprovází, protože samozřejmě jako bere i psychofarmaka, tak prostě ty úzkosti by nám za to nestály.*“ Jedna z respondentek uvedla, že dívka prožívala velké úzkosti a výčitky v průběhu hospitalizace, kdy jsou děti s poruchami příjmu potravy nuceny přijímat výkrmnou dietu, která obnáší velké množství jídla, to v rozhovoru nastínila respondentka č.1 „*Jo, jo spolupracovala, jo jedla, ale pak ty výčitky, jako strašný, to jako v každém případě, prostě to snědla, že musela, kdyby to nemusela, tak to nesní a vlastně tak nějak začala přibírat.*“ I přesto, že si rodiče myslí, že už je akutní fáze za nimi a jsou v období remise, tak mohou v dívkách stále přetrvávat výčitky z jídla, jak uvedla respondentka č.6 „*Občas se zeptám jejího kluka, se kterým je na intru, jestli na ní dohlíží a on na ni dohlíží, že prý je všechno v pořádku, že jí, že kdyby se něco dělo, tak mi dá vědět, že občas mívá výčitky z jídla, to mívá, ale to i vidím doma když uvařím.*“*

Pátý kód tvoří informace o stravování. Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentek žádné informace o stravování nedostala, každá matka si musela doshánět informace o stravování sama, jak uvedla respondentka č. 6 „*Ne, v nemocnici ne, tam jsem byla docela zklamaná, že tohle tam jako vůbec nenabídli.*“ A stejnou situaci popisuje i respondentka č. 8 „*Ne, to mě nikdo nenabídnul, dostala jsem akorát odkaz na internetový stránky*“, další smutnou zkušenost mi vyprávěla i respondentka č. 2. „*Ne, tahle návazná péče mi tam docela chyběla.*“ Jedna respondentka uvedla, že naštěstí nepotřebovala žádné informace, jak zmínila respondentka č. 6 „*Na to, že to byla fakultní nemocnice a byli specializovaný tady na to, tak vůbec, já prostě najela, tak jako by se nic nestalo, byla zdravá a prostě jsme jedli, tak jak jsme jedli dřív, nechtěla jsem vyloženě, nenutila jsem jí knedlíky, dobře tak né, tak jsme udělali těstoviny, nebo rýži, ale prostě jsem chtěla, aby jedla všechno, všechno, všechno, aby si nevybírala a naštěstí jsem ji fakt nemusela nutit, ona byla tak strašně rozjedená.*“

První podkód tvoří vzorový jídelníček. Málokterá matka ví, jak má doma po propuštění z hospitalizace postupovat ve stravovacích zvyklostech, které byly nastaveny při hospitalizaci,

tak aby pokryly maximální denní dávku stravy, která má navýšit kalorickou hodnotu. To, že po hospitalizaci nenabízí vzorový jídelníček, tak s tím se setkala i respondentka č. 9 „*Ne, to vůbec, ale ptali jsme se na to, i když dcerku propouštěli na vánoce, když nám ji dávali, jídelníček ne, vůbec nám jako nic nedali, musí se dostat, co nejdřív do normálu, aby jedla prost všechno, podle chuti, což nemá chuť pořád ani hlad. Ale dcerka si naštěstí ofotila, jim se tam střídaly jídelničky každý týden, takže ona si ofotila ten jídelníček, takže ten tady máme, takže ty porce víme, počet rohlíku a tím se trošku orientuje a snažíme se to přizpůsobovat, aby to bylo podobný v tom množství jídla a jinak vůbec.*“ Jedna respondentka mi vyprávěla, že ani neočekávala, že by vzešla iniciativa ze strany zdravotníků, takže si všechny informace vyhledávala sama, jak uvedla respondentka č. 5 „*Vlastně jako velká část prostě těchhle těch věcí leží vždycky na iniciativě toho člověka a té rodiny. Hodně jsem komunikovala právě třeba i s lékaři, kteří s ní pracovali, jo a docela dobré jsou stránky vlastně Healthy and free, které vlastně zaštiťují nebo které jsou prostě navázané na tu kliniku. A přišlo mi, že třeba na jak takovéto centrum Anabell, tak co třeba zrovna tam těch stránkách jako oni se hodně odkazují i vlastně ty první, které jsem zmiňovala, ale takže tam je to jako docela propojený, ale třeba když jsem se tam dívala, já nevím, na nějaký ty jídelničky nebo něco podobného, tak mi to připadlo, že tam to bylo hodně o sponzoringu. Třeba firma, která vyrábí prostě mražený výrobky a prostě prodává tady třeba mražený ryby, tak jako že to vlastně ten jídelníček byl postavený na těch jejích výrobcích, ale je to nezisková organizace a z něčeho zase ty peníze čerpat musí, takže já vůbec to neodsuzuju, naopak jo.*“ Jedna z respondentek uvedla, že dostali vzorový jídelníček současně s propouštěcí zprávou, zmínila respondentka č.2 „*Teda pan doktor nám dal přehled jídelníčku, který tam mají ty děti na oddělení, co jedí, co mají k snídani, obědu, večeři, jaký mají svačiny.*“ Další z respondentek zase uvedla, že napsaný jídelníček neznamena vždy cesta k úspěchu, to vyprávěla respondentka č. 3 „*Jo, to všechno měla, toto všechno probíhalo i jídelníček měla, ale ona podle toho nejela v té době, to tam probíhalo, ale bylo to na nic, támhle oni ji domluvili, napsali jídelníček domů, dobrý mami, pojedou podle toho, nejela prostě.*“ Další respondentka uvedla, že vůbec nepotřebovali vzorový jídelníček, protože se dítě natolik přizpůsobilo stravovacím zvyklostem oddělení, s tím se svěřila respondentka č. 6 „*Ona byla jak robot z nemocnice, prostě 5x denně jíst, jo a ona si to i začal připravovat sama, na tom trvala, třeba ne oběd, to jsem samozřejmě uvařila já, ale snídani, pak sama od sebe si šla vzít ke svačině jablko, tak jak to měla v nemocnici, tak byla najetá i doma, kolikrát jsem si říkala, to nemůže ani sníst, ty vado.*“

Druhý podkód je v této oblasti zmíněný **nutriční terapeut**. Nutriční terapeuti jsou vyhledávaní odborníci, především pokud se někdo snaží snížit svoji hmotnost, ovšem v tomto výzkumu se respondentky snažily vyhledat odborníka proto, aby získali informace o možnostech, jak navýšit a upravit doma stravu, která má být nutričně bohatá a vyvážená všemi složkami potravy, jak zmínila respondentka č. 1 „*Ona nám řekla, kolik má co vážit. Prvně jsme začali na těch bezpečných potravinách z nemocnice a postupně jako pomaličku jsme to jakoby nabourávaly, že třeba dám příklad, ona snědla rohlík s másle, ale byl problém sýr, na to ještě dát, takže jsme zkusili jedna svačinka takový tenoučký pláteček sýra a takhle vlastně jakoby postupně se to tak jako se snažíme dostat jako do normálu, ale jako ještě nejsme. Jo a ještě se snažíme odbourat stereotypy to znamená, že se nají třeba o půl hodinku dřív o půl hodinku dýl. A teďka máme úkol restaurace. Ona dostane úkol, třeba teďka bude mít můj tatka narozeniny, tak má dcera za úkol aspoň jednu lžičku dortu ochutnat.*“ Někdy může nutriční terapeut doporučit internetové stránky, které mají být nápomocny s utvářením jídelníčku v domácím prostředí, jak uvedla v rozhovoru respondentka č. 7 „*Měla potom od té nutriční nějaký doporučený stránky, takže tam si potom ty jídelníčky skládala, kdy si to velmi pečlivě vážil a když to řeknu blbě, když jsme ji dávali třeba ty malinkatý rajčátka a když zjistila, že je půlka toho mrňavýho rajčátka, tak ji prostě nesnědla. Striktně, opravdu hodně striktně dodržovala ten jídelníček.*“ Jedna z respondentek byla nemile překvapena tím, že jim nikdo konzultaci s nutričním terapeutem nenabídl, jak se zmínila v rozhovoru respondentka č. 9. „*Ne, akorát dcera tam byla sama s tou nutriční specialistkou na začátku té hospitalizace nějak asi jednou, jinak víc ani jednou no, vůbec. To nám pak bylo řečeno, že si máme sehnat pak sami ty kontakty, že jo po propuštění.*“ Další respondentka to cítila velmi podobně, jak přiznala respondentka č. 7 „*Samozřejmě probíhala nějaká propouštěcí zpráva, co a jak máme dělat, ale paní nutriční u toho nebyla, musím říct, že bohužel za to nemůžou ani nemocnice ani nikdo, ale vzhledem jak je hrozně málo lidí na těchhle pozicích, protože oni tam ty lidi na to nemaj, takže bohužel, bohužel to tak je.*“ Respondentka také přiznala, že jim také nikdo konzultaci s nutričním terapeutem nenabídl, jak zmiňuje respondentka č. 10 „*Jako práce nutričního terapeuta tam nebyla a ani nám to teda nikdo nenabídl.*“ Více, jak třetina respondentek přiznala, že jejich zkušenost s nutriční terapeutkou nebyla taková, jak by si představovala, což zmínila v rozhovoru respondentka č. 6 „*Pak jsem kontaktovala nutriční terapeutku v nemocnici, to jsem potom to s ní konzultovala, jakej máme problém a oni vlastně jsou zaměřený opačně, takže z obézních lidí, aby zhubli, takže oni jsou nastavení, přes tu zdravou stravu a já jsme nechtěla když se vrátila, aby se upnula zase jenom na něco zdravýho, ona fakt přišla z nemocnice a jedla bílý pečivo, nechtěla knedlíky, teda to ne, ale prostě*

nevybírala si úplně, jako to ne, ale já jsem nechtěla, aby ji někdo strhnul ke zdravému stravování, takže to jsem pak odpískala, říkám si ona jí, tak ať jí i nezdravě, hlavně že jí.“ S podobným problémem se setkala i respondentka č. 2 „Přímo tu nutriční terapeutku jsme ani jako v průběhu nenavštívili, sice když byla hospitalizovaná, tak tam kontakt byl, pak už ne, ale snažila jsem se třeba kontaktovat někoho a to mi taky chybí v terénní péči pro ty propuštěné pacientky, ať už to jsou děti nebo dospělí, tak mi chybí ten nutriční specialista, kterej umí si s tímhle pohrát. Většina, jako když tady jsem v okolí kontaktovala, tak se zaměřují na hubnutí a do týhle oblasti, jak kdyby se báli pustit. Pak jsem měla jednu specialistku přes Anabell, ale šlo o nezletilýho a chtěla to zaplatit, tak to zkusíme nejdřív sami, přirozenou cestou a pokud to nepůjde, tak se teprve na někoho obrátíme, takže tím to skončilo.“

Třetí podkód je zmíněný jako **rodinná psychoterapie**. Z výzkumu vyplynulo, že rodinná terapie se téměř vždy zaměřovala na vztahy v rodině, ovšem část stravování tam byla také zmiňována, protože to je jedno z nejvíc zatěžujících oblastí, se kterou se rodina potýká, nejvíce ovšem v době, kdy má dítě akutní fázi anorexie. Rodinnou terapii podstoupily téměř všechny respondentky až na jednu, která má dítě stále hospitalizované a druhá respondentka se jí nezúčastnila, protože v době, kdy dítě propouštěli a proběhla rodinná terapie, tak byla v karanténě. Rodinné psychoterapie se tedy zúčastnil pouze její manžel, což respondentku později velmi mrzelo, ale manžel ji barvitě vylíčil, jak to probíhalo, uvedla v rozhovoru respondentka č. 9 „Vlastně hlavní závěr byl, že to dítě si na sebe naložilo hrozně velký břemena, jo, třeba i v tý škole, ve sportu, že chce být nejlepší, všechno si bere, že musíme ubrat, což ale my jsme nikdy ani nechtěli po tom dítěti, to dítě chtělo samo. Řešili se spíš vztahy, ale k těm potravinám říkali, že když jako to dovolily dítěti při hospitalizaci, že může vyměnit dvě potraviny, který opravdu nejí, což byla paštika a uzeniny, jo, když to jíst nechce, tak ji to dovolte, že už nikdy nemusí jíst ty potraviny. Trošku nás šokovali tím, že nemusí jíst obědy každý den ve škole, no tak ať si nosí krabičky, ale já říkám u nás není žádná mikrovlnka, lednice ve škole. No tak ať nosí jenom nějaký saláty studený, nemusí mít teplý jídlo, nám třeba řekli. Nám vždycky říkali, nechceš mít žaludeční vředy, musíš jíst teplý jídlo. Ne, řekla nám psycholožka kde jste to viděla, Britové jedí tousty k obědu, ona nemusí mít teplý jídlo, tak ať si vezme studenej salát do školy v krabičce, takže jsem z toho byla trošku rozhozená, jo že já ji tady celý život učím, ať sní teplý jídlo a pak najednou ať si vezme studenej salát, takže asi to tak je, takže dcerka teď si vymejšlí, zatím jsem ji řekla ne, opravdu má přihlášený obědy, uvidíš, co sníš, měli svičkovou, tak si vzala dva suchý knedlíky, nic jinýho, pomaličku začínej, uť se jíst to, co tam je.“ Téměř všechny respondentky se shodli, že

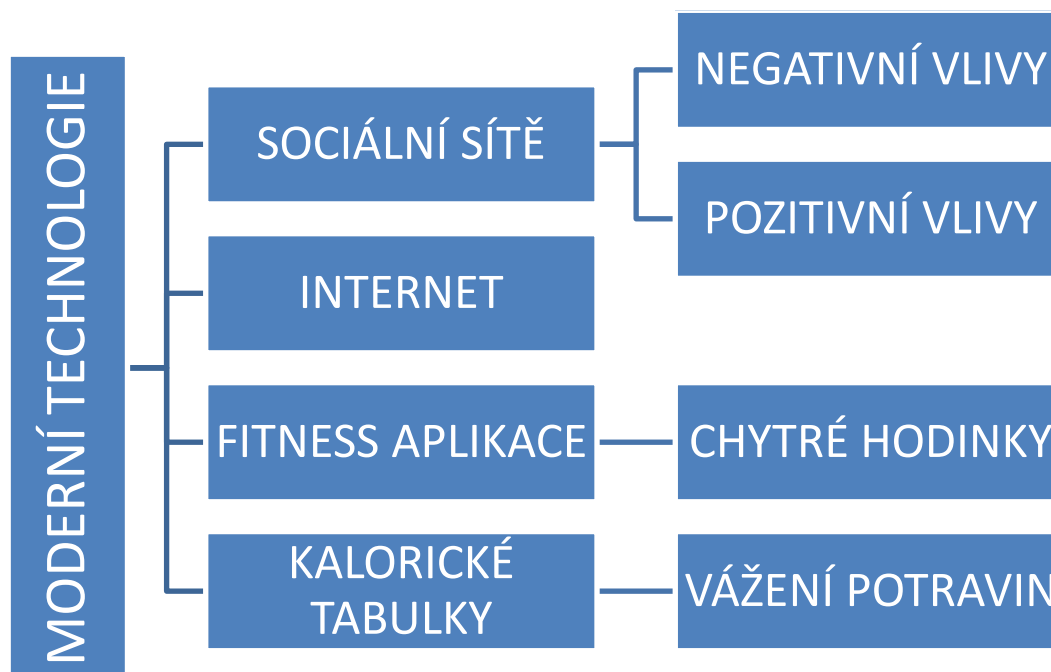
v rodinné terapii se probírali spíše vztahy v rodině, ovšem pokud došla řeč na stravování, tak to občas neproběhlo podle jejich představ, jak zmínila v rozhovoru č. 3. *Já už si to úplně do detailu nepamatuju, pamatuju si jednu rodinnou, jedno rodinný sezení a to jsme se celou hodinu a půl bavili o šunkaflecích, takže takhle to vypadalo, jó. Dali jsme dva tisíce, hodinu a půl jsme si řekli o šunkaflecích, jestli jó, né a odjeli jsme, tak jsem říkala aha, hmm, tak dobrý.*“ V rozhovoru zazněly i velmi emotivní prožitky, které zažívala při rodinné psychoterapii respondentka č. 7. *„Tam jsme spíš řešili vztahy, samozřejmě toho jídla se to tam taky dotýkalo, ona s náma samozřejmě neřešila jídelníček, spíš se samozřejmě zeptala, kolik dcera váží, jak to je, jestli jí nebo nejí, ale jestli s námi řešila jídelníček to určitě ne, spíš jsme tam probírali takový rodinný věci, co funguje, co nefunguje jo, a tak, takže taky se mi stalo, že jsem se tam skoro rozbrečela, když tam dcera o mně neříkala moc hezký věci jo, někdy to bylo náročný, někdy jsme se tam zasmáli, prostě tak.*“ Velmi přínosná rodinná psychoterapie byla pro jednu z respondentek, která si díky této terapii udělala představu, jak mají v domácím prostředí pokračovat ve stravování, což uvedla respondentka č. 8. *„Taky byly hovory o stravování, ale tak nějak, řekli nám jak si tam představujou, že by měla doma jíst, tak jsem si vyžádala seznam, kolik by toho měla za den sníst, protože nikdy mě nenapadlo, hlídat dítě, kolik toho mají sníst, odměřovat to, prostě vždycky jedly, takže nebyl důvod měřit, vážit. Tak jsem se to snažila odměřit, když mi vynadali, že mi dítě za tu dobu, co byla doma zhubla, tak jsem to pak začala vážit, abych viděla, kolik toho sní, ke snídani má mít rohlík namazaný s jogurtem, ke svačině ovoce a k tomu zase třeba rohlík, oni je tam pořád cpali dokola rohlíkama a koblihama.*“ Respondentka, která má dítě stále hospitalizované, tak uvedla že by ráda rodinnou terapii podstoupila, ale vstřícnost ze strany lékařů nevězela, jak uvedla respondentka č.4. *„Já jsem se ještě ptala doktorky, že bych chtěla podstoupit rodinnou terapii, jsem si to načetla, já jsem si našla ty různé studie, ty různé diplomový práce, co takhle někdo psal, že to je nejlepší, jakoby, co se týče těch výsledků, jakoby toho uzdravení a dokonce ji tam mají na těch stránkách nemocnice napsaný, ale zřejmě ji nenabízí, protože je to všechno plný. Dokonce mi doktorka řekla, že ani neví, a že se zeptá psychologů, co tam jsou psychologů, že by mohli něco vědět a že se teda zeptá, no.*“

Šestý kód v oblasti stravování jsou uvedeny **vedlejší aktivity**. Z výzkumných rozhovorů vyplynulo, že slovo fast food je naprosto vyřazené slovo v souvislosti s touto diagnózou. Téměř všechny respondentky přiznaly, že stravování mimo domov byla třešnička na dortu a pokud si nevezli z domu svoje připravené jídlo, tak dívky odmítaly kdekoliv jíst, jak zmínila respondentka č. 7. *„Když jsme procházeli tou anorexií, tak vůbec nebyla schopná jít někam do*

restaurace, když jsme jeli na výlet, jezdili jsme často právě i s jejím tatškou, tak jsme si dali my dva normální jídlo a ona si vyndala svoji krabičku, ona si navarila dopředu a vozila si svoje jídlo, protože nebyla schopná pozřít něco jinýho, samozřejmě jsme ji nenutili, byli jsme rádi, že jí, aby nejela na výlet s hrůzou, že se tam bude muset někde najíst. To je strašně moc důležitý jí vlastně jakoby i v těch jejích blbostech, protože normální člověk to nedokáže pochopit v hlavě, ale jako podporovat, aby se cítila co nejvíc v bezpečí, aby se necítila ohrožená tím, že ji budeme do něčeho nutit.“ Velmi podobně to prožívali i v rodině respondentky č. 10. „Musela si vozit krabičky, ona právě potom, co měla tu koučku, tak ona ji přesně jako měla ty jídla rozfázovaný, co má čeho sníst, takže ona si to vlastně připravila před tím výletem a měla to s sebou, ale nejedla s náma. A dokonce v restauraci, to jsme ji trochu jako postrčili, aby to řekla, když má vlastně nějaký dietní problém, a že prostě si dá prostě jenom pití nebo vodu, že my si dáme jídlo, ale že ona bude mít svoje jídlo a musím říct, že s tím nikdy neměli problém, že všichni chápali dobře, a že nikdo se nad tím nepozastavil, což ji asi motivovalo taky k tomu, že to je normálně, že jsou lidi, kteří nejedí prostě všechno.“ Velmi zajímavou zkušeností s vedlejšími aktivitami přispěla do výzkumného rozhovoru i respondentka č. 2. „No je pravda, že když jedeme třeba, tak ten fast food je problém, takže jako když už, tak se snažím, aby to prostě proběhlo, třeba jsem říkala dobrý, někam pojedeme, tak aby to nebyl vyloženě jeden fast food široko daleko nikde nic, ale takový ty jídelní arény, kdy si každý vybere. Jeden chce činu, další chce Mekáč někdo KFC, abysme si tam prostě každý vybrali to, na co máme chuť. A teďka jsme se vlastně vrátili minulej tejden z hor, tak tam to teda bylo opravdu takový, že na sjezdovce jsme jedli my, ale dcera měla s sebou, jako měla povinnost udělat si svačinku a sníst ji.“ Problém se stravováním mimo domov pocítila i respondentka č. 8 „Když jsme někam šli, snažila jsem se na jídlo vláčet, ale když jsme někam šli a stavili jsme se v hospodě, tak si dala jenom čaj, jako nepřesvědčila jsme ji, aby se najedla.“ Velmi mě překvapila jedna z respondentek, která při rozhovoru zmínila, že nebyl až tak zásadní problém, se stravováním mimo domov, jak uvedla respondentka č. 9 „No, tak ty obědy byly v pohodě kupodivu, protože ona prostě věřila tomu, že na rozdíl ode mě teda, že kuchař v restauraci přesně ví, jak má být velká porce, takže to jako bylo docela v pohodě, ale my jsme si museli vybrat předem, než jsme si vybrali restauraci. To znamená, museli jsme přesně vědět, kam půjdeme, kde mají předem vystavený denní menu a měli výběr jenom ze tří menu, takže my jsme museli předem podle jídelníčku vybrat restauraci a modlit se, aby nějaký to jídlo nedošlo, který si vybrala, že ona, jedno jediný si vyberu a to když tam mít nebudou, tak tam nebudu jíst nic.“ Zajímavým způsobem to s výletem vyřešila i respondentka č. 5. „Když jsme to zkusili vlastně třeba v létě jet na výlet, tak to jsme to byli jako kempinková

rodina. Prostě regulérně jsem věděla, že ona to nesní nikde, takže já jsem vždycky uvařila to jídlo a řekla, hele, tak si to prostě, někde se zastavíme na odpočívadle a prostě si to tam ohřejeme a sníme.“

3.2.2 Kategorie Moderní technologie



Obrázek 5 Kódy a podkódy kategorie moderní technologie

Vytvořeno v aplikaci Smart Art

První kód tvoří **sociální sítě**. Z výzkumu bylo patrné, že trendem dnešní doby je online prostředí, které využívají, jak dívky trpící poruchou příjmu potravy často velmi rády vyhledávají své spojence, se kterými si předávají své cenné rady a doporučení s tematikou anorexie, jak zmínila ve výzkumném rozhovoru i respondentka č.7 „*To asi potom už jo, ze začátku, že by spustilo tohle její anorexii, tohle si nemyslím, ale potom když už ten problém měla, tak si myslím, že ano, že tam určitě konzultovala s někým.*“ Dalšími přínosnými myšlenkami obohatila tento výzkum i repondentka č. 5 „*To si myslím, že ty holky mají zmáknutý, jako rozhodně a vlastně ale myslím si že třeba na Facebooku tam jako téměř nevystupuje, ale je možný, že prostě jenom já mám zamezený přístup k tomu obsahu, který ona mi nasdílet nechce. To se na tom profilu dá nastavit velmi jednoduše. A vlastně, ale myslím si, že aspoň teda podle toho, co říká, tak vlastně vzhledem ke své zkušenosti, kterou třeba udělala při hospitalizaci, tak vlastně zjišťuje, že některý obavy těch holek na těch sítích jsou zbytečný, že některý věci prostě který tam popisují jako nejsou pravda, že ví, že když prostě tahle ta holčina jako se považuje za vyléčenou a prostě teďka se třeba překlopila do nějaký fáze fitness a popisuje prostě nějaký svoje jako zážitky, tak dcera dokáže odhadnout, že prostě, no ale ta holka není v pořádku ještě pořád, akorát překlopila do něčeho jinýho, ale vlastně v pořádku vůbec není,jo.*“ Ve výzkumu zaznělo, že jsou dívky, které sociální sítě nemají, jak uvedla respondentka č. 1 „*Ona vlastně nemá sociální sítě, nemá facebook, instagram, nic.*“ To samé potvrdila i respondentka č. 8. „*Ne, to jsem nenašla, myslím si že ne, úplně přesně nevím, něco jsem tam u ní v telefonu našla, ale bylo to většinou jídlo, jako že koukala na jídlo, na vaření, jak se dělají dorty, ale nic jinýho.*“

První podkód sociálních sítí jsou zmíněny **negativní vlivy**. Některé respondentky přiznaly, že dítěti do mobilu nenahlížely, ale i přesto u nich v telefonu občas zahlédly tyto nepříjemnosti, jak uvedla v rozhovoru i respondentka č. 9 „*Já si myslím, že i teďka, ale určitě sledovala a četla hodně, my jsme ji do mobilu úplně nelezli, že bych ji prohlížela historii, ale je jasný, že občas něco prohlíží, občas zahlídnou nějakou fotečku, že jo kostnatou, i teď utrousí, že jim to sluší, těm hubenejm, vychrtlejm, takže to je jasný, že to sleduje a sledovala.*“ Z výzkumu vyplynulo, že dívky trpící touto poruchou tyto online aktivity matkám tajily, což přiznala i respondentka č. 6 „*Ona mi to nikdy neřekla, ale já si myslím, že jo nebo mi přišlo divný, kde by najednou přišla na nějaký takový rady, na ty projímadla a tak jsem i objevila, že se fotí tajně když byla hubená, nějakou fotku mi ukázala, ale v tý době jako ne, když jsem já třeba vybuchla a řekla jsem, to Ti musí někdo radit, ty někde seš? Ona mi říkala, kdo by mi to radil.*“ To samé potvrdila i respondentka č. 3 „*Určitě, na telefonu jsou furt, já si myslím, že*

tam byl hrozně blbej vliv když se spojily s někým, kdo tím trpí a podporovaly se v tom, někdo kdo nebyl v pohodě. Tohle není vůbec dobrý.“ V rozhovoru zazněl i další zajímavý poznatek, jak uvedla respondentka č. 5 „*Ona sama pochopila, že prostě to přátelství je třeba důležitý jako v tý fázi, kdy se ty holky potřebujou podpořit, motivovat, že to není, že jenom velmi vzácných a výjimečných případech je možný vlastně v tom pokračovat, protože prostě potom, pokud někdo nezvládne, tak přátelství se může stát jako toxickým, prostě.“*

Druhý podkód sociálních sítí je uveden **pozitivní vlivy**. Někdy jsou sociální sítě využívány těmito dívkami, které zažívají období remise jako zdroj inspirace a motivace pro udržení si vlastního zdraví, jak uvedla respondentka č. 9 „*Já si myslím, že je připojená i teďka, ale spíš sleduje ty vyléčený děvčata, takže se chlubí, co kdo snědl, ale teď spíš sleduje, ty co se vyléčili, jakou mají snídani a takový. Jakou má obrovskou snídani, jaký má talíř, protože nám to i ukazuje, jo, že jíme a podívej, co měla tahle k snídani, tam má nastrouhanou čokoládu na tý ovesný kaši, takže nám to i ukazuje a povídá, tam jsem ještě nedošla, tam mi to nedovolí hlava, abych si dala čokoládu, že jo, snad tam dojdu, povídá, když má slabý chvílky. Doufejme, protože já ji úplně nehrabu do mobilu, abych ji to sledovala.“* Mnohdy si během hospitalizace vytvoří dívky citové pouto, které je provází i po propuštění, jak v rozhovoru zmínila respondentka č. 2 „*Určitě v nějaké skupině byla, nevím, jestli teď je, doufám, že není, ale je v kontaktu jakoby s dětma z nemocnice, občas bývá, oni mají svojí vlastní skupinu. Ty, kde které byly pryč, takže vím, že občas, jakoby se dozvídá o dětech, se kterýma tam tu léčbu absolvovala, se kterýma se potkávala na oddělení, takže jakoby tam v kontaktu jsou ,ale jestli s někým jiný, to si myslím, že ne.“* Velmi podobně to v rozhovoru zmínila i respondentka č. 1 „*Vlastně dcera teď chtěla zařídit něco, což já právě nechci, aby se spojovala s těma a dávali si rady, jak nejíst. Takže sítě nemá, akorát vím, že si píše s holkama z nemocnice, asi dvě holky, to si píšou přes whatsapp, ale ona mi to ukazuje, co si píšou a je to jako neškodný.“*

První podkód pozitivních vlivů jsou **rady a doporučení**. Z výzkumu bylo patrné, že téměř všechny respondentky získávaly informace na sociálních sítích, kde si předávaly svoje zkušenosti a rady s ostatními matkami, které mají dítě s tímto onemocněním, jak zmínila respondentka č.1 „*Já jsem se přihlásila do skupiny mentální anorexie a bulimie, jinak se snažím, no tak jsem se několikrát ptala, nerozuměla jsem tomu, proč třeba nechce z nemocnice domů. Tak jsem se prostě potřebovala zeptat, pochopila jsem to, ona se bála, že to nezvládne doma to jídlo, že tam ona říkala, tam já vím, že to sním, musím, protože by mi udělali zápis nebo já nevím něco, že jsem to nesnědla, vzali by mi nevím, nikam bych nemohla, já už nevím ty pravidla, jaký tam byly.“* Velmi často si matky nevěděly rady, se

kterými se každý den potýkaly, proto vyhledávaly rady na sociálních sítích, jak přiznala i respondentka č. 2 „*K vánocům si přála chytré hodinky, ale když jsem to hodila takhle na diskuze na Facebooku, co jsou ty svépomocné skupiny s mentální anorexií pro rodiče, tak tam m od toho každej zrazoval.*“ Některé respondentky na sociálních sítích vyhledávaly rady, ale mnohdy to nebylo úplně přínosné, jak zmínila v rozhovoru respondentka č. 6 „*Příspěvky jsem četla, ale myslím, si, že mi to ani neporadilo, jsem si říkala, ježíš, jak to je možný, co se všechno ještě může stát, ale že bych se tam něčemu ponaučila v něčem, to ne.*“ Podobně to v rozhovoru zmínila i respondentka č. 3 „*Jako četla jsem si určitě z Facebooku z internetu různý, já nevím, co tím prošly, že jo, ale ono je to hrozně individuální, hlavně každý prochází, probíhá úplně jinak, takže jako samozřejmě jsem si četla knížky.*“ Respondentka č. 5 přiznala, že nepotřebovala získávat informace na sociálních sítích a raději zvolila možnost informovat se Face to Face od lékařů, kteří se dcerou pracovali, jak nastínila ve výzkumném rozhovoru „*Nepřipojila jsem se, a protože jsem prostě, já jsem se nepřipojila žádné skupině s tím, že já mám pocit, že prostě bych byla zahlcená informacema, který fak nechci, takže jsem si to začla nějak třídit a spíš jsem se ptala třeba i odborníků, třeba právě, na té klinice pražské.*“ Velmi zajímavé poznatky pro tento výzkum přinesla v rozhovoru respondentka č. 10 „*Já jsem se přihlásila na fcb skupinu, kdy jsem sledovala příspěvky těch holčin a pak vlastně na instagramu, ta se jmenuje Kitaka, tu vřele doporučuju, to je vlastně holka, která si tím prošla, už je vyléčená a teď vlastně pracuje s těma klientkama s poruchou příjmu potravy, má na to různý školení, akreditace, školy a je prostě úžasná. Dcera s ní spolupracuje třičtvrtě roku, mají sezení jednou za týden, ona ji může kdykoliv zavolat, kdykoliv ji s ní může konzultovat nějakou úzkost, pochybnost, ona to právě neřeší z hlediska kalorických tabulek, ale prostě jez, dokud máš hlad, protože předtím ta terapeutka, která byla před tím, tak ona jela v těch tabulkách, takže Lucka mi pak svěřila, když už k ní nechodila, že měla často hlad, podle toho rozpisu jídelníčku, ale ona ji řekla ne. Můžete se na ni podívat, protože je úžasná, má tam příspěvky, které aktualizuje a reaguje na dotazy těch holčin, který to taky řeší, takže je to hodně inspirativní.*“

Druhý kód moderních technologií byl ve výzkumu zmíněn **internet**. Tato velmi využívaná síť, která má za cíl využívat bezproblémovou komunikaci a získávání informací může prohlubovat problémy s poruchami příjmu potravy. Z výzkumných rozhovorů bylo zjištěno, že všechny respondentky, se kterými byl proveden rozhovor, čerpaly jako zdroj informací o tomto onemocnění z tohoto zmíněného zdroje. Internet je zdroj informací pro širokou veřejnost, takže i pro pacientky s poruchami příjmu potravy, jak v rozhovoru nastínila

i respondentka č. 5 „*Určitě, takhle, ale myslím si,, že určitě sociální sítě, ale vůbec jako ono to nemusí být ani sociální síť, prostě obecní internet na to ten vliv má, takže holky jsou prostě pak tak chytrý, protože většinou se to asi vlastně netýká, ale který prostě mají třeba nižší IQ, jsou to chytrý holky, tak prostě oni si tu cestu k těm informací stejně najdou, takže jako vypínání prostě doma internetu, atd. a prostě snažit se ji jako napíchnout na ten telefon nebo prostě ten její profil o to jsme se ani nepokoušeli, protože prostě ten, ona by to hledala stejně někde jinde a obávám se toho, že bychom si začali třeba i víc lhát, že bychom ji zahnali do kouta, a že prostě samozřejmě, že mistrovské lži jsou součástí toho onemocnění, ale že by byli ještě větší.“*

První podkód internetu jsou uvedeny **informace**. Výzkum ukázal, že internet je největší zdroj informací pro respondenty, které mají dítě s tímto onemocněním, jak uvedla v rozhovoru respondentka č. 8 „*Já jsem dostala akorát odkaz na internetové stránky, informace jsem hledala sama na internetu, ale i když jsem se setkávala s těma maminkama, že jsme si třeba sedly, popovídaly, abych nějaký informace sehnala, ale taky i na internetu.“* Velmi podobně to měla i respondentka č. 4 „*Hledala jsem na internetu, pak když měla nějaký ty stavy, tak jsem telefonovali do tý Anabell, že jo, aby nám tam poradili, protože člověk vůbec nevědě, co má člověk dělat, že jo, jako s ní.“* K tomuto se vyjádřila i respondentka č. 7 „*My jsme neměli dobrýho pediatra, samozřejmě jsme si zjišťovali na internetu, ale hodně nám pomohla paní psycholožka, ona je strašně tvrdá, dcera ji ze začátku nesnášela, ale ona se s nikým moc nepáře, oni to ty holky takhle potřebujou, ani s rodičema se moc nepáře, jo, ta vám nebude mazat med kolem pusy.“* Podobně se zmínila i respondentka č. 6 „*Informace jsem získávala asi hodně na internetu.“* Mnohdy čerpají respondenty i z výzkumných prací, jak v rozhovoru nastínila i respondentka č. 9 „*Nakonec jsem si informace získávala na internetu, ale ve smyslu odborných prací, od doktorů, který se tím zabývají a jako diplomové, dizertační práce, třeba takovýhle práce, abych to jako pochopila, protože tam byly ty osobní příběhy a tak, takže spíš tyhle odborný práce a články. Od doktorky, ke které jsme jezdili do Prahy, tak i od ní jsem nějaký články našla na internetu, takže v těch odborných pracech, jsem pochopila, že to je fakt nemoc, že může trvat třeba celej život, nebo 5,6 let je prý průměrná doba vyléčení a že to dítě to může mít v hlavě celý život, takže žen skřítek tam v tý hlavě furt něco namlouvá ji něco, tak to je hrůza.“* Velmi podobně získávala informace o tomto onemocnění i respondentka č. 4. „*Já jsem si našla ty různý studie, ty různý diplomový práce, co takhle někdo psal, takže to jsem si jako načetla, že jo, že mně přijde nebo jako ta naše doktorka moc s těma rodičema, jakoby s náma nespolupracuje, moc se nás na nic neptá*

a kdybych jí nic neříkala, tak bych ani nic nevěděla a já si myslím, že to je docela důležitá věc. “

Třetím kódem moderních technologií jsou uvedeny **fitness aplikace**. V tomto výzkumu bylo zjištěno, že téměř všechny dívky trpící anorexií jsou sportovkyně a pokud nejsou aktivními sportovkyněmi od dětství, tak v období akutní fáze anorexie velmi intenzivně cvičí, aby se zbavily všech přijatých kalorií a mnohdy k tomu využívají různé fitness aplikace a cvičící videa, jak v rozhovoru zmínila i respondentka č. 2 *„Jak mají ty děti přístup na různý cvičební vide, tak tam narazila na vysoko frekvenční silovej trénink, nějaký hit, konkrétně na Pamela Reif a z toho se dostala do toho pěknýho stavu, kterej vyústil v tu hospitalizaci.“* Někdy si dívky pomohou tak, že si v mobilu nastaví aplikaci, která ji ukáže spálené kalorie, jak uvedla ve výzkumném rozhovoru i respondentka č. 9 *„V mobilu si nastaví, protože bydlíme u lesa, tak si nastaví typ pohybu, ta rychlá chůze, hodinu a půl, že jsem šli, kolik jsem asi spálila, takže to si jako hlídá, no. Pohyb má sice zakázanej, ale my nemůžeme být jako bez pohybu jako rodina, takže se jdeme aspoň projít, protože to bysme se z toho zbláznili úplně.“* Mnohdy jsou děti zavřené samy v pokojíčku, takže rodiče ani nepostřehnou, že dítě tajně cvičí, jak zmínila v rozhovoru respondentka č. 6 *„Pak se přiznala později, že během té nemoci cvičila tajně, což já jsem vůbec nevěděla. To musela vychytat, když jsem nebyla doma, když jsem byla v práci, já nevím, co všechno a začla chodit i se psem na procházku, ale to chodila hodně s babičkou, protože babička má taky jorkšíra, takže chodily na procházky a máma mi říkala, hele, já ji vůbec nestíhám, ona je jak motorová myš, ona prostě nasadí a šlape jak voják.“* Velmi zajímavý rozhovor byl s respondentkou, která doma s dcerou cvičila podle online cvičení a vůbec netušila, že to ze strany dcery mělo jiný záměr, jak přiznala v rozhovoru respondentka č. 5 *„Vlastně to jsme cvičily spolu, protože prostě jí i nabyla jako svalová hmota, jo, ale to bylo třeba jako něco jakoby posilování doma podle cvičebního videa na YouTube nebo jsme chodily na hodně prostě dlouhý intenzivní procházky a vlastně asi ten její záměr byl jiný, ale já jsem měla pocit, protože jak byla vždycky introvertní, tak já jsem měla dobrý pocit z toho, že vlastně nějaký čas konečně trávíme spolu, takže se to jako převlíklo do toho, akorát mě mrzí, že prostě potom se to přehouplo do tohohletoho, že se to rozběhlo.“*

První podkód fitness aplikací jsou **chytré hodinky**. Z tohoto výzkumu je zřejmé, že trendem dnešní doby jsou chytré hodinky, které umožňují přístup k aplikacím a mají velmi podobné funkce, jako chytrý telefon, takže je můžete využít třeba na telefonování či posílání zpráv, ale jsou důležitým pomocníkem pro sportovce, což dívky s anorexií velmi často jsou a jejich používání uvedla ve své výpovědi i respondentka č. 8 *„Chytré hodinky měla, ona s tím hodně*

chodila, to jsem pak chodila i sní, než skončila v nemocnici a to jsem měla strach, že upadne, protože to už jsem věděla, že pojede do nemocnice, že mě neposlouchala doma vůbec a ty jsem ji pak sebrala. Ona měla jedny z prvních, takže ji to ukazovalo jenom spálené kalorie a kolik nachodila kilometrů, měla to jenom jakoby krokoměr. Oni jsou ještě i lepší, ty naštěstí neměla, nebyla na to ještě tak špatně, jako některý holky, co jsem pak zjistila, že byly schopný u pucování zubů cvičit, tak tam jsme se ještě nedopracovali.“ Používání chytrých hodinek za účelem cvičení a měření kalorií, ve výzkumném rozhovoru zmínila i respondentka č. 7 „Ano, používala, cvičila tajně doma, když jsme nebyli doma, protože věděla, že to má zakázaný, měla dovolený jenom nějaký lehounký aktivity, procházky a jinak nemohla nic, ale stejně doma tajně cvičila, občas jsem ji nachytala nebo jsem věděla, že prostě podvádí a když přišla z hospitalizace, tak říkám, chovala se jako cvok, pořád vlastně chodila, nebyla schopná si vlastně sednout, aby náhodou nějaký gram nepřibrala, tak pořád chodila dokola, což mě šíleně psychicky deptalo, takže nevydržela ani chvíli sedět.“ Jedna z respondentek uvedla, že je ráda, když dcera používá chytré hodinky, protože se potom cítí psychicky lépe, jak zmínila v rozhovoru respondentka č. 10 „Já jsem jí říkala dcerko, jestli ti to v něčem pomáhá, tak to klidně dělej, tak si to tady měř, měř si kroky, my máme psa, toho jsme vlastně pořídili díky té nemoci a ona si asi měřila ty kroky, protože chodila na velký procházky, ale mně to nějak nepřipadalo až tak důležitý, protože když to proloží vlastně tím jídle, tak je to vlastně v pořádku, takže jsem ji jako nezakazovala, nechala jsem jí prostě at', že pro ni je výslede to uzdravení, ani jsme neříkali váha, ale fungující tělo.“ Další respondentka uvedla, že by dítěti v akutní fázi poruchy příjmu potravy, chytré hodinky nedovolila používat, jak zmínila respondentka č. 6 „Ne, to neměla a to bych ji nikdy ani ted' nekoupila, doufám, že sama si je nekoupí, protože jsou drahý a ona naštěstí na hodinky nikdy nebyla zvyklá.“ Respondentka zmínila, že dceři odmítla pořídit chytré hodinky, ale protože je výkonnostní sportovec, tak jim trenér doporučil obstarat hrudní pás, jak nastínila ve výzkumném rozhovoru respondentka č. 2 „Já jsem viděla, co ty hodinky všechno uměj, nabízejí a tak, takže jsem řekla, nezlob se, ted'ka v týhle fázi ti chytrý hodinky pořídit nejde, aby se neuhnala a tam prostě opravdu to člověka úplně celýho prostě zpracuje a sám on má člověk pocit, že to má pod kontrolou, ale spíš to je tak, že ty hodinky maj pod kontrolou jeho. Pak má trenéra na atletiku, tak ten vlastně koupil dceři pás, v kterém se ona denně měří podle toho oni odhadují i jak náročnej trénink může mít. Tam se zadávaj na začátku vstupní údaje o zdravotním stavu. Dají se tam i doplnit, když se třeba dojde k onemocnění nebo je tam třeba, že šla dlouho spát nebo tak, to se tam všechno dá doplnit. Každý ráno se změří, měří to tepovou frekvenci. V prvních částech dne v prvním okamžiku, kdy se hejbe, pak zase v klidu a podle toho, jak rychle se to tělo po ránu je schopno

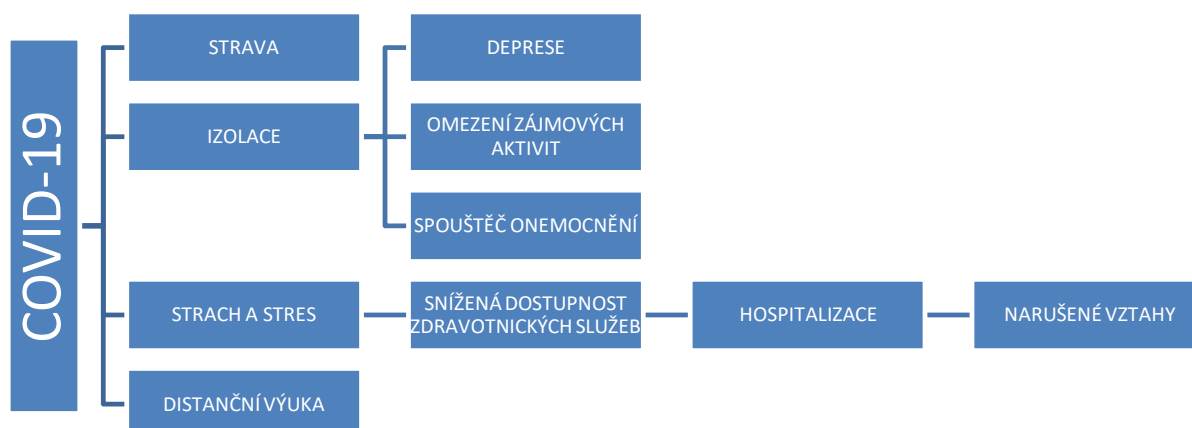
dostat z nějaký aktivity zpátky do klidu, tak se odhadne, v jaký by měla být kondici a musím říct, že tahle aplikace docela funguje.“

Čtvrtý kód moderní technologie tvoří **kalorické tabulky**. Tato kategorie byla v tomto výzkumu velmi diskutabilní téma, především pro její velké využívání. Kalorické tabulky obsahují nutriční hodnoty velkého množství potravin a mohou poskytnout uživatelům i evidenci energetického příjmu a výdeje, tato aplikace je velmi využívaná především u lidí, kteří se snaží zhubnout a to je cílem u pacientů s poruchou příjmu potravy, jak zmínila respondentka č. 3 *„No, to určitě měla, já myslím, že oni do dneška si to budou pomatovat, tadykto když berou ve škole, tak ona přesně ví, oni ty tabulky už v tý hlavě podle mě zůstanou, oni to měli přesně všechno dobře, já jsem kolikrát neměla ani šajnu, ale ta měla přesně všechno věděla, co má. Určitě na začátku nějaký tabulky byly, to mi i říkala a potom už všechno to měly v hlavě, tohleto oni si všechno pamatovali.“* Některé respondentky si nebyly jisté, jestli měly dcery stažené kalorické tabulky, ale nějaké aplikace na vyhledávání nutričních hodnot používaly, jak zmínila respondentka č. 5 *„Já si myslím, že možná i jo, to si myslím, že asi jo, anebo měla nějakou jinou aplikaci. Já teda konkrétně znám i tvůrce těch kalorických tabulek. Ono asi tam byl ten záměr, nebyl špatný, ale prostě z toho dobrého sluhu se stal zlý pán pro mnoho lidí.“* To samé přiznala i respondentka č. 6 *„Jo, to měla a počítala si neustále to BMI dokola.“* Dost podobně to v rozhovoru zmínila i respondentka č. 9 *„To si myslím, že jo a pokud je neměla stažený, tak to měla fakt nacvrkaný nazpaměť, jako opravdu měla svoje oblíbený stránky a ona už to fakt znala nazpaměť, ona už ani nemusela nic číst, ona už přesně věděla, kolik co má, dokonce při jakým sportu, kolik toho vypočítá a jakou tyčku si může dovolit sníst a jakou už ne a ví to dotědka. Už to zná nazpaměť ty hodnoty.“* Jedna z respondentek uvedla, že je dcera používala, ale přestala, že v tom už nevidí smysl, jak uvedla v rozhovoru respondentka č. 10 *„Určitě, ale ona potom záhy, že to prostě nefunguje, že tadyty věci jako BMI a tyhlety věci, že se podle toho nedá naprosto řídit, takže s tím začala, ale taky ho opustila, že to prostě nefunguje.“* Jedna z respondentek v rozhovoru zmínila, že po hospitalizaci nastal striktní zákaz používání těchto aplikací, jak uvedla respondentka č. 2 *„To jsme si říkali, ona i jako sama, co jsme přišli z hospitalizace, protože samozřejmě když pak přišla a projeli jsme ji mobil, tak jsme zjistili, co tam má za strašnosti, takže kalorický tabulky už neexistují.“* Jedna respondentka ve výzkumném rozhovoru zmínila, že dcera nepoužíval kalorické tabulky, ale měla deník s kaloriemi, což přiznala respondentka č. 8 *„To jsem úplně nenašla, ale hledala si na internetu, kolik kalorií má rohlík, různé*

potraviny, rýže, pak měla v notýsku, kolik má jeden rohlík a nejhorší pro mě bylo, když jsem objevila její deníček s kaloriemi, tak to taky nebylo hezký.“

První podkód kalorických tabulek je **vážení potravin**. Vážení potravin spolu s kalorickými tabulkami velmi úzce souvisí, protože mnohdy to bývá každodenní rutinou, že dívky s poruchami příjmu potravy se bez zvažené potraviny nejsou schopny najíst, jak zmínila ve výzkumném rozhovoru i respondentka č. 9 „*Vážila, váží si ještě teď, hlavně kdy si je konečně schopná sníst maso, tak si přesně odváží přesně deset gramů nebo musíme koupit desetigramový malý baleníčka, takže teď si odvažuje máslo, ale i mandarinku, převažuje si tu nejmenší, která je na první pohled nejmenší, aby měla tu nejlehčí, nejmenší, ale aspoň ho sní.*“ Velmi podobně prožívala doma situaci i respondentka č. 7 „*Ano, používala váhu u každého jídla ano, ona si vařila sama, takže si to uvařila, nandala, fotila si to potom pořád jako blázen dokolečka každý den, co snědla si pečlivě si to zapisovala.*“ Velmi špatně se s tímto systémem stravování vyrovnávala i respondentka č. 8 „*Nejhorší pro mě bylo, když si to jídlo vážila, když si ukrojila krajíček chleba, dala si to na váhu, vynulovala, dala si na to máslo, pak med, to bylo pro mě asi to nejhorší.*“ Podobně to zmínila i respondentka č. 3 „*Jo, jo, ano, váha tam byla, takže si to vážila, taky nepravidelně, pak už jako jela, že věděla tam v té době, ale tam v té době to bylo hrozný to stravování.*“ Ne vždy potřebují dívky znát kalorickou hodnotu potravin, jak přiznala respondentka č. 4 „*Ne, to ona vůbec neřeší kalorie.*“ Vtipnou odpovědí mě rozesmála respondentka č. 6 „*Ne, ona jídlo nevážila, ona vážila jenom sebe (smích).*“

3.2.3 Kategorie Covid-19



Obrázek 6 Kódy a podkódy kategorie Covid-19

Vytvořeno v aplikaci SmartArt

První kód v této kategorii tvoří **strava**. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že žádná z respondentek neměla problém dosahánět oblíbené potraviny, které dívky s poruchou příjmu potravy vyhledávaly, jak v rozhovoru zmínila respondentka č. 2 „*My tu dostupnost máme velkou, protože jak denně jezdíme do práce, tak prostě ty nákupy jsou denodenní.*“ Velmi podobné tvrzení uvedla i respondentka č. 6 „*Problémy dosahánět potraviny jsem neměla, ona vlastně v té době, co vyhledávala ty potraviny, tak byla poměrně brzo v té nemocnici a když se vrátila, tak byla tak rozežraná, že jedla všechno a hrozně moc* (smích).“ Jedna z respondentek v rozhovoru přiznala, že život na vesnici se stigmatizujícím onemocněním anorexie, byl nadměrně zatěžující, proto raději zvolila přestěhovat se do velkoměsta, což přiznala respondentka č. 7 „*Problém ani nebyl, my jsme tam v té době bydleli už jen chvíli, já jsem se kvůli ní právě přestěhovala sem, protože jsem věděla, že to tady bude pro ni lepší, hlavně v té vesnici si ji každé pořádky prohlížel, když někde šla a bylo jí to nepříjemný.*“ Žít ve velkoměstě nabízí úplně jiné možnosti než těm, kteří žijí na malém městě, jak v rozhovoru přiznala respondentka č. 10 „*My jsme z Prahy, takže tam problém vůbec nebyl, naopak právě fungovaly různé dovozy po internetu, tomu velice silně propadla, navíc ona je vlastně poctivá v tom, že vždycky si hlídala to složení, aby to mělo všechno.*“ Toto tvrzení nalezneme i u respondentky č. 1 „*Určitě ne, co se týče jako shánění jídla, jsme v Praze, ano, není problém.*“ Podobně to probíhalo i u respondentky č. 9 „*Tak ani ne, já jsem se snažila vařit*

jídlo, takže to jsem vařila i přes internet jsme si objednávali jídlo, takže nebyl problém. Hodně ovoce, zeleniny, nebyl problém s potravinama.“

Druhý kód v kategorii Covid-19 je zmíněná **izolace**. Ve všech výzkumných rozhovorech bylo zmíněno, že situace v době pandemie Covid-19 byla velmi psychicky náročná, protože karanténní opatření bylo vyčerpávající, jak v rozhovoru zmínila i respondentka č. 5 *„My jsme z velké korporace, my jsme měli absolutní zákaz, jako ti, co dojížděli, protože já bydlím hodinu od Prahy, protože doba v těch dopravních prostředcích byla mnohem delší, takže jsme měli zákaz chodit do té kanceláře, takže tohle to bylo náročné, takže vlastně, když jsme třeba chodili ven, tak to byl bezvadný jako únik, že jsme vypadly.“* Toto tvrzení přiznala v rozhovoru i respondentka č. 3 *„Tak samozřejmě to úplně rozebralo celou rodinu a hlavně i tu ségru, která s ní byla rok doma a ještě ke všemu v té izolaci, takže jó, rozebralo to pěkně celou rodinu, to rozhodně to bylo strašný.“* Doplnění předchozího rozhovoru nastínila respondentka č. 8 *„Jak začal ten Covid, tak my jsem doma, myslím si každá rodina, jak jsme byli zavřeni a nevěděli jsem, co se děje, tak se prostě ty lidi hádali mezi sebou.“* Velmi podobný názor zazněl i v rozhovoru respondentky č. 2 *„K tomu Covidu, tím jak ty děti odřízne a nechá je doma samostatně, tak ta společnost na to není připravená, prostředí v rodině často taky ne, tak v podstatě on konzervuje problémy jako takový.“* Smutný příběh, který byl zmíněn v souvislosti s izolací, mi vyprávěla i respondentka č. 4 *„No určitě ne moc dobře ovlivnila, tím že nás to jakoby izolovalo od všech a tady vlastně tím, jak ona vyšla pozitivní poslední, že jo, jí vůbec nic nebylo, takže ona musela bejt nejdýl, že jo jakoby sama a manžel vlastně ještě během té doby, jako při tom Covidu, že měl vysoký horečky, tak zhubnul asi deset kilo a mě to přišlo, že tam ono ji jako docvaklo, že nemusím se snažit takhle cvičit, že když nebudu jíst, tak ono to půjde samo, takže ona v tu dobu přestala jakoby jíst.“*

První podkód izolace je uvedena **deprese**. Pandemie Covid-19 způsobila mnohým lidem deprese, což ve výzkumném rozhovoru zmínila i respondentka č. 4 *„Spadla do toho stresu, do těch depresí, ona přestala komunikovat a přestala chodit i na mobil, ona měla pocit, ona opakovala, jako by ji něco zevnitř drželo, zadupávalo do země, prostě něco ji zevnitř ovládalo, co ona nedokázala a vlastně ji to ničilo, to jako nechtěla.“* Deprese se netýkaly pouze dětí s poruchou příjmu potravy, ale nevyhýbaly se ani ostatním dětem, v tomto případě sourozencům, jak uvedla respondentka č. 8 *„Starší dcera ta byla vlastně v osmičce, když to začínalo a ta měla svoje problémy, takže každá byla zavřená ve svém pokojíčku a měla svoje psychický problémy, takže jednu jsem měla v nemocnici a s druhou jsem chodila k psychologce, ta přemýšlela, jak spáchá sebevraždu, takže to bylo moc hezký.“* Velmi

emotivní příběh v rozhovoru zmínila respondentka č. 9 „*Po pár dnech nám volali, že jsme se dostali k hospitalizaci, protože ona už pak nejedla nic, to byla smutná, depresivní, úplně sklíčeně seděla, to nebylo naše dítě, to byla úplně cizí osoba v domácnosti. To by nám normálně umřela, to už nám zkolabovala pak a to už nám omdlívala, že najednou upadla na zem, takže to naštěstí se uvolnilo místo a jeli jsme do nemocnice, to bylo zoufalství, takže to bylo neskutečný, že jo, naštěstí to dobře dopadlo.*“ Podobnou situaci si zažila i respondentka č. 7 „*Bylo to teda psycho, ta holka nebyla v pořádku, já jsem ji pořád hlídala, všichni jsme byli nervózní, měla hrozně velký deprese, bylo to hodně náročný, no a potom už to bylo už k večeri jedla jenom kuličku hrozna, už nechěla nic jíst.*“

Druhý podkód je v kategorii izolace zmíněné **omezení zájmových aktivit**. Tato situace v době Covidu byla velmi zatěžující. Z výzkumu bylo patrné, že v době Covidu, kdy byly zavřené či velmi omezené zájmové aktivity, se u dětí s poruchou příjmu potravy projevila úzkost z toho, že nebudou moct navštěvovat sportovní kroužky, což zmínila i respondentka č. 2 „*Jako problém byl tím, že dcera nemohla do školy, nemohla dělat atletiku, tak prostě tím to, jak se vytratí ty běžné aktivity a člověk nemá tolik možností, jim nabídnou nějaký další náhradní, tak je to špatně.*“ Doplnění předchozího rozhovoru naleznete i u respondentky č. 3 „*Pak začal ten Covid, že bude bez kondice, že nebudou tréninky a takový jako asi tak, ten Covid nám vůbec nepříspěl.*“ Mnohdy se respondentky snažily v době Covidu nabídnout jinou alternativu pohybu, aby zahnal u dětí nudu, jak zmínila respondentka č. 5 „*Třeba jsme šli na hodinu, na hodinu a půl, jo, takže jsme si vzali třeba vodu, jako já jsem si vzala třeba nording hole, a tak jsme třeba chodili i běhat nebo tak tady vlastně podél Labe, to je příjemný prostě tady je takový lesopark.*“ Podobně to nastínila i respondentka č. 9 „*Ted' ty kroužky nebyly, takže já jsem se fakt obětovala, že jsem pracovala z domu, dělala jsem doma. Byla jsem na ošetřovném, manžel ten taky a aspoň jsem je vytáhla každý den do lesa, opravdu, aby se neunudili k smrti doma.*“

Třetí podkód v kategorii izolace je uvedený **spouštěč onemocnění**. Tento výzkum poukázal, že téměř polovina onemocnění vznikla v době karantény, kdy probíhala první fáze Covid-19. V době Covidu vzešel nárůst psychických onemocnění a izolace mohla zapůsobit jako spouštěč onemocnění poruchy příjmu potravy, to zmínila ve výzkumném rozhovoru i respondentka č. 8 „*Na začátku Covidu to začalo, když jsme začli být doma, děti nemohly ven moc, mám pocit, že se začala pozorovat, já jsem si toho všimla úplně náhodou, nikdy jsem nevěřila tomu, že si toho vůbec nemusíte všimnout, že vám dítě nejí, já myslím, že to byl spouštěč u ní, protože oni byli najednou bez dětí, v rouškách se všude muselo chodit a dcera*

to bere strašně vážně, že se snaží všechno dodržovat.“. Podobnou situaci zažila i respondentka č. 9 „Vlastně to začalo s Covidem, že dcera byla doma, odpadly jí kroužky a začala tak blbnout, no víc sportovat a míň jíst, takže to bylo to díky tý zavřený škole. Že jsme pracovali z domu, měli jsme ji víc na očích, takže jsme si ji mohli víc všímat.“ Velmi podobnou výpověď rozhovoru poskytla respondentka č. 4 „Začalo to když jsme byli vloni doma s covidem, tak jsme byli jeden po druhým postupně doma pozitivní a dcera zůstala nejdýl doma a během vlastně té doby jsme si všimli, že začala hodně hubnout, takže jsme začli sledovat, jak jí a tam došlo k tak velkému bloku, že se do ní nedalo dostat skoro žádné jídlo, u ní je to spíše tak psychický a potom jsme si uvědomili, že tomu něco předcházelo, nějaký cvičení a tak.“ Mnohdy tato situace rodičům unikne a odhalení vzejde ze strany rodinného příslušníka, jak v rozhovoru přiznala respondentka č. 5 „V souvislosti s Covidem ano, starší sestra, ta starší dcera, protože ona měla odstup toho, jak vlastně s námi nebydlela a jak my jsme byli hodně intenzivně doma, tak jak se vlastně ty dívky potom i halí do větších a volnějšího oblečení jasně, tak vlastně, měli jsme toho prostě docela všichni dost i v souvislosti s tím covidem, takže vlastně ta starší dcera ji viděla prostě s nějakým časovým odstupem, tak si toho všimla, že prostě tohle normální úplně není, ale vlastně pořád ještě ta dcera měla vlastně váhu, která nebyla nějak jako kritická úplně, prostě potom tam najednou začal jakoby rychlý sešup dolů, ale vlastně v tom okamžiku jsme to začali řešit.“ S názory ze strany lékařů, že vzrostl počet onemocnění s poruchami příjmu potravy se setkala i respondentka č. 1 „Myslím, že to přispělo k té anorexii nebo aspoň to říkají lékaři, že přibýlo strašně moc holek s anorexií, vlastně celkově s psychickými poruchama.“

Třetí kód v kategorii Covid-19 je **strach a stres**. Strach z koronaviru a stres, které vznikají v souvislosti s pandemií, se ve výzkumných rozhovorech objevilo v souvislosti s tímto onemocněním, jak přiznala respondentka č. 4 „V době covidu, tím jak spadla do toho stresu, podle mě to byly stavy úzkosti a stavy depresí z toho, že ji to jako ovládá, protože my jsme už začali chodit do práce, ona zůstala doma sama, to byl určitě spouštěč, myslím si, že tam se to dostalo do té akutní fáze, jakoby a ona zřejmě v tu dobu vynechávala nějaký jídla a spojila si tam pocit hladu s pocitem štěstí. Když budu mít ten hlad, tak já budu šťastná a jinak jsem prostě na všechny ošklivá a jak se najím a mám ten příjem té energie, tak jsem, tak mám špatnou náladu a nic mě nebaví, nebaví mě procházka se psem a tak, takže ona si to propojila takhle a i teď na těch sezení říkala, že jako tam ty holky řeší kalorie, bojí se toho, že budou tlustý, ale ona se bojí toho, že nebude šťastná.“ Jinou formu strachu zažila v době covidu respondentka č. 2 „Tak to začalo těsně před covidem, kdy se ji zhoršila skolióza a ona měla

strach, že kvůli skolióze bude muset skončit s atletikou a co to v ní napáchá. Tak měla strach, že bude tlustá, že bude neforemná a ta skolióza, že se jí zhorší, takže tím pádem to cvičení, který měla to rehabilitační, tak ještě obohatila o nějaký prvky jako posilovací na vybudování svalový hmoty. S covidem doma trošku vzrostl stres a ona měla strach vlastně tím, jak se odřízla od těch kamarádů a ještě měla strach z Covidu, protože neměla představu, co to je za nemoc, co to všechno s náma udělá, teď samozřejmě i z toho, že to může být smrtelný, tak se to navalovalo jedno na druhý, no a ona se postupně úplně odřízla a začala cvičit, takže to vlastně začalo i s tím.“ Strach, co by mohlo následovat v rozhovoru zmínila i respondentka č. 5 „Situaci nám zhoršuje samozřejmě ta nemoc a strach, no pomáhá nám láska a ubližuje nám strach, to byl prostě takovej stres, který by ji mohl nějakými neúspěchy srazit, to si nemůžeme dovolit.“

První podkód strachu a stresu je **snížená dostupnost zdravotnických služeb**. V době, kdy pandemie Covid-19 ovládala celý svět, tak nemocnice přešly na krizový provoz, aby zamezily šíření této epidemie, což mělo za následek sníženou dostupnost v různých zdravotnických zařízeních. Z výzkumu bylo zřejmé, že téměř všechny respondentky se potýkaly s těmito problémy, jak zmínila ve výzkumném rozhovoru i respondentka č. 6 „*Já jsem ji nemohla dostat nikam k doktorovi, nikdo nás nechtěl vzít, to bylo hrozný prostě, protože všude chtěli testy, testy v té době trvaly skoro deset dní než přišly výsledky PCR. Na psychiatrii tam vůbec nechtěli brát pacienty nový a ve fakultní nemocnici v Praze měli Stop stav a během covidu jsem se nikam nedostala.*“ Toto tvrzení uvedla i respondentka č. 10 „*Určitě jako v podstatě v době toho covidu ty čekací doby jsou otrěsný, to je člověk, když má člověk nějakou atakku, tak se člověk nedovolá nikoho, to už jsme zjistili.*“ Předchozí tvrzení v rozhovoru zmínila i respondentka č. 3 „*Když na tom byla nejhůře a všude bylo plno, jakože tady v těch psychiatrických léčebnách a říkali mi, no tak čekejte na erzetu, všude máme plno a já všechno obvolávala a nikde ji nevzali.*“ Velmi těžkou situaci zažívala v této době i respondentka č. 9 „*Byli jsme tak zoufalí, vzala jsem si jeden den volno a já obvolala všechno možný po celý republice a nikde mi ji nebyli ochotni přijmout, myslím si, že má moje dcera anorexii, mě nechce nikdo pomoci, ona mi tady umře, takhle mi klesala ta váha, po půl kila týdně minus, takže jeden den týdně jsme chodili k nějaký doktorce do fakultní nemocnice v Praze a tam to klesalo, klesalo až ona napsala doporučení k hospitalizaci.*“ Další zoufalou situací si prošla i respondentka č. 4 „*Ono už to bylo beztak špatný, ono už podle mě měla být dávno hospitalizovaná, kdyby to místo bylo, tak už tam dávno byla, že jo, a oni se na nás vykašlali, to jako najdete si psychiatra a když žádný není v době covidový, volala jsem do léčebny, tam*

mi řekli, že tam neberou, že jo, tak jsme začala všechny obvolávat a z těch třiceti se mi ozvali tři, ale to jsou takoví, ty co nemaj zrovna dobrý recenze, že jo, takže my až co jsme začali jezdit do fakultní nemocnice na dětský příjem a tam nám museli vždycky nějakýho zavolat, že jo, který nám napsal prášky a zase nás poslal domů, tak jsme tam jeli za dva dny znovu, zase nám připsal další prášky a jeli jsme domů a když jsme tam jeli ten týden potřetí, tak už nám domluvili hospitalizaci.“

První podkód snížené dostupnosti zdravotnických služeb je **Hospitalizace**. Z výzkumu vyplynulo, že sedm z deseti dívek bylo hospitalizováno v době Covidu, kdy způsobila pandemie Covid-19 karanténní opatření, což v rozhovoru zmínila i respondentka č. 8 „*Když jsem ji tam vezla podruhé, já jsem si ji na konci září přivezla domů a v říjnu tam zase jela zpátky, protože nejedla, takže to se zavřeli nemocnice, všechno i tady tohle a nemohli jsme tam, takže jsem ji tam poštou posílala strojení. Když byl ten Covid a nesmělo se na návštěvy, tak když nás tam konečně vpustili, tak přišel za náma zřízenec, nikdo teď nehlídá, obejměte se, protože tam byly sestry, který hlídaly, že jsme se nesměli ani dotknout, celou dobu s respirátorem, metr od sebe.“* Tuto smutnou situaci si zažila i respondentka č. 6 „*Z dětského oddělení byla přeložena, po výsledku PCR testů na psychiatrii, kde oni nebyli zaměřeni jenom na tu mentální anorexii a bulimii, ale oni tam měli hlavně holčiny nezvladatelný, takže ona tam ty sestřičky dokázala oblafnout, oni ji nehlídaly u toho jídla, návštěvy byly zakázaný vlastně v té době, my jsme se viděli jenom přes okno zamřížovaný jednou tejdně, ale to už jsem pak věděla, že mi ji vezmou do fakultní nemocnice v Praze.“* Velmi často se stávalo, že byli pacienti propuštěni z důvodu koronavirové infekce, dříve než byli zcela doléčeni. Bylo nutné snížit počet pacientů na oddělení, což v rozhovoru zmínila i respondentka č. 7 „*Byla na tom psychicky líp, samozřejmě nebyla vyléčená, to bylo na ní vidět, fyzicky na tom líp byla, protože ji tam vykrmili na těch 50kilo skoro, takže ten mozeček už fungoval líp, ale cílovou váhu měla mezi 54-55kg, takže měla něco kolem 50kilo s tím, že kdyby se cokoliv dělo, že se tam může vrátit.“* Tuto situaci zažila i respondentka č. 9 „*Dcerku propouštěli, protože tam se rozjel Covid na oddělení, takže ona už byla čtrnáct dní doma a my jsme měli přijet na ukončení, protože tam opravdu byli všichni pozitivní a pak se vyskytl teda Covid u nás v rodině.“*

První podkód hospitalizace jsou **narušené vztahy**. Hospitalizace je psychicky velmi náročná nejenom pro dítě, ale také pro rodiče, už z toho důvodu, že rodiče často bývají dětmi obviňovány, že dítě zavřeli do nemocnice, to v rozhovoru přiznala respondentka č. 6 „*Mně přišlo, že byla hrozně na mě zlá, že mě občas obvinila, že jsem ji zavřela do nemocnice, že to*

mám jednoduchý, že si za ní jenom přijedu, furt se mi snažila jenom říkat, jak je to těžký, já ji říkám dcerko, já to vím, ale musíš se snažit, ale hlavně mi neříkej snaž se, to úplně nesnáším, snaž se, takže já jsem jela vždycky z těch návštěv úplně vyšťavená, ubulená, byla fakt zlá, byla zlá.“ Velmi podobně to prožívala i respondentka č. 9 „Já jsem na ty návštěvy jezdila o víkendech, manžel jezdil i v týdnu, bylo to hrozný, hlavně ten odchod z té návštěvy, když začala brečet a nechtěla se nás pustit a ta mladší dcera, ukrutný pro ni úplně ukrutný. To snad kdyby je zakázali a povolili je jednou za čtrnáct dní, tak by to bylo snad ještě lepší, my jsme si volali každé den přes whatsapp a to bylo taky hrozný, nějaký den se na nás usmívala, nějaký den celý probrečela, jste hnusní, nechci vás už nikdy vidět a po minutě ukončila hovor, jo a oni měli měli jenom hodinu denně a ona nám to po minutě ukončila, že nás nechce v životě vidět, že jsme zrádci, prostě strašný, někdy jsme si krásně hodinu popovídali a někdy to byl po minutě konec, jo, každé den byl jinej.“ Odmítání hospitalizace velmi často naruší vztahy v rodině, jak zmínila respondentka č. 7 „Odvezli jsme ji na dětský, tam stejně moc jíst nechtěla, podváděla, takže ji hrozili sondou do žaludku, protože nechtěla jíst ani tam, tak se rozhodli, že dcera bude takovej horší případ na to uhlídání, takže ji musí převést do fakultní nemocnice v Praze, takže mě dcera v tu chvíli začala jakoby nenávidět, byla psychicky úplně vyšinutá, že jsme ji tam odvezli a pořád jsem přemýšlela, jestli ji odtud neodvezem, protože oni ty anorektičky hrozně slibujou, že všechno zvládnou, že všechno budou jíst a tak dále, což je průběh většiny hospitalizací.“

Čtvrtý kód v kategorii Covid-19 je **distanční výuka**. Ve výzkumu často zaznívalo, že tato online výuka, která byla nastavena v době, kdy pandemie ovlivnila celý svět a vzdělávání se přesunulo do domácího prostředí, tak ne vždy to žáci a rodiče dobře prožívali, tuto skutečnost v rozhovoru uvedla i respondentka č. 3 „No to úplně nevím, jestli distanční výuka byla výhoda, rozhodně ne pro sestru, že jo, jako pro ni to bylo hodně těžký si myslím, já sama jsem řešila rázem dvě holky, protože ono dovedeš si představit být s někým rok, den co den a vidět to, jak se v tom nimrá nebo jak to řeší, tak tě to taky nějakým způsobem ovlivní, jakože chtě nechtě ovlivní, ale dobrý jako.“ Tuto skutečnost také doplnila respondentka č. 5 „Naopak, byla jsem na home office, ale neměla jsem čas ji pozorovat, já jsem byla zavřená, no ale ona taky, protože jako oni tu výuku měli opravdu intenzivní a ta škola to prostě pojala tak, že jako vlastně ona měla, řekla bych, byla vytíženější než, než když byla ve škole, to určitě jo, takže já si myslím, že to jako že to bylo nastartovaný už předtím, možná by se to oddálilo nebo by se to možná by se to tolik neprohloubilo, to asi těžko říct, ale jako určitě to napomohlo k tomu, že se to, že se to jako hodně rozvinulo, to onemocnění.“ Pozitivní náhled na distanční výuku

měla respondentka č. 6 „*Paradoxně ta první vlna nám pomohla, ale paradoxně nám to pomohlo v tom, že měli distanční výuku a ona dodělala prvak, oni ji uznali, nebyla žádná absence, nebyla to taková ta přísná distanční výuka, jak byla potom, že fakt se museli přihlašovat, udělala se docházka, takže ona si doplňovala učivo v nemocnici a paradoxně nám to pomohlo, že ji nechali ten prvak takhle dodělat.*“ Tuto pozitivní myšlenku potvrdila i respondentka č. 10 „*Jinak Covid, já jsem jako učitelka strávila doma, protože jsme učili z domu, tím pádem jsem to měla ne pod kontrolou, ale byla jsem jí blíže a to si myslím, že nám vlastně pomohlo. Takže my jsme tady byly spolu a hodně věcí jsme si plánovaly spolu a ona tím, že neměla vůbec žádné kamarádky, sociální kontakty, tak jsme byly na sebe hodně napojeny, takže si myslím, že ji to pomohlo.*“

Druhý podkód hospitalizace jsou zde zmíněné **zkušenosti se zdravotníky**. Dalším velmi diskutabilním tématem ve výzkumném rozhovoru byli zkušenosti se zdravotníky. Velmi mě coby zdravotníka potěšilo to, že více než polovina respondentek uvedla, že rodiče měli se zdravotníky velmi dobré zkušenosti, což v rozhovoru zaznělo u respondentky č. 2 „*Psychiatra máme v návaznosti na hospitalizaci a tam ty zkušenosti dcera vnímá jinak, protože ona zazlívá, že ji tam vůbec zavřeli. My s nima máme zkušenost jakoby dobrou, nevznikl nikde žádný problém, ani co se týká se středním personálem. Tam problém nikdy nebyl.* Stejně to vnímala i respondentka č. 1 „*Asi já si myslím jako dobrý jo, v pohodě. Jo, nemám žádnou špatnou zkušenost. On ji vlastně předával manžel v nemocnici, protože to já bych to neunesla. Pak zas tam byl manžel, když ji překládali a vlastně on říkal, že tam byli všichni milí, ne nemám, fakt jako nemáme špatný zkušenosti.*“ Tímto pozitivním přístupem zdravotníků přispěla do výzkumného rozhovoru i respondentka č. 4 „*Vždycky jsou všude všichni vstřícní i v té naší nemocnici se ty sestry k ní hezky chovaly, jako nikdy nebyl problém, negativní zážitek jako nemám, no.*“ Vstřícné chování ze strany personálu zažila i respondentka č. 7 „*Asi nejlepší tam byl nebo co se snažil pomoci i dceři byl pan sanitář Bohoušek, hrozně příjemnej, takovej dědeček.*“ Pozitivně nahlížela na zdravotníky i respondentka č. 9 „*Jako zase klobouk dolů, že ty děti naučí jíst, v rámci toho strachu, že jsou v cizím prostředí, stojí nade mnou sestra, dá mi zápis, nechci zápis, takže klobouk dolů, že je přinutili k tomu jídlu, byla tam doktorka, psychiatricka dlouholetá, zkušená a možná přesluhovala, tak jako byla taková tvrdá, mluvila na rovinu, dávala nám rady, co máme zkoušet doma za různých vychytávek.*“ Jedna z respondentek uvedla, že byla z přístupu zdravotníků na rozpacích, zdali je jejich přístup pouze profesionální maskou nebo se jedná o neprofesionální chování, jak přiznala respondentka č. 5 „*V některých případech mám pocit,*

že jsou zdravotníci, kteří pokud pracují na takovémhle oddělení, takže by měli být jako fundovaní a někdy v tom šlapou jako slon v porcelánu, jo. Ale na druhou stranu si říkám, jestli to třeba není i součástí terapie, že prostě ten člověk, jako že ti pacienti nebo ty holky, který se tam léčí, mimochodem jsme zjistili, že to nejsou jenom holky. Tak prostě vždycky tam byl nějaký hoch. Tak prostě, jestli to není součástí terapie, že vlastně musí být vystavený nějakému jako nepříjemnému tlaku z toho okolí, aby byly potom schopný ho v tom svém životě ustát. Já jsem úplně nedokázala odhadnout, jestli je to záměr anebo, jestli je to nevědomost toho zdravotníka, ale že bych měla nějakou vyloženě extrémně negativní zkušenost, to určitě ne.“ Ovšem ne vždy respondentky uváděly pouze pozitivní zkušenosti, jak přiznala respondentka č. 9 „Mám jeden zážitek třeba během té hospitalizace, když mi dcera, takhle oni mají mobil jenom na jednu hodinu večer a ona mi třeba v průběhu dne, poslala fotku zkrvavený nohy svý, do práce, že jo, to je ideální si to prohlížet v pracovní době. Když ji napíšu, co to proboha je, jak to, že máš vůbec v týhle době mobil, tak ona mi odpověděla, začala jsem se sebepoškozovat. Já jí říkám moment a řeší to někdo? Vždyť jsou kamery všude, ne, tak ona mi říká nevím, tak teče mně to nějak, no mokuje. Já ji říkám, vždyť máš mít teď školu, tak jsem tam musela zavolat a říkám, mohli byste ji to nějak oblepit, odezinfikovat nebo doktorce jsem se nemohla dovolat a když jsem se ji dovolala, tak ona mi řekla jo, to já o tom vůbec nevím, to nikdo nezapsal do papíru tady zatím. Já ale říkám, mně dítě posílá do práce fotku, já jsem z toho v šoku, vy tam máte všude kamery. Tak asi si to rozdrápala někde na toaletě, tak tam kamery nejsou. Já jsem musela volat sestřám opakovaně, jestli by ji mohly aspoň ostříhat nehty, aby je neměla ty ostrý, dlouhý nehty, pak mi řekly, vemte si nůžky na návštěvu, tak si ji to ostříhejte.“ Velmi mě překvapila i zkušenost jedné matky, která zakusila velmi neprofesionální a neempatické chování ze strany dětského lékaře, jak přiznala respondentka č. 7 „Pak se dcera doma sesypala, rozplakala, že vlastně neví, co má dělat, jo že nechce jíst, tak jsem jí vzala k naší dětské lékařce, která mě překvapila svojí reakcí, teda hodně nemile, že vlastně na ni spustila, že jako, co si myslí, že děti umíraj na rakovinu a ona teda nejí, takže s nic dělat nebude, a že ji rovnou šoupneme do nemocnice, že ona to řešit nebude, takže to byl takovej zvláštní přístup. Ona paní doktorka je hodná, to jo, ona léčila i mýho syna od narození, ale na tuhle nemoc asi jak už je starší se dívá trošku jinak, tím že o tom nemá ty přesný informace, tak tu dceru odsoudila. Hodně nepříjemnou zkušenost máme když jsme jeli pro papír, protože dcera měla jet na skautskej tábor na čtrnáct dní, tak jsme potřebovali ten papír a paní doktorka ji řekla, no já Ti ho teda napíšu, ale abys tam někde předváděla nějaký sebevražedný pokusy, ty děti malý uvidí krev, to pro ně bude šok, že jo, takže takhle s náma jednala, takže se tam dcera rozplakala v ordinaci a řekla, že to fakt nemá

v úmyslu.“ Negativní zkušenosti ze strany zdravotníků prožila s dcerou i respondentka č. 6 „Já jsem nesnášela psychology, já jsem z nich byla úplně vyřízená, to jsem si říkala, že prostě mě přišlo, že ji nikdo nepomohl a jenom to byly sezení o ničem pořád jsem měla pocit, že musím na všechno dohlížet, aby věděli, jak s ní mluvit, aby nezavředly jenom hloupou větou na něco, co ji hned rozhodí a pak jednou jsem se vlastně dostali do nemocnice na dětský, ona upadla a první, co bylo na příjmu, že ji zvaží, já říkám, vážit se dcera nebude, jejich sanitářka řekla, to se musí zvažít, já říkám ne, já ji prostě odmítám zvažít, my jsme po určitý nemoci a prostě jsme domluvený, že se vážit nebude. To samý bylo u dětský doktorky, kdy ona musela jít na 18letou prohlídku, tak první, co bylo, váha, míra. Já říkám sestři, vážit se nebudeme. Sestra, no ale to my potřebujeme, říkám, ale my jsme takhle domluvený i s paní doktorkou, ona o ní věděla o její diagnóze, že se prostě vážit nebude. Doktorka řekla paní L, my ji ale potřebujeme zvažít, já říkám, ale ona nehubne, já ji prostě vidím. Takže s těma zdravotníkama mi prostě vadí, že nerespektujou, je to blbost, proč by se museli vážit ty lidi, když nejdou na operaci, kde potřebuje váhu anesteziolog, ale jen tak.“ Velmi zajímavé bylo poslouchat rozhovor jedné matky, která svojí slovní výpovědí také přispěla k této tématice, to zmínila respondentka č. 10 „Pokud je to míněno normálně obvodní lékaři, tak ty o tom vůbec nic nevědí, teď vlastně sháníme gynekologa a když řeknu tuhle anamnézu, tak nikdo ji nechce vzít, prostě nikdo s tím nechce mít nic společného, všichni řeknou, že oni to nejsou odborníci a tohle je specifická věc a potom co se týče té nemocnice, tak tam byli všichni neosobní, prostě mně to přišlo jako vojáci nebo prostě neosobní přístup, naprosto. Takže spíš mám jako negativní a potom když jsem to konzultovala se školním psychologem, tak on o tom nic neví a ani není schopný mi někoho doporučit, kdo se tím zabýval. Že oni se to učili na škole jenom okrajově, že s tím nemá zkušenosti, a že vlastně neví, co by mi doporučil, Já mu vlastně pak dala přečíst knihu, Padesát důvodů k uzdravení, kdy každý den napsala jeden důvod, proč se má zdravít, kterou dcera vydala, aby aspoň měl nějaký nástřel, když se tam objeví nějaký dítě, který tímto prochází, tak on mi za to ohromně děkoval, že to je v podstatě to, co on neví.“

3.3 Odpovědi na průzkumné otázky a diskuze

V této části diplomové práce dochází k analýze zjištěných průzkumných otázek z rozhovorů s informacemi z odborné literatury, diplomových a dizertačních prací a výzkumy českých a zahraničních autorů, kteří se zabývali tematikou stravování, moderními technologiemi a pandemií Covid-19 v souvislosti s mentální anorexií.

Průzkumné otázky

1. Jak mentální anorexie ovlivňuje život rodiny v oblasti stravování (plánování, příprava pokrmů, nákupy a způsob stravování)?
2. Jak do situace rodiny zasahují moderní technologie (sociální sítě, diskuzní fóra na internetu, mobilní aplikace zaměřené na stravování a pohybové aktivity)?
3. Jak do situace rodiny zasáhla pandemie Covid-19?

3.3.1 Průzkumná otázka č. 1

Jak mentální anorexie ovlivňuje život rodiny v oblasti stravování (plánování, příprava pokrmů, nákupy a způsob stravování)? Z výzkumu vyplynulo, že oblast stravování je nejvíce zatěžující faktor, který negativně ovlivňuje chod celé rodiny. V oblasti plánování stravy nebyl žádný problém, téměř vždy se v rodině domluvili, které pokrmy se budou připravovat a pokud tomu tak nebylo, rozhodla matka, jak uvedla respondentka č. 2, že to bylo zdrojem hádek. Plánování stravy bývá ovlivněna tím, co rodina ráda jí, problém nastává ve chvíli, kdy je rodina nucena podřizovat plánování stravy podle jednoho člena rodiny, který má omezené chutě nebo vyhraněnou stravu, kterou preferuje. Toto tvrzení je doplněno studií, kdy evropští výzkumní pracovníci popisují role neuropeptidů, ovlivňujících chuť, hlad a pocity sytosti, regulujících energetický metabolismus v kontextu příjmu potravy Papežová (2020, s. 11).

Příprava stravy je další část průzkumné otázky, kdy výzkumu vyplynulo, že téměř všechny dívky s poruchou příjmu potravy preferují vegetariánskou, fitness nebo zdravou stravu, což bývá časově náročné pro matky, když musí připravovat dva druhy zpracování stravy. Velmi často se ve výzkumu objevovalo, že dívky odmítaly, aby jim někdo uvařil, nedůvěra byla tak velká, že pokud si stravu nepřipravily samy, tak to odmítaly jíst. Vegetariánství je způsob stravování, kdy je z jídelníčku vyloučeno maso. Jak zmiňuje Tichý (s. 72) potřeba získání kontroly nad jídlem a možnost zdůvodňovat snížení tělesné hmotnosti vegetariánstvím činí z vegetariánského způsobu života a sebeidentifikace se s ním, výborný úkryt pro jedince s poruchou příjmu potravy.

Z výzkumu vystupuje fakt, že fitness stravu preferují dívky s anorexií, které jsou aktivními sportovkyněmi, což byla třetina dívek, které jsou atletky nebo dělají aerobic na vrcholové úrovni, to znamená, že si stravu obohacují o protein. Dietní strava neboli zdravá strava je latinsky též nazývána orthorexia nervosa. Velmi často bylo ve výzkumu zmíněno, že se rodiny zdravě stravují, to může dítě nevhodně motivovat k tomu, aby se tato strava posunula

do jiné oblasti, než bylo původně myšleno. Jak uvedl Krch (2010, s. 123) z rozumné snahy se snadno stane posedlost, a i když vyhublost a omezený energetický příjem nemusely být primárním cílem, začínají víc a víc ovlivňovat život nemocného. V této souvislosti se někdy mluví o ortorexii. Za zmínku pro čtenáře, kteří se hodně věnují otázce zdraví a přiměřené výživy, však stojí zejména skutečnost, že i zdravý životní styl, zvláště v určitém věku a životní situaci, může vést k závažným problémům. Všeho s mírou platí i v případě biopotravin a odporu vůči konzervačním látkám. Anorexie ale dokáže zabít rozhodně rychleji.

Výzkum prokázal, že nákupy jsou velmi oblíbenou činností dívek s anorexií. Všechny respondentky přiznaly, že dívky nákupy milovaly, sledování štítků s energetickými hodnotami u všech potravin, které jim prošly rukama bylo mnohdy velmi časově náročné. Respondentky přiznaly, že musely nákupy časově i finančně limitovat, protože se stávalo, že se začínaly doma kupit potraviny, což zmínila i respondentka č. 10. Návod, jak postupovat při nákupech zmínil Krch (2010, s. 177) nakupujte jen tehdy, když jste najedené, kupujte, co potřebujete podle seznamu, nekupujte potraviny navíc do rezervy, vyhýbejte se light potravinám a zbytečným mlskům a neberte si na nákup příliš mnoho peněz.

Společné stravování bylo ve výzkumu velmi diskutabilní téma, výstupem toho bylo, že tato oblast výzkumu byla nejvíce psychicky náročná pro všechny členy rodiny. Velmi často se objevoval nátlak ze strany rodičů, aby dítě při jídle spolupracovalo, což téměř vždy vyvolalo nepříjemné konflikty. Britští výzkumníci provedli studii IPA, kde popisují značné emocionální důsledky, které matky zažívají během jídla s dítětem. Podle White et al. (2022, s. 637-648) doby jídla v souvislosti s anorexií jejich dítěte jsou vždy uváděny jako extrémně obtížné zážitky, které různí účastníci popsali jako naprosto hrozné, opravdu stresující, bolestivé a děsivé. Metafory doby jídla jako bojiště a používání bojového jazyka, kterým matky často čelí během procesu jídla. Tyto problémy byly často přítomny v činnostech před jídlem, jako jsou plánování, nakupování a příprava. Není překvapením, že matky uvedly, že nemoc jejich dítěte a související chování s poruchami příjmu potravy byly zdrojem mnoha konfliktů při jídle. Toto chování zahrnovalo odmítání jídla, schovávání nebo vyhazování jídla, plivání jídla do ubrousků, nadměrné kontroly štítku, kontrolní chování ve vztahu k jídlu jiného člena rodiny, pití velkého množství vody, klamání a agrese. Matky často uváděly pocity hněvu a frustrace.

Další oblast, která byla ve výzkumu zmíněna, jsou informace o stravování, kdy matky očekávaly, že fundovaní zdravotníci budou edukovat rodiče o tom, jak mají v domácím prostředí postupovat. Z výzkumu vyplynulo, že minimum respondentek dostaly informace o stravování. Respondentky musely velmi často vyhledat z vlastní iniciativy nutričního terapeuta, ovšem ani to nebyla záruka, že u nich najdou podporu. Jedna třetina matek ve výzkumu uvedla, že nutriční terapeuti jsou zaměřeni na opačný problém, než je anorexie, což je snížení hmotnosti. Ovšem třetina respondentek uvedla, že téměř veškeré snahy leží na iniciativě rodiče, jak přiznaly, zdravotníků je nedostatek, a jak bude vypadat následná dispenzarizace záleží na každém rodiči. Jak uvedla Papežová (2018, s. 170–171) Nutriční terapeut je nelékařskou zdravotnickou profesí a jsou zodpovědní za nutriční stav a edukaci pacientů, mohou však doporučovat a radit zdravým lidem v rámci prevence chorob a dodržování zdravého životního stylu. Při hospitalizaci ve spolupráci s lékařem navrhují dietu, případně nutriční podporu nebo specializované vyšetřovací programy. V domácí péči spolupracují nutriční terapeutky s pacienty více formami, mohou pracovat v nutriční ambulanci společně s lékařem, nebo mají svou ambulanci.

Z výzkumu vyplynulo, že se respondentky upínaly na rodinnou terapii, jako zdroj informací a rozuzlení určitých problémů, které s tímto onemocněním vzešly. Mnohé z nich očekávaly, že kromě vztahových problémů se bude řešit i jejich situace se stravováním, což bývá v rodině nejvíce zatěžující oblast, protože mnohé respondentky zmínily, že se všechno točí kolem stravy. Rodinnou terapii podstoupily téměř všechny respondentky krom dvou, jedna měla dítě stále hospitalizované a druhá respondentka byla v karanténě. Rodinnou terapii by doporučily dvě třetiny respondentek, zbytek uvedlo, že jim to žádné nové poznatky nepřineslo. Podle studie dizertační práce uvedla Tomanová (2011, s. 106) změny a posuny ve většině hodnocených oblastí ukázaly efektivitu tohoto programu. Nejvýraznější pozitivní efekt terapie byl shledán v oblasti symptomů poruchy příjmu potravy a emoční stability, zejména ve smyslu ústupu depresivních symptomů. Byl shledán celkový vliv vícerodinné terapie na rodinnou atmosféru, redukci napětí a úzkosti ve vztahu k budoucnosti. V oblasti kvality života byly nalezeny signifikantní pozitivní změny. Negativní změny, tedy zhoršení, lze pozorovat v oblasti sebepojetí pacientek.

Další oblast, která byla ve výzkumu zmíněna, byly vedlejší aktivity, kde se všechny respondentky shodly, že najíst se v cizím stravovacím zařízení byl problém. Pokud si dívky nepřipravily jídlo doma samy do svých stravovacích boxů, tak se odmítaly najíst.

3.3.2 Průzkumná otázka č. 2

Jak do situace rodiny zasahují moderní technologie (sociální sítě, diskuzní fóra na internetu, mobilní aplikace zaměřené na stravování a pohybové aktivity)?

Sociální síť je komunikační síť na internetu. Z výzkumu bylo patrné, že téměř všechny respondentky využívaly sociální síť, konkrétně Facebook, kde se připojily na svépomocné skupiny za účelem získání cenných rad a doporučení. Dalším poznatkem v oblasti sociální sítě bylo, že třetina respondentek věděla, že jejich dítě nepoužívalo v době akutní fáze anorexie, žádnou sociální síť, kde by získávaly rady. Dvě třetiny respondentek uvedlo, že jejich dítě bylo připojeno na nějakou sociální síť za účelem získat informace nebo předávání si rad, jak zhubnout. Anglická studie komunikační skupiny Havas Worldwide „Hashtag Nation: Marketin to the Selfie Generation“ zpracovaná ve 29 zemích na 10 574 respondentech, publikovaná v létě 2014, potvrzuje, že mezi zásadní složky budování identity adolescentů v nové éře selfie patří: 1. Sociální síť, 2. Pop kultura, 3. Digi-identita. Až 61 % mladých lidí ve věku 18-25 let souhlasí s tvrzením, že sociální média jsou novou silou mládeže. Například prostřednictvím aplikace instagram bylo do léta 2014 publikováno až 145 milionů autoportrétů, Facebook denně sdílí 350 milionů fotografií a přes aplikaci WhatsApp denně sdílí až 50 miliard zpráv. Po zadání výrazu „anorexia“ do vyhledávače google.com se vám za 0,23 vteřin zobrazí ve výsledcích 30 700 000 odkazů (Kollerová, 2015, s. 47).

Dalším výzkumným bodem byl internet. Internet je celosvětový systém, který lidi využívají jako zdroj komunikace a informací. Z výzkumu je patrné, že internet je nejsilnější zdroj informací, který všechny respondentky využívaly. Mnohdy byly odkázány na webové stránky přímo lékařem. Ne vždy byl časový prostor pro sdělení většího množství informací, proto lékaři nabídli odkazy na internetové stránky. Dalším poznatkem tohoto výstupu byl fakt, kdy téměř všechny respondentky přiznaly, že internet je zdrojem informací i pro dívky, které trpí samotnou poruchou, což bylo zmíněno v souvislosti s vyhledáváním různých aplikací nebo videí. Ve svém výzkumu uvedla Pourová (2015, s. 56) existuje mnoho webových stránek, diskuzních fór a internetových deníků, které sdružují lidi s podobnými zájmy, cíli a hodnotami. V případě mentální anorexie je řeč o pro ana blozích, které navštěvují především dívky toužící po zhubnutí. Nízká váha však nemusí být jediným zdánlivým přínosem pro ana komunity pro její členky. Blogy fungují jako prostředí, kde se dívky se společným, velmi extrémním zájmem virtuálně setkávají a řeší podobné problémy. Založit si internetový blog může každý, v nabídce je spousta neplacených domén, zveřejnění blogu je zdarma. Pro pro ana komunitu je typické, že je velmi uzavřená pro okolí, nikoho nenutí ani nepřemlouvá do ní

vstoupit, články, i když jsou veřejné pro všechny, jsou určené především členkám komunity. Naopak, jestliže se někdo rozhodne začít léčit, dívky ji neodsoudí, ale často podpoří a její odchod z komunity respektují.

Respondentky uvedly, že fitness aplikace využívaly dvě třetiny dívek, jako nástroj k tomu, aby mohly cvičit. Mnohdy uvedly, že dívky cvičily podle fitness videí i přesto, že měly pohyb ze zdravotních důvodů zakázaný. Velmi často respondentky přiznaly, že se až později od dívek dozvíдалy, že cvičily potají v době, kdy rodiče nebyli doma. Polovina respondentek přiznala, že pohyb u dívek podporovala proto, aby se v době karantény dostaly do přírody. Dívky ovšem nasadily rychlé tempo, protože si cíleně nastavily limity, při kterých spalují kalorie. Polovina respondentek uvedla, že dívky používaly chytré hodinky, které zaznamenávají počet kroků, tep a čas a dají se spárovat s chytrým telefonem. Jedna z respondentek uvedla, že místo chytrých hodinek pořídila dívce, po dohodě s trenérem, hrudní pá s. Chytré hodinky mohou dívky motivovat k vyšším výkonům, takže mohou mít nepříznivý dopad na zdravotní stav. Studie podle Eikey (2021, s. 176) uvedla, že u fyzické aktivity by se pozornost měla zaměřit méně na vztah cvičení ke kaloriím a více na to, kolik cvičení, jaké typy, schopnost výkonu, radost a jeho vztah k pozitivnímu duševnímu zdraví. Studie ukázaly, že cvičení pro potěšení spíš než vzhled koreluje s nízkou sebeobjektivitou, nízkou nespokojeností s tělem a méně neuspořádaným stravováním. Aplikace by se také měly přizpůsobit osobnímu kontextu a potřebám uživatelů v souvislosti s fyzickou aktivitou a zdravým stravováním a uznat systémové překážky a roli traumatu. Mezi další důležité aspekty zdraví, které nejsou snadno zachyceny v mnoha současných dietních a fitness aplikacích, patří pozitivní obraz těla, dušení zdraví a tělesné fungování.

Posledním výstupem u moderních technologií jsou kalorické tabulky. Z výzkumu bylo zřejmé, jak respondentky potvrdily, že téměř všechny dívky používaly kalorické tabulky nebo jiné aplikace, které by jim ukazovaly kalorickou hodnotu potravin. Některé dívky si samy vyhledávaly nutriční hodnoty a kalorické hodnoty u jednotlivých potravin na internetu. Mnohdy to respondentky zjistily, když si prohlédly dívky mobil. Jedna z respondentek uvedla, že zná tvůrce kalorických tabulek a zmínila, že záměr tvůrce byl jiný, ovšem z dobrého sluhu se stal zlý pán. Respondentky přiznaly, že používáním kalorických tabulek už dívky ani nepotřebovaly při nákupu sledovat štítky s kalorickými hodnotami, protože je znaly nazpaměť. V britské kvalitativní studii podle Eikey (2021, s. 177) účastníci přiznali, že vývoj fixace na čísla, silně poháněné kvantifikací aplikace, zhoršila jejich chování při poruchách příjmu potravy a změnila jejich vztah k jídlu. Po mnohokrát opakovaném použití takových

aplikací mnoho účastníků uvedlo, že již znají obsah kalorií v každém jídle, které už někdy jedli. Ačkoli existují některé funkce v dietních a fitness aplikacích, které se pokoušejí omezit maladaptivní stravovací a cvičební chování, účastníci vysvětlili, že to nefunguje tak, jak bylo zamýšleno.

3.3.3 Průzkumná otázka č. 3

Jak do situace rodiny zasáhla pandemie Covid-19?

Prvním bodem ve výzkumu byla oblast stravování v době pandemie Covid-19. Z výpovědi respondentek bylo patrné, že problémy s doháněním potravin v době Covidu nebyl žádný problém. Zřejmě k tomu přispěl i fakt, že téměř všechny respondentky žijí ve velkoměstě a pokud ne, tak dojíždí za prací do velkého města, kde si potraviny obstarají. V souvislosti s touto otázkou zazněli i odpovědi, že v době, kdy byla karanténa, tak třetina respondentek využívala online nákupy. Jedna respondentka uvedla, že se pro stigmatizaci dívky anorexií, zvolila stěhování do velkoměsta, kde problém s výběrem vyhraněných potravin nebyl. Jedna z respondentek ovšem uvedla, že dcera si dělala zásoby, což mohlo být způsobeno tím, že by mohlo dojít k problémům dohánět tyto potraviny, které ona výhradně preferovala. Britští výzkumníci uvedli podle Maunder a McNicholas (2021), že dostupnost a nejistota související s Covid-19 byly prvotními obavami, které se týkaly lidí s poruchami stravování. Jednotlivci s anorexií se obávají o přístup ke svým „bezpečným potravinám“ a vyvíjejí další tlak na pečovatele, aby tyto potraviny hledali v již holých regálech supermarketů. Média zdůrazňující nedostatek potravin mohla přispět k hromadění jídla a následnému přejídání mezi lidmi s bulimií. Pečovatelé potřebovali chránit své dítě před neustálou přítomností potravin v důsledku domácího vězení a vyrovnat se s dopadem nadměrného vyčerpání potravin pro domácnost, když bylo obtížné nakupovat, aby je nahradily.

Z výzkumu vyplývá, že izolace v období pandemie Covid-19 napáchala velké psychické problémy u velké části populace. Respondentky přiznaly, že v období, kdy probíhala karanténa, tak zaznamenaly u svých dětí velký nárůst depresí, které vyústily v odmítání příjmu potravy, a poté následovala hospitalizace, protože dívky byly v ohrožení života. Téměř polovina respondentek přiznala, že psychické problémy v době karantény zaznamenaly i u sourozenců dívek s anorexií. Jedna respondentka přiznala, že jednu dceru měla hospitalizovanou s poruchou příjmu potravy a druhá dcera měla suicidní úmysly. Jak zmínil Koutek et al. (2021 podle Winkler et al., 2020, s. 1-8) vztahem koronavirové epidemie a duševního zdraví v České republice v celkové populaci zjistili, že prevalence těch, kteří

vykazovali alespoň jednu aktuální duševní poruchu, vzrostla z původních 20,02 % v roce 2017 na 29,63 % v roce 2020 během covidové pandemie. Prevalence jak velké deprese, tak rizika suicidia stoupla na trojnásobek, prevalence úzkostné poruchy se téměř zdvojnásobila. Je nutné připomenout, že duševní stav rodičů má významný vliv na psychické zdraví dětí.

Respondentky uvedly, že dvě třetiny dívek v době karantény začaly nadlimitně cvičit z důvodu, že byly uzavřeny všechny zájmové kroužky a dívky se obávaly, že ztloustnou. To samozřejmě přispělo u mnoha dívek k tomu, že snížený příjem potravy v kombinaci s nadlimitním cvičením způsobil problém, jako je porucha příjmu potravy. Jak uvedla Maunder a McNicholas (2020) nedostatek denní rutiny spolu s dostatečným časem stráveným ve spouštěcím prostředí byl citován jako zvláště stresující pro jedince se symptomy poruchy příjmu potravy během Covid-19. Po zastavení komunitních programů tráví mládež s PPP více času doma v nestrukturovaných podmínkách. V důsledku toho mohou být posíleny kognice a chování při PPP a je vyžadována zvýšená ostražitost pečovatele pro kompenzační chování, jako je nadměrné cvičení nebo samovolně vyvolané zvracení.

V době Covidu byl strach a stres velkým průvodcem u mnoha dívek s PPP, jak zmínily téměř všechny respondentky. Jedna respondentka zmínila, že se dcera obávala infekčního onemocnění, který by mohl mít fatální dopad. Velkým stresorem byl i fakt, že karanténa způsobila sociální izolaci. Respondentky zmínily, že se všude se muselo chodit s rouškou a byla striktní hygienická nařízení, která způsobovala stresové napětí. Třetina rodičů uvedla, že byli doma na home office a stresové situace vyvolávaly hádky. Naopak dvě respondentky přiznaly, že izolace jim otevřela oči a konečně zaregistrovaly, že se u jejich dcer objevil nějaký problém. Graell et al. (2020, s. 28) a stejně tak Rundle et al. (2020, s. 28) dospěli k závěru, že u adolescentů se může též rozvinout strach z infekce, frustrace a nuda z přerušení kontaktu s přáteli a učiteli a chybějící soukromí v domácím prostředí. Yahya a Khawaja 2020, s. 18–22) specificky působí koronavirová pandemie a její důsledky v případě PPP. Kromě uvedeného nespecifického působení ve smyslu zvýšení napětí v rodinách zde často dochází k úplnému rozvratu jídelního režimu, omezení fyzických aktivit, které v mnohých případech vede k obavě z nadváhy a následnému omezení příjmu potravy. Tím v těchto případech došlo k rozvoji mentální anorexie u dívek nebo ke zhoršení stavu u pacientek, které jsou již pro onemocnění léčeny.

Velké stresy zažívaly i všechny respondentky, jak bylo zjištěno z výzkumu. V období Covidu bylo značné omezení zdravotní dostupnosti nejen v ambulantní sféře, ale i možnost umístit

dívku do zdravotnického zařízení. Nárůstem psychických poruch bylo téměř nemožné domluvit si hospitalizaci. Všechny respondentky přiznaly, že dítě bylo přijato na oddělení až v době, kdy byla jeho váha na kritické hodnotě. Jedna respondentka hospitalizaci u dívky odmítla a jejich terapie probíhali v ambulantním provozu. Tuto službu mohli využít proto, že fakultní nemocnice byla nedaleko jejich bydliště. Dvě respondentky přiznaly, že dívky byly předčasně propuštěny bez toho, aby dosáhly cílové váhy, protože se na oddělení vyskytla covidová infekce. Podle Maunder a McNicholas (2020), Graell et al. (2020) a Clark Bryan et al. (2020) během vrcholné fáze Covid-19 byla nucena zavřít některá psychiatrická oddělení pro děti a dospívající, aby byla zajištěna péče o pacienty s Covid-19 (23). Pečovatelé o pacienty s PPP vyjádřili obavy z předčasného propuštění ze služeb a popsali uspěchaný proces přechodu s neadekvátními léčebnými plány.

Výzkum poukázal, že velmi diskutabilní téma bylo zkušenosti se zdravotníky. Osm z deseti respondentek poukázalo na neempatický přístup ze strany zdravotníků. Třetina respondentek sdělilo, že přínos péče psychologa nebyl podle jejich představ a jedna respondentka přiznala, že byla velmi překvapená, když ji školní psycholog sdělil, že nemá vůbec přehled o tom, co poruchy příjmu potravy obnáší. Třetina respondentek přiznala, že přístup praktického lékaře byl velmi neempatický a odměřený a odmítl respondentky v tomto problému podpořit. Pouze dvě respondentky přiznaly, že jim praktický lékař nabídl pomoc. Naopak při hospitalizaci byly dvě třetiny respondentek s přístupem nelékařských zdravotníků spokojených. Problémy respondentky uvedly při předávání informací ze strany lékaře, které se jim zdály jako velmi strohé. Studie podle Van Ommen et al. (2009, s. 20) ke studiu aspektů byl použit přístup založený na teorii ošetrovatelské péče, která přispívá k obnově tělesné hmotnosti podle adolescentů s mentální anorexií. Důvěryhodnost by mohla být vylepšena jejich kontrastem s vnímáním dospívajících, kteří se neuzdravili. Postupný přechod zaměřený na normální život a přebírání odpovědnosti se ukázal jako složitý proces. To vyžadovalo, aby sestry neustále vyhodnocovaly rovnováhu slabé a silné stránky pacienta, stejně u jakékoli poruchy to může zvýšit riziko relapsu. To naznačuje, že ošetrovatelství péče o pacienty trpící mentální anorexií je specializovanou prací, která vyžaduje, aby sestra měla znalosti, aby bylo možné poskytovat náležitou péči této skupině pacientů. Respondentky ve výzkumu zmínily, že v období hospitalizace mělo na jejich rodinné vztahy velmi nepříznivý dopad, protože byly dívkami velmi často osočovány, že je zavřely do nemocnice. Z vyjádření respondentek tam zaznělo vydírání ze strany dívek, aby jim rodiče ukončili hospitalizaci, což bylo velmi psychicky zatěžující pro celou rodinu.

Poslední oblastí, kterou se tento výzkum zabýval je distanční výuka v době Covid-19. Distanční výuka probíhala online, takže téměř všechny respondentky se shodly, že izolace a čas, který dívky trávily online připojením z důvodu výuky, způsobilo, že byly sociálně izolované a téměř pořád připojené na internetu. Jedna respondentka zmínila, že je učitelka a tento čas, kdy pracovala z domu na distanční výuce, pomohl k navázání hlubšího kontaktu se svojí nemocnou dcerou. Jedna respondentka zmínila, že velmi psychicky náročné to bylo pro sourozence, který každý den zažíval trauma z toho, že jeho sourozenec odmítá jíst. Jak zmínili Koutek a Kocourková (2021, s. 117) děti a dospívající jsou ve stávající situaci vytrženi ze svého školního kolektivu, tráví četné hodiny času u počítače při on-line výuce, pracují na zadaných školních úkolech. Nemohou navštěvovat zájmové kroužky, nechodí na sportovní tréninky, jejich fyzická aktivita je nezřídka minimální. Dívky, které předtím pravidelně sportovaly, mohou být znepokojené a mají obavu ze vzestupu hmotnosti. Působí zde celková ztráta obvyklého režimu. Je známo, že když jsou děti mimo školu, zažívají objektivně snížení fyzické aktivity, tráví delší čas na počítači, jejich spánek je nepravidelný. V rámci této změny režimu může dojít i k vzestupu hmotnosti a s tím spojeného strachu z obezity, zejména u dívek, pro něž je postava a hmotnost důležité téma

ZÁVĚR

Výzkum v této práci se zabýval problematikou života rodiny, která prochází těžkým životním obdobím, kdy jejich dítě trpí poruchou příjmu potravy a tou je anorexie. Do této problematiky velmi zasáhla i celosvětová pandemie Covid-19, což nepříznivě ovlivnilo vývoj poruchy příjmu potravy a její následné terapie.

Teoretická část práce byla naplněna přehledným shrnutím problematiky týkající se poruchy příjmu potravy, konkrétně anorexie. Teoretická část zahrnuje přehled poruch příjmu potravy a možnosti její následné terapie. Oblast stravování je rozčleněna tak, aby bylo přehledné pochopit tuto problematiku. Následně je v teoretické části shrnuta oblast, která se týká problematiky sociálních sítí a fitness aplikací. Poslední kapitolou teoretické části je zmíněna pandemie Covid-19, která svým nepříznivým vlivem zasáhla do života rodin dívek s poruchou příjmu potravy.

Prvním výzkumným tématem byla oblast stravování, kde bylo patrné, že plánování stravy nebyl problém, protože se rodina byla schopna domluvit. Problémy nastaly až v době, kdy respondentky pokrm připravovaly, což se dívkám s PPP nelíbilo a ve většině případů, pokud si pokrm nepřipravily samy, tak ho odmítaly sníst, to způsobila obrovská nedůvěra. Velmi často dívky preferovaly svoje vyhraněné stravování, jako je vegetariánská strava, fitness strava nebo dietní strava. Proto byly ve výzkumu dost často zmíněny ústupky ze strany rodičů, že si dívky připravovaly svoje pokrmy samy. Pokud ovšem proběhlo společné stravování, tak nátlak ze strany rodičů, aby dívka něco snědla, většinou otcové naléhali, tak to způsobilo konflikty u jídelního stolu nebo manipulace s jídlem. Mnohdy bylo zmíněno, že společné stravování nemohlo proběhnout, protože sourozenci to velmi špatně psychicky snášely. Tato stresující situace, což je společné stravování, mnohdy dívkám způsobilo úzkosti před jídlem a výčitky po jídle. Pokud si ovšem dívky jídlo odnášely, tak bylo s jídlem manipulováno a někdy se najedl i pes. Odmítání stravování probíhalo i ve školní jídelně, ale to se rodiče dozvídali, až když si dávali souvislosti do spojitosti se stravováním. Nákupy probíhaly ve velmi dlouhých časových intervalech, protože dívky velmi rády nakupovaly. Mnohdy to rodiče stálo velké psychické vypětí, protože dívky sledovaly štítky na každé potravině, kterou si prohlédly. Jedna respondentka přiznala, že to bylo nejenom časově náročné, ale i finančně náročné, proto často ve výzkumu zaznívalo, že rodiče museli dát na nákup časový limit a mnohdy i finanční limit. Vedlejší aktivity, které rodina podnikala, většinou probíhaly tak, že si dívky připravily svoje jídlo do stravovacích boxů, kde měly

pouze svoje „bezpečné potraviny.“ Slovo fast food pro ně bylo absolutně nemyslitelné a rodiče to respektovali, byli rádi, že dítě aspoň něco sní. Jedna respondentka zmínila, že jezdili na výlety jako kempinková rodina, vždy se někde utábořili a jídlo si ohřáli. Jedna respondentka přiznala, že si dívka byla ochotná vybrat z předem uvedeného jídelního lístku, v jedné konkrétní restauraci, což bylo velmi stresující, protože se rodiče báli, aby toto jedno vyvolené menu, nebylo vyprodáno. Tato problematika byla z celého výzkumu nejvíce diskutabilní, protože jak některé respondentky zmínily, tak měly pocit, že se všechno točí jenom kolem jídla. Závěrem této kapitoly byla rodinná terapie, kterou podstoupili téměř všechny rodiny, jedna respondentka navštívila i rodinný workshop. Rodinná terapie se jevila, jako efektivnější v oblasti navázání vztahů v rodině a rozuzlení určitých otázek u témat, které se doma báli otevřít. Přínosné to bylo i pro sourozence, kde si mohli vyříkat trápení, které anorexie s sebou přináší. Málo přínosná byla rodinná terapie v oblasti informací o stravování, jak postupovat po propuštění do domácího prostředí.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, jak moderní technologie zasahují do života rodiny anorektiček. Výzkum potvrdil, že sociální sítě slouží jako zdroj dívkám s anorexií, které zde vyhledávají skupiny a blogy, kde si předávají cenné rady a informace. Velmi často jsou sociální sítě vyhledávány i respondentkami, které se připojily na svépomocné skupiny, kde se radí o svých problémech a potřebují doporučení, jak v tíživých situacích postupovat. Sociální sítě mnohdy působí jako vodítko k poruchám příjmu potravy. Bohužel trendem dnešní doby, jsou na sociálních sítích, různé blogy. V tomto případě to jsou pro ana blogy, kde se dívky utvrzují v tom, že čím méně toho sníš, tím budeš šťastnější a tváře vyhublých dívek demotivují k uzdravení. S připojením k těmto skupinám se dívky respondentkám svěřily až poté, kdy byly v období remise. Internet je další oblast, která je ve výzkumu zmíněna, jako zdroj informací. Na internetu lze nalézt velmi rychlé rady a informace. Všechny matky přiznaly, že internet byl cenný zdroj ve vyhledávání informací o této problematice. Velmi často zde vyhledávaly kontakty a mnohdy byly respondentky lékařem odkázány na webové stránky, kde si měly vyhledat informace, na které mnohdy nebyl časový prostor z důvodu velké pracovní vytíženosti lékaře. Internet je také zdroj vyhledávání různých aplikací, v tomto případě se jedná o fitness aplikace, která velmi ovládá život mladých dívek, které rády cvičí. Dívky, které trpí anorexií, používají internet jako zdroj vyhledávání aplikací, kde nachází různá cvičební videa, která předvádějí nádherná těla fitness trenérek, a velmi často to vede k tomu, že dívky cvičí, aby se přiblížily svému ideálu krásy. Výzkum potvrdil, že polovina dívek měla chytré hodinky, které nabízejí informace o sportovních výkonech a motivují je k vyšším

fyzickým výkonům. Jedna dívka používala hrudní pás, který jí byl doporučený trenérem a umí celkem spolehlivě odhalit únavu, takže se podle toho dá nastavit individuální trénink. Problémem internetu jsou i aplikace, které ukazují nutriční hodnoty potravin a tím jsou kalorické tabulky. Téměř všechny dívky používaly kalorické tabulky do té doby, než se jim hodnoty jednotlivých potravin automaticky zakódovaly do podvědomí. Mnohdy na tuto aplikaci respondentky přišly až v době, kdy byly dívky vážně nemocné, a respondentky si prohlédly jejich mobil. Nakonec respondentky přiznaly, že dívky už kalorické hodnoty u každé potraviny znají nazpaměť. V souvislosti s kalorickými tabulkami bylo zmíněno i vážení potravin. Některé dívky používají váhu ke zvážení každému pokrmu dodnes. Jedna respondentka přiznala, že jí to nesmírně psychicky ubíjelo, jak dívka každý pokrm zváží, vynuluje, přidá další kousek potraviny, zváží a vynuluje.

Třetím výzkumným cílem bylo zmapovat, jak do situace rodiny zasáhla pandemie Covid-19. Výstupem tohoto cíle bylo, že izolace v době karantény, která byla nastavena z důvodu zamezení šíření infekce, byl fakt, že sociální ztráta věkových vrstevníků a narůstající stres z důvodu zavření či omezení zájmových aktivit způsobil, že dívky propadaly hlubokým depresím. Tyto deprese se nevyhýbaly ani sourozencům, proto bylo toto období velmi náročné i pro rodiče, kteří museli řešit problémy i s dalšími dětmi. Narůstající stres byl především proto, že omezení zájmových aktivit, může způsobit nárůst tělesné hmotnosti, což dívky odmítly dopustit, proto začali doma aktivně cvičit a méně jíst. Největší nárůst akutní formy mentální anorexie vzešlo v období Covidu-19, kdy nastalo karanténní opatření. Období pandemie velmi nepříznivě působilo i na rodiče, kteří přiznali, že s novou situací neuměli pracovat a doma tak vznikaly zbytečné dohady. Velmi stresující byl i fakt, že mnoho zdravotnických zařízení mělo omezený provoz nebo měly omezené kapacity, z důvodů zamezení šíření infekce. Respondentky uváděly, že prožívaly naprosté zoufalství, když se nemohli dovolat pomoci a k hospitalizaci jim odmítli dítě přijmout z důvodu přeplněné kapacity. Dalším tématem byly narušené vztahy v rodině v době hospitalizace. Tato situace byla velmi emotivní, protože dívky odmítaly zůstat hospitalizované a velmi často docházelo k psychickému nátlaku, aby jim rodiče podepsaly revers. Další problém zmíněný ve výzkumu byly zkušenosti se zdravotníky, kteří z velké většiny působili jako neempatičtí a málo sdílní. Velký problém byl zaznamenán u dětských praktických lékařů, kteří se odmítali tímto tématem zabývat a raději dali respondentkám odkazy na webové stránky nebo doporučili, aby si respondentky vyhledaly pomoc samy. Posledním zmíněným tématem v tomto výzkumu byla distanční výuka, která způsobila nepříjemný dopad na to, že dívky vedly celý den online

život a výuka byla tak náročná, že jim mnohdy ani nezbyl čas, aby na děti mohli rodiče dohlédnout. Výjimkou byli rodiče, kteří pracovali na home office a měli možnost na dítě více dohlédnout, což zmínila i jedna respondentka, která pracovala jako učitelka.

POUŽITÁ LITERATURA

BARANÍKOVÁ, Zlata a Marie NESRSTOVÁ, 2005. Naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou atypických forem mentální anorexie olanzapinem u dětí a adolescentů. *Psychiatrie pro praxi*. **6**(6), 282-284. ISSN 1213-0508.

BENCKO, Vladimír a Michail TRYFOS, 2015. Psychosomatické poruchy výživy: incidence, rizikové faktory, šance a úskalí prevence. *Hygiena*. **60**(2), 59-62. ISSN 1802-6281

BERGLUND, Mia et al., 2012. Suffering caused by care: patients' experiences from hospital settings. *International journal of qualitative studies on health and well-being* [online]. **77**, 10.3402/qhw.v7i0.18688..Dostupné z: doi:10.3402/qhw.v7i0.18688

CLARK BRYAN, Danielle et al., 2020. Exploring the ways in which COVID-19 and lockdown has affected the lives of adult patients with anorexia nervosa and their carers. *European Eating Disorders Review* [online]. **28**(6), 826–835. ISSN 1099-0968. Dostupné z: doi:[10.1002/erv.2762](https://doi.org/10.1002/erv.2762)

EIKEY, Elizabeth V., 2021. Effects of diet and fitness apps on eating disorder behaviours: qualitative study. *BJPsych Open* [online]. **7**(5) [cit. 2022-03-30]. ISSN 2056-4724. Dostupné z: doi:[10.1192/bjo.2021.1011](https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1011)

FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ, 2013. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2247-7.

GÉRINGOVÁ, Jitka, 2011. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-394-3.

GRAELL, Montserrat et al., 2020. Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: difficulties and future challenges. *European eating disorders review: the Journal of the Eating Disorders Association* [online]. **28**(6), 864–870 [cit. 2022-03-30]. ISSN 1099-0968. Dostupné z: doi:[10.1002/erv.2763](https://doi.org/10.1002/erv.2763)

GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.

HADAŠ, Lubomír, 2007. *Poruchy příjmu potravy: psychosociální přístup rodinné terapie*. Brno. Disertační práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie.

- HENDL, Jan, 2012. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0219-6.
- HERPERTZ-DAHLMANN, Beate et al., 2015. ESCAP expert paper: New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa – a European perspective. *European child and adolescence psychiatry* [online]. **24**(10), 1152-1167 [cit. 2021-04-23]. ISSN 1435-165X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0748-7>
- HURST, Kim, Shelly READ a Andrew WALLIS, 2012. Anorexia nervosa in adolescence and Maudsley family-based treatment. *Journal of counselling and development* [online]. **90**(3), 339-345 [cit. 2020-06-03]. ISSN 1556-6676. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1556-6676.2012.00042.x>
- KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ, 2014. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-793-4.
- KOHOUT, Pavel et al., 2021. *Klinická výživa*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-555-9.
- KOLLEROVÁ, M., 2015. Problematika poruch příjmu potravy v online prostředí – rizika obsahu vytvořeného uživateli. In: *X. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě* [online]. Olomouc, Solen [cit. 2022-03-30], s. 47. Dostupné z: <https://docplayer.cz/1461394-Abstrakta-x-mezinarodni-interdisciplinari-konference-o-poruchach-prijmu-potravy-a-obezite-x-international-eating-disorders-and-obesity-conference.html>
- KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, 2021. Vliv koronavirové epidemie na vývoj a léčbu poruch příjmu potravy v dětském a adolescentním věku. *Psychiatrie pro praxi*. **22**(2), 116-118. ISSN 1213-0508.
- KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK, 2013. Interpretativní fenomenologická analýza. In: ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, s. 9-43. ISBN 978-80-210-6382-2.
- KRCH, František David, 2010. *Mentální anorexie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.
- KURUCOVÁ, Radka, 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5707-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.

LAI, Samantha, 2022. How do we solve social media's eating disorder problém? [online]. Washington, DC: Brookings Institution. Feb 24, 2022 [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: <https://www.brookings.edu/blog/techtank/2022/02/24/how-do-we-solve-social-medias-eating-disorder-problem/>

LEVICKÁ, Katarína, Nadežda KOVALČÍKOVÁ a Lucia KOVÁČOVÁ, 2014. Incidence of eating disorders in family environment in high school adolescents. *Procedia – Social and behavioral sciences* [online]. **132**, 391-397 [cit. 2020-06-03]. ISSN 1877-0428. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.327>

LOCK, James a Daniel LE GRANDE, 2013. *Treatment manual for anorexia nervosa: family-based approach*. 2nd ed. New York: Guilford Press, ISBN 978-1-4625-0676-7.

Marijke et al. (2009)

MATTHEWS, Abigail et al., 2021. Higher admission and rapid readmission rates among medically hospitalized youth with anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa during COVID-19. *Eating Behaviors* [online]. 2021, **43**, 101573. ISSN 1873-7358. Dostupné z: doi:[10.1016/j.eatbeh.2021.101573](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101573)

MAUNDER, Kristen a Fiona MCNICHOLAS, 2021. Exploring carer burden amongst those caring for a child or adolescent with an eating disorder during COVID-19. *Journal of Eating Disorders* [online]. **9**(1), 124. ISSN 2050-2974. Dostupné z: doi:[10.1186/s40337-021-00485-7](https://doi.org/10.1186/s40337-021-00485-7)

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

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

POUROVÁ, V., 2015. Pro ana blogy. In: *X. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě* [online]. Olomouc, Solen [cit. 2022-03-30], s. 56. Dostupné z: <https://docplayer.cz/1461394-Abstrakta-x-mezinarodni-interdisciplinari-konference-o-poruchach-prijmu-potravy-a-obezite-x-international-eating-disorders-and-obesity-conference.html>

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2022. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3411-3.

RUNDLE, Andrew G. et al., 2020. Covid-19-related school closings and risk of weight gain among children. *Obesity* [online]. **28**(6), 1008–1009 [cit. 2022-03-30]. ISSN 1930-739X. Dostupné z: doi:[10.1002/oby.22813](https://doi.org/10.1002/oby.22813)

SHARMA, Sangita, 2018. *Klinická výživa a dietologie: v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0228-0.

ŠIMŮNKOVÁ, Hana a Kateřina BARTOVÁ, 2011. Práce specializované sestry na lůžkovém oddělení pro poruchy příjmu potravy. *Florence*. **7**(2), 10-11. ISSN 1801-464X.

TAYLOR, Michael J. et al., 2021. The severity of COVID-19 infection in patients with anorexia nervosa: an observational study. *The Lancet* [online]. **398**, *Public Health Science* 2021, S90 [cit. 2022-03-08]. ISSN 0140-6736. Dostupné z: doi:[10.1016/S0140-6736\(21\)02633-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02633-7)

TICHÝ, Tomáš, 2016. *Motivace k vegetariánství a její souvislost s poruchami příjmu potravy*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta

TOMANOVÁ, Jana, 2011. Vícerodinná terapie v léčbě poruch příjmu potravy: zavedení do praxe v České republice a pilotní ověření účinnosti [online]. Praha [cit. 2022-03-05]. Dizertační práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/35214/IPTX_2008_2__0_103456_0_69747.pdf?sequence=1

TOMANOVÁ, Jana, 2018. Rodinná a vícerodinná terapie a poradenství. In: PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, s. 414–426. ISBN 978-80-204-4904-7.

ULRICHOVÁ, Michaela, Jiří RADVANSKÝ a Jiří KOUTEK, 2020. Tělesné složení u pacientek s mentální anorexií. *Pediatric pro praxi*. **21**(6), 405-408. ISSN 1213-0494.

VAN OMMEN, Joyce et al., 2009. Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2009, **18**(20), 2801–2808 [cit. 2022-03-04]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: doi:[10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x)

VÉVODOVÁ, Šárka, 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-4770-4.

WHITE, Hannah, J. et al., 2022. Disturbance at the dinner table: exploring mothers' experiences of mealtimes when caring for their son or daughter with anorexia nervosa. *Journal of Health Psychology* [online]. **27**(3), 637–648 [cit. 2022-04-12]. ISSN 1359-1053. Dostupné z: doi:[10.1177/1359105320904756](https://doi.org/10.1177/1359105320904756)

YAHYA, Ahmed Saeed a Shakil KHAWAJA, 2020. The course of eating disorders during COVID-19. *The primary care companion for CNS disorders* [online]. 2020, **22**(3), 20com02657 [cit. 2022-03-30]. ISSN 2155-7780. Dostupné z: doi:[10.4088/PCC.20com02657](https://doi.org/10.4088/PCC.20com02657)

ZEILER, Michael et al., 2021. Impact of COVID-19 confinement on adolescent patients with anorexia nervosa: a qualitative interview study involving adolescents and parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **18**(8), 4251. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:[10.3390/ijerph18084251](https://doi.org/10.3390/ijerph18084251)

PŘÍLOHY

Příloha A – Informovaný souhlas s rozhovorem

PŘÍLOHA A – Informovaný souhlas s rozhovorem

Informovaný souhlas s rozhovorem pro účely diplomové práce *Život rodiny pacienta s mentální anorexií*

Byla jsem seznámena s cílem výzkumu v magisterské práci Bc. Terezie Bernardové *Život rodiny pacienta s mentální anorexií*, kterým je identifikace problémů ovlivňujících život rodiny pacienta s mentální anorexií s důrazem na oblast stravování a s pandemií COVID-19.

Rozhovor je anonymní. Moje účast na rozhovoru je dobrovolná. Kdykoli během rozhovoru můžu odmítnout odpovědět na otázky, případně odvolat souhlas s rozhovorem.

Rozhovor bude nahráván a následně přepsán. Přepis rozhovoru bude důvěrný a veškeré mé údaje v diplomové práci *Život rodiny pacienta s mentální anorexií* anonymizovány.

Se všemi těmito podmínkami dobrovolně souhlasím.

Datum:

Jméno a příjmení výzkumníka: Bc. Terezie Bernardová

Jméno a příjmení respondenta:

Podpis výzkumníka:

Podpis respondenta: