

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Gabriela Kosjuková

**Facilitátory a bariéry v zahájení léčby poruch příjmu  
potravy z pohledu pacientek a jejich matek**

**Facilitators and barriers in treatment initiation of eating  
disorders from the perspective of patients and their mothers**

Studijní program: *Psychologie*

Praha 2023


Vedoucí práce: *prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.*

Konzultantka: *doc. Mgr. Kateřina Zábrodská, Ph.D.*

## **Prohlášení**

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla předložena jako splnění studijních povinností v rámci jiného studia nebo předložena k obhajobě v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 4. 4. 2023*

  
.....  
Bc. Gabriela Kosjuková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych velice ráda poděkovala paní profesorce Papežové za to, že ve mně vzbudila zájem o výzkum poruch příjmu potravy a za její odborné a laskavé vedení. Velké poděkování patří paní docentce Zábrodské za její nadšení a čas, který věnovala konzultování mé práce. Velice děkuji také všem respondentkám za ochotu a otevřenost v rozhovorech. Nejen, že by bez nich práce nemohla vzniknout, ale jejich příběhy se mě také lidsky dotkly. V neposlední řadě děkuji za neustálou podporu své rodině a příteli.

## **Abstrakt**

Diplomová práce se zabývá procesem hledání a zahájení léčby poruch příjmu potravy. Jejím cílem je zjistit, jaké facilitátory a bariéry reflektují pacientky s poruchou příjmu potravy a jejich matky v procesu zahájení léčby. Teoretická část práce představuje vybrané aspekty problematiky poruch příjmu potravy, systém léčby, známá zjištění v oblasti hledání a zahájení léčby, a nakonec shrnuje dosavadní výzkum. Empirická část práce popisuje realizovaný kvalitativní výzkum, který proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů s pěti pacientkami a jejich matkami. Výstupem je schematické znázornění cesty k léčbě s časovými údaji a chronologickým uspořádáním důležitých faktorů. Tematická analýza identifikovala na straně obou skupin respondentek množství facilitátorů a bariér. Zásadními bariérami dle pacientek bylo popírání onemocnění, nedostatek motivace, negativní nastavení k léčbě a komorbidní onemocnění. Mezi facilitátory naopak řadily negativní aspekty onemocnění, vliv blízkých, pozitivní zkušenost s odborníky a povědomí. Matky na straně bariér reflektovaly nerozpoznání onemocnění, odpor dcery, negativní zkušenost se zdravotnictvím a komorbidní onemocnění. Facilitační efekt měla jejich vlastní péče, spolupráce dcery, pozitivní zkušenost s odborníky a vliv sociálního okolí. Tento výzkum představuje jeden z důležitých prvních kroků pro pochopení zkušenosti pacientek a pacientů a jejich rodičů v českém prostředí, výstupy mohou podnítit cílenější snahu o minimalizaci bariér a podporu facilitátorů zahájení léčby.

## **Klíčová slova**

poruchy příjmu potravy; hledání léčby; zahájení léčby; facilitátory; bariéry

## **Abstract**

This master's thesis deals with the process of seeking and initiating treatment for eating disorders. The aim is to explore the facilitators and barriers reflected by patients and their mothers in the process of initiating treatment. The theoretical part presents selected aspects of eating disorders, the treatment system, previous findings in the area of treatment seeking and initiation, and finally summarizes the research to date. The empirical part of the thesis describes the qualitative research conducted in the form of semi-structured interviews with five patients and their mothers. The output is a schematic representation of the treatment pathway with time data and a chronological ordering of important factors. Thematic analysis identified a number of barriers and facilitators on the part of both groups of respondents. The major barriers according to the patients were denial of the disease, lack of motivation, negative attitudes towards treatment and comorbid illness. In contrast, facilitators included negative aspects of the disease, influence of loved ones, positive experience with professionals and awareness. Mothers on the barrier side reflected non-recognition of the disease, daughter's resistance, negative experience with health care and comorbid disease. Their own care, daughter's cooperation, positive experience with professionals and the influence of social environment had facilitating effect. This research represents one of the first important steps in understanding the experience of patients and their parents in the Czech setting; the outcomes may prompt more targeted efforts to minimize barriers and support facilitators of treatment initiation.

## **Keywords**

Eating disorders; Treatment seeking; Treatment initiation; Facilitators; Barriers

# Obsah

Úvod.....	8
<b>Teoretická část.....</b>	<b>10</b>
<b>1 Vybrané aspekty poruch příjmu potravy.....</b>	<b>10</b>
1.1 Jednotlivé diagnózy.....	10
1.2 Epidemiologie .....	14
1.3 Rizikové faktory vzniku onemocnění .....	17
1.4 Rodinný systém a poruchy příjmu potravy .....	18
<b>2 Léčba poruch příjmu potravy .....</b>	<b>20</b>
2.1 Motivace ke změně u pacientek a pacientů.....	20
2.2 Vývoj onemocnění v kontextu léčby.....	21
2.3 Systém léčby .....	22
2.4 Systém péče a zařízení v České republice.....	25
2.5 Uzdravení .....	27
<b>3 Proces hledání a zahájení léčby poruch příjmu potravy .....</b>	<b>29</b>
3.1 Charakteristiky hledání léčby.....	29
3.2 První kontakt .....	30
3.3 Bariéry a facilitátory.....	32
<b>4 Zhodnocení dosavadního výzkumu.....</b>	<b>36</b>
<b>Empirická část.....</b>	<b>37</b>
<b>5 Výzkumný cíl a výzkumné otázky.....</b>	<b>37</b>
<b>6 Metodologie výzkumu .....</b>	<b>38</b>
6.2 Sběr dat.....	38
6.3 Výzkumný soubor .....	39
6.4 Etika výzkumu.....	42
<b>7 Ukázka analýzy dat .....</b>	<b>44</b>
<b>8 Výsledky analýzy .....</b>	<b>46</b>
8.1 Proces hledání a zahájení léčby.....	46
8.2 Bariéry hledání a zahájení léčby .....	49
8.3 Facilitátory hledání a zahájení léčby.....	58
8.4 Shrnutí výzkumných zjištění.....	67
<b>9 Diskuse.....</b>	<b>69</b>
9.1 Reflexe výzkumných zjištění ve vztahu k dosavadní publikované literatuře .....	69
9.2 Limity výzkumu a implikace pro výzkum budoucí .....	72
9.3 Přínos výzkumu a jeho praktické využití .....	74

<b>Závěr</b> .....	<b>76</b>
<b>Reference</b> .....	<b>78</b>
<b>Seznam tabulek</b> .....	<b>87</b>
<b>Seznam obrázků</b> .....	<b>88</b>
<b>Seznam grafů</b> .....	<b>89</b>
<b>Seznam příloh</b> .....	<b>90</b>
Příloha 1: Informovaný souhlas.....	I
Příloha 2: Souhlas se zpracováním osobních údajů .....	IV
Příloha 3: Znění rozhovoru .....	VI
Příloha 4: Náborový letáček .....	X
Příloha 5: Kontakty na krizové linky.....	XI
Příloha 6: Tabulky s tématy a kategoriemi.....	XII
Příloha 7: Poster .....	XIII

## Seznam zkratk

BMI	Index tělesné hmotnosti
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	Porucha příjmu potravy
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR



## Úvod

Porucha příjmu potravy (dále jen PPP) představuje závažnou psychiatrickou diagnózu ovlivňující psychické i fyzické zdraví jedince. Narůstající výskyt PPP v populaci je proto palčivým a velice aktuálním problémem (Galmiche et al., 2019; Papežová, 2018). Onemocnění navíc významným způsobem otřásá celým rodinným systémem a blízcí pacientek a pacientů hrají velkou roli v procesu hledání a zahájení léčby (Coelho et al., 2021; Fletcher et al., 2021; Gustafsson et al., 2021; Volpe et al., 2019). I přesto jim však ve výzkumech není věnován dostatečný prostor – perspektiva rodičů pacientek a pacientů nám tak, zejména v českém prostředí, uniká. Včasné zahájení léčby PPP je v mnoha případech zásadní a odvíjí se od něj také efektivita léčby, která je tím vyšší, čím dříve je zahájena (Treasure et al., 2015). Mnoho pacientek a pacientů se však k léčbě dostává až po delší době, než je vhodné. Je proto třeba zmapovat proces zahájení léčby a zjistit, jaké aspekty v něm zasažení jedinci vnímají jako důležité, jelikož výzkumy tohoto typu v českém prostředí chybí. Cílem této práce je tedy zjistit, jaké facilitátory a bariéry reflektují pacientky s PPP a jejich matky v procesu zahájení léčby. A to skrze pochopení zkušenosti respondentek, popis procesu zahájení léčby a identifikaci důležitých témat v něm.

Teoretická část této práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol a pokrývá nejdůležitější koncepty onemocnění PPP a procesu zahájení léčby, prostor je věnován také nastínění role rodinného systému. První kapitola představuje vybrané aspekty PPP. Podkapitoly obsahují jejich klasifikaci dle diagnostických manuálů dominujících současné klinické praxi, shrnutí momentální epidemiologické situace, představení poznatků týkajících se rizikových faktorů vzniku onemocnění, a také dopad onemocnění na rodinný systém. Druhá kapitola přináší téma léčby PPP. Podkapitoly tvoří pojednání o motivaci k léčbě, popis vývoje onemocnění v kontextu léčby, shrnutí základních principů a léčebných programů, zmapování systému péče v České republice a prostor je věnován také vnímání uzdravení. Třetí kapitola shrnuje dosavadní poznatky z oblasti procesu hledání a zahájení léčby PPP. Podkapitoly jsou věnovány popisu charakteristik hledání léčby, prvnímu kontaktu a v neposlední řadě dosavadnímu zahraničnímu výzkumu bariér a facilitátorů zahájení léčby. Teoretickou část uzavírá kapitola, která shrnuje a hodnotí dosavadní výzkum.

Empirická část diplomové práce je věnována kvalitativnímu výzkumu procesu zahájení léčby z pohledu pacientek a jejich matek. Jsou zde představena metodologická východiska, v tomto případě princip tematické analýzy a popis sběru dat ve formě rozhovorů s pacientkami a jejich matkami. Následuje prezentace výsledků analýzy a jejich vyústění ve výzkumná zjištění. Empirickou část uzavírá diskuse porovnávací závěry výzkumu

s ostatními studiemi, reagující na limity a navrhuující praktické implikace a další možnosti bádání.

Jelikož je tematika PPP předmětem dlouholetého intenzivního výzkumu, vychází tato práce zejména z recentních výzkumných studií, reviews a metaanalýz. Většinu zdrojů tvoří zahraniční publikace. V práci je citováno dle normy APA 7 (American Psychological Association, 2020).

# Teoretická část

## 1 Vybrané aspekty poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) se řadí mezi závažná psychiatrická onemocnění, která jsou charakteristická narušením normálního jídelního chování. To nelze primárně vysvětlit jiným zdravotním stavem a prokazatelně vede ke zhoršování fyzického zdraví a psychosociálního fungování (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organisation, 2019). Patologické jídelní chování je vnímáno jako kontinuum obsahující další symptomy, které jsou diagnostickými manuály klastrovány do diagnostických kritérií jednotlivých PPP. Spadá tam tak celé spektrum od nejzávažnějších onemocnění jako je mentální anorexie a bulimie, přes picu, až například k psychogennímu přejídání a zvracení (Papežová, 2018). Jedná se velmi často o komplexní případy spojené s dalšími klinickými obtížemi (Dalle Grave et al., 2021).

Tato kapitola představuje základní diagnózy vyskytující se v současné klinické praxi – mentální anorexii, mentální bulimii, atypické formy, přejídání a zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami a jiné PPP. Dále pojednává o hlavních epidemiologických ukazatelích, tj. recentních studiích v oblasti prevalence, incidence a komorbidit. Následně jsou shrnuty rizikové faktory vzniku PPP i s ohledem na specifika jednotlivých diagnóz. Na závěr přibližuje významnost vlivu PPP na rodinný systém.

### 1.1 Jednotlivé diagnózy

Následující kapitoly představují jednotlivé diagnózy primárně z pohledu diagnostických manuálů Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN) a Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (dále jen DSM), jelikož se celosvětově jedná o pilíře klinické práce. Pro diagnostiku je zásadní spolupráce a upřímnost ze strany pacientky či pacienta, jelikož tajemí symptomů diagnostiku i následnou léčbu komplikuje (Papežová, 2018).

V evropské klinické praxi je v současnosti pro diagnostiku nejvíce využívána MKN v desáté revizi (MKN-10). PPP jsou zařazeny pod Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-59). Nová verze této klasifikace, MKN-11, jejíž česká implementace je plánována na rok 2023 toto dělení upravuje a řadí PPP pod Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy (06) (ÚZIS ČR, 2022). V Americe dominuje podrobnější a popisnější Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch v páté revizi (DSM-V), oba manuály se však navzájem doplňují a dohromady poskytují čtenáři

komplexnější vhléd (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organisation, 2019).

### 1.1.1 Mentální anorexie

Diagnostický termín mentální anorexie doslova znamená „neurotickou ztrátu chuti k jídlu“ (Moskowitz & Weiselberg, 2017, s. 70). Lze ji definovat jako „hluboce matoucí nemoc, která ničí tělo i mysl“ (Bulik et al., 2005, s. 52) nebo jako „závažné a komplexní psychiatrické onemocnění, které se projevuje jak psychicky, tak fyzicky“ (Broomfield et al., 2017, s. 612).

Diagnostické manuály popisují mentální anorexii jako duševní onemocnění vyznačující se záměrným a stupňujícím se snižováním tělesné hmotnosti, o které pacientky a pacienti sami usilují a v průběhu času ho udržují. Mezi příznaky se řadí omezování výběru jídla, následné vyvolávání zvracení či průjmů (např. za užití anorektik a diuretik) a nadměrná fyzická aktivita. K psychopatologii onemocnění patří vtíravé a ovládací myšlenky týkající se strachu z tloustnutí a ochablosti těla, ty pacientky a pacienti dále podněcují k aktivitě. Myšlenky přetrvávají i v situaci extrémně nízké hmotnosti, jejíž závažnost si pacientky a pacienti nepřipouští. Způsob vnímání vlastního těla a jeho tvaru je narušen, což má vliv i na sebehodnocení. Obvyklá je tedy podvýživa různé závažnosti, na kterou nasedají sekundární metabolické a endokrinní změny a další poruchy tělesných funkcí. Poruchou nejčastěji trpí adolescentní dívky a mladé ženy, nevyhýbá se však ani adolescentním chlapcům, mladým mužům, dětem či starším ženám až po období menopauzy (American Psychiatric Association, 2013; Papežová, 2018; ÚZIS ČR, 2022).

Mentální anorexii lze dle DSM-V rozdělit na dva typy – purgativní a restriktivní. U purgativní anorexie zaznamenáváme v uplynulých třech měsících opakované epizody záchvatovitého přejídání a následného vypuzování potravy (např. za pomoci vyvolávání zvracení, užívání projímadel a diuretik). U restriktivní anorexie se tyto epizody v uplynulých třech měsících nevyskytují a hubnutí dosahují pacientky a pacienti primárně dietami či hladověním a nadměrným cvičením. Závažnost onemocnění je posuzována u dospělých na základě hodnoty aktuálního indexu tělesné hmotnosti (dále jen BMI) a u dětí a dospívajících na základě jeho percentilu. Dále DSM-V nabízí klasifikaci dle následujících stupňů závažnosti, ty však mohou být v praxi zvýšeny v případě potřeby přesnějšího zohlednění klinických příznaků, funkčního postižení a nutnosti dohledu:

- Mírná:  $\geq$  BMI 17 kg/m<sup>2</sup>
- Průměrná: BMI 16 – 16,99 kg/m<sup>2</sup>
- Závažná: BMI 15 – 15,99 kg/m<sup>2</sup>

- Extrémní: BMI < 15 kg/m<sup>2</sup> (American Psychiatric Association, 2013)

### 1.1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie má mnoho shodných rysů s mentální anorexií, a to zejména v oblasti psychopatologie. Je přítomna zvýšená pozornost věnovaná hmotnosti a tvaru vlastního těla, jeho zkreslené vnímání a chorobný strach z tloustnutí. Nastupuje obvykle později a často se vyvine právě ze subklinické formy anorexie. Typické jsou však opakované záchvaty přejídání, jelikož se pacientky a pacienti jídlem neustále zabývají a zažívají neodolatelnou touhu jíst, což vede k nekontrolovatelné a neovladatelné konzumaci nadměrného množství potravy za krátkou časovou jednotku. Po těchto záchvatech následuje snaha kalorický účinek jídla potlačit pomocí vypuzení potravy, nejčastěji zvracením či užíváním projímadel. Objevují se také snahy hladovět a excesivně cvičit. Při opakovaném zvracení hrozí narušení elektrolytové rovnováhy a další tělesné komplikace (American Psychiatric Association, 2013; Morris, 2018; Papežová, 2018; ÚZIS ČR, 2022).

Závažnost onemocnění je dle DSM-V posuzována na základě frekvence epizod nevhodných kompenzačních mechanismů za týden. Stejně jako u mentální anorexie však mohou být následující stupně závažnosti v praxi zvýšeny v případě potřeby přesnějšího zohlednění klinických příznaků a funkčního postižení:

- Mírná: průměrně 1-3 epizody za týden
- Průměrná: průměrně 4-7 epizod za týden
- Kritická: průměrně 8-13 epizod za týden
- Extrémní: průměrně 14 a více epizod za týden (American Psychiatric Association, 2013)

### 1.1.3 Atypická mentální anorexie, Atypická mentální bulimie

K diagnózám atypických forem mentální anorexie a bulimie se lze přiklonit ve chvíli, kdy pacientky a pacienti splňují jen některá kritéria těchto onemocnění anebo je část z nich naplněna v menší míře (ÚZIS ČR, 2022). Tělesné a psychologické následky jsou však přítomny tak jako u typických forem, terapie tedy probíhá stejným způsobem. Pacientky a pacienti s podvýživou dostávají péči jako ti s mentální anorexií, pacientky a pacienti s purgativními mechanismy péči jako ti s mentální bulimií (Papežová, 2018). Je důležité zmínit, že atypické formy těchto onemocnění nelze automaticky vnímat jako méně závažné (Moskowitz & Weiselberg, 2017).

V DSM-V jsou atypické formy mentální anorexie a mentální bulimie vedeny pod oddílem se zkratkou OSFED (Other Specified Feeding or Eating Disorder). Příznaky typické pro daná

onemocnění sice převažují a způsobují pacientkám a pacientům obtíže v každodenním fungování, nenaplnují však zcela kritéria pro přiřazení diagnózy (American Psychiatric Association, 2013).

#### **1.1.4 Přejídání spojené s psychologickými poruchami, Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami**

Přejídání spojené s psychologickými poruchami nebo také psychogenní přejídání, je způsobeno stresovými událostmi (jako např. nehoda, úmrtí blízkého, narození dítěte) a dle MKN-10 často vede k obezitě. Typické je neustálé zabývání se jídlem, touha po něm a opakovaná konzumace neúměrně velkého množství potravy za krátkou časovou jednotku. A to i ve chvíli, kdy pacientky a pacienti nepocítují fyzický hlad. Epizoda se obvykle odehrává o samotě a je při ní typický nedostatek sebekontroly, tj. neschopnost konzumaci omezit nebo ukončit. To vede k velmi nepříjemným pocitům přeplnění až bolesti. Přítomny jsou pocity viny, znechucení a chorobného strachu z tloušťky. Pacientky a pacienti se snaží o premorbidní váhu, avšak bez purgativní symptomatiky jako například u mentální bulimie. Záchvaty přejídání zřejmě souvisí s nevhodným zpracováváním stresových událostí a situací (American Psychiatric Association, 2013; Papežová, 2018; ÚZIS ČR, 2022).

Závažnost onemocnění je posuzována v DSM-V na základě frekvence epizod přejídání za týden. I zde však mohou být následující stupně závažnosti v praxi zvýšeny v případě potřeby přesnějšího zohlednění klinických příznaků a funkčního postižení:

- Mírné: 1-3 epizody za týden
- Střední: 4-7 epizod za týden
- Závažné: 8-13 epizod za týden
- Velmi závažné: 14 a více epizod za týden (American Psychiatric Association, 2013)

MKN-10 navíc klasifikuje jako samostatnou jednotku PPP také Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami. Jedná se o opakované zvracení vyskytující se například u hypochondrických a disociativních poruch (ÚZIS ČR, 2022).

#### **1.1.5 Jiné poruchy příjmu potravy**

Do skupiny PPP patří i další, méně obvyklé jednotky jako Pica (trvalé požívání nevyživných a nevhodných látek), Psychogenní ztráta chuti k jídlu, Porucha přežvykování (opakované vracení nestrávené potravy zpět do úst a manipulace s ní) nebo syndrom nočního přejídání (American Psychiatric Association, 2013; Papežová, 2018; ÚZIS ČR, 2022).

Mezi méně známé PPP, které však v klinické praxi mají své místo, patří například Orthorexie a Adisonův syndrom (Biogrexie). Orthorexie se často vyskytuje v začátku mentální anorexie či mentální bulimie a vyznačuje se patologickým lpěním na zdravé a biologicky čisté stravě, výběr i její množství je pak postupně omezováno (Bratman, 2017; Papežová, 2018). Adonisův syndrom (Bigorexie) je k nalezení v klasifikaci DSM-V, je typický pro muže a projevuje se zkresleným vnímáním vlastního těla, nespokojeností a touhou dosáhnout velmi svalnaté tělesné konstituce. Objevují se abnormální jídelní návyky spojené s užíváním steroidních hormonů a excesivní cvičení (Mosley, 2009; Papežová, 2018).

## 1.2 Epidemiologie

Diagnóza PPP představuje pro jedince významnou zátěž a v mnoha případech (např. zejména mentální anorexie) také život ohrožující stav. Obzvlášť znepokojující je narůstající výskyt PPP v populaci a to, že mnoho pacientek a pacientů zůstává nerozpoznaných a bez motivace k vyhledání léčby (Galmiche et al., 2019; Papežová, 2018).

Epidemiologická data poskytují údaje o prevalenci (podíl osob zasažených onemocněním v určitém období a lokalitě), incidenci (poměr nově vzniklých onemocnění v určitém období k celkovému počtu osob v populaci) a mortalitě. Bohužel se údaje o prevalenci a incidenci PPP vzhledem k odlišnosti měnicích se diagnostických kritérií, populací a kultur různí, proto je při interpretaci dat důležitá opatrnost. Shoda však panuje ve zjištění, že se jedná o neustupující problém, který se vyskytuje u širokého spektra věkových skupin, pohlaví, socioekonomických vrstev, ras a národností (Morris, 2018; Papežová, 2018).

### 1.2.1 Prevalence

Rozsáhlé údaje o prevalenci PPP přinesl recentní systematický přehled Galmiche et al. (2019) zahrnující 121 studií, které dohromady mapují období od roku 2000 do roku 2018. Vážený průměr celoživotní prevalence onemocnění ve výzkumech reflektujících diagnostický manuál DSM-IV a DSM-V byl u žen 8,4 % a u mužů 2,2 %. Roční prevalence ukázala u žen 2,2% a u mužů 0,7% podíl PPP. Bodová prevalence byla 5,7 % u žen a 2,2 % u mužů. Autoři se zaměřili také na mapování vlivu věku a kontinentu. Podíl onemocnění byl vyšší u dospělých (8,8 %) oproti adolescentům (5,7 %), ne všechny studie však věkové skupiny rozlišovaly. Nejvíce osob dle těchto dat trpí PPP v Americe (4,6 %), následuje Asie a Evropa (3,5 %). Celkově podíl onemocnění v populaci narůstá – v letech 2000-2006 byla bodová prevalence 3,5 %, v letech 2007-2012 4,9 % a v letech 2013-2018 již 7,8 %. Prevalence konkrétních diagnóz prezentuje Tabulka 1.

Přímo na Evropu se zaměřila práce Keski-Rakhonen a Mustelin (2016) slučující studie publikované v letech 2015 až 2016. Uvádí celoživotní prevalenci těchto onemocnění 2-3 % u žen a 0,3-0,7 % u mužů. Mentální anorexií a psychogenním přejídáním trpělo 1-4 % žen, mentální bulimií pak 1-2 % žen.

### Tabulka 1

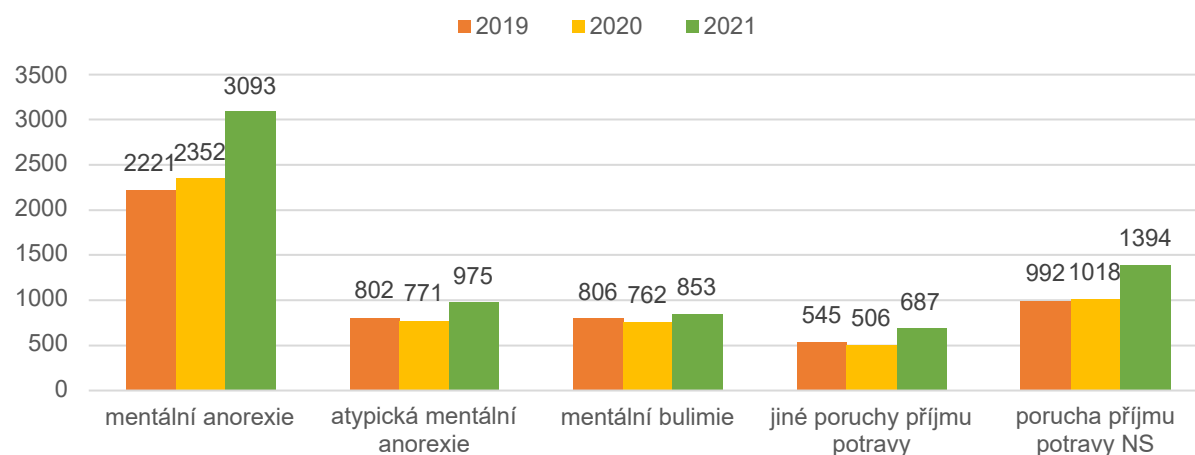
*Vážený průměr prevalence jednotlivých diagnóz dle Galmiche et al. (2019)*

	Celoživotní prevalence	Roční prevalence	Bodová prevalence
<b>Mentální anorexie</b>	ženy: 1,4 % muži: 0,2 %	ženy: 0,05 % muži: 0,1 %	ženy: 2,8 % muži: 0,3 %
<b>Mentální bulimie</b>	ženy: 1,9 % muži: 0,6 %	ženy: 0,7 % muži: 0,4 %	ženy: 1,5 % muži: 0,1 %
<b>Psychogenní přejídání</b>	ženy: 2,8 % muži: 1 %	ženy: 1,4 % muži: 0,6 %	ženy: 2,3 % muži: 0,3 %
<b>Jiné PPP</b>	ženy: 4,3 % muži: 3,6 %	ženy: nevedeno muži: nevedeno	ženy: 10,1 % muži: 0,9 %

V České republice lze získat údaje o prevalenci onemocnění z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS). V roce 2019 získalo diagnózu PPP 5157 osob, o rok později 5167 osob a v roce 2021 to bylo již 6548 osob, z toho 5740 žen a 808 mužů (H. Šrytrová, osobní komunikace, 2. září, 2022). Narůstající prevalenci v České republice dle diagnostických jednotek prezentuje Graf 1.

### Graf 1

*Počet osob, u kterých byla v letech 2019-2021 na pozici hlavní diagnózy vykázána diagnóza F50 (PPP) dle diagnostické jednotky*



(H. Šrytrová, osobní komunikace, 2. září, 2022)



### 1.2.2 Incidence

Údaje o incidenci PPP jsou obvykle získávány z registrů psychiatrů a lékařských zpráv, mnoho osob vyhýbajících se diagnostice a léčbě tak zůstává nezaznamenáno (Wade et al., 2011). Dle informací ÚZIS, které se incidenčním údajům nejvíce podobají, bylo v České republice v roce 2021 incidenční číslo na hodnotě 3473. To je oproti předchozím letům (2020 – hodnota 2323 a 2019 – hodnota 2362) výrazně vyšší údaj (H. Šrytrová, osobní komunikace, 2. září, 2022).

Zvýšená incidence mnoha onemocnění bývá kladena do souvislosti s proběhlou epidemií COVID-19, je tomu tak i u PPP. Robustní počítačová analýza Taquet et al. (2022) zahrnuje do mapování incidence 5,2 milionů osob převážně z USA. Ve dvou časových bodech (před a během epidemie) byl srovnán počet jedinců, kteří vyhledali léčbu a dostali diagnózu PPP. Incidence první diagnózy se během pandemie zvýšila o 15,3 %. Stoupající trend bylo sice možné pozorovat i při srovnání let 2017/2018 a 2020, avšak pacientky a pacienti detekováni v období pandemie měli oproti těm detekovaným před pandemií zároveň vyšší riziko suicidálních tendencí a pokusů o sebevraždu, do statistik mortality se ale tyto skutečnosti nepromítly. Zvýšené riziko onemocnění PPP se v období pandemie týkalo pouze žen, nejčastěji ve věku 10-19 let a nejvíce ohrožené byly diagnózou mentální anorexie. Nutno rovněž dodat, že onemocnění COVID-19 u jedince přímo nesouviselo s větším rizikem pozdější diagnózy PPP (Taquet et al., 2022). K podobným výsledkům dospěla též metaanalýza o vzorku 3399 osob mapující kromě USA také Evropu, Austrálii a Kanadu. Více než polovina dotazovaných (65 %) vypověděla zhoršení symptomů PPP v průběhu lockdownu spojeného s COVID-19 a polovina dotazovaných vykazovala symptomy deprese a úzkosti. Longitudinální studie však významný rozdíl v BMI a symptomech PPP mezi stavem před pandemií a v průběhu prvního lockdownu nezaznamenaly. Místy se však projevil vyšší distres, a to zejména u pacientek a pacientů s mentální anorexií (Sideli et al., 2021).

### 1.2.3 Mortalita a komorbidita

Odhaduje se, že v důsledku PPP zemře ročně 3,3 milionů osob na světě, nejvyšší úmrtnost provází mentální anorexii a mentální bulimii. U pacientek a pacientů s mentální anorexií léčených na lůžkových odděleních psychiatrie je navíc míra úmrtnosti oproti průměru ostatních duševních onemocnění výrazně vyšší (van Hoeken & Hoek, 2020).

Mortalitu v oblasti PPP sledovala rozsáhlá klinická longitudinální studie na vzorku 6075 jedinců léčených mezi lety 1985 a 2005 v Německu, follow-up data byla sbírána mezi lety 2007 a 2012. Byla zjištěna celková úmrtnost 3,9 ‰ (zemřelo 225 pacientek a pacientů). Sledovány

byly také komorbidity a příčiny úmrtí. Nejvyšší úmrtnost byla zaznamenána u mentální anorexie (5,35), dále mentální bulimie (1,49) a záchvatového přejídání (1,50), u záchvatového přejídání však zřejmě pro nedostatek případů a velký interval spolehlivosti nebylo dosaženo statistické významnosti (Fichter & Quadflieg, 2016). V České republice v roce 2021 zemřelo 11 osob s diagnózou PPP, v sedmi případech šlo o mentální anorexii a ve čtyřech případech o nespecifikovanou formu onemocnění. Dříve, v roce 2020 bylo přitom zaznamenáno 10 úmrtí a v roce 2019 úmrtí 5 (H. Šrytrová, osobní komunikace, 2. září, 2022).

Onemocnění PPP ve velké míře doprovází komorbidity, které ovlivňují léčbu a její výsledek. Mohou nemoci předcházet, vznikat souběžně s ní nebo se projevit v průběhu léčby či po ní. Evropská review Keski-Rahkonen a Mustelin (2016) uvádí u 70 % pacientek a pacientů s PPP komorbidní onemocnění. Nejčastěji se jedná o úzkostné poruchy, poruchy nálady a abúzus návykových látek, ale objevuje se i PTSD, ADHD či OCD (Dalle Grave et al., 2021; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Papežová, 2018). Co se somatických komorbidit týče, rovněž mohou PPP předcházet, vyskytovat se společně s onemocněním nebo být jeho vyústěním. Dle review Hambleton et al. (2022) se jedná zejména o problémy s kosterním, reprodukčním, výživovým, neuroendokrinním a gastrointestinálním systémem a stomatologické problémy.

### **1.3 Rizikové faktory vzniku onemocnění**

Vznik PPP je podmíněn multifaktoriálně, a je tedy nezbytné k němu přistupovat z biopsychosociálního hlediska (Culbert et al., 2015; Moskowitz & Weiselberg, 2017; Papežová, 2018). Rizikové faktory shodné pro všechny jednotky PPP lze rozdělit do několika skupin – sociokulturní vlivy, osobnostní charakteristiky, rodinné a genetické faktory. Mezi sociokulturní vlivy přispívající ke vzniku onemocnění řadíme působení médií, tlak na štíhlost, internalizaci ideálu štíhlosti a její očekávání. Dále zvyšují riziko rozvoje PPP osobnostní charakteristiky jako negativní emocionalita či neuroticismus, perfekcionismus a negativní urgence. Rizikově působí i narušené rodinné fungování v podobě neshod, nadměrných požadavků na dítě, přílišného dietování či přejídání, problematického rodičovství (např. náladovost, abúzus návykových látek, fyzické týrání) apod. (Culbert et al., 2015; Hilbert et al., 2014). Neopomenutelná je rovněž role genetických faktorů, jelikož se v rodinách pacientek a pacientů historie PPP často vyskytuje. Studie Bould et al. (2015) longitudinálně potvrdila dvojnásobně vyšší riziko propuknutí PPP u dětí rodičů s tímto onemocněním, což vypovídá o značné mezigenerační zátěži.

Souběh těchto faktorů má pravděpodobně největší dopad u žen v období dospívání. Faktory jsou ve vzájemné interakci a jejich kombinace je stejně jako konkrétní mechanismus rozvoje PPP u daného jedince individuální záležitostí (Culbert et al., 2015).

Z neuropsychologického pohledu je zajímavé, že se u nemocných PPP i zotavených objevují anomálie v oblasti set shiftingu, centrální koherence a motivačního chování. Ve spojení s obsedantně-kompulzivními rysy osobnosti a impulzivním chováním mají vliv na fungování mozkového neurotrofního faktoru a serotoninového a dopaminergního systému. Mozek tak vykazuje abnormální vzorce chování. Tyto rysy se objevují i u nejbližších příbuzných (rodičů, sourozenců či dětí). Pro jednotlivé diagnózy zároveň existují neuropsychologická specifika (Kanakam & Treasure, 2013).

### **1.3.1 Rizikové faktory u jednotlivých diagnóz**

Váha prediktorů vzniku PPP se u jednotlivých diagnóz liší a vztah mezi ním a rozvojem onemocnění umocňují další okolnosti. Žádný z níže uvedených faktorů není specifický pouze pro jednu diagnózu PPP, častěji konkrétní faktor predikuje více z nich (Stice et al., 2017). Zdá se, že mentální anorexie a psychogenní přejídání nesdílejí shodné rizikové faktory, mentální bulimie stojí mezi těmito poruchami a má společné faktory s oběma z nich. Pacientky a pacienti s mentální anorexií reportují oproti těm trpícím mentální bulimií či psychogenním přejídáním dřívější dobu nástupu onemocnění. Rovněž se u mentální bulimie a psychogenního přejídání častěji setkáme s předchozím přejídáním či jiným narušením jídelního chování. Ve většině případů u mentální anorexie rozvoji onemocnění předcházejí diety (Hilbert et al., 2014).

Hilbert et al. (2014), Stice et al. (2017) a Stice a Desjardins (2018) nejsilnějšími prediktory mentální anorexie shledávají nízké BMI, rodinnou historii této poruchy, perfekcionismus a nespokojenost s vlastním tělem. U mentální bulimie je to zejména přejídání a další faktory shodné s diagnózou psychogenního přejídání – nespokojenost s vlastním tělem, problémy s chováním, obezita v dětství, šikana a popichování, rodinná historie mentální bulimie, odloučení od rodičů a sexuální násilí. Pro psychogenní přejídání jsou navíc rizikové závislosti na návykových látkách, předchozí těhotenství, deprivace a nepřítomnost či smrt rodiče.

## **1.4 Rodinný systém a poruchy příjmu potravy**

Dle výpovědí rodinných příslušníků ovlivňuje onemocnění PPP celý rodinný systém a znamená pro ně zkušenost, která jim mění život. Dochází u nich k otřesu priorit, vystavení situacím, na které nebyli připraveni a změnám v mnoha oblastech běžného fungování (Fletcher

et al., 2021). Právě rodinní příslušníci hrají v procesu léčby významnou roli. Samotní blízcí popisují vlivem PPP narušení vzorců rodinného fungování a změny v rolích. Komunikaci vystihuje konflikt, nedůvěra, nejistota a zvýšení kontroly ze strany rodičů. Jako velmi náročná je také vnímána snaha přizpůsobit stravovací návyky a aktivity rodiny potřebám nemocného, ale zároveň úplně neztratit dosavadní způsob života. Nemoc rovněž zasahuje do společenského a pracovního života rodičů, který je zanedbáván. Na straně rodičů se často objevují pocity viny a pátrání po tom, kde mohli udělat chybu. Vlivu onemocnění však nejsou ušetřeni ani sourozenci. Projevuje se u nich úzkost a často se snaží přebírat kontrolu nad nemocným sourozencem i rodiči, fungují pak jako mediátoři. Také popisují pocity vzteku nebo žárlivosti na pozornost upřenou na sourozence s PPP. Jako nápomocná je vnímána specializovaná péče, která pracuje s celým rodinným systémem (Gustafsson et al., 2021).

Studie Cerniglia et al. (2017) se zaměřila na rozdíly v rodinném fungování v závislosti na jednotlivých diagnózách PPP pomocí porovnání pohledů pacientek a pacientů a rodičů. V rodinách zasažených diagnózou mentální anorexie se ukázala vyšší míra zmatení rolí a rigidity a nižší míra soudržnosti, komunikace a chaotičnosti v porovnání s ostatními skupinami. V rodinách zasažených mentální bulimií byla oproti ostatním patrná vyšší míra chaotičnosti a nižší míra soudržnosti a flexibility. U diagnózy psychogenní přejídání se v rodině ukázala vyšší míra soudržnosti, flexibility a komunikace oproti ostatním jednotkám.

## 2 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba PPP je nákladná, specifická a neobejde se bez mezioborové spolupráce (Papežová, 2018). Klíčový je tak dostatek odborníků a propojenost jednotlivých oborů, což může být v mnoha zemích problém. Například v České republice a v Polsku připadá na 10 000 obyvatel pouze 9 psychologů. V sousedním Slovensku je to již 16 a v Německu dokonce 27. U dětských psychologů a psychiatrů je v České republice čekací doba 4 až 6 měsíců (*Duševní zdraví, 2022*)

V samotné otázce, jak by měla být PPP léčena, se dle meta-review Gustafsson et al. (2021) sdružující výzkumy z Anglie, Švédska, Norska a Dánska mezi pacientkami, pacienty a rodiči na jedné straně a zdravotníky na straně druhé ukazuje divergence. Pacientky, pacienti a rodiče mají pocit, že zdravotníci příliš lpí na biomedicínském modelu, který sám o sobě není dostatečný a příliš se soustředí na pouhou redukci symptomů a rehabilitaci hmotnosti. Oni samotní by uvítali holističtější přístup k léčbě, který by zahrnoval také psychickou rehabilitaci. Toto přesvědčení a zkušenost, která ho podpoří, může komplikovat budování terapeutické aliance a ztěžovat tak kýžený efekt léčby.

Tato kapitola je uvedena pojednáním o motivaci ke změně u pacientek a pacientů a vývoji onemocnění v kontextu léčby. Dále představuje systém léčby PPP s důrazem na vysvětlení jednotlivých stupňů a přístupů, s přesahem ke shrnutí současného stavu péče v České republice. Kapitulu uzavírá část věnovaná uzdravení.

### 2.1 Motivace ke změně u pacientek a pacientů

Motivace pacientek a pacientů k léčbě je v oblasti PPP velmi důležitým a zároveň komplikovaným tématem. Mnoho pacientek a pacientů není vůbec motivováno k léčbě, jiní naopak pomoc vyhledávají pouze za účelem zbavení se nežádoucích komplikací, které jim PPP přináší, ale nemoci jako takové se zbavit nechtějí (Soukup, 2018). Zdá se, že s výsledky léčby souvisí úroveň vnitřní motivace ke změně před zahájením léčby (Sansfaçon et al., 2020), a to zejména v oblastech změny restriktivního stravování, záchvatovitého přejídání a dalších kognitivních a afektivních aspektů typických pro patologii PPP (Clausen et al., 2013). Jedná se tak o významnou proměnnou.

Motivaci ke změně i ve vztahu k PPP dobře reflektuje transteoretický model změny chování Prochasky a DiClementeho. Dle Dray a Wade (2012) predikuje fáze tohoto modelu, ve které se jedinec před zahájením léčby nachází, výsledek léčby. V procesu změny tento model předpokládá pět fází, kdy člověk přechází od (1) neuvažování o jednání (prekontemplace) spojené s neuvědomováním si problému, přes (2) uvažování o jednání (kontemplace),

(3) zvažování jednání (příprava) až k samotnému (4) jednání (akce). Poslední fáze je (5) pokračování jednání v průběhu času (udržování) nebo nežádoucí relaps. Během celého procesu jedinec zvažuje výhody a nevýhody jednání. Žádoucí je samozřejmě postup směrem ke zvyšování kladů a snižování záporů. V procesu změny je tedy důležité vědět, jak sám jedinec vnímá výhody a nevýhody zvažovaného jednání (Baldwin, 2020). Druhým často zmiňovaným modelem v kontextu PPP je také sebedeterminační teorie Ryana a Deciho, která je zde vztahována k motivaci k chování souvisejícím se zdravím (Ng et al., 2012). Teorie přináší model, ve kterém je vnější motivace postupně internalizována skrze čtyři stádia – (1) externí regulace vedená vnějšími požadavky pro vyhnutí se trestu či získání odměny, (2) introjektovaná regulace chránící ego a zabraňující úzkosti či pocitům viny, (3) identifikovaná regulace odrážející přijetí jednání nebo jeho vnímání jako důležitého a (4) integrovaná regulace vyjadřující dosažení souladu chování s ostatními hodnotami a potřebami jedince (Ryan & Deci, 2000).

V pohybu skrze jednotlivá stádia se u onemocnění PPP zdají být efektivní motivační rozhovory, ty jsou využívány jak před zahájením léčby, tak i v jejím průběhu (Soukup, 2018). Principem motivačních rozhovorů je předvídání ambivalence, vyjadřování empatie, vyrovnávání se s odporem a rozpory a podpora vlastní účinnosti (Singer et al., 2018). U diagnózy záchvatovité přejídání dokonce v této oblasti motivační rozhovory fungují jako neúčinnější typ intervence (Bonder & Mantler, 2014). Zároveň se ukazuje, že kratší rozhovory jsou stejně efektivní jako ty delší (Lawrence et al., 2017).

## **2.2 Vývoj onemocnění v kontextu léčby**

Mnoho pacientek a pacientů před vypuknutím onemocnění reflektuje v rodině závažné životní události jako například změny ve škole, práci či vztazích, úmrtí blízkého, nemoc či hospitalizaci nebo zneužití v kombinaci s nedostatkem sociální opory (Berge et al., 2012). Věk nástupu se u jednotlivých diagnóz mírně liší, mentální anorexie obvykle začíná v období mladší a střední adolescence (13-15 let), pro mentální bulimii je typičtější nástup v pozdější adolescenci (14+) nebo rané dospělosti (Brown et al., 2016) a u psychogenního přejídání se setkáváme s nástupem spíše v dospělosti (Keel, 2018). Udo a Grilo (2018) doplňují, že ve srovnání s celoživotní diagnózou mentální anorexie nebo mentální bulimie mají americké pacientky a pacienti s psychogenním přejídáním spíše pozdější nástup onemocnění a delší trvání jednotlivých epizod. Data ÚZIS ukazují v průběhu let 2019-2021 největší zastoupení nově diagnostikovaných s PPP ve věkové skupině 15-19 let, ve skupině 20-24 let a ve skupině 10-14 let (H. Šrytrová, osobní komunikace, 2. září, 2022).

Z italské studie Volpe et al. (2019) vyplývá, že rozmezí mezi projevem prvních symptomů PPP a prvním kontaktem se zdravotnictvím bylo průměrně 114 týdnů (více než dva roky). Doba od prvního kontaktu se zdravotnictvím po nalezení specialisty na PPP byla průměrně 28 týdnů a méně (okolo půl roku). K podobným výsledkům dospěla i německá studie zaměřená na mentální anorexii. Průměrná doba neléčené nemoci činila 31,8 měsíců (více než dva a půl roku) (Weigel et al., 2014). Průměrný věk německých patientek a pacientů při hospitalizaci byl u mentální anorexie 25 let, mentální bulimie 26,1 let, psychogenního přejídání 32,3 let a u dalších nespecifických PPP 27,8 let. Průměrná doba trvání nemoci před hospitalizací byla u mentální anorexie 7,1 let, u mentální bulimie 8,4 let, u psychogenního přejídání 12,5 let a u dalších nespecifických PPP 9,5 let (Fichter & Quadflieg, 2016).

Dle průzkumu Gómez Del Barrio et al. (2022) pacientky a pacienti vyhledávali rok před stanovením diagnózy specialisty z různých důvodů. Ve 29,8 % se jednalo o nespecifické zažívací potíže jako například pocit diskomfortu při trávení nebo bolesti bederní páteře. Ve 22,8 % šlo o psychologické symptomy, zejména úzkost, nespokojenost se svým vzhledem či depresi. A v 19,3 % to byly gynekologické symptomy jako nepravidelná menstruace či amenorea. Menší část tvořilo kolísání hmotnosti (11,9 %), metabolické změny (8,8 %) jako anémie či elektrolytické změny a symptomy podvýživy (5,3 %) jako závratě, mdloby nebo bledost. Tyto pacientky a pacienti byli dále odesíláni k léčbě převážně zdravotníky primární péče.

## **2.3 Systém léčby**

### **2.3.1 Léčebné přístupy**

Pravděpodobnost plného uzdravení je nejvyšší během prvních tří let od začátku onemocnění. Léčebné intervence by tak měly být přizpůsobeny specifickým charakteristikám jeho jednotlivých stádií (Lang et al., 2017). Treasure et al. (2015) vytvořili model časné intervence pro jednotlivé fáze onemocnění PPP. Ve stádiu vysokého rizika rozvinutí poruchy s premorbidními znaky se zdá být efektivní správné zvládnání sociokulturních požadavků a přístup využívající kognitivní disonance. V raném stádiu je například u mentální anorexie doporučována rodinná terapie (Treasure et al., 2015), jelikož poskytuje strukturu a behaviorální intervence pomáhají návratu do běžného fungování. Jsou tak u mladších patientek a pacientů spolu s vícerodinnými terapiemi obecně vhodné a široce využitelné (Papežová, 2018; Steinglass et al., 2016). Ve fázi plného rozvinutí nemoci u mentální anorexie dobře působí nespecifické faktory terapeutické aliance a u mentální bulimie a záchvatovitého přejídání kognitivně-behaviorální terapie (Treasure et al., 2015), která je obecně považována za

nejefektivnější přístup. Dále například u záchvatovitého přejídání dobře funguje interpersonální terapie a farmakoterapie (Steinglass et al., 2016). U chronických průběhů s osobnostní problematikou jsou využívány psychodynamické přístupy (Papežová, 2018). Při závažném a dlouhodobém stavu onemocnění již intervence cílí spíše na kvalitu života (Treasure et al., 2015).

Jednotlivé léčebné prvky se liší v závislosti na diagnóze. Restriktivní typy PPP spojené s nízkou hmotností jako například mentální anorexie vyžadují strukturovanou, behaviorálně zaměřenou léčbu, která posiluje zdravé stravování a hmotnost. Léčba běžně zahrnuje dohled během jídla a svačin spolu s výživovým plánem, který zajišťuje obnovení hmotnosti. Dále se přechází k problematice přesvědčení, která jsou základem chování. V rámci kognitivních intervencí jsou například pacientky a pacienti žádáni, aby si uvědomili a zpochybnili problematiku myšlenky týkající se jídla a jejich tělesného vzhledu. Rovněž se pracuje s úzkostí, která je u mnoha pacientek a pacientů typická. Efektivní mohou být expoziční či nácvikové intervence. U diagnóz jako je mentální bulimie či psychogenní přejídání je primárním cílem normalizace stravování a následně redukce nadhodnocování tvaru těla a hmotnosti. Samotná úprava hmotnosti může být v určitých případech doplňkovým cílem (Steinglass et al., 2016).

### **2.3.2 Typy léčebných programů**

Světově nejčastěji užívaným prostředím léčby PPP je ambulantní program, který je vhodný pro jedince zapojující se pozvolna do léčby, bez přístupu k vyšším úrovním péče a zejména pro ty, kteří jsou stabilizovaní a potřebují především dosahovat nebo udržovat cíle v oblasti chování. Doporučováno je několik složek léčby (např. psychologie, výživa, medicína), jejichž využití v ideálním případě vede k vytvoření léčebného týmu odborníků. Dále bývají k dispozici intenzivní ambulantní programy, jejichž jednotlivá sezení trvají několik hodin a odehrávají se vícekrát v týdnu. K sezení patří také stravování pod dohledem. Takový program je vhodný pro stabilizované pacientky a pacienty, kteří již nevyžadují mnoho instrukcí ohledně jídla a další strukturaci dne. Často se uplatňuje jako sestupná fáze z vyšších úrovní léčby (Steinglass et al., 2016).

Jako vzestupný stupeň nebo přechod z lůžkové do ambulantní péče mohou sloužit programy denní péče. Ty obvykle zahrnují 4-7 dní léčby se dvěma nebo třemi jídly pod dohledem každý den. Program je vhodný pro ty, kteří potřebují alespoň částečný dohled při stravování a obecně se vyžaduje, aby pacientky a pacienti měli minimální nebo vyšší než přijatelnou hmotnost (např. 80 % ideální tělesné hmotnosti) a další doklady zdravotní stability



(Steinglass et al., 2016). Nespornou výhodou je okamžitá a plynulá přenositelnost naučených návyků do každodenního života, větší možnost zapojení blízkých, setrvání ve svém sociálním prostředí a podpora autonomie a sebevědomí (Herpertz-Dahlmann, 2015). Další variantu specializované léčby nabízí rezidenční léčebná centra, která jsou vhodná pro pacientky a pacienty s nízkou hmotností (pod 85 % ideální tělesné hmotnosti) anebo s méně projevy PPP, kteří potřebují přísný dohled, ale nevyžadují lékařskou péči. Klíčová je zde také motivovanost pacientek a pacientů. Programy jsou komplexní, avšak jsou méně strukturované a bez lékařského dohledu (Steinglass et al., 2016).

Nejvyšší stupeň dohledu představuje psychiatrická hospitalizace, kde specializované lůžkové programy zahrnují zdravotnický personál (psychiatry a zdravotní sestry). Je určena pro pacientky a pacienty s výrazně nízkou hmotností (pod 75 % ideální tělesné hmotnosti) anebo s dalšími zdravotními nebo psychickými problémy a komorbiditami. Tento typ léčby je také vhodný pro pacientky a pacienty, kteří nereagovali na předešlé stupně léčby (Steinglass et al., 2016). Průměrná doba hospitalizace u německých pacientek a pacientů byla u mentální anorexie 91,4 dnů, u mentální bulimie 83,1 dnů, u psychogenního přejídání 79 dnů a u dalších nespecifických PPP 71,1 dnů (Fichter & Quadflieg, 2016).

V Německu byl zaznamenán rozdíl mezi první léčbou u diagnózy mentální anorexie a mentální bulimie – u mentální anorexie byla většinou první léčbou hospitalizace (51 %) a u mentální bulimie ambulantní psychoterapie (61 %) (Schlegl et al., 2019). Nejen po propuštění z hospitalizace je však v rámci prevence relapsu velmi důležitý doléčovací program, kde dochází k identifikaci stresorů a práci na zlepšování adaptačních mechanismů, vnímání vlastního těla, sebehodnocení a sebezpřijetí. Do doléčovacích programů jsou například u adolescentních pacientek a pacientů zapojováni také rodiče a v ideálním případě i dětský praktický lékař (Papežová, 2018).

Poněkud novou a inovativní formu péče představují terénní programy. Vhodné jsou zejména pro jedince, kteří nereagovali na tradiční programy léčby jako je například hospitalizace či intenzivní denní program. Tito lidé jsou většinou pacientky a pacienti s chronickým typem onemocnění, anamnézou opakovaných hospitalizací anebo s komorbiditami, u kterých tradiční léčba neuspěla zejména z důvodu její akčnosti v kontrastu s nepřipraveností pacientky či pacienta ke změně. Terénní programy pomocí motivačních rozhovorů, psychosociálních rehabilitací a snižování škod udržují zdravotní a psychickou stabilitu a cílí na zvyšování kvality života (Geller & Thibodeau, 2015).

## 2.4 Systém péče a zařízení v České republice

V České republice navštívilo za rok 2021 ambulantní zdravotnické zařízení celkem 6548 pacientek a pacientů s diagnózou PPP, z toho 5740 z nich byly ženy. Většinu tvořila věková kategorie 15-17 let (1634 osob), dále 0-14 let (1158 osob) a 20-29 let (1092 osob). Nejčastěji se jednalo o diagnózu mentální anorexie (3068), nespecifikovaná PPP (1348) a atypická mentální anorexie (958). Hospitalizováno pak bylo 760 pacientek a pacientů s diagnózou PPP, celkem ÚZIS eviduje 1 103 hospitalizací (H. Šrytrová, osobní komunikace, 2. září, 2022). Epidemiologicky jsme tedy západní země dostihli velmi rychle, ale systém péče jde kupředu pomalým tempem a za epidemiologickým trendem zatím zaostává (H. Papežová, osobní komunikace, 8. září, 2022).

Nejčastěji jsou pacientky a pacienti hospitalizováni na dospělých či dětských psychiatrických a pediatriích (H. Šrytrová, osobní komunikace, 2. září, 2022). Prvotní diagnostika PPP se v drtivé většině případů odehrává v ordinacích praktických lékařů, kteří by měli počínající nebo již projevené onemocnění rozpoznat a co nejdříve pacientky a pacienty odkázat na následnou psychologickou či psychiatrickou specializovanou péči (Papežová, 2018).

První specializovaná lůžková jednotka pro PPP u nás vznikla v roce 1983 na Psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze, a to po vzoru belgické Specializované jednotky pro PPP v Kortenbergu. Dále specializované jednotky najdeme například na Psychiatrické klinice v Brně či na Dětské psychiatrické klinice 2. LF a FN v Motole. Pacientky a pacienti s PPP jsou však umisťováni prakticky na všech psychiatrických zařízeních, viz Tabulka 2, i bez speciálních programů. Pobyty bývají krátkodobé (do 2 měsíců) či střednědobé (3-4 měsíce) pro pacientky a pacienty s historií opakovaných hospitalizací a ohrožené chronifikací. Specializované dlouhodobé rehabilitační programy na 6-12 měsíců u nás nejsou dostupné (Papežová, 2018).

Mezi ambulantní centra pro léčbu PPP řadíme Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci a Jablonci nad Nisou a psychosomatické pracoviště ESET. V roce 2002 vznikl na Psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze také denní stacionář pro pacientky a pacienty s PPP, který funguje 5 dní v týdnu a pojme 12 pacientek a pacientů na maximálně 3 měsíce. V České republice bohužel chybí rehabilitační a sociální programy jako například dílny, přechodná zaměstnání či denní sociální centra (Papežová, 2018).

V souvislosti s onemocněním PPP lze rovněž navštívit jakékoliv krizové centrum či kontaktovat krizovou linku, tyto služby však neposkytují specializované programy pro léčbu PPP, ale pacientky a pacienty následně odkazují dále. Komplexní služby pro tuto klientelu dlouhodobě nabízí síť Center Anabell a to například v podobě poradenství, e-mailové terapie

či svépomocných skupin s peer konzultanty. Na prevenci cílenou na PPP a celé rodiny zasažené onemocněním se zaměřuje například nezisková organizace E-clinic, z.ú. nabízející Workshopy pro rodinné příslušníky a pacientky či pacienty. Pracuje tak tedy i s druhou generací ohroženou PPP. Také spravuje web Healthy and Free s edukačním a svépomocným obsahem. Osvětu šíří rovněž nově vzniklý projekt 3pe provozující web s informacemi o onemocnění či léčbě a předkládá důležité kontakty („Síť kontaktů“, n.d.).

## Tabulka 2

*Přehled vybraných zařízení přijímajících pacientky a pacienty s PPP („Síť kontaktů“, n.d.)*

Zařízení	Typ péče	Specializace na PPP
Dětská část psychiatrického oddělení Fakultní nemocnice Ostrava	ambulantní péče	multidisciplinární tým pro nezletilé se závažnou PPP symptomatikou
Dětská psychiatrická klinika 2. LF a FN Motol	hospitalizace, ambulantní péče	ano
Dětská psychiatrická nemocnice Louny	hospitalizace, ambulantní péče	ne, ale péče je přizpůsobena
Dětská psychiatrická nemocnice Opařany	hospitalizace, ambulantní péče	ne
Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš	hospitalizace, následná péče	ne, ale spolupracuje s Anabell
Dětské oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice	hospitalizace, ambulantní péče	ne
Dětské oddělení Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod	hospitalizace, ambulantní péče	ano
Dětské oddělení Psychiatrické nemocnice Opava	hospitalizace	ne, ale spolupracuje s Ostravským multidisciplinárním týmem
Dětské psychiatrické oddělení Krajské nemocnice Liberec	hospitalizace, ambulantní péče	ne, ale péče je přizpůsobena
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN (adolescenti + dospělí)	hospitalizace, stacionář, ambulantní péče	ano
Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno (děti + dospělí)	hospitalizace, ambulantní péče	ano
Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Plzeň	hospitalizace	ne
Psychiatrická nemocnice Brno (dospělí)	hospitalizace	ne

Psychiatrická nemocnice Jihlava	hospitalizace	ne
Psychiatrická nemocnice v Dobřanech (děti + dospělí)	hospitalizace	ne
Psychiatrické Fakultní nemocnice Ostrava	hospitalizace, stacionář, ambulantní péče pro děti	ne
Psychiatrické oddělení Nemocnice s poliklinikou Havířov	hospitalizace	ne

## 2.5 Uzdravení

Onemocnění PPP je spjato s velkou mírou chronicity, kdy pacientky a pacienti nereagují na akutní krátkodobé modely léčby a jejich cesta k uzdravení tak vede přes mnoho typů intervencí s mnohdy ročními prodlevami. Léčba je tak zdlouhavější a není zaručen její žádoucí výsledek, zejména u diagnózy mentální anorexie (Wonderlich et al., 2012). Zároveň se někteří odborníci k označení „chronická“ staví negativně, jelikož může ovlivnit proces léčby a to, jak pacientka či pacient onemocnění prožívá a vnímá naději (Dalle Grave et al., 2021).

Definovat uzdravení je problematické, jelikož v této oblasti neexistuje jednotný konsenzus, což má vliv na výzkum i klinickou praxi (Bardone-Cone et al., 2018). Dle Noordenbos (2015) je třeba dosáhnout větší shody v kritériích plného uzdravení tak, aby byla dostatečně komplexní a zabránila recidivě. V potaz by měl být brán i pohled pacientek či pacientů a terapeutů. Vzhledem k tomu je zajímavé, že ve studii Slof-Op 't Landt et al. (2019) bylo identifikováno 54 % pacientek a pacientů, kteří se považovali za uzdravené, ale nesplňovali výzkumem podložená kritéria, na jejichž základě se úzdava běžně hodnotí (např. BMI či úroveň kognice). Rozdíl byl popsán na základě nesouladu výsledků sebehodnotících a objektivních metod uzdravení. V oblastech psychiatrické komorbidity, kvality života a sociálního a společenského zapojení však rozdíly mezi uzdravenými splňujícími a nesplňujícími kritéria nebyly nalezeny. Dle Papežové (2018) je uzdravení podmíněno normalizací hmotnosti a jídelního chování, zlepšením sebehodnocení, adaptačních mechanismů zvládání stresu a snížením zaujetí vlastním zevnějškem.

Pacientky a pacienti s PPP popisují úzdravu jako dobrý emocionální, sociální a psychologický stav. Zahrnují sem vybavenost strategiemi pro zvládání obtíží, pocity sounáležitosti nebo pocity smysluplnosti života. Samotná cesta k úzdavě probíhá ve fázích s občasnými pády, velmi nápomocné jsou při ní podpurné a důvěrné vztahy s rodinou, přáteli a v ideálním případě i zdravotníky (Gustafsson et al., 2021). Na základě explorační faktorové analýzy, kdy jednotlivé kategorie úzdravy hodnotili pacientky a pacienti a jejich rodinní příslušníci, bylo zjištěno, že za nejdůležitější oblasti považují nepřítomnost symptomatického

chování, přijetí sebe sama a svého těla, dobré sociální a emocionální vztahy a fyzické zdraví (Bachner-Melman et al., 2018).

Bylo zjištěno, že nejrobustnějším prediktorem dobrých výsledků léčby při propuštění a následném sledování byl mediační efekt velké změny symptomů PPP na počátku léčby. Prediktory lepších výsledků byly na začátku léčby vyšší BMI, menší frekvence záchvatového chování, větší motivace k uzdravení, nižší míra depresivity, menší obavy o váhu a tvar těla, méně komorbidit, lepší interpersonální fungování a méně rodinných problémů (Vall & Wade, 2015). Pozitivní a negativní prognostické faktory se liší také v závislosti na diagnóze. Úzdravu z mentální anorexie pozitivně ovlivňuje například krátká fáze neléčené nemoci, dobré vztahy s rodiči a dětmi, vlastní rodičovství či plodnost. Negativně působí vývojové problémy v dětství, obsedantně-kompulzivní rysy či přímo porucha, vyvolávání zvracení a chronicita nemoci. U mentální bulimie a záchvatového přejídání má pozitivní efekt léčba již výše zmíněnou kognitivně-behaviorální terapií, nejvíce pak úzdravu brzdí její přerušení. Navíc u záchvatového přejídání negativně působí například obezita (Hay, 2015).

### **3 Proces hledání a zahájení léčby poruch příjmu potravy**

Pro proces hledání a zahájení léčby neexistuje všeobecně přijímaná definice ani běžně používaná psychometricky spolehlivá měřítka, pojícím prvkem je však zaměření se na formální zdroje pomoci, než na ty neformální (Rickwood & Thomas, 2012). U PPP navíc konkrétní podobu celého procesu ovlivňuje mnoho faktorů, jako je například typ diagnózy, závažnost obtíží, věk nebo systém péče. Nedílnou součástí procesu zahájení léčby však napříč těmito faktory často bývají nejbližší rodinní příslušníci (Coelho et al., 2021; Fletcher et al., 2021; Gustafsson et al., 2021; Schlegl et al., 2019; Volpe et al., 2019). Všichni zapojení se v procesu potýkají s určitými ztěžujícími a také usnadňujícími aspekty různého druhu, jejichž kombinace následně ovlivňuje motivaci, vytrvalost a rychlost zahájení léčby.

Tato kapitola postupně představuje proces zahájení léčby PPP. První podkapitola je věnována charakteristikám hledání léčby s důrazem na zapojení rodiny. Následuje popis podoby prvního kontaktu. Kapitulu uzavírá pojednání o již známých bariérách a facilitátorech v procesu hledání a zahájení léčby, a to z pohledu pacientek a pacientů, i z pohledu dalších jedinců zapojených v procesu.

#### **3.1 Charakteristiky hledání léčby**

Přehledová studie Regan et al. (2017) analyzovala výstupy 31 výzkumů z USA, Spojeného království, Austrálie a Švédska zaměřujících se na prediktivní charakteristiky prvního kontaktu pacientek a pacientů s PPP se zdravotní péčí. Jednalo se převážně o mladé dospělé a dospělé. Byly u nich nalezeny 4 prediktivní faktory vyhledání pomoci – věk, vzdělání, rodinný stav a etnicita. Léčbu spíše vyhledali pacientky a pacienti, kteří byli starší, dosáhli vyššího stupně vzdělání než zbytek zkoumaného vzorku, byli rozvedení a nepatřili k etnické menšině. Navzdory očekávání nepatřilo mezi prediktivní faktory vyhledání léčby nízké BMI a obavy týkající se váhy. Pomoc dále vyhledali spíše jedinci s brzkým nástupem nemoci a jejím delším trváním. Závazné pro vyhledání pomoci bylo rovněž předchozí svěření svých obtíží okolí.

Na charakteristiky vyhledání léčby u adolescentů (13-18 let) se zaměřila americká studie publikovaná téhož roku. Bylo zjištěno, že léčbu vyhledávají spíše ženy oproti mužům, a to 2,2× častěji (Bohrer et al., 2017; Forrest et al., 2017). Specifikem vyhledávání pomoci u mužů obecně je strach z toho, že nebudou bráni vážně nebo z toho, že budou přítěží pro systém. Negativní vliv představují také genderové stereotypy, zacílení výzkumu i péče na ženy a fakt, že jsou muži častěji chybně diagnostikováni (Räisänen & Hunt, 2014). Dále léčbu vyhledávají spíše adolescenti ve věku 17-18 oproti pubescentům ve věku 13-14 (4,4× častěji)

a spíše ti, kteří již měli dřívější zkušenost se zdravotním systémem kvůli jiným obtížím (1,7× častěji) oproti jedincům bez této zkušenosti (Forrest et al., 2017).

Cesty k zahájení léčby a faktory vstupující do tohoto procesu se liší i s ohledem na jednotlivé diagnózy. Léčbu vyhledávají spíše jedinci trpící mentální anorexií (2,4× častěji) nebo mentální bulimií (1,9× častěji) oproti jedincům s diagnózou psychogenního přejídání. Také závisí na závažnosti a stádiu PPP, jelikož pomoc spíše vyhledají jedinci se středně těžkou (5,5× častěji) a těžkou formou (10,4× častěji) onemocnění oproti jedincům s lehčí formou PPP (Forrest et al., 2017). Mezi váhou bariéry zahájení léčby a závažností symptomů PPP byla nalezena korelace, což zdůrazňuje důležitost včasné intervence (Griffiths et al., 2018).

### **3.1.1 Role rodiny v procesu hledání léčby**

V procesu rozvoje onemocnění PPP jsou rodinní příslušníci klíčoví, jelikož v časné fázi mohou zastoupit roli profesionála v otázce rozpoznání onemocnění a upozornění na něj (Schlegl et al., 2019; Volpe et al., 2019). Zejména na začátku léčby však rodinní příslušníci zmiňují nedostatek podpory ze strany zdravotnických služeb. Velmi náročné bývá získat správnou diagnózu a adekvátní pomoc (Gustafsson et al., 2021; McArdle, 2017). Rovněž následné chování rodinných příslušníků jako například pochopení, podpora či motivace ovlivňuje a může být rozhodující pro zahájení léčby (Kästner et al., 2021). Pečující se v procesu zahajování léčby potýkají s nejistotou, obavami a úzkostí, které ještě více prohlubuje nedostatečná informovanost o tom, co bude léčba obnášet (McArdle, 2017). V australské studii zaměřené na reflektování zkušenosti rodičů s cestou k léčbě PPP všichni respondenty a respondenti v určité fázi procesu čelili náročným výzvám (Coelho et al., 2021). Ztrátu naděje umocňují zjištění o chronicitě PPP a ne zcela příznivých prognózách. V této fázi se zdá být pro blízké důležité ujistění, že je úzdrava možná a že existují pozitivní vzory (McArdle, 2017).

V australské studii Wahlin a Deane (2012) mapující vyhledání léčby psychických potíží o vzorku 119 dyád adolescent-rodice 94 % potomků uvedlo, že na vyhledání léčby mělo významný vliv jejich sociální okolí. Nejsilnějším faktorem byli právě rodiče. Zároveň hraje roli shoda ve vnímané závažnosti obtíží, jelikož si rodiče nemusí být rozsahu psychických problémů svého dítěte plně vědomi.

## **3.2 První kontakt**

Cesty k léčbě PPP jsou různé a některé mohou bránit včasné diagnostice (Volpe et al., 2019). Papežová (2018) vnímá jako první kontakt iniciativu na internetových chatech a ve svépomocných skupinách pro nemocné a jejich rodinné příslušníky, kde je důležitá především

odbornost těchto zdrojů a jejich schopnost jedince motivovat. Dále při vyhledávání léčby ve všeobecném nespécializovaném zdravotnickém zařízení se pacientky a pacienti mnohdy cítí nepochopení a nedostatečně ošetřeni, jelikož se lékař často zaměřuje především na fyzickou stránku problému (Gustafsson et al., 2021).

Norská studie o vzorku 34 žen s mentální anorexií dokládá v době prvního kontaktu se zdravotnickým systémem velmi nízkou motivaci žen se léčit. Většina prvních kontaktů probíhala u praktického lékaře, méně z nich u psychologa, psychiatra nebo školní zdravotní sestry. Iniciační konverzace pocházela od rodiny a přátel (nejčastěji při nadměrných obavách), samotných pacientek (nejčastěji při ztrátě kontroly nad PPP) nebo od zdravotníka (většinou praktický lékař odkazující dále). Nehledě na to, kdo konverzaci inicioval, uváděly pacientky v době prvního kontaktu ambivalentní pocity ohledně uzdravení a rezistentní nastavení – symptomy byly do jisté míry symbolem kontroly a odměny. Některé dokonce přicházely za odborníkem s představou, že jim pomůže stát se „lepší anorektičkou“, například zmírněním symptomů deprese a obav o svůj zdravotní stav (Gulliksen et al., 2015). Analýza výpovědí 246 pacientek a pacientů v Itálii ukázala, že podnět k vyhledání pomoci přicházel nejčastěji od rodinných příslušníků (56,1 %), od samotných pacientek a pacientů to bylo v necelé polovině případů (43,9 %), ještě méně podnětů přicházelo od zdravotníků (21,1 %) či přátel (2,5 %) (Volpe et al., 2019). K podobným zjištěním dospěla i německá studie o vzorku 206 pacientek a pacientů s mentální anorexií a bulimií. Nejčastěji na PPP upozornili rodinní příslušníci (57 %) a první kontakt probíhal u praktického lékaře (Schlegel et al., 2019).

Pacientky a pacienti s PPP (zejména mentální anorexií) mnohdy vyhledávají léčbu kvůli jednotlivým příznakům (např. amenorea, potravinová intolerance) nebo z jiných příbuzných důvodů. Zejména dospělé pacientky a pacienti dodali, že lékaři v těchto případech často PPP nerozpoznali a přistoupili na izolovanou léčbu jednotlivých obtíží, což holistické zahájení léčby PPP ještě oddálilo (Kästner et al., 2021).

V souvislosti s problémy s jídlem, váhou nebo postavou vypověděla více než třetina z 291 dotazovaných australských pacientek a pacientů v období mladé dospělosti, že v minulosti nějakou formu pomoci vyhledali. Důležité je, že pouze 20 % z nich vyhledalo pomoc u odborníka na duševní zdraví. Dalšími nejčastějšími zdroji byli praktičtí lékaři, rodiče, webové stránky, přátelé nebo partner. Málokdo vyhledal pomoc na telefonní lince důvěry nebo u příbuzného, který nebyl rodičem (Ali et al., 2020). Rovněž v Itálii vyhledala specializovanou léčbu pro PPP jen menšina pacientek a pacientů (17 %), většina pacientek a pacientů se ke specializované péči dostala přes primární péči nebo péči o duševní zdraví. Je zajímavé, že oproti Austrálii vyhledalo v Itálii 17 % pacientek a pacientů pomoc u nutričního terapeuta. Dalšími



zdroji prvního kontaktu byli psychologové, lékaři či sociální pracovníci. Celkově se ke specializované péči dostalo 54 % pacientek a pacientů, od praktických lékařů to však bylo jen 26 % pacientek a pacientů (Volpe et al., 2019).

### **3.3 Bariéry a facilitátory**

Při klasifikaci facilitátorů a bariér pro zahájení léčby je třeba brát v potaz odlišnosti jednotlivých skupin jedinců zapojených do tohoto procesu. Různým faktorům pravděpodobně přiřadí odlišnou váhu samotná pacientka či samotný pacient, rodinný příslušník pacientky či pacienta, zdravotnický personál nebo další osoby ovlivňující dostupnost péče. Stejně tak narazíme na odlišnou vnímanou závažnost jednotlivých faktorů u různých skupin pacientek a pacientů – u mužů a žen, dospělých a dětí a podobně.

Při mapování bariér a facilitátorů jsou častěji zmiňovány facilitátory a studie se povětšinou zaměřují jen na dospělé pacientky a pacienty (Kästner et al., 2021). Nelze však opomenout také systémové faktory, které ve většině případů působí jako bariéry. Například složité administrativní a ekonomické podmínky ve formě překážek ze stran pojišťoven přináší problémy s financováním služeb a omezují tak vznik nových specializovaných jednotek léčby. To zároveň celkově vede k dlouhým čekacím lhůtám na diagnostiku i samotnou léčbu (Lang et al., 2016; Papežová, 2018).

#### **3.3.1 Bariéry a facilitátory hledání a zahájení léčby z pohledu pacientek a pacientů**

Na základě zahraničních studií představovalo na straně pacientek a pacientů důležitou bariéru stigma, stud a strach (z léčby, ztráty kontroly, změny, ublížení ostatním, nepochopení, nálepkování) (Ali et al., 2017; Griffiths et al., 2018; Regan et al., 2017). Vyhledání pomoci zejména u adolescentních pacientek a pacientů brzdilo nevnímání PPP (zejména mentální anorexie) jako stavu, který vyžaduje léčbu ať už z pohledu jejich nebo z pohledu sociálního prostředí. Šlo především o podceňování závažnosti stavu v začátcích, přesvědčení, že zvládnou situaci sami nebo různé zjednodušující a stigmatizující postoje (Ali et al., 2017; Griffiths et al., 2018; Kästner et al., 2021; Regan et al., 2017). K tomu se vázalo také vítání pozitivních aspektů nemoci a nízká motivace ke změně. Jako bariéra také působila negramotnost v oblasti duševního zdraví, nedostatek informací o PPP, nedůvěra ve zdravotnictví a nevědomost, jak požádat o pomoc (Ali et al., 2017; Griffiths et al., 2018). Zahájení léčby brzdila dlouhá čekací doba, omezená dostupnost péče a další praktické bariéry jako například náklady, doprava, nepohodlí, čas či u starších pacientek a pacientů každodenní péče o děti (Ali et al., 2017; Kästner et al., 2021; Regan et al., 2017). Byl také důležitý pocit souladu s prostředím služby,

což zahrnovalo různé faktory – když byla například klinika daleko od místa bydliště, ostatní pacientky a pacienti byli různých věkových kategorií a prostor pro schůzky byl nevhodně časově omezen, jednalo se o bariéru. Při snaze vyhledat léčbu působilo jako překážka neodkázání pacientky či pacienta na konkrétní specializovanou službu a předávání informací formou doporučení namísto zdůraznění naléhavosti situace (Kästner et al., 2021). Jasnou brzdou dalšího vyhledání pomoci byla i předchozí negativní zkušenost s léčbou například ve formě banalizace či zanedbávání pomoci, kdy byly symptomy PPP vnímány jako něco, co je v daném věku normální a co samo postupně odezní nebo byla ignorována závažnost stavu i přes výraznou podváhu (Ali et al., 2017; Griffiths et al., 2018). Významnou bariérou dále představovalo srovnávání s mediálními ideály a snadno dostupný pro-ana obsah, který tlumil uvědomění si závažnosti stavu (Kästner et al., 2021). Rovněž osamělost či nedostatek podpory a povzbuzení ze strany ostatních a neschopnost okolí poskytnout pomoc brzdilo snahu léčbu vyhledat (Ali et al., 2017; Griffiths et al., 2018).

Jako nejvlivnější facilitátory zahájení léčby se jevily somatické symptomy (závažnost byla individuální – u někoho například lámavé nehty, u někoho potíže se srdcem), s nimi související další zdravotní obtíže a zlomové události (např. akutní stav, zážitek zhroucení) (Ali et al., 2017; Kästner et al., 2021; Regan et al., 2017). Facilitační funkci měly i další problémy s duševním zdravím a emocionální obtíže, např. emoční distres (Ali et al., 2017; Regan et al., 2017). Většina výpovědí se týkala interakcí mezi pacientkou či pacientem a sociálním prostředím – důležitým facilitátorem bylo například zaznamenání znepokojivého a zhoršujícího se stavu blízkými a intence ho řešit (Ali et al., 2017; Kästner et al., 2021; Regan et al., 2017). Dále to byly sociální zdroje a vztahy založené na podpoře, otevřenosti, zájmu, pochopení a povzbuzení bez nátlaku. Rovněž měly pozitivní vliv rozhovory s osobami – „pozitivními vzory“, které již k léčbě našly cestu a zaznamenávají zlepšení či uzdravení. I praktické záležitosti jako domluva, připomenutí, doprovod na schůzku, návrhy a opakovaná povzbuzení k vyhledání léčby hrály velkou roli. Jako facilitátor také působilo konkrétní a naléhavé odkazování na specializovanou léčbu, o jejímž přijetí se rozhodovalo společně za účasti pečujících osob. Dále pomáhalo jasné a konkrétní sdělení diagnózy namísto vágního vymezení obtíží pacientky či pacienta a soustředění se na řešení pouhých symptomů. S tím souvisel pozitivní vliv kontinuity lékařské péče ze strany praktického lékaře a pravidelná kontrolní vyšetření. Praktickým facilitátorem byla dostupnost odborníka, který se na problematiku PPP specializuje. Významný facilitátor představovala i zdravotní výchova a destigmatizace terapie, obecně by si však pacientky a pacienti přáli ještě větší míru informovanosti u klíčových osob jako jsou pediatři, praktičtí lékaři, učitelé, fitness trenéři apod. (Kästner et al., 2021) Také

k léčbě vedly obavy z tělesné hmotnosti, obavy týkající se jídla a touha uzdravit se (Ali et al., 2017; Regan et al., 2017). Zejména u dospělých pacientek a pacientů hrála roli interference diagnózy s dalšími životními rolemi (Ali et al., 2017).

### **3.3.2 Bariéry a facilitátory hledání a zahájení léčby z pohledu dalších jedinců zapojených v procesu**

Rodiče pacientek a pacientů s PPP mohou nejen v počátečních fázích procesu cítit tíživou odpovědnost za vyhledání léčby, což ještě více umocňuje psychický dopad diagnózy na pečujícího (Fletcher et al., 2021). Ve studii Coelho et al. (2021) respondentky a respondenti zdůrazňovali silné negativní emoce ve smyslu frustrace, zoufalství, vzteku a úzkosti týkající se toho, jak své dítě co nejlépe podpořit. I přes tento silný vliv onemocnění na rodiče a jejich zapojení však dosavadní výzkum jejich perspektivu v této oblasti dostatečně nereflektuje a ve studiích nalezneme spíše odkazy ke zkušenostem se zdravotnictvím. Dle Coelho et al. (2021), Kästner et al. (2021) a McArdle (2017) byla první bariérou v procesu hledání léčby pro pečující jejich nezkušenost a nedostatek povědomí o PPP, což vedlo k tomu, že onemocnění v časně fázi nerozpoznali. Po rozpoznání obtíží bylo dále překážkou to, když narazili na nedostatečné odborné znalosti týkající se PPP u praktického lékaře svého dítěte – například když posuzoval obtíže jen na základě BMI a neodkázal k další péči. Dále je obecně velmi málo informací o různých možnostech léčby a laik se k nim dostává jen obtížně. To samé platí i pro obecné praktické informace o tom, jak o dítě s PPP pečovat, jak situaci zvládat a zabránit zhoršení stavu. Léčbu brzdil také nedostatek léčebných míst a ambulantních psychoterapeutů, kterým by pečující své blízké svěřili, zejména na venkově. U pečovatelů se v souvislosti s touto bariérou projevoval zejména strach z toho, že během čekacích dob klesá dlouho a těžce budovaná motivace k léčbě. Často bývají specializovaná pracoviště daleko od domova a bližší všeobecná zařízení nemají kapacitu poskytnout individuální péči. Dále bylo bariérou také obtížné získávání následné péče, která je důležitá pro minimalizaci rizika recidivy a regrese. Ani ekonomické bariéry nelze opomíjet, léčba bývá v mnoha zemích nákladná a pojišťovny, které na ni přispívají často nevhodně zasahují do její délky bez ohledu na individuální potřeby pacientky či pacienta. Facilitátorem vyhledání další léčby byla pro pečující vnímaná podpora a upřímnost ze strany zdravotníků a uznání obtíží a potřeb rodičů. Zároveň respondentky a respondenti ve studii Coelho et al. (2021) pozitivně hodnotili vlastní iniciativu a zapojení v procesu.

U profesionálů se dle Kästner et al. (2021) a Lang et al. (2016) jako bariéra ale zároveň i facilitátor ukazuje (ne)nalezení odborníka se specializovanou kompetencí k práci

s pacientkami a pacienty s PPP, ke kterému by je dále odkázali. Důležité bylo vytváření sítí a spolupráce mezi dalšími odborníky z jiných oborů. Také byla bariérou nedostatečná finanční kompenzace za navazování kontaktů a mezioborovou spolupráci, která je v léčbě PPP důležitá a zabere mnoho času navíc.

## 4 Zhodnocení dosavadního výzkumu

V oblasti PPP se setkáváme s komplexními případy s přidruženými obtížemi a znepokojivou mírou chronicity a mortality (Dalle Grave et al., 2021; Papežová, 2018; van Hoeken & Hoek, 2020). Jedná se o velmi zatěžující a v mnoha případech také život ohrožující diagnózu, jejíž výskyt narůstá u širokého spektra věkových skupin, pohlaví, socioekonomických vrstev, ras a národností (Galmiche et al., 2019; Morris, 2018; Papežová, 2018). Věk nástupu se liší u jednotlivých diagnóz, nejvíce je však zatíženo období dospívání a časné dospělosti (Brown et al., 2016; Keel, 2018). Zároveň mezi projevením prvních symptomů onemocnění a kontaktem se zdravotnictvím uplynou dle dosavadních studií i více než dva roky (Volpe et al., 2019; Weigel et al., 2014). Pravděpodobnost plného uzdravení je však nejvyšší během prvních tří let od začátku onemocnění (Lang et al., 2017), včasná intervence je tak velice důležitá (Griffiths et al., 2018). Z těchto důvodů bude výzkumná část této práce zaměřena na dospělé pacientky, které již mají možnost reflektovat nad svou zkušeností s onemocněním a léčbou. Jelikož se jedná o diagnózu, která zasahuje celý rodinný systém, hrají v procesu zahájení léčby významnou roli také blízcí pacientek a pacientů, zejména rodiče (Coelho et al., 2021; Fletcher et al., 2021; Gustafsson et al., 2021; Schlegl et al., 2019; Volpe et al., 2019). Navzdory tomu není perspektivě rodičů ve výzkumných studiích zaměřených na tuto tematiku věnován dostatečný prostor a zahrnují je pouze jednotky výzkumů (Coelho et al., 2021; Fletcher et al., 2021; Kästner et al., 2021; McArdle, 2017). Drtivá většina zahraničních studií se zaměřuje na proces vyhledání léčby z pohledu pacientek a pacientů.

Z dosavadního výzkumu v oblasti zahájení léčby PPP a souvisejících témat vyplývá, že je pokrytí tématu vyhledávání léčby z pohledu pacientek a pacientů s PPP a zároveň jejich rodičů nedostatečné. Výzkumy zjišťující konkrétní facilitátory a bariéry zahájení léčby PPP nalezneme převážně v USA a Spojeném království. Některé studie byly provedeny také v Austrálii, Švédsku, Norsku či Německu. V České republice však takto cílený výzkum chybí. Pochopení zkušenosti pacientek a pacientů a zároveň jejich rodičů prostřednictvím identifikace důležitých aspektů však může vést k následné podpoře motivačních faktorů a odstraňování překážek zahájení léčby v českém prostředí.

## **Empirická část**

### **5 Výzkumný cíl a výzkumné otázky**

V návaznosti na dosavadní výzkum je cílem diplomové práce zjistit, jaké facilitátory a bariéry reflektují pacientky s poruchou příjmu potravy a jejich matky v procesu zahájení léčby. Za tímto účelem byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- **VO1:** Jak vypadá proces zahájení léčby PPP z pohledu pacientek a jejich matek?
- **VO2:** Jaké jsou dle pacientek a jejich matek bariéry pro zahájení léčby PPP?
- **VO3:** Jaké jsou dle pacientek a jejich matek facilitátory pro zahájení léčby PPP?

## 6 Metodologie výzkumu

Vzhledem k podstatě výzkumného problému a typu výzkumných otázek je metodologie kvalitativního charakteru, konkrétně byl zvolen přístup tematická analýza. Jedná se o stěžejní, univerzální a flexibilní variantu kvalitativní analýzy (Braun & Clarke, 2006), kterou lze využít pro získání vhledu do komplexních jevů a procesů. Pomáhá tak porozumět zkušenostem, myšlenkám a chování zkoumané skupiny osob (Kiger & Varpio, 2020). Jelikož tematická analýza není přísně spjata s žádným teoretickým východiskem, lze ji využívat v různých teoretických rámcích (Braun & Clarke, 2006), je však nutné transparentně doložit přesvědčivý postup analýzy (Braun & Clarke, 2022; Kiger & Varpio, 2020).

Autorky metody (Braun & Clarke, 2006, 2022) uvádějí následující šestikrokový postup, viz také Urban (2020):

1. Seznámení se s daty zahrnuje ideálně opakované čtení získaných dat, minimálně však jedno, jelikož je třeba získat vhled do všech aspektů dat. V této fázi je také vhodné dělat si poznámky či zapisovat nápady pro následující fáze procesu.

2. Počáteční kódování znamená identifikaci a systematické přiřazování kódů k nejzákladnějším prvkům dat, která jsou vzhledem ke zkoumané problematice důležitá či zajímavá.

3. Hledání témat představuje fázi třídění všech doposud vytvořených kódů do potenciálních zastřešujících témat, která se napříč daty opakují. Následně se shlukují do konzistentních kategorií a výzkumník přemýšlí o důležitosti a vztazích napříč kódy, tématy a jejich úrovněmi.

4. Revidování témat je důležitým krokem, kdy je třeba ověřit, zda jsou témata v jednotlivých kategoriích koherentní a zároveň dostatečně odlišná, nebo je třeba je přeuspořádat, jelikož témata nemohou být příliš široká ani zachycovat totožný aspekt dat.

5. Definování a pojmenování témat určuje podstatu toho, čeho se téma týká a toho, jaký aspekt dat přesně zachycuje. Všechna témata výzkumník následně uspořádá do souvislého a konzistentního popisu.

6. Sepsání výstupů ústí v komplexní představení zjištění o zkoumané problematice v logickém pořadí. Analýza má poskytovat popis příběhu s ilustračními ukázkami, má jít nad rámec popisu dat a obsahovat argumentaci vztahující se k výzkumné otázce.

### 6.2 Sběr dat

Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, jelikož umožňuje skrze přípravu témat a otázek zajistit pokrytí všech důležitých oblastí zkoumané problematiky

a zároveň zachovává flexibilní přístup ve smyslu úpravy pořadí otázek či jejich drobného přeformulování v závislosti na průběhu rozhovoru a interakci respondentek a respondentů (Birkmann & Kvale, 2018).

Sběr dat proběhl v lednu 2023, dle preferencí respondentek osobně v soukromé kanceláři organizace E-clinic, z.ú. nebo online prostřednictvím platformy Google Meet. Každý rozhovor zahrnoval 19 otázek, mírně přeformulovaných pro skupinu pacientek a pro skupinu matek. Jeho délka se pohybovala mezi 40 a 70 minutami.

Nejprve byly respondentkám poskytnuty informace k průběhu rozhovoru a účelu studie, následně jim byl k podpisu předložen Informovaný souhlas (viz Příloha 1) a Souhlas se zpracováním osobních údajů (viz Příloha 2), v němž mimo jiné souhlasily také s nahráváním audiozáznamu rozhovoru. Následně byl dán respondentkám prostor pro dotazy. Po úvodní etapě byly zjišťovány základní sociodemografické údaje – u pacientek pohlaví, věk, diagnóza, komorbidity, bydliště, vzdělání, rodinná situace, u matek pouze věk, bydliště, vzdělání a rodinná situace. Samotný rozhovor byl rozdělen do čtyř tematických oblastí – (1) vnímání počátku obtíží a vývoje nemoci (např. „Jak jste vnímal/a začátek a vývoj vašeho onemocnění?“ „Jak jste vnímal/a začátek a vývoj onemocnění vašeho syna/vaší dcery?“), (2) popis cesty k zahájení léčby a prvních kroků (např. „Kdy jste začal/a pociťovat snahu situaci řešit a jak to probíhalo?“), (3) vnímané facilitátory a bariéry v procesu (např. „Vnímáte, že vám něco na cestě k léčbě bránilo? Případně co?“ či „Bylo něco, co vám proces zahájení léčby usnadňovalo? Případně co?“) a (4) celkové prožívání procesu (např. „Jaké pro Vás zahájení léčby bylo? Co jste vnímal/a jako nejtěžší?“). Na konci rozhovoru měly respondentky možnost znovu pokládat otázky. Celé znění rozhovorů je uvedeno v příloze (viz Příloha 3). Nahrávky rozhovorů byly následně autorkou práce přepsány do textového dokumentu.

### **6.3 Výzkumný soubor**

Při zvolení přístupu tematické analýzy pro diplomovou práci doporučují Terry et al. (2017) vzorek o velikosti 6-15 respondentek či respondentů. Prostřednictvím letáčku (viz Příloha 4) byly osločovány pacientky na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Centru pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy nebo byly k výzkumu přizvány osobně, se svolením vedoucí centra. Následně pak respondentky nabídly účast také svým matkám a zprostředkovaly kontakt. Kritériem pro zapojení do studie byla u pacientek zletilost, diagnostikovaná PPP, zkušenost s léčbou PPP, ochota se účastnit, podepsání informovaného souhlasu a souhlasu se zpracováním osobních údajů. U matek těchto pacientek bylo kritériem



zapojení se do studie, ochota se účastnit a podpis informovaného souhlasu a souhlasu se zpracováním osobních údajů.

Pro výzkum bylo získáno celkem 10 respondentek, tj. 5 dvojic pacientka-matka. Výzkumný soubor je tvořen pacientkami ve věku vnořující se dospělosti (18-29 let) a jejich matkami (46-54 let). Všechny pacientky se potýkají s PPP a podstupují určitý typ léčby. Čtyři z pěti mají za sebou hospitalizaci a uvádějí také vícero komorbidních obtíží. V období rozvoje a řešení onemocnění bydlely s matkami a dalšími členy rodiny ve společné domácnosti, čtyři z pěti pacientek ve společné domácnosti s primární rodinou i nadále setrvávají. Souhrnné informace o respondentkách prezentuje Tabulka 3 a dvojice jsou dále popsány ve vinětách.

**Tabulka 3**

*Základní údaje o respondentkách*

	<b>Věk</b>	<b>Diagnóza</b>	<b>Komorbidity</b>	<b>Bydliště</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Domácnost</b>
<b>D1</b>	pac.: 18-20 matka: 48-50	mentální anorexie	OCD, emočně nestabilní porucha, deprese	město okolo 15 000 obyvatel	pac.: gymnázium s maturitou matka: střední škola s maturitou	s matkou, otcem a babičkou, sestra bydlí sama
<b>D2</b>	pac.: 21-23 matka: 48-50	mentální anorexie	hraniční porucha osobnosti, úzkostně panická porucha, deprese, OCD, smíšená závislost, PTSD	město okolo 95 000 obyvatel	pac.: gymnázium s maturitou matka: vysoká škola	s matkou, rodiče rozvedení, s otcem a bratrem se vidá
<b>D3</b>	pac.: 27-29 matka: 52-54	mentální bulimie	depresivní porucha, úzkostná porucha, hraniční porucha osobnosti, abúzus alkoholu	město okolo 1 000 000 obyvatel	pac.: střední škola s maturitou matka: střední odborné učiliště s maturitou	s přítelem, rodiče rozvedení, s matkou, otcem a bratrem se vidá
<b>D4</b>	pac.: 18-20 matka: 46-48	mentální anorexie	hraniční porucha osobnosti, úzkostně depresivní porucha, porucha přizpůsobení, panická porucha, deprese	město okolo 170 000 obyvatel	pac.: nedokončená střední škola s maturitou matka: vysoká škola	s matkou, otcem a sestrou
<b>D5</b>	pac.: 18-20 matka: 52-54	nespecifikovaná PPP	nemá	město okolo 1 000 000 obyvatel	pac.: nedokončené gymnázium matka: vysoká škola	s matkou, otcem, bratr bydlí sám

První dvojice (D1) tvořena pacientkou ve věku 18-20 let (P1) a její matkou (M1) ve věku 48-50 let pochází z menšího města okolo 15 000 obyvatel. Pacientka bydlí v domácnosti s matkou, otcem a babičkou. Má již dospělou sestru, která bydlí odděleně. Složením maturitní zkoušky zakončila gymnázium, matka má dokončenou střední školu s maturitou. Pacientka se léčí s mentální anorexií a má diagnostikovanou také obsedantně kompulzivní poruchu, emočně

nestabilní poruchu a depresivní poruchu. Obtíže spojené s PPP u ní začaly cca ve 14 letech, rodiči byly rozpoznány o dva roky později. S problémy s jídlem se v mládí potýkala také matka. První kontakt týkající se PPP proběhl u psychologky v 16 letech, dále následovala návštěva psychiatricky a v 17 letech hospitalizace na nespécializovaném pracovišti. Dále dvě hospitalizace a pobyt na stacionáři na specializovaném pracovišti. Dvojice také dvakrát navštívila vícerodinný workshop zaměřený na PPP. Momentálně je pacientka v ambulantní péči.

Druhá dvojice (D2) tvořena pacientkou ve věku 21-23 let (P2) a její matkou (M2) ve věku 48-50 let pochází z velkého města okolo 100 000 obyvatel. Pacientka má rozvedené rodiče a bydlí v domácnosti s matkou, s otcem se však vídá. Má dospělého bratra, který bydlí odděleně. Momentálně studuje vysokou školu, matka má vysokou školu dokončenou. Pacientka se léčí s mentální anorexií a má diagnostikovanou také hraniční poruchu osobnosti, úzkostně panickou poruchu, depresivní poruchu, OCD, smíšenou závislost a posttraumatickou stresovou poruchu. Obtíže spojené s PPP u ní začaly cca ve 12 až 13 letech, rodiči byly rozpoznány o dva roky později. PPP zároveň trpěl také její bratr, teta a v mládí měla mentální anorexií také matka. První kontakt týkající se PPP proběhl u terapeuta v 16 letech, následovalo vícero hospitalizací týkajících se jiných psychických obtíží pacientky, kdy byla větší či menší pozornost věnována i symptomům PPP. Léčba cílící primárně na PPP proběhla ve formě hospitalizace v 18 letech. Momentálně je pacientka v ambulantní péči.

Třetí dvojice (D3) tvořena pacientkou ve věku 27-29 let (P3) a její matkou (M3) ve věku 52-54 let pochází z velkého města okolo 1 000 000 obyvatel. Pacientka bydlí v domácnosti s přítelem, má rozvedené rodiče a bratra. S rodinou se vídá. Má dokončenou střední školu s maturitou a pracuje na plný úvazek, matka má dokončené střední odborné učiliště s maturitou. Pacientka se léčí s mentální bulimií a má diagnostikovanou také depresivní poruchu, úzkostnou poruchu a hraniční poruchu osobnosti. Obtíže spojené s PPP u ní začaly cca v 21 letech, matkou byly rozpoznány o tři roky později. První kontakt týkající se PPP proběhl ve 24 letech u zdravotnice. Do roka následovala ambulantní péče u psychiatra kombinovaná s individuální (nespecializovanou) a skupinovou terapií (specializovanou). Dále pacientka docházela na stacionář se specializací a byla také na specializovaném oddělení hospitalizována. Momentálně je pacientka v ambulantní péči.

Čtvrtá dvojice (D4) tvořena pacientkou ve věku 18-20 let (P4) a její matkou (M4) ve věku 46-48 let pochází z velkého města okolo 200 000 obyvatel. Pacientka bydlí v domácnosti s matkou, otcem a sestrou. Momentálně má přerušené studium na střední odborné škole, matka má dokončenou vysokou školu. Pacientka se léčí s mentální anorexií a má diagnostikovanou

také hraniční poruchu osobnosti, úzkostně depresivní poruchu, poruchu přízpůsobení, panickou poruchu a deprese. Obtíže spojené s PPP u ní začaly cca v 15 letech, rodiči byly rozpoznány o dva roky později. První kontakt týkající se PPP proběhl u terapeutky v 17 letech, následovalo využití služeb výživové poradkyně, léčba u psychiatricky, hospitalizace na specializovaném pracovišti a pobyt na stacionáři na specializovaném pracovišti. Později proběhly ještě dvě hospitalizace na nespécializovaném pracovišti kvůli jiným obtížím. Momentálně je pacientka v ambulantní péči.

Pátá dvojice (D5) tvořena pacientkou ve věku 18-20 let (P5) a její matkou (M5) ve věku 52-54 let pochází z velkého města okolo 1 000 000 obyvatel. Pacientka bydlí v domácnosti s matkou a otcem. Má již dospělého bratra, který bydlí odděleně. Momentálně dokončuje gymnázium, matka má dokončenou vysokou školu. Pacientka se léčí s nespecifikovanou PPP a neuvedla žádná další onemocnění. Obtíže spojené s PPP u ní začaly cca ve 14 letech, rodiči byly rozpoznány o dva roky později. První kontakt týkající se PPP proběhl u specializovaného psychiatra v 16 letech a do roka následovalo zahájení ambulantní léčby u specializované psycholožky. Dvojice se také účastnila vícerodinného workshopu zaměřeného na PPP. Momentálně je pacientka v ambulantní péči.

## **6.4 Etika výzkumu**

Vzhledem k povaze výzkumu a citlivosti tématu patří respondentky této studie do skupiny zranitelných osob. Zásada dobrovolnosti účasti a komunikace bez nátlaku tak byla hlavním etickým pilířem. Otevírání tématu procesu vyhledání a zahájení léčby může být pro respondentky obou skupin bolavé a potenciálně ohrožující – mohou se objevit nepříjemné pocity. Toto riziko bylo snižováno kompetentním vedením rozhovoru, jelikož je autorka práce absolventkou akreditovaného kurzu komplexní krizové intervence. Dále bylo riziko snižováno informováním o účelu a obsahu rozhovoru již před jeho zahájením a vyzváním respondentky ke zvážení své účasti. Rovněž byly pro případ potřeby pro respondentky připraveny kontakty na krizové linky (viz Příloha 5). Otázky rozhovoru byly otevřené, tudíž byla míra sdílnosti čistě na respondentce. V průběhu rozhovoru byly případné vyjádřené nepříjemné pocity legitimizovány a respondentkám byla připomenuta možnost ze studie kdykoliv odstoupit. Kromě potenciálního psychického diskomfortu nevznikaly respondentkám jiné nesnáze či obtíže vyplývající z účasti ve studii.

Nahrávky rozhovorů přepisovala do textového dokumentu pouze autorka práce. Pro účely anonymizace byly vynechány identifikační údaje respondentek a každé byl přidělen kód P1-P5 a M1-M5. Nahrávky rozhovorů i jejich přepisy pak byly uloženy na zaheslovaný externí disk

a ten byl bezpečně uložen u autorky práce. Kromě ní má k datům přístup také vedoucí práce prof. MUDr. Hana Papežová, CSc. a konzultantka práce doc. Mgr. Kateřina Zábrodská, PhD.

Celkově bylo k respondentkám i k nasbíraným datům přistupováno v duchu základních etických principů beneficence a nonmaleficence. Výzkum byl 15. prosince 2022 pod číslem jednacím 191/22 S-IV schválen Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

## 7 Ukázka analýzy dat

První fáze analýzy, tj. seznámení se s daty, proběhlo skrze ruční přepis rozhovorů z audiozáznamů do textových dokumentů. Hotové přepisy byly následně zkontrolovány přehráním audiozáznamu. Dále byly přepisy vytištěny a znovu pročitány, v průběhu byly zaznamenávány myšlenky a nápady autorky práce týkající se obsahu rozhovorů.

Ve druhé fázi analýzy, tj. počátečním kódování, byly označeny a vypsány všechny důležité či zajímavé prvky dat na okraje dokumentů. Jednalo se o ty nejmenší prvky dat.

Ve třetí fázi, tj. hledání témat, byly identifikované kódy shlukovány do zastřešujících témat, kategorií a podkategorií. Byly posuzovány vztahy mezi nimi a také byly brány v potaz poznámky z první fáze analýzy. Bariéry a facilitátory pak byly shlukovány odděleně pro skupinu pacientek a skupinu matek. V této fázi bylo také přínosné využití vizuálního zobrazení témat v mapách pomocí webové aplikace Miro.

Čtvrtá fáze, tj. revidování témat, probíhala s malou časovou prodlevou pro získání odstupů. Zároveň byli o vyjádření k vytvořeným tématům požádáni dva akademici.

V páté fázi, tj. definování a pojmenování témat, bylo nejprve reflektováno, jaký aspekt dat je tématy zachycován, a následně byla témata pojmenována tak, aby bylo čtenáři již od pohledu jasné, čeho se týkají.

Pro šestou fázi, tj. sepsání výstupů, byla témata chronologicky seřazena a byly k nim vybrány výstižné úryvky z rozhovorů. Rovněž bylo vytvořeno ilustrační schéma zobrazující nejdůležitější výzkumná zjištění, ta jsou dále popsána v kapitole 8.

### Tabulka 4

#### *Ukázka analýzy dat*

	kód	téma	kategorie	
P1: ...ale jako potom jsem si tam vyslechla od různých sestřiček jako že třeba jedna mi konkrétně řekla, že jako vidí, že se tam snažím, ale že ve mně vidí, že to doma stejně nezvládnou a že jako znovu nastoupím na hospitalizaci a tak... jako s takovejma věcmi jsem se prostě setkala několikrát, takže to jsou pak takový ty momenty, co si člověk jako uloží někam do hlavy a vždycky, když jako má ty špatný myšlenky a tak, tak se to vždycky jako objeví a jenom si to v hlavě přehrává, takže to jsem měla určitě jako hodně...	<ul style="list-style-type: none"> <li>- podceňování od zdravotní sestry</li> <li>- opakované nevhodné poznámky</li> <li>- přemýšlení nad nepřijemnými výroky</li> </ul>	negativní zkušenost se zdravotníky	negativní nastavení k léčbě	bariéra
P4: Jako já vim, že už mi tady bylo fakt blbě s tím, že se mi furt motala hlava a byla jsem hrozně slabá, jak jsem nejedla, a to mi říkalo, jakože asi je něco trochu špatně.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- motání hlavy</li> <li>- slabost</li> <li>- tělo signalizuje pochybnost</li> </ul>	fyzické projevy onemocnění	negativní aspekty onemocnění	facilitátor

<p>M1: ...my jsme třeba začaly jako i doma cvičit, protože prostě přece jenom jak jsem pracovala z domova, tak jsme se moc jako nehýbali a upřímně řečeno tam asi už jako u té dcery vlastně probíhala ta nemoc, ale já jsem se domnívala a těšila jsem se z toho, že jako něco děláme spolu jo. Takže jsme cvičily a tak, ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nedostatek pohybu</li> <li>- snaha o změnu</li> <li>- pohyb jako společná aktivita</li> </ul>	<p>desinterpretace symptomů</p>	<p>nerozpoznání onemocnění</p>	<p>bariéra</p>
<p>M3: ...pokaždý, když jsme spolu mluvily, tak jsem se jí vlastně ptala, jestli ještě její zdraví je OK nebo jestli už to jako není za nějakou hranici a jestli není čas... posílala jsem jí telefonní čísla různých psychiatrů, který vlastně mi vždycky někdo někde doporučil a došlo to až sem no.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hlídání zdraví dcery</li> <li>- předávání kontaktů na léčbu</li> </ul>	<p>akční přístup</p>	<p>vlastní péče</p>	<p>facilitátor</p>

## 8 Výsledky analýzy

Tato kapitola prezentuje výsledky analýzy rozhovorů s pacientkami a jejich matkami a je rozdělena do tří podkapitol vztahujících se ke stanoveným výzkumným otázkám – proces hledání a zahájení léčby, bariéry v zahájení léčby, facilitátory v zahájení léčby.

### 8.1 Proces hledání a zahájení léčby

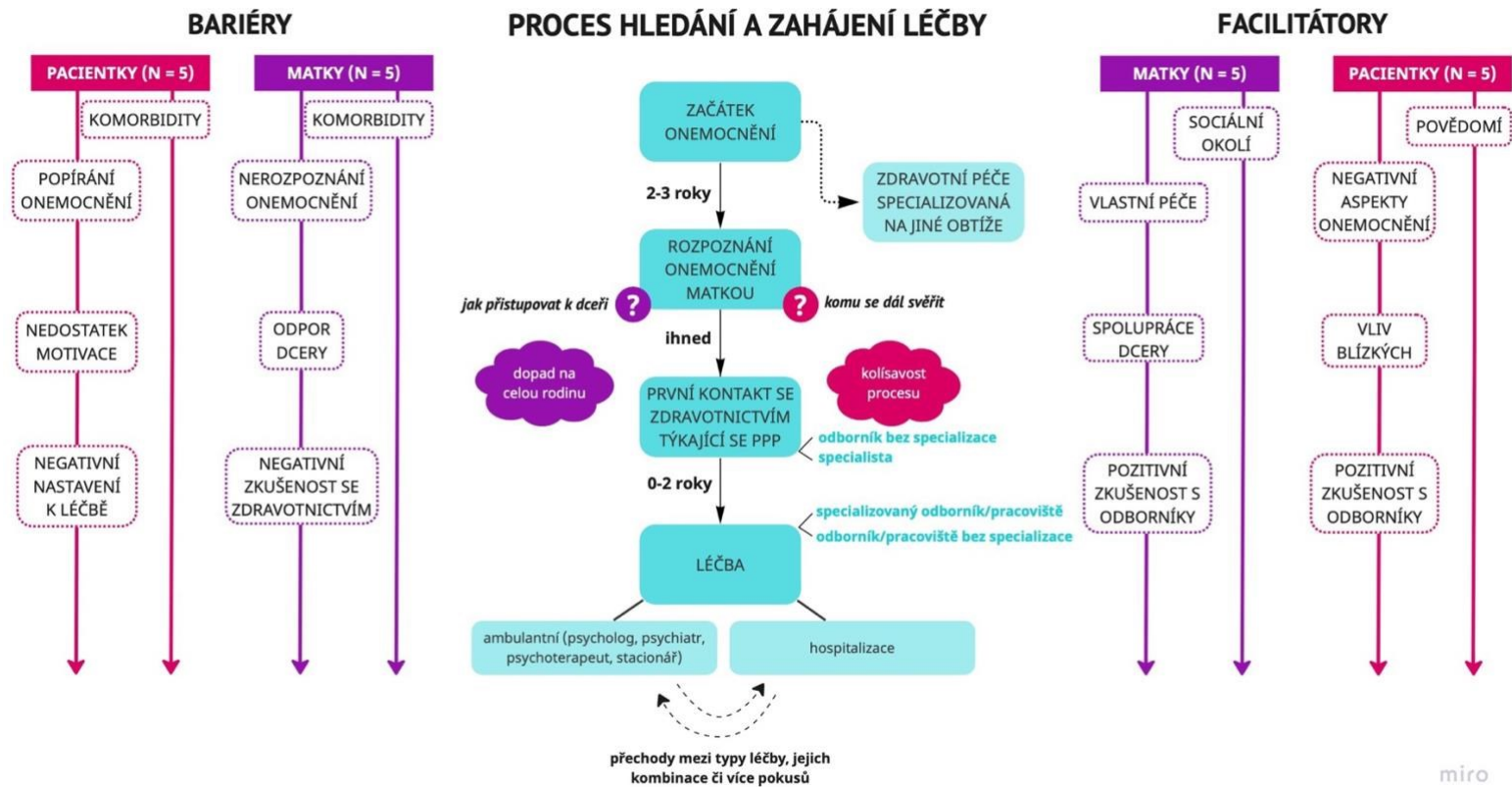
Proces hledání a zahájení léčby v chronologickém uspořádání prezentuje Obrázek 1 na následující straně. Je doplněn zjištěnými bariérami a facilitátory na straně pacientek a jejich matek, které jsou dále rozvedeny v podkapitolách 8.2 a 8.3.

Pro uvedení do problematiky byly na začátku rozhovoru zjišťovány faktické informace o procesu vývoje onemocnění a cestě k léčbě. Ze sdělení respondentek vyplývá, že rozpoznání onemocnění matkou nastávalo až 2-3 roky po jeho vypuknutí a to tak, že se pacientky samy svěřily (2/5) nebo matky zjistily pravý stav věci postupně z chování dcery (3/5). Po rozpoznání onemocnění se pacientky dostávaly k prvnímu kontaktu se zdravotnictvím, který se týkal přímo PPP, téměř ihned. Jednalo se o psychoterapeuty (2/5), psychiatry (2/5) a zdravotnici z jiného odvětví (1/5). Doposud některé z nich využily služeb zdravotní péče spíše kvůli jiným obtížím (3/5) a PPP i před zdravotníky cíleně zatajovaly. Všechny pacientky v kritickém období žily ve společné domácnosti se svou matkou a situaci spoluprožívaly. Právě matky na procesu aktivně participovaly a zapojovaly se do jeho řešení. Do léčby zaměřené na PPP se pacientky od prvního kontaktu dostávaly maximálně do dvou let. Jednalo se o ambulantní či hospitalizační léčbu, mezi nimiž většina pacientek přecházela (4/5) nebo ji kombinovala (4/5). Většina pacientek se v průběhu léčby dostala do specializovaného pracoviště zaměřeného na problematiku PPP (4/5) nebo docházela ke specialistovi v tomto oboru (1/5). Všechny pacientky podstoupily vícero pokusů o léčbu a dodnes se léčí ambulantně.

Do celého procesu během jednotlivých fází vstupovalo množství faktorů, bariér a facilitátorů, jak na straně pacientek, tak na straně matek, právě ty jsou předmětem následující tematické analýzy a jsou podrobněji rozebrány v kapitolách 8.1.1, 8.2 a 8.3.

**Obrázek 1**

*Schéma procesu hledání a zahájení léčby*





### 8.1.1 Průvodní aspekty procesu hledání a zahájení léčby

V procesu hledání a zahájení léčby se na obou stranách opakovaně objevovaly některé aspekty a otázky, které nejsou kategorizovány jako facilitátory či bariéry, ale celý proces doplňují. Zejména po momentu rozpoznání onemocnění matkou u všech respondentek z této skupiny přicházela otázka, jak k dceři v souvislosti s onemocněním přistupovat, jelikož se objevovaly situace, se kterými si matky najednou nevěděly rady. Jednalo se zejména o otázky komunikace, výběru potravin, stolování či pouštění dcery z dohledu. Dalo by se tak hovořit o určitém narušení či ohrožení fungování v rodičovské roli. V souvislosti s tím matky zmiňovaly významný negativní dopad onemocnění na celou domácnost, jež byla neúměrně zatížena zejména ve smyslu konfliktů. To vedlo matky k hledání informací na internetu nebo přímo u odborníků, reflektovaly ale dostupnost informací jako nedostačující. Zapojení celé domácnosti je patrné i z toho důvodu, že respondentky ve výpovědích zmiňovaly například také partnery či manžely. Rodičovskou nejistotu dobře reprezentuje následující ukázka:

*„Na tom internetu vždycky v období, kdy se situace zhoršila, tak jsem začala hledat. Spíš hledat to, jestli jí mám do toho jídla nutit, nebo jestli jí mám vyhovět, nebo vlastně jak se mám chovat já, to jsem hledala. Tam moc těch odpovědí jako zase jsem nenašla, nebo rámcově jo. (...) A pak jsem hledala ten systém, jako co nepovolit, co potrestat, jak jako zasahovat v tu chvíli. (...) A o tom jsem se třeba s panem magistrem radila, jestli jí máme jako zakazovat nebo co.“ (M5)*

Zde se ukazuje jako zásadní potřeba systému, tedy kam z pozice rodiče zasahovat a jak s onemocněním na denní bázi pracovat ve smyslu kontroly – zákazů. Jindy byl dopad onemocnění na rodinu popisován s důrazem na proměnlivost chování dcery v důsledku změn způsobených onemocněním, což vedlo ke konfliktům:

*„Dcera začala být strašně náladová, výbušná, prostě začaly strašný hádky u nás doma, bylo to fakt hrozný prostředí a já jsem se teda domluvila s manželem, i dceři jsem řekla hele, já tý psychologce zavolám, ať nám teda něco řekne. Ať nám poradí, jak se k tobě máme chovat, ať nám o tý nemoci něco řekne. Protože já jsem jako třeba po tom pátrala, i jsem našla nějaký Annabel doporučení, tam je PDFko, docela moc hezky udělaný, tak jsem si to přečetla, ale nestačí to. Jako to vás nepřipraví prostě na tu situaci, kdy máte doma najednou úplně někoho jinýho.“ (M4)*

Na druhé straně u všech pacientek se objevovala otázka, s kým dalším o problému mluvit, ať už z rodiny nebo blízkých. Jednalo se o otázku, která vyžadovala určitý čas. Aspekt sdílení byl důležitý z toho důvodu, že respondentky do okamžiku rozpoznání onemocnění matkou svůj

stav aktivně zatajovaly a jeho přiznání mohlo představovat určité ohrožení. Strach se objevoval zejména v kontextu vnímání a reakce okolí:

*„Hodně jsem to sdílela se ségrou, ale taky to jako trvalo chvílku, než jsme k tomu dospěly. A jinak jako teda s těma rodičema, protože jako ti to řešili hlavně. Ale i třeba jako s babičkou, co žije s námi nebo s dědou nebo tak, tak jsem to nechtěla jako sdílet vůbec, protože tam byl pořád ten strach z toho, že to jako třeba nepochopí, a i když nechtěně, tak by mohli říct něco, co jako by mi v tu danou chvíli mohlo ublížit.“ (P1)*

V tomto případě je patrný především strach z nepochopení a vystavení se komentářů ostatních, které mohou být zraňující. Ten vedl k selekci osob, kterým bylo bezpečné se svěřit a před kterými bude onemocnění i nadále tajeno.

Všechny pacientky také uváděly velkou kolísavost celého procesu, zejména ve vztahu k vlastní motivaci se léčit, což je v problematice PPP známý aspekt. Průběh procesu propisují nejčastěji jako vlny, kdy v určitých chvílích převažovala touha se uzdravit a jindy dominovalo odmítání léčby a zaplavení onemocněním. To způsobovalo mnoho vzestupů a pádů. Ukázka prezentuje kolísavost motivace v průběhu celého roku podstupování léčby:

*„Až pak ke konci, tak jsem byla úplně namotivovaná. (...) Pak to i třeba trvalo 2 měsíce staciku a pak třeba po měsíci jako to šlo zase dolů. (...) Takže to jsem pak se fakt jako z toho chtěla dostat a byla jsem na dobrý cestě, ale pak to na mě zase padlo. Já jsem to fakt měla během toho roku ve vlnách.“ (P4)*

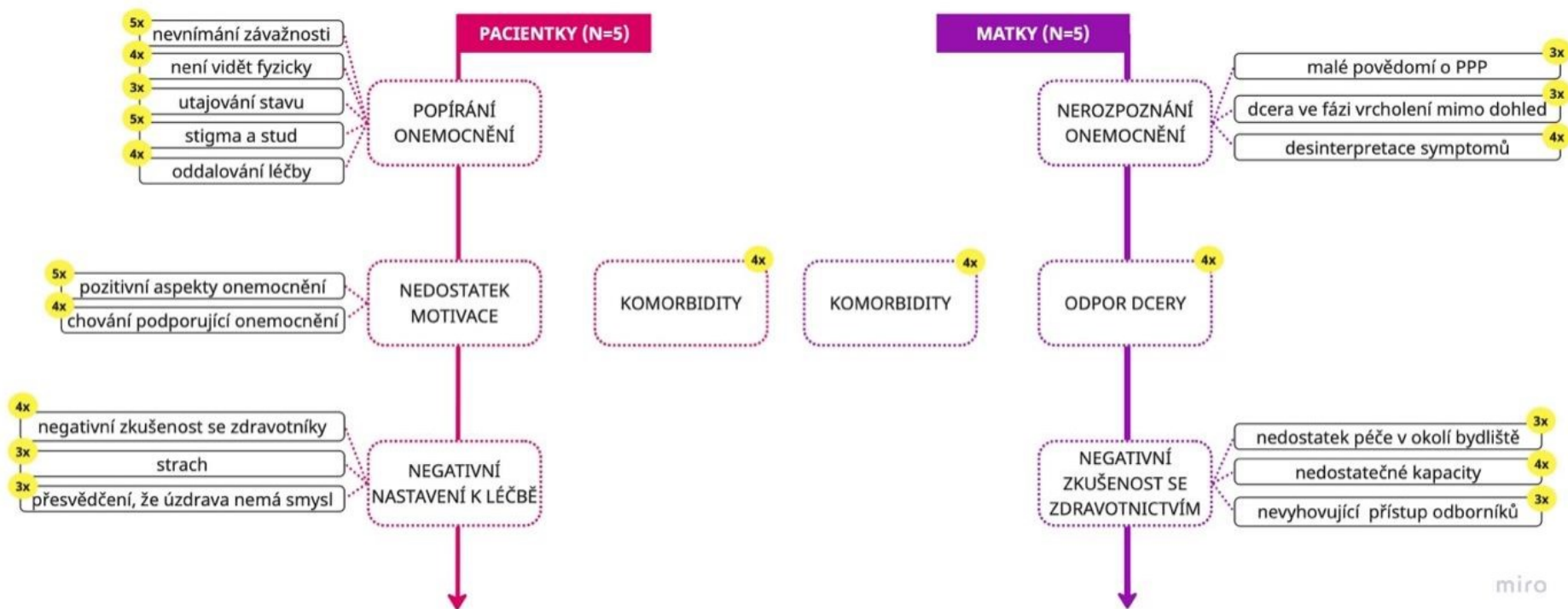
Výše uvedená témata tedy proces hledání a zahájení léčby doprovázela. Zásadnější vliv na proces však měla témata, která byla pacientkami a matkami zmiňována ve smyslu bariér a facilitátorů.

## **8.2 Bariéry hledání a zahájení léčby**

Pacientky i jejich matky v procesu hledání a zahájení léčby reflektovaly množství bariér, které je od vyhledání pomoci vzdalovaly. Tematická analýza identifikovala čtyři hlavní témata na straně pacientek a čtyři na straně matek. Obrázek 2 na následující straně představuje chronologicky seřazené bariéry obou skupin respondentek, které byly pro určité fáze procesu typičtější než pro jiné. Zároveň však platí, že mnohé bariéry vstupovaly i do dalších etap. Většina témat je dále větvena do kategorií s četnostmi výskytu napříč výzkumným vzorkem. Klasické tabulky s tématy a kategoriemi jsou uvedeny v příloze (viz Příloha 6).

## Obrázek 2

Bariéry v procesu hledání a zahájení léčby



### 8.2.1 Fáze první: popírání onemocnění pacientkou a jeho nerozpoznání matkou

Nejvýznamnější bariérou v první fázi procesu, tj. mezi začátkem onemocnění a jeho rozpoznání matkou, bylo dle pacientek popírání onemocnění a dle matek právě nevědomí o něm. Jedná se o témata, která spolu úzce souvisí.

Popírání onemocnění pacientkami bylo reprezentováno pěti kategoriemi. Všechny pacientky uvedly, že svůj stav v začátcích onemocnění nevnímaly jako problém, který by měly nějakým způsobem řešit. Chování související s onemocněním považovaly za normální součást svého života, na kterou byly zvyklé. Po fázi uvědomění naopak hrála roli vnímaná závažnost stavu, kdy respondentky reflektovaly přesvědčení, že sice něco není v pořádku, ale že na tom ještě nejsou tak zle, aby se někomu svěřily či vyhledaly pomoc. Velmi zrádným aspektem v tomto tématu byl totiž u čtyř respondentek (P1, P2, P3, P5) také fakt, že PPP nemusí být na první pohled fyzicky zřetelná, a to zejména v počáteční fázi onemocnění – při pohledu do zrcadla tak respondentky nezažívaly konfrontaci se závažností stavu. Dalo by se tedy říct, že nespĺňovaly svá subjektivní kritéria PPP.

*„Trvá dlouho, většinou do nějakých prvních příznaků jako fyzických, než si člověk fakt uvědomí, že to je kurňa problém a že je to závažný problém. (...) Já jsem si první dva roky vůbec nemyslela, že mám nějaký problém.“ (P3)*

*„Máte subjektivní vnímání sebe sama, takže vám to vlastně téměř nikdy nepřijde urgentní. (...) Ono je to jako věc, která je přítomná, a ne vždycky je úplně viditelná.“ (P5)*

Doložená tvrzení reflektují plíživost onemocnění, jež způsobuje zkreslené vnímání jeho přítomnosti a závažnosti. To například dle respondentky P3 dokázaly narušit až urgentnější fyzické příznaky PPP, které však u mnoha pacientek nemusejí dlouhou dobu přicházet. U tří pacientek (P1, P2, P4) dále k popírání onemocnění přispívalo cílené utajování stavu před okolím. To charakterizovalo zejména lhaní, podvádění při stolování a manipulace. Důvodem tohoto chování byl strach ze ztráty kontroly či nežádoucího zasáhnutí okolí. Respondentky stále odmítaly zařazení svých návyků pod hlavičku PPP. Následující ukázka reflektuje všechny uvedené aspekty utajování stavu:

*„Já jsem nechtěla, aby lidi věděli, co dělám, protože kdyby to věděli, tak mi v tom zabrání. Takže já jsem dlouho... já jsem jim třeba jako řekla, že jim třeba tolik, kolik si myslí, nebo když to asi ani tolik ne. Spíš jako já jsem pak hodně schovávala jídlo a podváděla jsem.“ (P4)*

K popírání onemocnění se v očích všech pacientek také pojilo stigma a stud. To se vztahovalo jak k celospolečenskému náhledu na PPP, tak i k vlastní osobě pacientek ve smyslu selhání. Projevy tohoto aspektu byly patrné v nepřiznávání si závažnosti stavu i ochotě

komunikovat symptomy onemocnění s dalšími osobami, která souvisela se strachem z odsouzení.

*„A i to stigma obecně, že jsem se o tom jako bála mluvit mimo... mimo tu nemocnici nebo mimo lidi, u kterých jsem viděla, že jako se tím zabývají nebo že to do jistý míry chápou.“ (P1)*

*„Hrozně se stydím za to, že jsem tomu propadla a lidi na vás koukaj fakt jinak jo.“ (P4)*

Ukázka dokládá u respondentky P1 strach z komunikace o symptomech PPP a její zaměření na odborníky, od kterých očekávala pochopení a nepodlehnutí stigmatu. Respondentka P4 uvádí zejména stud a interpretuje „propadnutí“ patologickému chování jako své osobní selhání.

Jako poslední se k tématu popírání onemocnění u čtyř pacientek (P1, P2, P3, P4) vztahovalo oddalování léčby. Respondentky uváděly pocit, že je ještě dostatek času situaci nechat plynout, dokud nepřijde nějaký závažnější zlom (např. ve formě rapidního zhoršení fyzického stavu nebo velké urgency ze strany blízkých) nebo dokud nedokončí jiné důležité záležitosti (např. pracovní povinnosti). Tento aspekt byl v jisté míře patrný i v dalších fázích procesu.

*„Tak vlastně ideální plán prvotní byl ten, že já nejdřív nastoupím na stabilizační léčbu do konce listopadu, pak se na měsíc vrátím do práce a od ledna, případně od února, bych nastoupila tady na oddělení 3, ale to i když jsem říkala potom doktorům na pětce, tak mi říkali jako jestli jsem se nezbláznila, že jako vrátit se do toho koloběhu, že by to bylo úplně pak k ničemu.“ (P3)*

Ukázka ilustruje odkládání léčby ve smyslu jejího plánování podle pracovního rozvrhu, kdy respondentka navíc počítala s jejím přerušением v průběhu. Důležitou doplňující informací je v tomto případě také to, že respondentka pracovala v odvětví gastronomie, což je při onemocnění PPP riziková oblast.

Na druhé straně u matek v této fázi přetrvávalo nerozpoznání onemocnění reprezentované třemi kategoriemi. Důležitým aspektem tohoto tématu bylo u tří matek (M1, M3, M4) jejich malé povědomí o problematice PPP. Ať už se jednalo o úplnou neznalost tohoto onemocnění, či velmi omezené informace, které jim neumožnily rozpoznání rizikového chování u svých dcer a předvídání dalšího vývoje. Respondentky zmiňovaly, že se s onemocněním ve svém životě doposud u nikoho z okolí nesetkaly a ty, které ano, tak se o případ dále blíže nezajímaly. Celkovou informovanost o této problematice vnímaly jako malou:

*„Já o týhle nemoci jsem ani nic nevěděla. Jako za nás vim, že to byla jedna dcera známých, ale co k tomu patří, mě to nezajímalo, šlo to mimo mě, neměla jsem s tím bezprostřední zkušenost prostě.“ (M4)*

*„Takže asi bych řekla, že největší problém je ta neinformovanost. (...) Že se vlastně ani o těch věcech nemluví. Já jsem nevěděla jakoby co může nastat.“ (M3)*

Ve vztahu k nerozpoznání onemocnění bylo dále u tří matek (M2, M3, M5) komplikací také to, že dcery bydlely ve fázi vrcholení onemocnění mimo domov, tedy mimo dohled a kontrolu. Povšimnutí si problému tak bylo o to náročnější, jelikož matky neměly v kombinaci s utajováním stavu dcerou ani příležitost zaregistrovat nástup onemocnění.

*„Dcera bydlela v prvním ročníku na gymnázia na internátě, vlastně my jsme byli jinde a ona ve městě, takže vlastně jsem jí měla úplně mimo kontrolu.“ (M2)*

Na druhou stranu však respondentka M5 v tomto kontextu uvádí, že shledání s odstupem času, a tedy zaznamenáním tělesné proměny vzbudilo v rodičích pochybnosti. V tomto smyslu tak naopak odloučení matce k rozpoznání onemocnění do jisté míry napomohlo.

*„Ona mezitím dcera byla na pobytu, ona odjela studovat. (...) No a pak přiletěla na Vánoce a byla kost a kůže, že člověk jí přece jenom viděl s nějakým jako odstupem.“ (M5)*

K nerozpoznání onemocnění u čtyř matek (M1, M2, M3, M5) přispívalo také to, že symptomy desinterpretovaly, tzn. že si projevy onemocnění odůvodňovaly okolnostmi či jinými záležitostmi, které se v jejich životech vyskytovaly. Ať už se jednalo o vyrovnávání se s náročným životním obdobím nebo například doprovodné fyzické obtíže, které však přímo neukazují na PPP. Tuto desinterpretaci nelze vnímat jako nedůslednost či cílenou ignoraci, ale spíše o přirozenou lidskou tendenci zdůvodňovat okolnosti vyskytující se v životě. Následující ukázka v sobě nese všechny výše uvedené aspekty desinterpretace symptomů:

*„Všimla jsem si, že vlastně říkala, že jí furt bolí břicho a já jsem vlastně původně nemyslela, že to je porucha příjmu potravy, ale že prostě má pořád nějaký problémy, protože jsem věděla, že hodně cvičí, že se přepíná, že je ve stresu, že pořád pracuje anebo cvičí a že není v klidu.“ (M3)*

### **8.2.2 Fáze druhá: nedostatek motivace pacientky a odpor dcery vnímaný matkou**

Nejvýznamnější bariérou ve druhé fázi procesu, tj. mezi rozpoznáním onemocnění matkou a prvním kontaktem se zdravotnictvím týkajícím se PPP, byl dle pacientek nedostatek motivace a dle matek odpor dcery. I zde se jedná o témata, která na sebe nasedají.

Nedostatek motivace u pacientek v této fázi reprezentovaly dvě kategorie. Všechny pacientky reflektovaly důležitost pozitivních aspektů, které PPP zdánlivě přináší a udržuje tak motivaci ke změně nížko. Tyto aspekty respondentky přesvědčovaly o tom, aby se onemocnění nezbavovaly, jelikož by o mnoho dobrého mohly přijít. Jednalo se o různé záležitosti – slast

z pocitu štíhlosti, užívání si přejídání bez strachu z tloustnutí, dobrý pocit z dosahování dokonalejší postavy apod.

*„Já jsem x let v tom viděla jenom slast žejo. Proto to vlastně člověk dělá, protože to je strašně příjemný, když se jako můžete přejíst vším, co vám chutná, narvat se tím úplně do prasknutí a vlastně vůbec neztloustnout, protože to potom všechno vyzvrácíte.“ (P3)*

*„Vlastně vnitřně to řešit nechci, protože jsem si připadala mnohem líp, když jsem byla hubenější.“ (P5)*

V souvislosti s pozitivními aspekty onemocnění dále udržovalo nízkou motivaci u čtyř pacientek (P1, P2, P4, P5) jejich chování, které nemoc ještě více podporovalo. I přesto, že již vnímaly přítomnost problému a zažívaly ambivalenci, brzdilo je sledování toxického obsahu na internetu (zejména nabádání k prohlubování závažnosti onemocnění), podporování se v hubnutí s někým z okolí či schraňování motivačního oblečení pro budoucí pokusy o hubnutí. Všechny tyto aktivity šly proti snaze vyhledat léčbu a respondentky stahovaly dolů. Některé typy chování ilustrují následující ukázky:

*„Potom jako jsem samozřejmě spadla k tomu, že jsem si jako našla ty toxický zdroje a víc jsem to v sobě prohlubovala.“ (P1)*

*„Jako já jsem si tak hrdě nakoupila ty malilinkatý oblečky XXS, 34 32 kalhoty, já jsem si to užívala. (...) Já jsem si nějaký kousky dlouho dlouho nechávala jako motivaci, až pak zase budu hubnout.“ (P4)*

*„My jsme totiž spolu chodili zvracet jo, my jsme se v jednu chvíli jako semkli a spolu jsme hubli a přišlo nám to úplně v pohodě.“ (P2)*

Na druhé straně čtyři matky (M1, M2, M3, M4) v této fázi nejsilněji narážely na odpor dcer situaci řešit, což úzce souviselo s jejich nedostatečnou motivací k léčbě. Toto téma bylo respondentkami vykreslováno ve více významech a vnímaly ho jako velmi frustrující, jelikož bylo, zejména v kombinaci s bezradností uvedenou výše, obtížně ovlivnitelné. Jednalo se především o projevy nespolupráce dcery a odkládání léčby. Odkládání léčby je zároveň kategorií přímo reflektovanou skupinou pacientek výše.

*„Já bych řekla, že vlastně ona nebyla nastavená tomu jako spolupracovat. (...) Prostě ta její deprese byla tak hluboká, a vlastně přesvědčení o tom, že musí jít co nejniž, aby tam (pozn.: v léčbě) nebyla největší, tak to bylo prostě hrozný.“ (M1)*

*„Dcera vlastně spíš to řešila tím, že byla pořád v práci jo. A léčbu odkládala a odkládala a odkládala, protože bylo nepříjemný to řešit žejo. (...) Pak jsme se o tom bavily. Ona furt si myslela, že to má furt pod kontrolou, tvrdila, že to má pod kontrolou, že vlastně si to dokáže řídit.“ (M3)*

Respondentka M1 akcentuje frustraci z nespolupráce dcery a odchýlení jejího chování do extrémního protipólu prohlubování nemoci. Respondentka M3 vnímala zejména odkládání léčby a mylné přesvědčení dcery, že situaci ovládá. Matky dále pracovaly na konfrontaci dcer s realitou.

### **8.2.3 Fáze třetí: negativní nastavení k léčbě pacientky a negativní zkušenost se zdravotnictvím matky**

Nejvýznamnější bariérou ve třetí fázi procesu, tj. mezi prvním kontaktem se zdravotnictvím týkajícím se PPP a zahájením léčby, bylo dle pacientek negativní nastavení k léčbě a dle matek negativní předchozí zkušenost se zdravotnictvím. Obě skupiny tak znovu reflektovaly téma vztahující se ke stejné oblasti.

Negativní nastavení k léčbě reprezentovaly u pacientek tři kategorie. Čtyři pacientky (P1, P2, P4, P5) považovaly za důležitou předchozí negativní zkušenost se zdravotníky. Jednalo se zejména o odborníky pohybující se v oblasti péče o duševní zdraví. Pacientky reflektovaly nevyhovující přístup odborníka, zejména nevhodné poznámky, neupřímnost či litování a tlačení do určitého typu léčby. To respondentkám značně podryvalo důvěru v odbornou pomoc a odrazovalo od další léčby.

*„Nesnášim, když mě ten doktor lituje nebo říká, jak to je špatný a hned nabízí hospitalizaci, tak to já úplně nesnášim, to jako, to já úplně zaujmu takovej postoj, že s tím teda dělat vůbec nic nebude.“ (P2)*

Respondentka P5 navíc dodává také nesouznění s diagnózou, kterou jí odborník přiřadil. Reflektuje zejména nevhodný způsob, jakým ji uvedl. Je důležité dodat, že tato respondentka svou diagnózu v rozhovoru konkrétně nespecifikovala.

*„Najednou já jsem se cítila jako diagnostikovaná jako něco, co prostě nejsem. On (pozn.: odborník) mi to nikdy neřekl, on se mnou nikdy nemluvil napřímo. A to je vlastně taky to, co mi strašně vadilo ... on ke mně přišel a řekl – nojo, já vidím tady ten váš hranatý obličej, to znamená, že zvracíte.“ (P5)*

Další kategorií v tématu negativní nastavení k léčbě byl u tří respondentek (P1, P3, P4) strach. Jednalo se zejména o strach vycházející z podstaty onemocnění PPP, tedy z určitých potravin, z přibírání, z nadměrného tloustnutí apod. Respondentky děsilo, že vlastní kontrolu musí vložit co cizích rukou a vstoupit do neznáma. Rovněž byly významné obavy z průběhu léčby, především když se jednalo o hospitalizaci – jak bude organizovaná, jaký bude kolektiv a jak zvládnou požadavky a restrikce pracoviště.



*„Já jsem fakt nechtěla přibrat, to byl u mě největší strach. Já jsem se i chtěla uzdravit a jako mít zdravý myšlení, ale tak, aby mi zůstala ta nízká váha.“ (P4)*

*„Já jsem se bála toho, jak to bude probíhat, protože už jsem věděla, že jako budu tady mít nějaký jídelníček a budu ho muset dodržovat a budu muset sníst všechno. (...) Takže jsem se bála toho, jak to jakoby vydržím, a hlavně jsem se bála toho, jak to vydržím, když budu všechno jíst, tak abych nezvracela.“ (P3)*

Důležitou kategorií v tématu negativní nastavení k léčbě bylo u tří pacientek (P1, P2, P4) přesvědčení, že úzdava nemá smysl, a to zejména ve vztahu k vlastní osobě a pro své vlastní dobro. Respondentky v této fázi neviděly za horizont úzdavy a nepřemýšlely nad tím, co by jim mohla nabídnout. Nenapadlo je tedy, proč se pro sebe v léčbě snažit.

*„Já jako nechápala, proč bych se chtěla uzdravovat. (...) Nemám nějaký jakože... že já se musím uzdravit kvůli sobě, abych byla zdravá, abych se měla hezky. (...) Nedávalo mi to prostě smysl.“ (P2)*

*„No, už jsem potom dost dospěla do bodu, kdy jsem se nesnažila, protože jsem jako neviděla jako proč bych se měla snažit.“ (P1)*

Na druhé straně matky v této fázi rovněž narážely na negativní zkušenost se zdravotnictvím, jednalo se ale oproti pacientkám o samostatné komplexnější téma reprezentované třemi kategoriemi. Tři matky (M1, M3, M4) zmiňovaly problém s nedostatkem péče v okolí svého bydliště. Bylo tak mnohem náročnější zajistit pro dceru léčbu a například respondentka M1 musela zvažovat vícero variant, což komplikovalo kontinuitu péče:

*„Tím, že nejsme pražští, tak vlastně by někde stagnovala v oblastní nemocnici, kde by neměli napojení právě na tu kliniku toho centra poruch příjmu potravy jo, takže tak a chtěli jsme ji mít pod kontrolou, tak proto šla vlastně na to pediatrický oddělení, než se vlastně někam dostala.“ (M1)*

Zároveň se zvyšovala časová a u některých respondentek také finanční náročnost léčby. Ta se dále promítala například i do navštěvování dcery při hospitalizaci. Tyto aspekty však od hledání a zajišťování léčby matky rozhodně neodradily.

*„Co se týče hospitalizace, že vlastně dcera byla v Bohnicích, tak když jsem potom jezdila i na návštěvu za ní, tak to byla prostě záležitost na celý den, třeba hromadnou dopravou.“ (M2)*

V souvislosti s předchozím tři matky (M1, M2, M4) zmiňovaly také nedostatečné kapacity odborníků i pracovišť, což je v současné době palčivý problém. Nalezení odborníci často odmítali nové klienty pro velkou vyčerpávanost a matky dále refletovaly nedostatek odborníků specializovaných přímo na PPP. Co se zájmu o hospitalizaci týče, byly dcery umísťovány do pořadníku a na přijetí čekaly i několik měsíců. To prokazatelně velmi

komplikuje proces uzdravení a znamená další zátěž pro rodinu. Respondentka M4 reflektuje množství nalezených informací, ale přetrvávající nedostatek praktické pomoci:

*„No asi i nedostatek vlastně vůbec těch psychologů, který se tím zabývají. Literaturu jsem si našla, všeobecný rady, spoustu stránek jsem objevila, ale ty odborníky, ke kterým bych tu dceru jako dala, ty nejsou. Natož abych si ještě z nich vybírala. (...) Zpětně jsem sehnala jenom jednu jedinou z těch x telefonátů.“ (M4)*

Podobně jako dcery reflektovaly tři matky (M1, M3, M4) také zkušenost s nevyhovujícím přístupem odborníků. I zde se jednalo zejména o odborníky pohybující se v oblasti péče o duševní zdraví. Respondentky zmiňovaly nevhodné škatulkující komentáře, zastaralý pohled na věc u starších zdravotníků, nedostatek času na pacienty, poskytování mylných informací či celkovou nedůvěryhodnost. Některé zkušenosti byly přímé, jiné zprostředkované skrze vyprávění dcer. Respondentka M3 nad rámec výše uvedených aspektů navíc zmiňuje neudělení diagnózy psychiatrickou, což brzdilo cestu k léčbě:

*„Ta psychiatricka předtím vůbec žádnou diagnózu neudělila, ta prostě jí napsala prášky a měla na ní asi 10 minut, když k ní přišla. Vůbec nic s ní neřešila, dcera ani k ní neměla důvěru, protože ona si na ni neudělala čas a vlastně řekla jí, že by měla chodit k psychologce, ale ta psychologka u nich nakonec tu praxi neotevřela.“ (M3)*

#### **8.2.4 Komorbidity v celém procesu**

K bariérám hledání a zahájení léčby řadily čtyři dvojice pacientek a matek (D1, D2, D3, D4) také komorbidní onemocnění, se kterými se dcery potýkaly. Jednalo se o přidružená fyzická i psychická onemocnění, která různým způsobem vstupovala do celého procesu místy s větší a místy s menší intenzitou. Ve smyslu bariér je na komorbidity pohlíženo jako na něco, co odvádí pozornost od onemocnění PPP a zakrývá jeho závažnost. Zároveň však zkušenost s léčbou komorbidních onemocnění u některých pacientek (P1, P2) určitým způsobem usnadnila přístup k odborné péči. U jedné pacientky například ubírala závažnosti PPP jiná onemocnění, kvůli kterým si opakovaně procházela hospitalizacemi, reflektováno pacientkou i matkou:

*„Já jsem vždycky šla (pozn.: na hospitalizaci) kvůli nějakému hlavnímu problému, ale řešily se k tomu vždycky ty poruchy příjmu potravy, ale trochu jako v menším měřítku.“ (P2)*

*„Já jsem nikdy neřešila izolovaně poruchy příjmu potravy, protože ačkoliv vím, že to je velký problém, tak ty další problémy, které dcera má, tak si myslím, že jsou závažnější.“ (M2)*

Dále to byla například suicidalita, jež narušila samotný průběh léčby, jelikož musela být pacientka na určité období hospitalizována na nesespecializovaném pracovišti. Pacientka hovořila o pokusu o sebevraždu otevřeně, matka tento aspekt zmínila opatrněji, nepřímě.

*„Na tom stacionáři jsem skončila kvůli tomu, že tam byl pokus o sebevraždu, takže vlastně jsem potom nastoupila zpátky na psychiatrii, ale na jiné oddělení.“ (P1)*

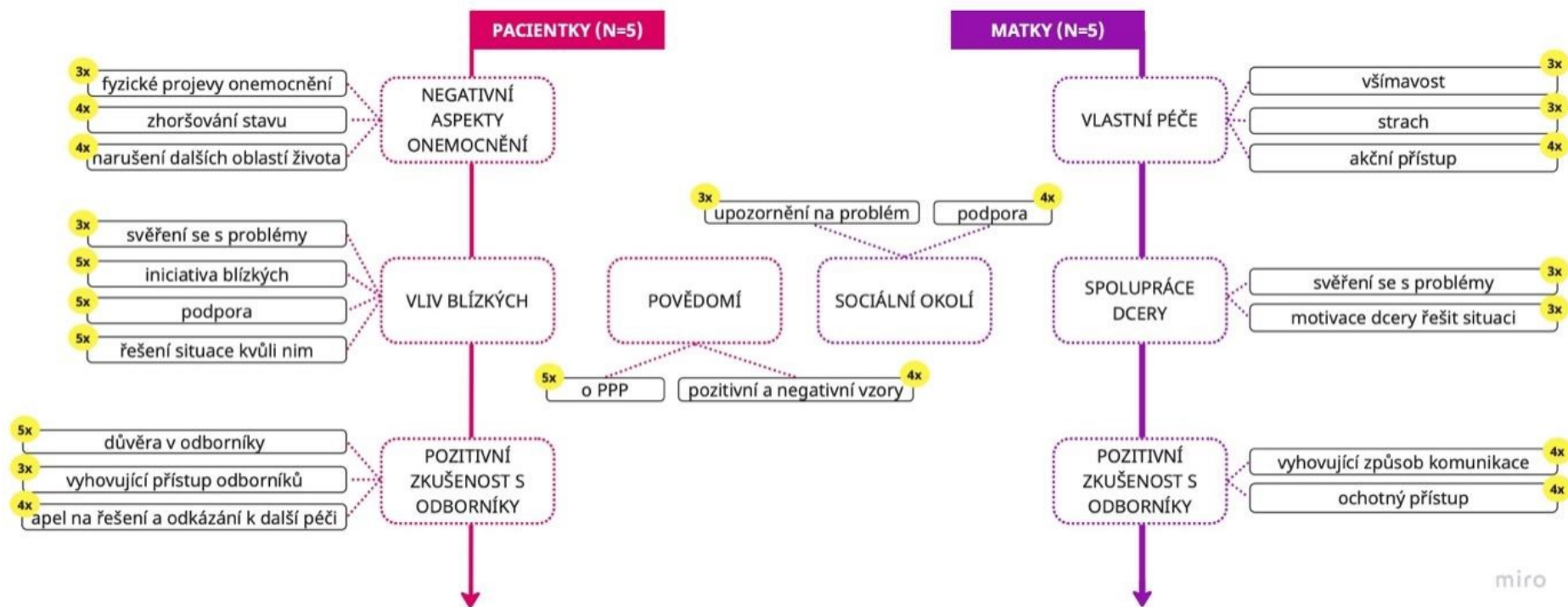
*„Potom teda došlo k tomu incidentu, že prostě to zkusila a s tím stacionářem to úplně nedopadlo, takže velmi krátce asi byla... 4 dny byla teda na tom uzavřeném oddělení Ke Karlovu a potom se přesunula zpátky na centrum poruch příjmu potravy.“ (M1)*

### **8.3 Facilitátory hledání a zahájení léčby**

Pacientky i jejich matky v procesu hledání a zahájení léčby reflektovaly množství facilitátorů, které je přibližovaly k vyhledání pomoci. Tematická analýza identifikovala čtyři hlavní témata na straně pacientek a čtyři na straně matek. Obrázek 3 na následující straně představuje chronologicky seřazené facilitátory obou skupin respondentek, které byly pro určité fáze procesu typičtější než pro jiné. Zároveň však platí, že mnohé facilitátory vstupovaly i do dalších etap. Témata jsou dále větvena do kategorií s četnostmi výskytu napříč výzkumným vzorkem. Klasické tabulky s tématy a kategoriemi jsou uvedeny v příloze (viz Příloha 6).

### Obrázek 3

Facilitátory v procesu hledání a zahájení léčby



### 8.3.1 Fáze první: negativní aspekty onemocnění na straně pacientky a péče matky

Nejvýznamnějším facilitátorem v první fázi procesu, tj. mezi začátkem onemocnění a jeho rozpoznáním matkou, byly dle pacientek negativní aspekty onemocnění a dle matek projevy jejich vlastní péče.

Negativní aspekty onemocnění byly reprezentovány několika kategoriemi. Tři pacientky (P1, P3, P5) považovaly v této fázi za významné to, že se onemocnění začínalo projevovat, zejména fyzicky. Tyto projevy vnímaly pacientky jako děsivé a způsobovaly jim obavy. Dalo by se říct, že se jednalo o jednu z prvních známek toho, že se situace vymyká jejich kontrole a že onemocnění může přinášet vedle pozitivních aspektů také nežádoucí efekty.

*„Třeba že jsem zjistila, že mi hodně padají vlasy, začala se mi zhoršovat hodně pleť, tady se mi jako zvětšily ty uzliny.“ (P3)*

*„Mně to prostě jenom pomalu myslelo a strašně mě to švalo. Najednou prostě příklad jsem nevyočítala tak rychle. Nebo že jsem byla jako hodně unavená.“ (P5)*

Předložené ukázky ilustrují jak estetické fyzické projevy onemocnění, tak projevy narušující každodenní fungování v podobě únavy a zhoršení kognitivního výkonu. S negativními projevy onemocnění souviselo u všech pacientek také zhoršování stavu, jež začínalo pozvolna, ale v určitou fázi nabralo rychlý spád, což ještě více respondentky i jejich okolí znepokojovalo.

*„V tom rozmezí těch 3-4 měsíců to začlo být fakt jako rapidní zhoršení, a proto se to jako celkem rychle potom začlo řešit.“ (P1)*

*„Najednou jsem to začala vnímat na tom svym těle a všímat si těch věcí a říkala jsem si, jo, to bylo rychlý teda. Že jsem čekala, že to je třeba po 30 letech, co máš poruchy příjmu potravy, nebo po 10, po 20, a ne já nevim, po 5-6 letech.“ (P2)*

Ukázky ilustrují aspekt zhoršování stavu vedoucí k řešení situace. Pacientka P2 navíc zdůraznila také vlastní překvapení z rychlého zhoršení stavu, který předpokládala až v pozdějších fázích onemocnění. Se zhoršováním stavu dále dle čtyř respondentek (P1, P2, P3, P5) souviselo také to, že onemocnění začínalo vstupovat do jejich každodenního fungování a narušovat jiné oblasti života. Tyto oblasti byly reflektovány jako důležité a pro pacientky znamenaly něco, pro co stojí situaci začít nějakým způsobem řešit. Jednalo se zejména o to, že zabývání se onemocněním zabíralo mnoho času a energie. V důsledku toho pacientky reflektovaly, že neměly sílu věnovat se svým koníčkům a měly pocit, že přicházejí o zážitky s přáteli a blízkými. Následující ukázky reprezentují všechny výše uvedené aspekty:

*„Mě nejvíc děsilo to, že prostě za to utracím hromadu peněz a trávím tím strašně moc času.“ (P3)*

*„Když jsem byla na atletickém soustředění a vlastně mi to vůbec neběhalo tak, jak mi to běhalo minulej rok, to byl další takový jako impuls, kdy si říkáte tak a dost, teď je fakt potřeba začít už s tím něco dělat, už mě to omezuje ve věcech, který mám ráda.“ (P5)*

*„Prostě jsem viděla ty svoje kamarády, že jedou na dovolenou, že dělaj tohle a tadyto, ale já jsem prostě nemohla s nima.“ (P1)*

Na druhé straně matky v této fázi reflektovaly důležitost vlastní péče směrem k dceři, kterou reprezentovaly tři kategorie. Jelikož matky v této fázi zatím nevěděly, že se jedná o PPP, uváděly tři z nich (M3, M4, M5) důležitost vlastní všímavosti. Jednalo se o fázi, kdy situaci zatím aktivně neřešily, ale začínaly si všimnout zvláštního chování dcer. Respondentka M5 popisuje toto období vyloženě jako bytí ve střehu:

*„No já jsem jako byla ve střehu už v podstatě od toho jara 2020. Tak nějak jedla, ale neřešila jsem to s nikým dál. (...) Takže to jsem byla tak jako ve střehu dejme tomu a jako první taková naléhavá věc byla, nebo taková akce významnější asi bylo to, že jsme jí přivezli zpátky z toho studijního pobytu.“ (M5)*

Se všímavostí rovněž dle tří matek (M1, M2, M4) souvisel přirozený strach o dceru, ten byl však navíc umocněn začínajícími viditelnými projevy onemocnění, jež v této fázi reflektovaly také pacientky výše. Následující ukázky prezentují konkrétní obavy ohledně ubírání dcery na váze, odmítání potravy a hrozby kolapsu:

*„Já jsem najednou cejtla hroznej strach jako, protože jsem viděla, jak dcera začíná najednou ubírat.“ (M4)*

*„Když už nám potom dcera přestala doma jíst úplně, tak jsme se báli, aby nezkolabovala a podobně.“ (M1)*

Poslední kategorií související s péčí matek byl dle výpovědí čtyř respondentek (M1, M3, M4, M5) také jejich akční přístup k problému. Tento aspekt se prolínal celým procesem hledání a zahájení léčby, jeho začátky však byly datovány již do první fáze, kdy se u matek začínalo objevovat podezření na PPP. Jednalo se zejména o dohledávání informací o onemocnění i možnostech léčby – například na internetu či doptávání se známých. Dále pak kontrola dcery, zejména jejího jídelního režimu a následné hledání optimálního způsobu stolování. Matky také aktivně participovaly na zajišťování péče pro dceru, což znamenalo velké nasazení a působení na více úrovních.

*„Já jsem na nic nečekala, já jsem docela taková jako jednající osoba, takže jsem prostě šla na internet a našla jsem si několik telefonátů, šla jsem vyloženě po tom, že na internetu ty psychologové uváděli ty poruchy příjmu potravy.“ (M4)*

V dalších fázích procesu pak matky pokračovaly v hledání informací, opakovaně s dcerami situaci rozebíraly a zajímaly se o proces léčby. U respondentky M5 je navíc viditelný kontinuální aspekt sdílení situace s ostatními (odborníky i laiky) a snaha o získání informací, které by mohly být nápomocné:

*„Jakmile jsem byla s někým, tak jsem to vždycky sdílela a snažila jsem se jako získávat ty informace, který kdo měl no.“ (M5)*

### **8.3.2 Fáze druhá: vliv blízkých na pacientku a spolupráce pacientky s matkou**

Nejvýznamnějším facilitátorem ve druhé fázi procesu, tj. mezi rozpoznáním onemocnění matkou a prvním kontaktem se zdravotnictvím týkajícím se PPP, byl dle pacientek vliv blízkých a dle matek spolupráce dcery.

Vliv blízkých uchopovaly pacientky z vícero úhlů pohledu. U tří pacientek (P1, P4, P5) druhou fázi procesu odstartovalo svěření se s problémem nejbližším, které následně vyústilo v řešení situace. U všech těchto pacientek k přiznání stavu vedly obavy o své zdraví, jelikož se onemocnění začínalo projevovat fyzicky a celkově zhoršovat stav. Pacientky tak byly s nežádoucími projevy přímo konfrontovány, ztrácely kontrolu a nevěděly si již se situací rady. Dalo by se tedy říci, že svěření se blízkým představovalo jedno z prvních volání o pomoc. Zároveň s ním však pacientky váhaly, a i po jeho uskutečnění přicházely pochybnosti.

*„Já jsem pak řekla mamce, že asi mám trochu problém s jídlem, ale já jsem nad tím hrozně váhala.“ (P4)*

*„Jak jsem spadla, tak já jsem měla docela hodně odřenéj obličej a měla jsem modřinu velkou a tak jsem jako věděla, že to budu muset rodičům nějak vysvětlit a v tu dobu už jako jsem fakt cítila že to začíná být špatný.“ (P1)*

Respondentka P1 navíc uvádí kritický incident omdlení, který vedl k uvědomění, že je situace vážná a že se již konfrontaci nevyhne. Proto se rozhodla rodičům přiznat. Jak již bylo zmíněno, odhalení onemocnění vedlo k řešení situace. Zde všechny pacientky, podobně jako matky výše, zmiňovaly velkou iniciativu blízkých, jež se týkala rodičů, sourozenců, přátel i partnerů. Respondentkami byla reflektována zejména ve formě zajišťování péče, dohlížení či motivace. Jako velmi důležitou vnímaly také podporu ze strany blízkých, jež s iniciativou souvisela a posouvala pacientky blíže k léčbě.

*„Brácha si toho všiml, že už chodím hodně zvracet a stál mi za dveřma, a já jsem šla třeba do sprchy a hodně mě... hodně mě kontrolovali. (...) A i moje mamka a můj kluk se bavili, že mi s tím musejí pomoci, že už to není normální no.“ (P2)*

*„Celkově mi pomohla podpora okolí, že s tím chci jako něco dělat, tak mě v tom podporovali.“ (P3)*

Je zajímavé, že všechny pacientky v souvislosti s vlivem blízkých reflektovaly také to, že vlastně situaci řešily i kvůli nim – aby neměli obavy nebo aby jim nepřidělávaly starosti. Zejména méně motivované pacientky uvedly, že se léčily hlavně kvůli blízkým, přestože se jim jako například v ukázce výpovědi respondentky P5 léčba znechutila. Snaha ulevit blízkým tak i přes vlastní diskomfort představovala důležitý faktor.

*„Ale já když jsem pak viděla rodiče... (...) jak byli úplně prostě v háji z toho, nevím no... tak jako tam jsem si řekla fajn, tak jako pro ně já se teda taky začnu snažit.“ (P4)*

*„Chodila jsem tam kvůli mamce, ale vlastně se mi to jako... znechutilo, ale chtěla jsem dělat radost mamce, ale zároveň mi to prostě bylo strašně proti srsti.“ (P5)*

Na druhé straně matky v této fázi vnímaly důležitost spolupráce dcery. Shodně s pacientkami uvedly v této souvislosti tři matky (M1, M3, M4) svěřením se dcery s problémy, což odstartovalo iniciativu respondentek a znamenalo pro matky výchozí bod, ze kterého se ihned snažily nalézat východisko. Dá se tedy říct, že tento aspekt matkám usnadnil práci s odhalováním problému.

*„Vlastně v okamžiku, kdy teda doma omdlela a svěřila se, tak jsme vyhledali tu psychologickou pomoc.“ (M1)*

Samotné svěřením se s problémy ale nestačilo, důležitým navazujícím aspektem po rozpoznání nemoci byla dle tří matek (M2, M4, M5) alespoň drobná motivovanost dcery situaci řešit nebo alespoň neprotestování při zajišťování léčby. Výpověď respondentky M2 nad rámec uvedeného ilustruje také úlevný efekt, který spolupráce dcery měla.

*„Co se týče dcery, tak ta jako ne že by někam radostně běžela, ale neprotestovala, nebo nebylo to tak, že bysme domluvili si schůzku a ona nepřišla nebo to. To nebylo.“ (M5)*

*„To se mi tak jako ulevilo, že konečně prostě dcera chce se a léčit, chce to nějakým způsobem změnit.“ (M2)*

### **8.3.3 Fáze třetí: pozitivní zkušenost s odborníky pacientky i matky**

Nejzmiňovanějším facilitátorem ve třetí fázi procesu, tj. mezi prvním kontaktem se zdravotnictvím týkajícím se PPP a zahájením léčby, byla dle obou skupin respondentek pozitivní zkušenost s odborníky. V této fázi byly tedy pacientky s matkami ve shodě, rozdílné byly pouze některé kategorie reprezentující téma.

U skupiny pacientek reprezentovaly pozitivní zkušenost s odborníky tři kategorie. Všechny pacientky vnímaly jako důležité to, že měly důvěru v odborníky, ke kterým se dostaly.



Jednalo se zejména o přesvědčení o schopnosti odborníků situaci řešit a jejich erudici v oblasti duševního zdraví či vyloženě PPP. Zároveň byla také důležitá důvěra v tom smyslu, že má odborník zájem a kapacitu s pacienty individuálně a se zájmem pracovat. Výpověď pacientky P1 ilustruje výše uvedené aspekty a dodává také související faktor motivace, jež byl podpořen právě vědomím nalezení vhodných odborníků.

*„Já jsem jako věděla, že mám dobrou jak psychiatricku, tak psychologku, že prostě fakt jsem měla štěstí v tom, koho mi rodiče našli. (...) Tak jsem věděla, že jako když já budu chtít, tak tam mám fakt ty lidi, kteří jako se mnou budou dobře pracovat a postupně jsem si jako vybudovala i tu důvěru s tou paní psychologkou.“ (P1)*

Kromě důvěry v odborníky pozitivní zkušenost tvořil dle tří pacientek (P2, P3, P5) i vyhovující přístup těchto odborníků. Ten podporovala jejich ochota, tedy například praktická snaha i nad rámec sezení ve formě zajištění následné péče. Zejména se ale hodnocení přístupu jako vyhovujícího dle pacientek odvíjelo od toho, do jaké míry se odborníci dokázali přizpůsobit jejich potřebám, a tím je zároveň dlouhodobě motivovat k léčbě. Ukázka výpovědi pacientky P5 reflektuje preferenci konkrétní techniky oceňování podobné koučovacímu způsobu práce, na které psychologka přistoupila:

*„Vlastně jako k paní psychologce se těším, protože jí vždycky řeknu, co jsem zvládla žejo a čekám nějakou zpětnou vazbu. Já jsem takovej člověk, ktorej je hodně snaživej, takže... já se do toho opřu, ale potřebuju pak říct... Jo, na tomhle jsi dobře zamakala, ale tohle prostě musíš dělat jinak, protože takhle to nefunguje. A to mi přesně ona říká.“ (P5)*

Poslední kategorií zmiňovanou čtyřmi pacientkami (P1, P2, P3, P4) v kontextu tohoto tématu byl jako důležitý vnímán apel na řešení situace a odkázání k další péči od odborníků. Pacientky vnímaly pozitivně edukaci o onemocnění a nabízení možností další péče při zhoršování stavu. Včasné rozpoznání takového momentu vedlo k plynulejšímu přechodu mezi léčebnými programy.

*„Já jsem to řešila právě s paní doktorkou, která mi teda jako řekla, že jako tady pošleme žádost o zapsání do poradníku a vysvětlila mi, jaké jsou ty možnosti.“ (P1)*

*„Já jsem měla docela ochotnej přístup od svý psychiatricky, která teda pak doporučovala výrazně tu hospitalizaci, protože říkala, že sama jako není specializovaná.“ (P3)*

Předložené úryvky nad rámec výše zmíněných aspektů reflektují u respondentky P1 také pozitivní efekt provázení při zajišťování další péče a u respondentky P3 otevřenost psychiatricky v otázce vlastních možností a specializace.

U skupiny matek reprezentovaly pozitivní zkušenost s odborníky dvě kategorie. Čtyři matky (M1, M2, M3, M4) reflektovaly jako důležitý vyhovující způsob komunikace odborníka.

Zmiňována byla především upřímnost a otevřenost při komunikaci, což se týkalo jak možností léčby, tak prognózy. Komunikace tak byla transparentní, pro matky dobře čitelná a bylo minimalizováno riziko nepochopení či zmatení. K tomu dále přispívalo také adekvátní přizpůsobení mluvy a používaných výrazů. Předložená ukázka navíc reflektuje pozitivní aspekt lidskosti a upuštění od autoritativního způsobu komunikace:

*„Vyhovuje mi, když se mnou prostě mluví otevřeně, když nepoužívají milion cizích výrazů, kterým bych třeba nerozuměla, a když jako nejsou přezíravý a když prostě jako se mnou mluví upřímně a nesnaží se nade mě nějak povyšovat.“ (M2)*

Čtyři matky (M1, M2, M4, M5) také považovaly za důležitý ochotný přístup odborníků. Respondentky reflektovaly zejména velkou snahu odborníků pomoci, která mnohdy přetrvávala i nad rámec domluvených sezení. Jednalo se například o snahu zajistit další péči pro pacientky, což v kontextu jejího nedostatku vyžadovalo více času a úsilí. Tím matkám velmi ulevilo.

*„Tam jsme teda narazili i na psychiatricku a ta nás vlastně hodně nasměrovala potom i na to centrum poruch příjmu potravy. (...) A snažila se nám opravdu hodně pomoci, aby jí potom třeba dostali aspoň do tý Krče.“ (M1)*

*„Musím paní doktorku pochválit, že jeden den jsme si volaly snad čtyřikrát, protože to vypadalo, že dcera do tý Prahy ani nevydrží. Tak jí to vyjednala.“ (M4)*

Tyto úryvky reflektují respondentkami vnímanou velkou snahu odbornic vyplývající z pohotové reakce na zhoršující se stav dcer. Respondentka M4 oceňuje také vyšší frekvenci komunikace iniciovanou odborníci.

#### **8.3.4 Povědomí dcery a sociální okolí matky v celém procesu**

Obě skupiny respondentek vnímaly v procesu hledání a zahájení léčby facilitátor, který je kolísavě provázel všemi fázemi. U pacientek se jednalo o vliv povědomí a u matek o vliv sociálního okolí. Zde se tedy skupiny ve zmiňovaných tématech liší.

U pacientek facilitátor povědomí reprezentovaly dvě kategorie. U všech pacientek hrálo roli obecné povědomí o tom, s jakým onemocněním se potýkají a jaké může mít následky. Jednalo se o povědomí, které bylo získáno různými způsoby – ve škole, ve svém okolí či na internetu. Zdá se, že se pacientky v míře povědomí lišily, vstupovalo však kolísavě do procesu u všech z nich, a to zejména ve formě strachu z toho, jaké může mít PPP následky.

*„Já jsem si vylosovala ve škole mentální anorexii a měla jsem na ní dělat referát. A v týden, kdy já jsem do toho padala jo, takže teď já tam čtu, to studuju a čtu tam všechny příznaky a teď jak to probíhá, jaký jsou následky ty zdravotní žejo, že si můžu totálně rozházet metabolismus, můžu jako nemoci mít děti a takový. A podle mě mě to tak nějak zachránilo,*

*protože jako jak jsem to četla, tak já jsem si řekla hele, já asi se k tomu dost jako blížím a asi úplně nechci jako takhle skončit.“ (P4)*

Ukázka reflektuje konfrontaci respondentky s informacemi o PPP v pro ni citlivý moment. Dalo by se tak tedy hovořit o jakémisi sebereferenčním efektu, který se se zhoršováním stavu zesiloval a upozorňoval na rizika jejího chování. S povědomím dále dle čtyř pacientek (P1, P3, P4, P5) souviselo také to, že znaly další lidi, kteří si onemocněním také prošli či procházejí, lze je označit jako pozitivní a negativní vzory. Pozitivní vzory fungovaly zejména ve smyslu dodávání naděje v uzdravení. Pacientky sledovaly jejich cestu, kterou mohly následovat a cítit skrze ni určité propojení. Negativní vzory na druhé straně reprezentovaly spíše nepříznivé události, které pacientky u ostatních lidí trpících PPP zaznamenaly a vnímaly je více odosobněně.

*„Prostě jsem si našla jako lidi, který pro mě byli jako pozitivním vzorem a zároveň jako pro mě bylo hodně důležitý to, že jsem cítila, že s nima mám hodně společného, že mi jako nějak ukazovali, jakou cestou bych to třeba mohla jako postupně překonat nebo jak jako udělat nějaký ten první krok.“ (P1)*

*„Vím, že kamarádka, který sestřička měla anorexii, tak tam prostě upadla na tréninku a vyvrkla si kotník, nebo si dokonce něco zlomila, že byla tak vyčerpaná, že spadla při běhu. Nebo kamarádka omdlela ve třídě...“ (P5)*

Předložené úryvky ukazují u respondentky P1 vztahování se k pozitivnímu vzoru, kde navíc uvádí také důležitost vnímané podobnosti mezi svou osobou a jím. Význam pozitivního vzoru tak mohl být právě touto podobností umocněn. Na respondentku P5 naopak působily negativní vzory ve smyslu fyzických kolapsů v důsledku PPP u lidí v jejím sociálním okolí. Právě události související se zhoršenou výkonností ve sportu pro ni představovaly významný aspekt.

U matek facilitátor sociální okolí reprezentovaly dvě kategorie. Tři matky (M1, M3, M5) vnímaly zejména na začátku procesu důležitost upozornění na problém dcery od ostatních. Jelikož pro matky bylo obtížné do určité chvíle rozpoznat onemocnění, byl podnět z okolí velmi cenným zdrojem informací. Jednalo se především o pochybnosti ze strany ostatních členů rodiny (sourozenců dcer nebo sourozenců matek samotných) či známých, které se týkaly vzhledu či jídelního chování pacientek a podpořily tak ostražitost a následnou akci matek.

*„A vlastně hodně nás na to upozornila starší dcera, protože s námi nebydlí a když vlastně přijela po dlouhé době domů, tak uviděla vlastně u té dcery ten skok, který my jsme při tom každodenním styku prostě nezaznamenali jo.“ (M1)*

Uvedená ukázka prezentuje důležitost upozornění na problém od starší dcery (sestry pacientky), která již bydlela mimo domov a rodinu navštěvovala s odstupem času, mohla si tak povšimnout patologických změn, které při každodenním životě nejsou tak zřetelné. Tím oslabila desinterpretaci symptomů na straně matky. Dále byla k sociálnímu okolí čtyřmi matkami (M1, M3, M4, M5) vztahována také podpora, jež byla důležitým faktorem v průběhu celého procesu hledání a zahájení léčby. Podporu vnímaly zejména ve svém vlastním partnerském vztahu, od dalších členů rodiny, přátel, známých či odborníků. Jednalo se především o možnost komunikace o problému a svěřování se, jak reflektuje výpověď respondentky M3:

*„Já mám obrovský jako štěstí, že mám partnera, se kterým můžu řešit všechno. Takže s ním jsme to řešili a on si toho i všiml, takže vlastně tomu jsem to ani říkat nemusela. Mám rodinu, která je všímavá, takže se sestrou jsem to probírala. Takže sama jsem na to nebyla. (...) Podpora od té rodiny, to si myslím, že to je důležitý.“ (M3)*

#### **8.4 Shrnutí výzkumných zjištění**

Na základě výzkumných zjištění představuje hledání a zahájení léčby komplexní proces, který byl pro přehlednost uspořádán do několika stádií – jednalo se o začátek onemocnění, rozpoznání onemocnění matkou, první kontakt se zdravotnictvím týkající se PPP (ať už u specialisty na PPP nebo odborníka bez specializace) a zahájení ambulantní či hospitalizační léčby (ať už ve specializovaném pracovišti na problematiku PPP či na pracovišti bez specializace). Pacientky mezi typy léčby přecházely nebo je kombinovaly.

K jednotlivým fázím procesu byly přiřazeny intervenující faktory z kategorie průvodních aspektů, bariér a facilitátorů. Pacientky i jejich matky tak na cestě k léčbě zmiňovaly mnoho témat a samotný význam participace matek byl nezpochybnitelný, což dokládala tvrzení obou skupin respondentek. Obecně lze říci, že se ve výpovědích pacientek a jejich matek objevovalo množství shod a reflektovaná témata na sebe v určitých fázích přímo navazovala či byly zmiňovány shodné aspekty, a to zejména v kategorii facilitátorů.

V průběhu procesu matky negativně prožívaly dopad onemocnění na celou domácnost a řešily otázku, jak k dceři vhodně přistupovat. Pacientky u sebe vnímaly velkou kolísavost a proměnlivost procesu, zejména co se týče jejich vlastní motivace k léčbě. Také bylo otázkou, komu dalšímu se svěřit a s kým situaci řešit.

Odhalení onemocnění brzdilo na straně pacientek jeho popírání, u matek jeho nerozpoznání. Dle výpovědí pacientek však napomohlo to, že se začaly objevovat negativní aspekty onemocnění, matky naopak reflektovaly vliv vlastní péče. Při přechodu k prvním

snahám situaci odborně řešit pacientky brzdil nedostatek motivace a matky narážely na jejich odpor. Pacientkám ale napomáhal vliv blízkých, v jehož časové souvislosti matky zmiňovaly pozitivní efekt spolupráce dcery. Před zahájením léčby pak obě skupiny respondentek uváděly faktor zdravotnictví – pacientky od léčby vzdalovalo negativní nastavení k léčbě, matky brzdila negativní zkušenost se zdravotnictvím. K léčbě však obě skupiny přibližovaly pozitivní zkušenosti s odborníky. V průběhu celého procesu, dle výpovědí pacientek i matek, negativně působila další komorbidní onemocnění dcer. Průběžný facilitační efekt mělo u pacientek povědomí a u matek vliv sociálního okolí.

## 9 Diskuse

### 9.1 Reflexe výzkumných zjištění ve vztahu k dosavadní publikované literatuře

Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaké facilitátory a bariéry reflektují pacientky s PPP a jejich matky v procesu zahájení léčby. První výzkumná otázka, tedy „Jak vypadá proces zahájení léčby PPP z pohledu pacientek a jejich matek?“ pro zasazení do kontextu mapovala kromě samotných bariér a facilitátorů trajektorii cesty k hledání a zahájení léčby a její průvodní aspekty. Ukázalo se, že rozmezí mezi projevem prvních symptomů PPP a prvním kontaktem se zdravotnictvím bylo u respondentek cca 2-3 roky. Toto zjištění koresponduje s výsledky německé dotazníkové studie zaměřené na mentální anorexii Weigel et al. (2014) o vzorku 58 žen a také s výsledky italské studie Volpe et al. (2019), v níž byla data sbírána prostřednictvím formuláře od 218 žen a 28 mužů. Gulliksen et al. (2015), Schlegl et al. (2019) a Volpe et al. (2019) zdůrazňují při prvním kontaktu roli praktických lékařů, kteří v mnoha případech odesílali pacientky a pacienty k další péči, například dle Volpe et al. (2019) se pak dostali ke specialistům na problematiku PPP do půl roku. Ve výpovědích českých respondentek však praktičtí ani dětské lékaři v tomto smyslu nezaznívali a pacientky se dostávaly rovnou k odborníkům na duševní zdraví. To však může být způsobeno také tím, že uváděly mnohá komorbidní onemocnění, a tak díky nim mohly mít navázaný určitý typ péče, tudíž mohlo být snadnější se k ní dostat i s PPP. Cesta ke specializované léčbě však byla u českých respondentek oproti této studii delší, v rozmezí 0-2 let. To ale může být způsobeno i nedostatkem odborníků na problematiku PPP a specializovaných pracovišť v České republice.

Zejména matky refletovaly v procesu negativní dopad onemocnění na celý rodinný systém, především ve smyslu konfliktů. Ten je mimo jiné potvrzován řadou již publikovaných studií (Coelho et al., 2021; Fletcher et al., 2021; Gustafsson et al., 2021; McArdle, 2017). České matky však navíc důrazně upozorňovaly na řešenou otázku, jak konkrétně k dceři přistupovat a jak s nemocí ze své pozice zacházet, chyběly jim praktické rady. Pacientky na druhé straně zmiňovaly velkou kolísavost procesu, zejména co se jejich vlastní motivace k léčbě týče. Toto zjištění koresponduje s norskou studií mentální anorexie Gulliksen et al. (2015) a německou studií mentální anorexie a mentální bulimie Schlegl et al. (2019). Nad rámec toho však české respondentky uváděly také řešenou otázku, s kým dalším kromě matky či obou rodičů onemocnění probírat. Zdá se, že téma svěřování se pro ně bylo podstatnější.

Proces hledání a zahájení léčby byl pro zjednodušení a přehlednost chronologicky uspořádán do schématu o čtyřech fázích, ke kterým byly přiřazeny jednotlivé facilitátory a bariéry. Podobná znázornění nalezneme již v publikovaných studiích. Schlegl et al. (2019)

však načrtli pouze časovou osu od začátku onemocnění mentální anorexií a mentální bulimií přes získání diagnózy po zahájení léčby. Volpe et al. (2019) naopak pouze znázornili přechody pacientek a pacientů mezi jednotlivými odborníky zdravotní péče. Nejpodobnější schéma představili ve své studii Schoen et al. (2012), jelikož kromě chronologického uspořádání cesty k hledání léčby zapojili do schématu některé důležité faktory, které v procesu dle pacientek a pacientů hrají roli. Autoři však zaznamenali pouze cestu od nevyhledávání pomoci k rozhodnutí pomoc vyhledat a neobsáhli ve schématu časovou perspektivu. O znázornění cesty k léčbě s důležitými facilitátory a bariérami v jejím průběhu se pokusili rovněž Coelho et al. (2021), schéma však reflektuje pouze pohled rodičů a neudává časové údaje.

Druhá a třetí výzkumná otázka, tedy „Jaké jsou dle pacientek a jejich matek bariéry pro zahájení léčby PPP?“ a „Jaké jsou dle pacientek a jejich matek facilitátory pro zahájení léčby PPP?“, jež cílily na konkrétní faktory, které obě skupiny respondentek vzdalovaly od léčby, či je k ní přibližovaly. Obě skupiny respondentek zmiňovaly množství bariér a facilitátorů. V mnohých tématech se shodovaly, byly pouze jinak časově řazeny či nazývány. Větší shoda se zdá být v početnější skupině facilitátorů, což by mohlo naznačovat podobné potřeby obou skupin. Podle pacientek i matek působila v průběhu onemocnění jako bariéra komorbidní onemocnění dcer. Ve studii Ali et al. (2017) však byly komorbidity pacientkami zmiňovány ve smyslu facilitátoru. Zdá se tedy, že na tuto kategorii lze pohlížet oběma směry – přidružené onemocnění může k léčbě přivést, nebo od ní naopak zdržovat a problémy spojené s PPP zastínit. V průběhu procesu pacientky vnímaly jako nápomocné povědomí o PPP a pozitivní a negativní vzory z okolí. Obdobně zmiňovaly pacientky vzory také ve studii Kästner et al. (2021), ale pouze v pozitivním slova smyslu. Matky reflektovaly důležitost sociálního okolí, ať už ve smyslu upozornění na problém dcery nebo celkové podpory. Ve zmíněné studii rovněž zaznívala od rodičů podpora, byla však vztažena spíše ke zdravotníkům.

Nejvýznamnější bariérou v první fázi procesu, mezi začátkem onemocnění a jeho rozpoznáním matkou, bylo u pacientek popírání onemocnění tvořené nevnímáním závažnosti stavu, nedostatečnou fyzickou manifestací problému, utajováním stavu, stigmatem, studem a oddalováním léčby. Nevnímání závažnosti stavu a oddalování léčby reflektují ve svých výzkumech rovněž Griffiths et al. (2018), Kästner et al. (2021) a Regan et al. (2017), stigma a stud potom například Ali et al. (2017) a Griffiths et al. (2018). Matky v této fázi shodně se závěry Coelho et al. (2021), Kästner et al. (2021) a McArdle (2017) reflektovaly nevědomí o probíhající onemocnění, se kterým se pojilo nedostatečné povědomí o PPP, nad rámec publikovaných studií však k tomuto tématu patřila také absence dcery v domácnosti ve fázi vrcholení onemocnění a velká váha desinterpretace symptomů. Naopak facilitátory v této fázi

u pacientek tvořily negativní aspekty onemocnění, ke kterým patřily fyzické projevy, zhoršování stavu a narušení dalších oblastí jejich života. I tyto aspekty jsou v zahraniční literatuře zmiňovány, a to například ve výzkumných závěrech Ali et al. (2017), Kästner et al. (2021) a Regan et al. (2017), interferenci s dalšími oblastmi života uvádí spíše ve smyslu rolí u starších pacientek Ali et al. (2017). Matky reflektovaly jako facilitační především svou vlastní péči, kterou reprezentovala všímavost, strach a akční přístup, což je ve shodě se zjištěním Coelho et al. (2021). K těmto tématům se však v dosavadní literatuře vzhledem k nedostatečnému prostoru věnovanému rodičům vyjadřovaly spíše samotné pacientky a pacienti, například ve studii Kästner et al. (2021) jimi byly tyto aktivity blízkých vnímány pozitivně.

Druhou fází procesu mezi rozpoznáním onemocnění matkou a prvním kontaktem se zdravotnictvím týkajícím se PPP, brzdil dle pacientek nedostatek jejich motivace. Ten udržovaly pozitivní aspekty onemocnění, což jsou faktory, které jsou z literatury dobře známé, z recentních výzkumů je reflektují například studie Ali et al. (2017) a Griffiths et al. (2018). České pacientky však zdůrazňovaly také chování, které nemoc podporovalo a udržovalo tak nízkou motivaci. Matky v důsledku nedostatečné motivace dcer narážely na jejich odpor situaci řešit. Tento aspekt literatura reflektuje spíše v kontextu klesající motivace pacientek se léčit například při čekání na hospitalizaci (Fletcher et al., 2021). V této fázi procesu pacientkám napomáhal vliv blízkých, a to ve smyslu svěřením se s problémy či jejich iniciativy a podpory, což jsou faktory uváděné i ve studiích Ali et al. (2017), Kästner et al. (2021) a Regan et al. (2017). Pacientky v souvislosti s tímto tématem také zmiňovaly to, že řešily situaci právě kvůli svým nejbližším. Podobný aspekt reflektují ve své studii pouze Griffiths et al. (2018), a to naopak ve smyslu bariéry tak, že pacientky svůj zdravotní stav zatajovaly, aby neděsily své nejbližší. Matky v této fázi vnímaly jako facilitátor spolupráci dcer, ve shodě s nimi to bylo zejména svěřením se s problémy a motivace situaci řešit či alespoň spolupracovat, což, zdá se, dosavadní výzkumy takto explicitně nereflektují.

Největší bariérou ve třetí fázi procesu, mezi prvním kontaktem se zdravotnictvím týkajícím se PPP a zahájením léčby, bylo pro pacientky negativní nastavení k léčbě, které tvořila negativní zkušenost se zdravotníky, strach a přesvědčení, že úzdrava nemá smysl. Všechny tyto kategorie uváděli pacientky a pacienti také ve výzkumech Ali et al. (2017), Griffiths et al. (2018) a Regan et al. (2017). O tomto negativním nastavení lze uvažovat i v kontextu nízké motivovanosti pacientek. Rovněž matky nejčastěji zmiňovaly zdravotnictví, konkrétně jejich negativní zkušenost s ním. Jednalo se však spíše o praktické bariéry – nedostatek péče v okolí jejich bydliště, nedostatečné kapacity odborníků i pracovišť



a nevyhovující přístup odborníků. Právě tato témata jsou v dosavadní literatuře z pohledu rodičů nejvíce zmiňována (Coelho et al., 2021; Fletcher et al., 2021; Kästner et al., 2021) a některé studie se zaměřují přímo na výzkum zkušeností rodičů se zdravotním systémem při řešení obtíží spojených s PPP (McArdle, 2017). Jako nápomocnou vnímaly obě skupiny respondentek pozitivní zkušenost s odborníky. Pacientky shodně se závěry Kästner et al. (2021) reflektovaly důvěru v odborníky, jejich vyhovující přístup a apel na řešení situace s odkázáním k další péči. Matky obdobně zmiňovaly vyhovující způsob komunikace a jejich ochotný přístup.

Ze srovnání vyplývá, že nejkomplexnější a nejpodobnější dosavadní studií k tématu hledání a zahájení léčby s bariérami a facilitátory z pohledu pacientek a pacientů i rodičů zároveň je studie Kästner et al. (2021), která nad rámec tohoto výzkumu v českém prostředí zapojuje také pohled zdravotníků. Perspektivu pečujících dále zahrnuje pouze menšina výzkumů, která se, kromě studie Coelho et al. (2021), navíc zaměřuje spíše na vybraný aspekt problematiky (Fletcher et al., 2021; Gustafsson et al., 2021; McArdle, 2017). Zmíněné kvantitativní a přehledové studie poskytují robustnější vhled do této oblasti, není zde však dostatečný prostor pro rozebrání všech důležitých témat do dostatečné hloubky (Ali et al., 2017; Griffiths et al., 2018; Regan et al., 2017). Tento výzkum lze tedy považovat za rozšíření záběru zahraničních studií. Podařilo se zmapovat proces hledání a zahájení léčby s jeho facilitátory i bariérami na straně pacientek a jejich matek. Byly tak zodpovězeny všechny výzkumné otázky a do problematiky byl zejména v kontextu českého prostředí vnesen nový vhled.

## **9.2 Limity výzkumu a implikace pro výzkum budoucí**

Téma procesu hledání a zahájení léčby PPP je velmi široké a lze na něj nahlédnout různou optikou. Pro tento výzkum a obohacení tématu v českém prostředí byl zvolen kvalitativní přístup s využitím polostrukturovaných rozhovorů s pacientkami a jejich matkami. Pro stěžejnost, univerzálnost a flexibilitu byl zvolen přístup tematické analýzy. Pro hlubší pochopení procesu by bylo možné využít například také přístup interpretativní fenomenologické analýzy, ta však využívá metody hloubkového rozhovoru, který je časově náročnější a vzhledem k jeho volnosti by se mohlo stát, že by se respondentky nevyjádřily ke všem oblastem zájmu. Pro konstrukci robustnější teorie se na druhé straně nabízel například přístup zakotvené teorie, do které by pro triangulaci bylo možné zahrnout i další zajímavá data například od zdravotníků, přátel či využít lékařské záznamy. Znovu zde však narážíme na časovou náročnost přístupu a požadavek na mnohem početnější vzorek respondentek.

Získávání respondentek pro výzkum v malé klinické populaci jako jsou PPP, bylo i přes přímé napojení na Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy náročné. Zejména i z toho důvodu, že bylo třeba získat kompletní dvojice pacientka-matka. I přes dodržení požadované velikosti vzorku pro zvolený metodologický přístup se jedná o malý počet respondentek, tudíž není možné výzkumné závěry zobecňovat na celou klinickou populaci pacientek a pacientů s PPP a neklinickou populaci rodičů. Vytvořené schéma tedy rovněž odráží pouze perspektivu těchto deseti respondentek. Přesto však výsledky poskytují co nejvěrnější pohled na v České republice málo zmapované téma vnímání procesu hledání a zahájení léčby pacientkami a jejich matkami a může představovat jakýsi odrazový můstek. Ukázalo se, že matky opravdu hrají v tomto procesu důležitou roli a obě skupiny respondentek zmiňovaly mnohé způsoby jejich aktivního zapojení. Zároveň je však nutné brát na vědomí, že se do výzkumu zapojily jen ty respondenty, které měly pocit, že mají k tématu co říct. Nemusí to tak být u všech matek žen s PPP. K otevření tohoto tématu byla tedy volba kvalitativního přístupu nejvhodnějším řešením, dále lze pro ověření využít přístupy kvantitativní, například dotazníkové šetření.

Limitem zvolené metody sběru dat, tedy rozhovoru, je samozřejmě hrozba menší otevřenosti respondentek, čemuž bylo předcházeno navozením pozitivní a bezpečné atmosféry již na začátku setkání. Přesto však některé respondenty byly sdílnější než jiné. V tomto přístupu také spoléháme na retrospektivní data a respondenty, zejména ty s delší historií léčby mohly události vnímat zkresleně či na některé aspekty procesu zapomenout. Roli jistě mohla hrát určitá stylizace či záměrné vynechání některých informací.

V souvislosti se zmíněnou delší historií léčby by však bylo zajímavé zjišťovat, zda pacientky reflektují nějaké specifické bariéry a facilitátory pro různé pokusy léčby či pro jejich odlišné typy. Budoucí výzkum by mohl podobně jako Coelho et al. (2021) zohlednit i perspektivu otce či celkově zkoumat obecnou míru zapojení jednotlivých členů rodiny do procesu hledání a zahájení léčby. K takovému výzkumnému záměru by bylo i pro jeho případné rozšíření možné využít designu vícečetných případových studií. Je známo, že je výzkum v oblasti PPP zejména kvůli nevyvážené prevalenci onemocnění u jednotlivých pohlaví zaměřen především na ženy a muži bývají opomíjeni. Bylo by proto vhodné podobně jako Räisänen a Hunt (2014) bádát po faktorech specifických pro muže, jelikož mohou celý proces v porovnání se ženami vnímat velmi odlišně. Dále, vzhledem k nalezené korelaci mezi vahou bariéry zahájení léčby a závažností symptomů PPP (Griffiths et al., 2018), by bylo dobré zjišťovat, které bariéry jsou zasaženými skupinami vnímány jako nejpalčivější. To se může lišit také u jednotlivých diagnóz, jak již naznačili Forrest et al. (2017), a u různých věkových skupin.

Na základě výpovědí českých respondentek se lze domnívat, že facilitátory převážily nad bariérami a cesta k léčbě tak byla úspěšná. Může tomu však být jinak u osob, které se s PPP potýkají, ale léčbu nevyhledají. Zapojení jejich pohledu by tak jistě mohlo přinést nový vhled. V souvislosti s diagnózami by bylo zajímavé více nahlédnout na vliv nejružnějších komorbidních onemocnění v procesu zahájení léčby, jelikož z výpovědí pacientek i jejich matek vyplývá, že se jedná o důležité téma. Výzkum hledání a zahájení léčby by tak v českém prostředí bylo možné rozvinout v různých kontextech kvalitativním i kvantitativním směrem.

### **9.3 Přínos výzkumu a jeho praktické využití**

Tento výzkum se zaměřil na v českém kontextu málo probádanou oblast bariér a facilitátorů hledání a zahájení léčby PPP z pohledu pacientek a jejich matek. V kontextu narůstající prevalence PPP (Galmiche et al., 2019; Papežová, 2018) a trvajících prodlevách mezi vypuknutím onemocnění a vyhledáním léčby je pátrání po faktorech ovlivňujících celou trajektorii cesty k léčbě důležitým výzkumným záměrem. Jelikož onemocnění ovlivňuje i další členy rodiny a fungování domácnosti (Coelho et al., 2021; Fletcher et al., 2021; Gustafsson et al., 2021; Volpe et al., 2019), je pohled rodičů cenným zdrojem informací. Přesto jim však v dosavadní literatuře není věnován dostatečný prostor, zejména v České republice.

Výzkum vyústil v jedinečné schematické zobrazení trajektorie cesty k léčbě z pohledu zasažených skupin s chronologickým zobrazením důležitých faktorů a témat spadajících pod skupinu bariér a facilitátorů. Ve vztahu k zahraniční literatuře byly zjištěny shody ve vnímání celého procesu, ale také náznaky odlišnosti v českém prostředí, a to zejména ve smyslu akcentu určitých témat, či shod a rozdílností ve vnímání pacientek a jejich matek. Zapojení pohledu matek celkově přináší vzhledem k malé probádanosti do problematiky nový vhled.

Zmapováním cesty k léčbě PPP včetně důležitých vlivných faktorů z pohledu obou skupin lze získat přehled o situaci v českém prostředí a pokoušet se o minimalizaci bariér a maximalizaci facilitátorů tak, aby se pacientky a pacienti dostávali k léčbě co nejdříve. Tento výzkum tak představuje jeden z prvních pokusů o tuto činnost a může podnítit další zájem výzkumníků v této oblasti. Výsledky výzkumu již našly své první edukativní uplatnění ve formě posteru (viz Příloha 7) na XIV. mezinárodní interdisciplinární konferenci o poruchách příjmu potravy a obezitě na téma Transgenerační přenos psychopatologie konané 30. 3 – 1. 4. 2023 v Praze.

Prakticky lze tedy výstupy toho výzkumu využít pro práci se zmíněnými bariérami a facilitátory. Co největší minimalizaci bariér popírání onemocnění a jeho nerozpoznání by mohlo prospět efektivní popularizování tematiky PPP vedoucí ke celospolečenské edukaci,

například prostřednictvím vzdělávacích pořadů, zapojení tématu do preventivních programů na školách, upozorňováním na onemocnění na sociálních sítích či distribucí letáčků do vybraných zdravotnických zařízení. Nedostatek motivace a odpor k zahájení léčby je častým a komplikovaným tématem, jež vychází z podstaty onemocnění. V této fázi by mohlo být efektivní navázat užší spolupráci s rodiči a poskytnout jim například široce dostupnou příručku s konkrétními tipy, jak s dítětem s PPP zacházet, fungovat v domácnosti a jak se pokoušet motivaci k vyhledání léčby zvyšovat. O to se již pokouší například výše zmíněná nezisková organizace E-clinic, z.ú. na svých webových stránkách, kde jsou informace pro rodiče dostupné. Tuto snahu by tak bylo vhodné doplnit a rozšířit na základě zjištěných potřeb rodičů. Příručka by měla obsahovat také kontakty a seznam pracovišť, kam je možné se dle jednotlivých krajů obracet, jelikož matky reflektovaly nedostatečné kapacity pracovišť a nedostatek odborníků. V České republice chybí jednotný registr pro vyhledání léčby, například recentní iniciativa 3pe se zdá být téměř jedinou snadno dostupnou variantou pro okamžité a efektivní zorientování se v pracovištích. Pro laika je tak vyhledání pomoci obtížné a chybí propojení. V souvislosti se zdravotní péčí by negativní nastavení k léčbě u pacientek mohla zmírnit edukace nejen o onemocnění samotném, ale také o průběhu a možnostech léčby společně s probráním toho, co konkrétní pacientka či pacient od léčby očekává a jak si představuje úzdravu. V této oblasti také působí probíhající reforma péče o duševní zdraví a s ní zaváděné programy peer podpory, jež by mohly zmírňovat stigma a stud. Otázka komorbidních onemocnění zůstává palčivým aspektem, který by bylo vhodné v kontextu této problematiky dále prozkoumat, obecně však v této otázce platí důležitost dalšího rozvíjení multidisciplinární spolupráce. Navržené způsoby minimalizace bariér zahájení léčby zároveň podporují mnohé facilitátory. Pozitivní zkušenost s odborníky by navíc mohla podpořit edukace zdravotníků ve vhodných přístupech k pacientkám a pacientům i k jejich rodičům.

## Závěr

Diplomová práce se věnovala tématu zahájení léčby PPP z pohledu pacientek a jejich matek. Cílem práce bylo zjistit, jaké facilitátory a bariéry reflektují pacientky s PPP a jejich matky v procesu zahájení léčby.

Z teoretické části, která se zaměřila na vybrané aspekty problematiky PPP, systém léčby a dosavadní zjištění v oblasti hledání a zahájení léčby, vyplynula v kontextu narůstající prevalence onemocnění v populaci (Galmiche et al., 2019; Papežová, 2018) a prodlevách ve vyhledání léčby důležitost včasného zahájení léčby. Ovlivňuje totiž její efektivitu a další prognózu (Treasure et al., 2015), je však zatíženo četnými bariérami. V celém procesu hrají mimo jiné důležitou roli blízcí pacientek a pacientů, zejména rodiče (Coelho et al., 2021; Fletcher et al., 2021; Gustafsson et al., 2021; Volpe et al., 2019). Onemocněním je ovlivňována celá domácnost, přesto však zejména v českém kontextu bývá perspektiva rodičů opomíjena. Výzkum se proto zaměřil na zmapování procesu zahájení léčby skrze pochopení zkušenosti pacientek a jejich matek a zjišťování toho, jaké aspekty v něm zasažené skupiny vnímají jako důležité.

Empirická část představila celkový koncept realizovaného kvalitativního výzkumu, který proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů s pěti pacientkami s PPP a jejich matkami. Výstupem je schematické znázornění cesty k léčbě s časovými údaji a chronologickým uspořádáním důležitých faktorů. Výsledky ukazují, že rozpoznání onemocnění matkou přicházelo 2-3 roky po jeho vypuknutí, první kontakt s odborníky v oblasti duševního zdraví pak probíhal téměř ihned, k léčbě PPP se však pacientky dostávaly do dvou let. Častá byla kombinace vícero léčebných programů či přecházení mezi nimi. Ukázalo se, že matky hrály v procesu hledání a zahájení léčby důležitou a aktivní roli. Zmiňovaly negativní dopad onemocnění na domácnost a také nevědomost, jak k onemocnění přistupovat. Pacientky v průběhu procesu řešily svou kolísavou motivaci a to, s kým dalším o problémech hovořit. Tematická analýza identifikovala na straně obou skupin respondentek množství bariér a facilitátorů. Zásadními bariérami dle pacientek bylo popírání onemocnění, nedostatek motivace, negativní nastavení k léčbě a komorbidní onemocnění. Mezi facilitátory naopak řadily negativní aspekty onemocnění, vliv blízkých, pozitivní zkušenost s odborníky a povědomí. Matky na straně bariér reflektovaly nerozpoznání onemocnění, odpor dcery, negativní zkušenost se zdravotnictvím a komorbidní onemocnění. Facilitační efekt měla jejich vlastní péče, spolupráce dcery, pozitivní zkušenost s odborníky a vliv sociálního okolí. Srovnání s dosavadní publikovanou literaturou, limity a možnosti dalšího zkoumání shrnula diskuse.

Tento výzkum představuje jeden z důležitých prvních kroků pro pochopení zkušenosti pacientek a pacientů a jejich rodičů, konkrétně pacientek a jejich matek v českém prostředí. Zmapování pohledu matek celkově přineslo vzhledem k malé prozkoumanosti do problematiky nový vhled. Výstupy mohou podnítit další výzkum a cílenější snahu o minimalizaci bariér a podporu facilitátorů zahájení léčby tak, aby se pacientky a pacienti dostávali k léčbě co nejdříve. Výzkumné otázky tak byly zodpovězeny a cíle práce bylo dosaženo.

## Reference

- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders, 50*(1), 9–21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- Ali, K., Fassnacht, D. B., Farrer, L., Rieger, E., Feldhege, J., Moessner, M., Griffiths, K. M., & Bauer, S. (2020). What prevents young adults from seeking help? Barriers toward help-seeking for eating disorder symptomatology. *International Journal of Eating Disorders, 53*(6), 894–906. <https://doi.org/10.1002/eat.23266>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Bachner-Melman, R., Lev-Ari, L., Zohar, A. H., & Lev, S. L. (2018). Can Recovery From an Eating Disorder Be Measured? Toward a Standardized Questionnaire. *Frontiers in Psychology, 9*, 2456–2456. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02456>
- Baldwin, A. S. (2020). Attitudes. In M. D. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 179–183). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0\\_940](https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_940)
- Bardone-Cone, A. M., Hunt, R. A., & Watson, H. J. (2018). An Overview of Conceptualizations of Eating Disorder Recovery, Recent Findings, and Future Directions. *Current Psychiatry Reports, 20*(9), 79. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0932-9>
- Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, J., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing, 21*(9–10), 1355–1363. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03762.x>
- Birkmann, S., & Kvale, S. (2018). *Doing Interviews*. SAGE Publications Ltd.
- Bohrer, B. K., Carroll, I. A., Forbush, K. T., & Chen, P.-Y. (2017). Treatment seeking for eating disorders: Results from a nationally representative study. *International Journal of Eating Disorders, 50*(12), 1341–1349. <https://doi.org/10.1002/eat.22785>
- Bonder, R., & Mantler, T. (2014). The Efficacy of Motivational Interviewing and Adapted Motivational Interviewing as an Eating Disorder Intervention: A Scoping Review. *Western Undergraduate Research Journal: Health and Natural Sciences, 5*(1), 1-10. <https://doi.org/10.5206/wurjhns.2014-15.8>

- Bould, H., Sovio, U., Koupil, I., Dalman, C., Micali, N., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015). Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *132*(1), 51–59. <https://doi.org/10.1111/acps.12389>
- Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *22*(3), 381–385. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0417-6>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. Sage.
- Broomfield, C., Stedal, K., Touyz, S., & Rhodes, P. (2017). Labeling and defining severe and enduring anorexia nervosa: A systematic review and critical analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(6), 611–623. <https://doi.org/10.1002/eat.22715>
- Brown, A. J., Schebendach, J., & Walsh, T. (2016). Eating Problems in Adults. In T. B. Walsh, E. Attia, D. R. Glasofer, & R. Sysko (Eds.), *Handbook of assessment and treatment of eating disorders* (pp. 23–43). American Psychiatric Association Publishing.
- Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A.-M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, *37*(1), 2–9. <https://doi.org/10.1002/eat.20107>
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, *10*, 305-312. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S145463>
- Clausen, L., Lübeck, M., & Jones, A. (2013). Motivation to change in the eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(8), 755–763. <https://doi.org/10.1002/eat.22156>
- Coelho, J. S., Suen, J., Marshall, S., Burns, A., Lam, P.-Y., & Geller, J. (2021). Parental experiences with their child’s eating disorder treatment journey. *Journal of Eating Disorders*, *9*(1), 1-92. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00449-x>
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(11), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>



- Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2021). *Complex Cases and Comorbidity in Eating Disorders*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-69341-1>
- Dray, J., & Wade, T. D. (2012). Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 558–565. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.005>
- Duševní zdraví*. (2022, 15. srpna). Získáno 5. září 2022 z: <https://www.ceskovdatech.cz/clanek/175-dusevni-zdravi/#article-content>
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders, 49*(4), 391–401. <https://doi.org/10.1002/eat.22501>
- Fletcher, L., Trip, H., Lawson, R., Wilson, N., & Jordan, J. (2021). Life is different now – impacts of eating disorders on Carers in New Zealand: a qualitative study. *Journal of Eating Disorders, 9*(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00447-z>
- Forrest, L. N., Smith, A. R., & Swanson, S. A. (2017). Characteristics of seeking treatment among U.S. adolescents with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 50*(7), 826–833. <https://doi.org/10.1002/eat.22702>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition, 109*(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Geller, J., & Thibodeau, M. A. (2015). Outreach Programs: An Alternative Model of Care for Individuals with Enduring Eating Disorders. In T. Wade (Ed.), *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 1–4). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2\\_67-1](https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_67-1)
- Gómez Del Barrio, A., Ruiz Guerrero, F., Benito Gonzalez, P., Perez Fernandez, M., Sanchez Blanco, L., Losa Mugica, E., Calcedo Giraldo, G., & González Gómez, J. (2022). A retrospective investigation of the prodromal stages of eating disorders and use of health services in young patients the year prior to the diagnosis. *Early Intervention in Psychiatry, 16*(2), 162–167. <https://doi.org/10.1111/eip.13142>
- Griffiths, S., Rossell, S. L., Mitchison, D., Murray, S. B., & Mond, J. M. (2018). Pathways into treatment for eating disorders: A quantitative examination of treatment barriers and treatment attitudes. *Eating Disorders, 26*(6), 556–574. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1518086>
- Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2015). The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact With

Health Services. *Eating Disorders*, 23(3), 206–222.  
<https://doi.org/10.1080/10640266.2014.981429>

- Gustafsson, S. A., Stenström, K., Olofsson, H., Pettersson, A., & Wilbe Ramsay, K. (2021). Experiences of eating disorders from the perspectives of patients, family members and health care professionals: a meta-review of qualitative evidence syntheses. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00507-4>
- Hambleton, A., Pepin, G., Le, A., Maloney, D., Aouad, P., Barakat, S., Boakes, R., Brennan, L., Bryant, E., Byrne, S., Caldwell, B., Calvert, S., Carroll, B., Castle, D., Caterson, I., Chelius, B., Chiem, L., Clarke, S., Conti, J., ... Maguire, S. (2022). Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00654-2>
- Hay, P. (2015). Course and Outcome of Eating Disorders. In T. Wade (Eds.), *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 1–4). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2\\_123-1](https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_123-1)
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Intensive Treatments. In T. Wade (Eds.), *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 1–6). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2\\_68-1](https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_68-1)
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., Walsh, T. B., & Striegel Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 500–506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
- Kanakam, N., & Treasure, J. (2013). A review of cognitive neuropsychiatry in the taxonomy of eating disorders: State, trait, or genetic? *Cognitive Neuropsychiatry*, 18(1–2), 83–114. <https://doi.org/10.1080/13546805.2012.682362>
- Kästner, D., Weigel, A., Buchholz, I., Voderholzer, U., Löwe, B., & Gumz, A. (2021). Facilitators and barriers in anorexia nervosa treatment initiation: a qualitative study on the perspectives of patients, carers and professionals. *Journal of Eating Disorders*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00381-0>
- Keel, P. (2018). Epidemiology and Course of Eating Disorders. In S. Agras & A. Robinson (Eds.), *The Oxford handbook of eating disorders* (2nd ed., pp. 34–43). Oxford University Press.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>

- Kiger, M. E., & Varpio, L. (2020). Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Medical Teacher*, 42(8), 846–854. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1755030>
- Lang, K., Glennon, D., Mountford, V. A., McClelland, J., Koskina, A., Brown, A., & Schmidt, U. (2017). Early Intervention for Eating Disorders. In T. Wade (Ed.), *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 233–245). Springer.
- Lang, K., Glennon, D., Mountford, V., McClelland, J., Koskina, A., Brown, A., & Schmidt, U. (2016). Early Intervention for Eating Disorders. In T. Wade (Ed.) *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 1–6). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2\\_185-1](https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_185-1)
- Lawrence, P., Fulbrook, P., Somerset, S., & Schulz, P. (2017). Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9–10), 699–718. <https://doi.org/10.1111/jpm.12420>
- McArdle, S. (2017). Parents' experiences of health services for the treatment of eating disorders: a qualitative study. *Journal of Mental Health*, 28(4), 404–409. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417558>
- Morris, J. (2018). Understanding Anorexic Behaviour. In J. Morris & A. McKinlay (Eds.), *Multidisciplinary Management of Eating Disorders* (pp. 1–12). Springer International Publishing.
- Morris, J., & McKinlay, A. (2018). *Multidisciplinary Management of Eating Disorders*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64131-7>
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 70–84. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.003>
- Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 191–198. <https://doi.org/10.1002/erv.897>
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325–340. <https://doi.org/10.1177/1745691612447309>
- Noordenbos, G. (2015). Recovery from Eating Disorders. In *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 1–4). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2\\_75-1](https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_75-1)
- Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Mladá fronta.

- Räisänen, U., & Hunt, K. (2014). The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative interview study. *BMJ Open*, *4*(4), 4342. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013>
- Regan, P., Cachelin, F. M., & Minnick, A. M. (2017). Initial treatment seeking from professional health care providers for eating disorders: A review and synthesis of potential barriers to and facilitators of “first contact.” *International Journal of Eating Disorders*, *50*(3), 190-209. <https://doi.org/10.1002/eat.22683>
- Rickwood, D., & Thomas. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, *5*, 173-183. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S38707>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Sansfaçon, J., Booij, L., Gauvin, L., Fletcher, É., Islam, F., Israël, M., & Steiger, H. (2020). Pretreatment motivation and therapy outcomes in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(12), 1879–1900. <https://doi.org/10.1002/eat.23376>
- Schlegl, S., Hupe, K., Hessler, J. B., Diedrich, A., Huber, T., Rauh, E., Aita, S., Gärtner, T., & Voderholzer, U. (2019). Wege in die Versorgung und Behandlungslatenzen bei stationären Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa. *Psychiatrische Praxis*, *46*(06), 342–348. <https://doi.org/10.1055/a-0922-5651>
- Schoen, E. G., Lee, S., Skow, C., Greenberg, S. T., Bell, A. S., Wiese, J. E., & Martens, J. K. (2012). A Retrospective Look at the Internal Help-Seeking Process in Young Women With Eating Disorders. *Eating Disorders*, *20*(1), 14–30. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.635560>
- Sideli, L., lo Coco, G., Bonfanti, R. C., Borsarini, B., Fortunato, L., Sechi, C., & Micali, N. (2021). Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, *29*(6), 826–841. <https://doi.org/10.1002/erv.2861>
- Singer, J., Allen, J., Morris, J., & Gold, A. (2018). Management of Eating Disorders in Patients with Type 1 (Insulin Dependent) Diabetes. In J. Morris & A. McKinlay (Eds.), *Multidisciplinary Management of Eating Disorders* (pp. 189–207). Springer International Publishing.

- Slof-Op 't Landt, M. C. T., Dingemans, A. E., de la Torre Y Rivas, J., & van Furth, E. F. (2019). Self-assessment of eating disorder recovery: Absence of eating disorder psychopathology is not essential. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(8), 956–961. <https://doi.org/10.1002/eat.23091>
- Soukup, J. (2018). Motivační rozhovory v léčbě poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (pp. 383–401). Mladá fronta.
- Steinglass, J., Mayer, L., & Attia, E. (2016). Treatment of restrictive eating and low-weight conditions, including anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder. In T. B. Walsh, E. Attia, D. R. Glasofer, & R. Sysko (Eds.), *Handbook of assessment and treatment of eating disorders* (pp. 259–277). American Psychiatric Association Publishing.
- Stice, E., & Desjardins, C. D. (2018). Interactions between risk factors in the prediction of onset of eating disorders: Exploratory hypothesis generating analyses. *Behaviour Research and Therapy*, *105*, 52–62. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.03.005>
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(1), 38–51. <https://doi.org/10.1037/abn0000219>
- Taquet, M., Geddes, J. R., Luciano, S., & Harrison, P. J. (2022). Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *British journal of psychiatry*, *220*(5), 1–264. <https://doi.org/10.1192/bjp>
- Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic Analysis. In C. Willig & W. Stainton Rogers (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology* (pp. 17–37).
- Treasure, J., Stein, D., & Maguire, S. (2015). Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Intervention in Psychiatry*, *9*(3), 173–184. <https://doi.org/10.1111/eip.12170>
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM–5–Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biological Psychiatry*, *84*(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Urban, M. (2020). *Kvalitatívny výskum vo svete umenia*. Veda.

- ÚZIS ČR. (2022). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabulární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2023.* <https://mkn10.uzis.cz>
- Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 48*(7), 946–971. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>
- van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry, 33*(6), 521–527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>
- Volpe, U., Monteleone, A. M., Ricca, V., Corsi, E., Favaro, A., Santonastaso, P., De Giorgi, S., Renna, C., Abbate Daga, G., Amianto, F., Balestrieri, M., Luxardi, G. L., Clerici, M., Alamia, A., Segura-Garcia, C., Rania, M., Monteleone, P., & Maj, M. (2019). Pathways to specialist care for eating disorders: An Italian multicentre study. *European Eating Disorders Review, 27*(3), 274–282. <https://doi.org/10.1002/erv.2669>
- Wade, T. D., Keski-Rahkonen, A., & Hudson, J. I. (2011). Epidemiology of Eating Disorders. In P. B. Mortensen (Ed.), *Textbook of Psychiatric Epidemiology* (pp. 343–360). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470976739.ch20>
- Wahlin, T., & Deane, F. (2012). Discrepancies between parent- and adolescent-perceived problem severity and influences on help seeking from mental health services. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 46*(6), 553–560. <https://doi.org/10.1177/0004867412441929>
- Weigel, A., Rossi, M., Wendt, H., Neubauer, K., von Rad, K., Daubmann, A., Romer, G., Löwe, B., & Gumz, A. (2014). Duration of untreated illness and predictors of late treatment initiation in anorexia nervosa. *Journal of Public Health, 22*(6), 519–527. <https://doi.org/10.1007/s10389-014-0642-7>
- Wonderlich, S., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Myers, T. C., Kadlec, K., LaHaise, K., Swan-Kremeier, L., Dokken, J., Lange, M., Dinkel, J., Jorgensen, M., & Schander, L. (2012). Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: A clinical overview. *International Journal of Eating Disorders, 45*(4), 467–475. <https://doi.org/10.1002/eat.20978>
- World Health Organisation. (2019). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>

## Seznam tabulek

<b>Tabulka 1</b> Vážený průměr prevalence jednotlivých diagnóz dle Galmiche et al. (2019) .....	15
<b>Tabulka 2</b> Přehled vybraných zařízení přijímajících pacientky a pacienty s PPP („Sítě kontaktů“, n.d.) .....	26
<b>Tabulka 3</b> Základní údaje o respondentkách .....	40
<b>Tabulka 4</b> Ukázka analýzy dat .....	44

## **Seznam obrázků**

<b>Obrázek 1</b> Schéma procesu hledání a zahájení léčby .....	47
<b>Obrázek 2</b> Bariéry v procesu hledání a zahájení léčby.....	50
<b>Obrázek 3</b> Facilitátory v procesu hledání a zahájení léčby .....	59



## **Seznam grafů**

<b>Graf 1</b> Počet osob, u kterých byla v letech 2019-2021 na pozici hlavní diagnózy vykázána diagnóza F50 (PPP) dle diagnostické jednotky .....	15
---	----

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Informovaný souhlas .....	I
Příloha 2: Souhlas se zpracováním osobních údajů .....	IV
Příloha 3: Znění rozhovoru .....	VI
Příloha 4: Náborový letáček .....	X
Příloha 5: Kontakty na krizové linky .....	XI
Příloha 6: Tabulky s tématy a kategoriemi .....	XII
Příloha 7: Poster .....	XIII

# Příloha 1: Informovaný souhlas

## Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Facilitátory a bariéry v zahájení léčby poruch příjmu potravy z pohledu pacientů a jejich rodičů

Hlavní zkoušející: Bc. Gabriela Kosjuková

Kontakt na hlavní zkoušející: g.kosjukova@gmail.com

Vedoucí práce: prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

Konzultantka: Mgr. Kateřina Zábrodská, PhD.

### Základní informace o výzkumu:

Vážená paní / vážený pane,

jste přizván/a k účasti ve výzkumné studii. Účast ve studii je dobrovolná a svůj souhlas s účastí můžete odmítnout nebo jej můžete z jakéhokoli důvodu odvolat, a to bez jakýchkoli sankcí.

Výzkumné studie jsou určeny k získání nových poznatků. Tyto nové informace mohou v budoucnu pomoci dalším lidem. Z účasti ve výzkumné studii nemusíte mít žádný přímý prospěch a může být také spojena s určitými riziky.

Podrobnosti o této studii jsou uvedeny níže. Je důležité, abyste těmto informacím rozuměl/a a mohl/a se tak informovaně rozhodnout o své účasti.

Dostanete stejnopis tohoto formuláře souhlasu. Výše jmenovaným výzkumným pracovníkům nebo pracovníkům, kteří jim mohou asistovat, máte možnost kdykoli položit jakékoli otázky týkající se této studie.

### Jaký je cíl výzkumu?

Studie je součástí diplomové práce Bc. Gabriely Kosjukové. Práce vzniká pod vedením prof. MUDr. Hany Papežové, CSc. a ve spolupráci s konzultantkou Mgr. Kateřinou Zábrodskou, Ph.D. a má za cíl zmapovat, jaké facilitátory (tj. motivační faktory) a bariéry (tj. překážky) vnímají dospělí pacienti/pacientky s poruchou příjmu potravy a rodiče těchto dospělých pacientů/pacientek v procesu zahájení léčby. To za pomoci rozhovoru s dospělým pacientem/pacientkou a následně jeho/jejím rodičem, ve kterém bude zachycena zkušenost s vyhledáváním léčby, prvními kroky, pocity v procesu, důležitými překážkami, motivací apod. Výsledky výzkumu přispějí k pochopení zkušenosti dospělých pacientů/pacientek s poruchami příjmu potravy a jejich rodičů a také k tomu, aby následně mohlo docházet k odstraňování překážek a podpoře motivace zahájení léčby v českém prostředí.

### Kdy byste se neměl/a zúčastnit této výzkumné studie?

Neměl/a byste se účastnit této výzkumné studie v případě, že je pro Vás nepříjemné hovořit o obtížích spojených s poruchami příjmu potravy a cestě k léčbě a/nebo pokud si myslíte, že by Vás konverzace o těchto tématech mohla velmi rozrušit.

### Jak dlouho Vám účast v této výzkumné studii zabere?

Vaše účast v této výzkumné studii zahrnuje jeden rozhovor, který by měl trvat cca 30-60 minut.

### Co bude následovat po odsouhlasení Vaší účasti v této výzkumné studii?

Pokud se rozhodnete zúčastnit tohoto výzkumu, budete pozváni k rozhovoru s Bc. Gabrielou Kosjukovou, hlavní výzkumníci této studie. Během rozhovoru vám budou položeny otázky týkající se vašich zkušeností se zahájením léčby poruch příjmu potravy. Tazatelka se bude zajímat o:

- vaše vnímání začátku onemocnění a jeho vývoje
- vaše vnímání prvních kroků k léčbě
- co podle Vás vyhledávání léčby napomáhalo a co ho komplikovalo
- co myslíte, že byste býval/a potřeboval/a jinak

V zájmu zachování přesných formulací a významů toho, co jste řekli/a, budou rozhovory nahrávány. Audiozáznamy budou anonymizovány a přepsány Bc. Gabrielou Kosjukovou. Následně budou nahrávky uchovány po dobu trvání studie (5 měsíců) na zaheslovaném externím disku a po skončení výzkumu smazány.

Studie se můžete zúčastnit, pokud:

- jste dospělý/dospělá,
- a máte v současné době diagnostikovanou poruchu příjmu potravy a podstupujete specializovanou léčbu či jste rodičem takové osoby.

Vaše účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a kdykoliv z něj můžete odstoupit.

### Jaké jsou očekávané benefity Vaší účasti v této výzkumné studii?

Výzkum je obecně pro společnost přínosem díky získávání nových poznatků. Vy osobně získáte účastí příležitost reflektovat nad cestou k léčbě a budete moci popřemýšlet o různých faktorech, které Vás brzdily nebo naopak motivovaly. Také může Vaše zkušenost pomoci dalším jedincům hledajícím léčbu a celkově tak přispět k odstraňování překážek a podpoře motivace zahájení léčby v českém prostředí.

### Jaká mohou být rizika Vaší účasti v této studii?

Otevírání tématu procesu vyhledávání léčby může být bolavé a mohou se objevit nepříjemné pocity. Toto riziko bude snižováno kompetentním vedením rozhovoru, jelikož je tazatelka absolventkou akreditovaného kurzu komplexní krizové intervence. V případě potřeby můžete také od tazatelky obdržet kontakty na krizové linky. Otázky rozhovoru jsou otevřené, tudíž je míra sdílnosti čistě na Vás. Kdykoliv můžete odmítnout odpovědět na otázku nebo kompletně ukončit svou účast.

### Jak budou informace o Vaší osobě chráněny?

Vaše odpovědi na otázky v rozhovoru budou důvěrné. Pro ochranu vašeho soukromí a důvěrnosti budou přijata následující opatření:

- Výzkumníci nebudou spolu s rozhovory shromažďovat žádné informace, které by vás mohly identifikovat, jako je jméno, pracoviště/škola, datum narození nebo jiné identifikační údaje.
- Jediné demografické údaje, které budou v rámci studie společně s rozhovory shromažďovány, jsou: pohlaví, věk, diagnóza a komorbidity (tj. další důležité obtíže či diagnózy). Tyto informace jsou příliš obecné na to, aby umožnily vaši identifikaci.
- Přepis vašeho rozhovoru bude anonymizován. Výzkumníci poté provedou analýzu anonymizovaných přepisů. V žádné zprávě ani publikaci o této studii nebudete identifikovatelný/á.
- Přepisy rozhovorů budou uchovávány na zabezpečeném externím disku, ke kterému mají přístup pouze výzkumní pracovníci tohoto projektu. Po skončení projektu budou audiozáznamy smazány (tj. po pěti měsících).

Zaškrtněte řádek, který nejlépe odpovídá vaší volbě:

\_\_\_\_\_ Souhlasím s nahráváním během studie

\_\_\_\_\_ Nesouhlasím s nahráváním během studie

Co se stane, když budete chtít svou účast ukončit ještě před dokončením studie?

Ze studie můžete kdykoli odstoupit bez sankcí. Zkoušející mají rovněž právo vaši účast kdykoliv ukončit. Důvodem může být vaše rozrušení, nedodržení pokynů nebo zastavení celé studie.

Dostanete něco za účast v této studii?

Tato studie probíhá bez financování, tudíž je vaše účast dobrovolná a nic za ni nedostanete.

Bude vás účast v této studii něco stát?

Účast v této studii vás nebude nic stát.

Co dělat v případě dotazů k této studii?

Máte právo položit jakékoli otázky týkající se tohoto výzkumu a dostat na ně odpověď. Pokud máte otázky týkající se studie, stížnosti nebo obavy související s výzkumem, měli byste se obrátit na výzkumné pracovníky uvedené na první straně tohoto formuláře.

Souhlas účastníka výzkumu:

Přečetl/a jsem si výše uvedené informace. Položil/a jsem všechny otázky, které mě v tuto chvíli zajímají. Dobrovolně souhlasím s účastí v této výzkumné studii.

\_\_\_\_\_  
Jméno, datum a podpis účastníka/účastnice studie

\_\_\_\_\_  
Jméno, datum a podpis člena/členky výzkumného týmu, který získává souhlas

## Příloha 2: Souhlas se zpracováním osobních údajů



**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE**

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | [www.vfn.cz](http://www.vfn.cz), <http://intranet.vfn.cz>

**ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE**

Příloha č. 13 | SPP-03 | strana 1 z 2 | verze 1.7

### **SOUHLAS SE SHROMAŽĎOVÁNÍM A ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ PŘI PROVÁDĚNÍ STUDIE VFN**

Název studie: **Facilitátory a bariéry v zahájení léčby poruch příjmu potravy z pohledu pacientů a jejich rodičů**

Řešitel studie: Bc. Gabriela Kosjuková

Vážená paní, vážený pane,

Váš lékař Vám nabídl účast ve studii a popis studie byl uveden v informacích pro pacienta. Pokud budete souhlasit a účastníte se studie, je třeba Vás informovat i o zpracování osobních údajů, které je nezbytné k tomu, aby studie mohla být provedena.

Studie se můžete zúčastnit pouze tehdy, pokud budete souhlasit se shromažďováním a zpracováním osobních údajů tak, jak je popsáno v tomto formuláři. Váš výslovný souhlas se zpracováním těchto údajů by měl být udělen po sdělení, pro jaký účel zpracování a k jakým osobním údajům je souhlas dáván, jakému správci a na jaké období. Vaše osobní údaje budou zpracovávány Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2, která je správcem těchto dat.

Tyto informace jsou sepsány v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, vycházejícím z Nařízení Evropského Parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).

Studijní centrum bude zaznamenávat Vaše osobní údaje včetně jména a kontaktních údajů, data narození, pohlaví, stejně tak údaje z Vaší anamnézy a klinická data shromážděná v souvislosti s Vaší účastí ve studii. Veškeré údaje budou uchovávány pouze pro účely studie a v souladu s platnou právní úpravou. Bez zpracování osobních údajů by nebylo možné provést a ani vyhodnotit prováděnou studii.

Do Vašich osobních záznamů ve zdravotnické dokumentaci má přístup pouze lékař provádějící studii a osoby s ním spolupracující na studii a dále osoby pověřené dohledem nad průběhem studie. U všech studií mohou dohled vykonávat členové Etické komise Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Tyto osoby jsou vázány povinnou mlčenlivostí a kontrolují, zda je studie řádně prováděna, zda je zajištěna bezpečnost účastníků studie a také zda jsou shromážděné osobní údaje a další informace správné.

Aby byla zajištěna ochrana soukromí, všechny údaje získané ve studii budou zpracovány pouze v pseudonymizované podobě. To znamená, že k údajům budou přiřazeny kódy. Údaje umožňující zjistit Vaši totožnost tak neopustí pracoviště lékaře. Pouze lékař a oprávněné osoby budou mít možnost spojit tento kód s Vaším jménem, a to na seznamu, který bude bezpečně uložen ve studijním centru po dobu nezbytně nutnou k naplnění účelu celé studie.

Prostřednictvím svého lékaře máte právo na přístup k informacím, které byly o Vás shromážděny a případně požádat i o jejich opravu. Máte navíc nárok stěžovat si na to, jakým způsobem bylo s Vašimi osobními údaji zacházeno. Stížnost můžete vznést k Úřadu na ochranu osobních údajů, se sídlem Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7. Tento Úřad je odpovědný za prosazování práva na ochranu osobních údajů.

Za určitých okolností při splnění podmínek daných platnou právní úpravou máte právo požádat o jejich vymazání/odstranění, omezit zpracování těchto údajů nebo požádat o to, aby byly tyto údaje poskytnuty Vám či třetí straně ve strukturovaném, běžně používaném a strojově čitelném formátu. Máte rovněž právo na soupis zpracovávaných osobních údajů.

Po ukončení studie nebo po ukončení Vaší účasti ve studii zůstávají údaje správci, aby nebyla narušena validita dat získaných ve studii, a to po dobu nezbytnou k dosažení účelu prováděné studie. Pokud byste odstoupili ze studie předčasně, údaje shromážděné před odstoupením mohou být zpracovány společně s dalšími údaji shromážděnými v rámci této studie. Ve studijní databázi se však již nebudou shromažďovat žádné další informace, pokud k tomu výslovně nedáte souhlas.

Tento souhlas se zpracováním osobních údajů vyjadřujete na dobu nezbytně nutnou pro řádné vyhodnocení této studie.

Výsledky této studie mohou být publikovány v odborném tisku, mohou sloužit k výukovým a vědeckým účelům. Chtěli bychom zdůraznit, že se vždy bude jednat o souhrnné výsledky studie, ze kterých nebude možné Vás identifikovat. A také se nikde ve vyhodnocení studie neobjeví Vaše jméno či jiná informace, která by mohla vést k odhalení Vaší totožnosti.

V Praze dne

Jméno a příjmení účastníka studie:

Podpis účastníka studie:

## Příloha 3: Znění rozhovoru

### **PACIENT/KA**

*Dobrý den, jmenuji se Gabriela Kosjuková a jsem studentkou 2. ročníku magisterského programu psychologie. Mnohokrát Vám děkuji za čas věnovaný této studii, která se snaží mapovat okolnosti zahájení léčby poruch příjmu potravy. Vaše zkušenosti s tímto onemocněním jsou pro tento výzkum, realizovaný pro mou diplomovou práci pod vedením prof. Papežové, velmi cenné.*

*Budeme spolu cca 30-60 minut hovořit o rozvoji Vašich potíží, cestě k zahájení léčby a podle Vás důležitých faktorech v celém procesu. Míra sdílnosti je čistě na Vás a samozřejmě máte možnost na cokoli neodpovědět nebo kdykoliv odstoupit. Rozhovor bude nahráván a následně přepsán, všechna data budou anonymizována a Vaše soukromí tak bude chráněno, po skončení studie budou nahrávky smazány.*

*Před začátkem rozhovoru bych Vás ráda požádala o přečtení (1) informovaného souhlasu a (2) souhlasu se shromažďováním a zpracováním osobních údajů, abyste měl/a kompletní informace o studii a Vašich právech při účasti. Pokud budete souhlasit a dokumenty podepíšete, zahájila bych rozhovor spuštěním diktafonu a položením první otázky.*

### **Úvod:**

1. Jak jste se dozvěděl/a o výzkumu?
2. Mohl/a byste mi říci následující základní informace o sobě? věk, diagnóza, další důležité obtíže, bydliště, vzdělání, rodinná situace
3. Mohl/a byste jen stručně vyjmenovat, jaké typy léčby už máte za sebou?
4. Jak jste vnímal/a začátek a vývoj vašeho onemocnění?
  - 3a) věk nástupu onemocnění
  - 3b) doba od projevení symptomů po první kontakt
  - 3c) věk při nástupu do léčby

### **Proces zahájení léčby:**

5. Kdy jste začal/a pociťovat snahu situaci řešit a jak to probíhalo?
  - 4a) s čím přišel/přišla
  - 4b) jak závažné to v tu dobu bylo
  - 4c) zda byla nějaká zaváhání, krok zpět
6. S kým dalším ze svých blízkých jste zahájení léčby řešil/a?
  - 5a) jakou měl/i roli
7. Jak byste popsal/a vaše první kroky k léčbě?
  - 6a) kde ji vyhledával/a
8. Jaká byla vaše očekávání od léčby před jejím zahájením?

### **Bariéry a facilitátory:**

9. Vnímáte, že vám něco na cestě k léčbě bránilo? Případně co?
10. Musel/a jste překonat nějaké překážky? Případně jaké?
11. Co vnímáte, že vám vyhledat léčbu pomáhalo? / Co vás motivovalo?
12. Bylo něco, co vám proces zahájení léčby usnadňovalo? Případně co?
13. Jak vnímáte komunikaci okolo zahajování léčby?
  - 13a) s blízkými a přáteli
  - 13b) s profesionály



**Prožívání procesu:**

14. Jaké pro Vás zahájení léčby bylo? Co jste vnímala/a jako nejtěžší?
15. Co vnímáte, že mohlo být na procesu hledání léčby nejtěžší pro lidi, kteří s vámi situaci řešili?
16. Teď, když se podíváte zpětně, udělal/a byste něco jinak?
17. Co byste doporučil/a dalším ženám nebo mužům s tímto problémem?

**Závěr:**

18. Je ještě něco, co vám přijde důležité v souvislosti s tématem zmínit?
19. Máte vy nějaké otázky?

*Mnohokrát děkuji za ochotu sdílet Vaši zkušenost.*

## **RODIČ**

*Dobrý den, jmenuji se Gabriela Kosjuková a jsem studentkou 2. ročníku magisterského programu psychologie. Mnohokrát Vám děkuji za čas věnovaný této studii, která se snaží mapovat okolnosti zahájení léčby poruch příjmu potravy. Vaše zkušenosti s tímto onemocněním jsou pro tento výzkum, realizovaný pro mou diplomovou práci pod vedením prof. Papežové, velmi cenné.*

*Budeme spolu cca 30-60 minut hovořit o rozvoji Vašich potíží, cestě k zahájení léčby a podle Vás důležitých faktorech v celém procesu. Míra sdílnosti je čistě na Vás a samozřejmě máte možnost na cokoliv neodpovědět nebo kdykoliv odstoupit. Rozhovor bude nahráván a následně přepsán, všechna data budou anonymizována a Vaše soukromí tak bude chráněno, po skončení studie budou nahrávky smazány.*

*Před začátkem rozhovoru bych Vás ráda požádala o přečtení (1) informovaného souhlasu a (2) souhlasu se shromažďováním a zpracováním osobních údajů, abyste měl/a kompletní informace o studii a Vašich právech při účasti. Pokud budete souhlasit a dokumenty podepíšete, zahájila bych rozhovor spuštěním diktafonu a položením první otázky.*

### **Úvod:**

1. Jak jste se dozvěděl/a o výzkumu?
2. Mohl/a byste mi říci následující základní informace o sobě? *věk, bydliště, vzdělání, rodinná situace*
3. Mohl/a byste jen stručně vyjmenovat, jaké typy léčby už má váš syn/vaše dcera za sebou?
4. Jak jste vnímal/a začátek a vývoj onemocnění vašeho syna/vaší dcery?
  - 4a) *věk nástupu onemocnění*
  - 4b) *dobu od projevení symptomů po první kontakt*
  - 4c) *věk při nástupu do léčby*

### **Proces zahájení léčby:**

5. Kdy jste začal/a pocítovat snahu situaci řešit a jak to probíhalo?
  - 5a) *s čím přišel/přišla*
  - 5b) *jak závažné to v tu dobu bylo*
  - 5c) *zda byla nějaká zaváhání, krok zpět*
6. Řešil/a jste zahájení léčby s někým dalším, případně s kým?
  - 6a) *jaká byla jeho/jejich role*
7. Jak byste popsal/a vaše první kroky k léčbě?
  - 7a) *kde ji vyhledával/a*
8. Jaká byla vaše očekávání od léčby před jejím zahájením?

### **Bariéry a facilitátory:**

9. Vnímáte, že vám něco na cestě k léčbě bránilo? Případně co?
10. Musel/a jste překonat nějaké překážky? Případně jaké?
11. Co vnímáte, že vám vyhledat léčbu pomáhalo? / Co vás motivovalo?
12. Bylo něco, co vám proces zahájení léčby usnadňovalo? Případně co?
13. Jak vnímáte komunikaci okolo zahajování léčby?
  - 13a) *s blízkými a přáteli*
  - 13b) *s profesionály*

**Prožívání procesu:**

- 14. Jaké pro Vás zahájení léčby bylo? / *Co jste vnímal/a jako nejtěžší?*
- 15. Co vnímáte, že mohlo být na procesu hledání léčby nejtěžší pro vašeho syna/vaši dceru?
- 16. Teď, když se podíváte zpětně, udělal/a byste něco jinak?
- 17. Co byste doporučil/a jiným rodičům dětí s tímto problémem?

**Závěr:**

- 18. Je ještě něco, co vám přijde důležité v souvislosti s tématem zmínit?
- 19. Máte vy nějaké otázky?

*Mnohokrát děkuji za ochotu sdílet Vaši zkušenost.*

# ZAPOJÍTE SE DO VÝZKUMU?

**Jste pacient/ka (18+) nebo rodič  
pacienta/ky s poruchou příjmu potravy?**

**JAK OBTÍŽNÁ BYLA VAŠE  
CESTA K LÉČBĚ?**

**Sdělte nám své pozitivní i negativní zkušenosti a pomozte tak těm, kteří léčbu ještě nenašli.**

Rozhovor proběhne dle vašich preferencí osobně nebo online, s pacienty a rodiči vždy odděleně.

Informace z něj budou zcela anonymizovány a budou využity pouze pro výzkumné účely.

**Ozvěte se na:**

**[g.kosjukova@gmail.com](mailto:g.kosjukova@gmail.com)**

**ZA VAŠI OCHOTU DĚKUJE**

**Bc. Gabriela Kosjuková**

autorka diplomové práce *Facilitátory a bariéry v zahájení léčby poruch příjmu potravy z pohledu pacientů a jejich rodičů* na FF UK pod vedením prof. Papežové



## Příloha 5: Kontakty na krizové linky

# Krizové kontakty



NONSTOP

Linka bezpečí **116 111**

Pražská Linka důvěry **222 580 697**

Dětské krizové centrum **241 484 149**



Modrá linka: [chat.modralinka.cz](https://chat.modralinka.cz)

Linka bezpečí: [elinka.internetporadna.cz](https://elinka.internetporadna.cz)



Linka Anabell **774 467 293**

## Příloha 6: Tabulky s tématy a kategoriemi

### Bariéry

Téma	Kategorie
<b>Pacientky</b>	
Popírání onemocnění	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nevnímání závažnosti</li> <li>• není vidět fyzicky</li> <li>• utajování stavu</li> <li>• stigma a stud</li> <li>• oddalování léčby</li> </ul>
Nedostatek motivace	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pozitivní aspekty onemocnění</li> <li>• chování podporující nemoc</li> </ul>
Negativní nastavení k léčbě	<ul style="list-style-type: none"> <li>• negativní zkušenost se zdravotnictvím</li> <li>• strach</li> <li>• přesvědčení, že úzdrava nemá smysl</li> </ul>
Komorbidity	-
<b>Matky</b>	
Nerozpoznání onemocnění	<ul style="list-style-type: none"> <li>• malé povědomí o PPP</li> <li>• dcera ve fázi vrcholení mimo dohled</li> <li>• desinterpretace symptomů</li> </ul>
Odpor dcery	-
Negativní zkušenost se zdravotnictvím	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nedostatek péče v okolí bydliště</li> <li>• nedostatečné kapacity</li> <li>• nevyhovující přístup odborníků</li> </ul>
Komorbidity	-

### Facilitátory

Téma	Kategorie
<b>Pacientky</b>	
Negativní aspekty onemocnění	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fyzické projevy onemocnění</li> <li>• zhoršování stavu</li> <li>• narušení dalších oblastí života</li> </ul>
Vliv blízkých	<ul style="list-style-type: none"> <li>• svěřeni se s problémy</li> <li>• iniciativa blízkých</li> <li>• podpora</li> <li>• řešení situace kvůli nim</li> </ul>
Pozitivní zkušenost s odborníky	<ul style="list-style-type: none"> <li>• důvěra v odborníky</li> <li>• vyhovující přístup odborníků</li> <li>• apel na řešení a odkázání k další péči</li> </ul>
Povědomí	<ul style="list-style-type: none"> <li>• o PPP</li> <li>• pozitivní a negativní vzory</li> </ul>
<b>Matky</b>	
Vlastní péče	<ul style="list-style-type: none"> <li>• všímavost</li> <li>• strach</li> <li>• akční přístup</li> </ul>
Spolupráce dcery	<ul style="list-style-type: none"> <li>• svěřeni se s problémy</li> <li>• motivace dcery řešit situaci</li> </ul>
Pozitivní zkušenost s odborníky	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vyhovující způsob komunikace</li> <li>• ochotný přístup</li> </ul>
Komorbidity	<ul style="list-style-type: none"> <li>• upozornění na problém</li> <li>• podpora</li> </ul>

## Příloha 7: Poster

# Co komplikuje a usnadňuje cestu k léčbě poruch příjmu potravy?

## Výpovědi pacientek a jejich matek

KOSJUKOVÁ G.<sup>1</sup>, ZÁBRODSKÁ K.<sup>1</sup>, PAPEŽOVÁ H.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra psychologie FF UK, <sup>2</sup>Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze



### Úvod a výzkumný cíl

- výskyt poruch příjmu potravy (PPP) v populaci narůstá
- onemocnění otrásá celým rodinným systémem a blízcí pacientek hrají velkou roli v procesu hledání a zahájení léčby
- včasná zahájení léčby je v mnohdy zásadní a odvíjí se od něj také její efektivita (tím vyšší, čím dříve je zahájena)
- mnoho pacientek se však k léčbě dostává až po příliš dlouhé době

Cílem je zjistit, jaké **facilitátory** a **bariéry** reflektují pacientky s PPP a jejich matky v procesu zahájení léčby.

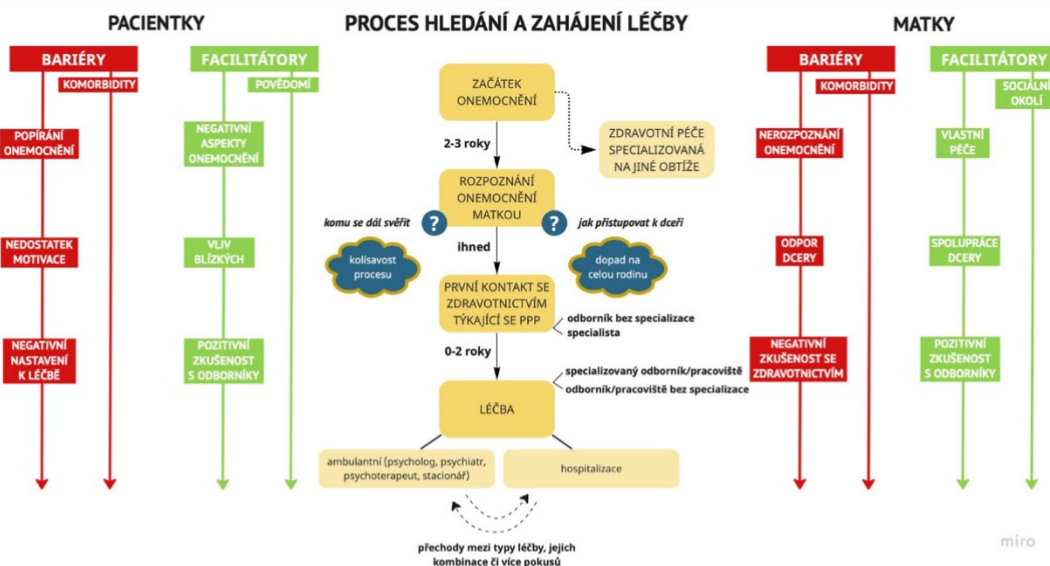


### Metodologie

- kvalitativní design, přístup tematická analýza
- polostrukturovaný rozhovor (19 otázek, 40–70 minut)
- získán souhlas Etické komise VFN pod číslem 191/22 S-IV
- sběr dat proběhl v lednu 2023
- N = 10 (5 dvojic pacientka–matka)
- věk: pacientky 18–29 let, matky 46 – 54 let
- zastoupení diagnóz: 3x mentální anorexie, 1x mentální bulimie, 1x nespecifikovaná PPP



### Výsledky



### Diskuse

- výzkum vyústil ve schématické chronologické zobrazení cesty k léčbě s časově seřazenými bariérami a facilitátory na straně pacientek a jejich matek
- jedná se o jeden z důležitých prvních kroků pro pochopení zkušenosti pacientů a jejich rodičů v Čechách
- výstupy mohou podnítit cílenější snahu o minimalizaci bariér a podporu facilitátorů zahájení léčby v českém prostředí
- limitem je malý vzorek pro zobecnitelnost
- další výzkum by mohl zapojit i ostatní členy rodiny a využít také objektivní data (např. lékařské záznamy a registry)



### Reference

- Coelho, J. S., Suen, J., Marshall, S., Burns, A., Lam, P.-Y., & Geller, J. (2021). Parental experiences with their child's eating disorder treatment journey. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 92.
- Fletcher, L., Trip, H., Lawson, R., Wilson, N., & Jordan, J. (2021). Life is different now – impacts of eating disorders on Carers in New Zealand: a qualitative study. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 91.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*, 109, 1402–1413.
- Gustafsson, S. A., Stenström, K., Olofsson, H., Pettersson, A., & Wilbe Ramsay, K. (2021). Experiences of eating disorders from the perspectives of patients, family members and health care professionals: a meta review of qualitative evidence syntheses. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 156.
- Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Mladá fronta.
- Treasure, J., Stein, D., & Maguire, S. (2015). Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(3), 173–184.
- Volpe, U., Monteleone, A. M., Ricca, V., Corsi, E., Favaro, A., Santonastaso, P., De Giorgi, S., Renna, C., Abbate Daga, G., Amianto, F., Balesrieri, M., Luxardi, G. L., Clerici, M., Alamia, A., Segura-Garcia, C., Rania, M., Monteleone, P., & Maj, M. (2019). Pathways to specialist care for eating disorders: An Italian multicentre study. *European Eating Disorders Review*, 27(3), 274–282.

g.kosjukova@gmail.com