

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

**Kvalita života osob s poruchou příjmu
potravy**

Diplomová práce

Magisterská diplomová práce

Studijní program: SPANDR

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, PhD.

Autor: Bc. Karin Balcarová

Olomouc 2013

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „*Kvalita života osob s poruchou příjmu potravy*“ vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Petre Jurkovičovej, PhD. za odborné vedení diplomové práce, za poskytování cenných rad a připomínek, za pomoc při zpracovávání materiálů a podkladů k práci. Dále chci poděkovat vedení Psychiatrické kliniky v Brně za spolupráci a umožnění monitoringu na jejich pracovišti. Neměla bych zapomenout na podporu svých nejbližších, kterým patří mé hluboké díky.

OBSAH

ÚVOD	6
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	7
1.1 DĚLENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	8
1.1.1 Mentální anorexie	8
1.1.2 Mentální bulimie.....	11
1.1.3 Atypické a nespecifické PPP.....	13
1.2 ETIOLOGIE	14
1.2.1 Sociokulturní faktory.....	14
1.2.2 Biologické faktory.....	16
1.2.3 Psychologické faktory.....	17
1.3 PRŮBĚH A PROGNÓZA	18
1.4 TERAPIE	19
1.4.1 Hospitalizace.....	19
1.4.2 Ambulantní péče	20
1.4.3 Farmakoterapie	20
1.4.4 Psychoterapie.....	21
1.4.5 Svépomocné skupiny a psychoedukace.....	22
1.4.6 Rodinná terapie.....	23
1.4.7 Edukativní skupiny	23
1.4.8 Jídelní skupiny.....	23
1.5 MOŽNOSTI POMOCI	24
2 KVALITA ŽIVOTA.....	31
2.1 HISTORICKÝ EXKURZ.....	31
2.2 TEORETICKÉ VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA.....	32
2.3 TEORETICKÉ VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA DLE WHO	34
2.4 VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA Z POHLEDU SOCIOLOGIE.....	35
2.5 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA	37
2.5.1 Subjektivní a objektivní kvalita života.....	37

2.5.2 Vnitřní a vnější činitele kvality života	38
2.5.3 Rozdělení dimenzí kvality života za účelem měření.....	38
2.6 PŘÍSTUPY KE KVALITĚ ŽIVOTA V SOUČASNÉ DOBĚ.....	39
2.6.1 Medicínský přístup ke kvalitě života	39
2.6.2 Psychologický přístup ke kvalitě života.....	42
2.6.3 Sociologické hledisko kvality života.....	42
2.6.4 Ekologické a environmentální hledisko kvality života.....	43
2.7 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	44
4 METODOLOGIE.....	47
4.1 POSTUP PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU	47
5 VZOREK	49
6 POUŽITÉ METODY	51
6.1 VLASTNÍ PRŮBĚH ROZHOVORU	52
7 VÝSLEDKY	54
7.1 JAK VNÍMAJÍ SVOU KVALITU ŽIVOTA PACIENTI S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ OD DĚTSTVÍ PO SOUČASNOST?	54
7.1.1 Období bez potíží.....	55
7.1.2 První problémy – „změna“	56
7.1.3 Nemoc.....	57
7.1.4 Současnost a vyhlídky na budoucnost.....	58
7.1.5 Shrnutí první výzkumné otázky	59
7.2 JE MOŽNÉ NA NONKOPLIANCE NAHLÍŽET JINAK, NEŽ JAKO NA KORELÁT ONEMOCNĚNÍ?	62
7.3 JAKÁ JE INFORMOVANOST PACIENTŮ O SVÉ NEMOCI A JAKÝ JE JEJÍ VZTAH K SAMOTNÉMU ONEMOCNĚNÍ?	63
8 DISKUZE	64
ZÁVĚR	68
LITERATURA	70
PŘÍLOHY	75

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou v současné době stále více aktuální. Příjem potravy je základní fyziologickou potřebou člověka a v jistém smyslu nám poskytuje slast. Poruchy příjmu potravy jsou zajímavé právě proto, že se jedná o poruchu pudů. Na druhé straně se však tato problematika stává sociokulturním problémem, kdy mluvíme o ideálu krásy a módních trendech. Problematika poruch příjmu potravy tedy postihuje širokou škálu potřeb, od biologických až po potřebu uznání a seberealizace. Ačkoliv probíhá celá řada výzkumů a v léčbě se uplatňuje mnoho terapeutických přístupů, v oblasti pochopení příčin, průběhu nemoci, úspěšné léčby a prognózy zůstává mnoho nezodpovězených otázek.

Také mě zaujala problematika pacientů s poruchou příjmu potravy, neboť se s nimi setkávám ve své práci. Velká část našich pacientek tvoří dívky a ženy s touto diagnózou a jedná se o velmi nesourodou skupinu. Setkávám se s pacientkami, které jsou velmi mladé, prakticky ještě děti, a ptám se, co je vede k tomu nejíst. Je to opravdu touha stát se modelkou, být štíhlá=krásná, nebo prostě opakuje vzor chování, který vidí doma, nebo mají jiné problémy? Opakem k těmto „dětem“ jsou potom starší ženy, které dlouho „unikaly“ pozornosti odborné péče. Žijí se svou nemocí dlouho a do nemocnice se dostanou většinou náhodou a primárním problémem nebývá porucha příjmu potravy. Pro řadu z nás jsou poruchy příjmu potravy těžko pochopitelné. Otázku, kterou si často kladu je, zda jsou spokojeni s tím, jak žijí, zda to koresponduje s jejich představami, nestala se jejich nemoc určitým „životním stylem“, je to opravdu to, co od hubnutí očekávali?

Cílem předkládané diplomové práce je tedy podat základní informace o poruchách příjmu potravy, o jejich příčinách, léčbě, možnostech pomoci rodinným příslušníkům, přátelům a blízkým, definovat pojem kvality života. Hlavním cílem je potom zjistit, jak jsou pacientky o své nemoci informovány, zda jsou se svým současným stavem spokojeny, chtějí se léčit, nebo se ve své „nemoci“ cítí dobře a určitým způsobem jim vyhovuje, jak subjektivně vnímají svou kvalitu života.

1 Poruchy příjmu potravy

„Poruchy příjmu potravy představují spektrum psycho-somatických poruch charakterizovaných převážně psychogenně navozeným maladaptivním stravovacím chováním. Anorexia mentalis, bulimia mentalis a některé formy obezity mohou představovat opačné póly patofyziologické regulace tělesné váhy. Tato onemocnění v posledních desetiletích přitahují stále větší pozornost díky celosvětově rostoucí incidenci“ (Höschl, Libiger, Švestka et al., 2002, str. 600).

Charakteristické pro poruchy příjmu potravy (PPP) je patologická **změna postoje k vlastnímu tělu, neadekvátní hodnocení jeho proporcí a hmotnosti**. Z tohoto vyplývá narušený vztah k jídlu a alimentární chování. Jelikož se jedná o psychická onemocnění, znamená to tedy, že chování spojené s anorexií či bulimií není od určitého stádia nemocná schopna ovládat a tedy se i sama bez pomoci druhých nemoci zbavit.

Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti. U obou poruch se vyskytuje i další společná obecnější psychopatologie, jako je nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické obtíže, závislé především na způsobu kontroly tělesné hmotnosti. Zásadní rozdíl mezi oběma poruchami představuje tělesná hmotnost. Nemocné s PPP mají také mnoho problémů, se kterými se v určité formě můžeme setkat i u jejich zdravých vrstevníků (Krch et al., 1999).

1.1 Dělení poruch příjmu potravy

1.1.1 Mentální anorexie

*„Mentální anorexie (MA) je porucha charakterizovaná zejména **úmyslným snižováním tělesné hmotnosti**. Termín „anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají, a uvádějí různé (někdy do určité míry srozumitelné) důvody, proč jíst „nemohou“. Jejich averze k jídlu (Hsu, 1990 in Krch et al., 2005, str. 16) je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce“.*

Kocourková et al. (1997, in Vágnerová 2008, str. 463) popisuje problémy s mentální anorexií takto: *„Tam, kde obvykle člověk nachází slast a relaxaci, jak je obvyklé v případě jídla, sexuality nebo prosté pasivity, tam dívka s mentální anorexií prožívá hluboké ohrožení a úzkost a těmto pocitům se brání právě tím, že zesiluje svoje kontrolující a asketické chování.“*

Podle Papežové (2000) je velmi obtížné definovat, co je mentální anorexie, neboť na jejím vzniku se podílí řada faktorů. Snazší je vyjmenovat to, co anorexie není:

- anorexie není známkou toho, že rodiče udělali ve výchově něco špatně,
- anorexie není projevem zlomyslnosti, paličatosti či rozmaru nemocné,
- anorexie není něco, z čeho se lze jen tak vyvléknout,
- anorexie není něco, co lze zakázat hrozbou nebo trestem.

Proto, abychom mohli přesně stanovit tuto diagnózu u nemocných, musí být splněna určitá kritéria dle MKN – 10.

Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F 50.0)

1. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať již byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo Queteletův index tělesné hmotnosti (body mass index: BMI= hmotnost v kg/výška v m²) je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti při růstu nesplňují očekávaný váhový přírůstek.
2. Pacientka snižuje váhu různými dietami, navozovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
3. Ke specifické psychopatologii patří strach z tloušťky, přetrvávající i při výrazné kachexii, zkreslené vnímání vlastního těla a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení nízké váhy.
4. Endokrinní porucha hypotalamo-hypofyzární-gonádové osy je u žen vyjádřena především amenoreou (bývá „zakryta“ užíváním hormonální antikoncepce), u mužů ztrátou sexuálního zájmu.
5. Začátek onemocnění před pubertou vede k jejímu opoždění nebo zastavení (růstu, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců), k dokončení puberty dochází po uzdravení, i když menarche může být opožděna (Höschl, Libiger, Švestka et al., 2002, str. 602).

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

1. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například hubnutí, jehož důsledkem je pokles a udržení hmotnosti o 15% pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).

2. Intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.

3. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.

4. U žen absence minimálně tří za sebou následující menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea). Za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci pouze při podávání hormonů, například estrogeneru (Krch et al., 2005, str. 17).

Specifické typy:

Nebulimický (restriktivní) typ – během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Bulimický (purgativní) typ – během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Předchozí kritéria lze shrnout do tří základních znaků:

- aktivní udržení abnormálně nízké tělesné hmotnosti;
- strach z tloušťky trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;
- amenorea u žen. (Krch et al., 2005).

Dříve, než se stanoví diagnóza mentální anorexie, je nutné vyloučit přítomnost somatického onemocnění nebo duševní poruchy, která by mohla také vyvolávat nechutenství a nízkou tělesnou hmotnost.

Začátek mentální anorexie je spojen většinou s nástupem puberty, kdy se mění tělesné proporce, objevují se druhotné pohlavní znaky, a dochází k řadě

hormonálních změn. Dochází také k separaci od rodiny, vytváří se vlastní sebepojetí, autonomie, na kritiku ostatních reagují velmi citlivě.

Zpočátku dívky s MA působí jako velmi nekonfliktní, přizpůsobivé, úspěšné ve škole, s řadou mimoškolních aktivit, odpovědné a perfekcionistické. Rozvoj potíží je velmi pozvolný a nenápadný, a tak se zpočátku často nejeví ani jako porucha. S postupným rozvojem potíží však dochází ke konfliktům s rodiči stran jídla a jídelních zvyklostí, začínají lhát a podvádět, nedokážou si připustit, že s nimi není něco v pořádku. Bagatelizují závažnost svého jednání a popírají, že by měly jakékoliv potíže.

Nejdříve začínají s omezením vydatných „nezdravých“ potravin, aby časem začaly omezovat i potraviny, které mají nízkou kalorickou hodnotu. Mohou omezit i tekutiny, ale jsou i případy, které naopak příjem tekutin nadměrně zvýší. Navzdory tomu, že drasticky zhubnou, mají stále pocit, že jsou tlusté, zejména v oblasti stehen, břicha a hýždí. Paradoxně se sníženým příjmem stravy mají zároveň zájem o vaření, recepty, připravují jídlo pro ostatní členy rodiny. Bývají často velmi aktivní, čilé a výkonné, mnoho dívek také excesivně cvičí (Kocourková et al., 1997).

1.1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie (MB) *„je charakterizovaná opakovanými záchvaty přejídání velkým množstvím kalorické stravy, tzv. „binge eating“ a přehnanou patologickou kontrolou tělesné váhy. Začíná později než mentální anorexie. V anamnéze se více než v 50% vyskytují plně vyjádřené nebo skryté epizody mentální anorexie s podvážou a/nebo amenoreou a dodržování diet. Mohou se střídat restriktivní a bulimické subtypy“* (Höschl, Libiger, Švestka et al., 2002, str. 602).

I zde musí být splněna určitá kritéria pro diagnostikování mentální bulimie, opět se vychází z MKN – 10.

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)

1. Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a záchvaty přejídání konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
2. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, hladovkami, anorektiky, laxativy, diuretiky, tyreoidálními preparáty, u diabetických pacientek manipulací s inzulinem.
3. Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky, ve snaze udržet si nižší než premorbidní váhu (optimální či zdravou) (Höschl, Libiger, Švestka et al., 2002, str. 602).

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

1. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge eating) charakterizuje:
 - konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (například během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
 - pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a jakém množství jím).
2. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře.
3. Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
4. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
5. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie (Krch et al., 2005, str. 19).

Specifické typy:

Purgativní typ – pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.

Nepurgativní typ – používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

Pro diagnózu mentální bulimie jsou také důležité tři základní znaky, stejně tak jako u mentální anorexie. Prvním z nich jsou epizody přejídání (binge eating). Nemocné by měly přejídání vnímat jako záchvatovité nebo neovladatelné, jako pocit ztráty kontroly nad jídlem. Dalším znakem je nepřiměřená, extrémní kontrola tělesné hmotnosti, kdy může docházet k hladovění nebo k extrémnímu cvičení. Třetím znakem je nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost (Krch et al., 2005).

Dívky s mentální bulimií již nejsou hodnoceny jako tak vyhovující, nekonfliktní a přizpůsobivé, ale mají také perfekcionistické rysy. Jsou závislé na hodnocení druhých, cení si sebeovládání a sebekontroly, mohou být však impulzivní. Často nemají silnou vůli, aby dokázaly hladovět, svým jednáním jsou potom zhnusené, trpí pocitem studu a viny. Stávají se sociálně izolované, neboť většinu svého času věnují myšlenkám na jídlo (Kocourková et al., 1997).

1.1.3 Atypické a nespecifické PPP

S rostoucí incidencí PPP, které ohrožují stále širší populaci bez výraznější obecné psychopatologie, přibývá pacientů, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria. Tato se někdy přehlíží, přestože do ní podle běžné klinické zkušenosti patří nezanedbatelný počet pacientů. Podle některých studií (King, 1991; Herzog et al., 1993 in Krch et al., 2005, str. 21) „u některých z těchto pacientů dojde během let k rozvoji kompletních příznaků poruchy“.

Dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) dále rozlišujeme: **Atypickou mentální anorexii (F50.3), Atypickou mentální bulimii (F50.1)**, chybí jeden i více klíčových rysů, jinak však vykazují typický klinický obraz nebo všechny symptomy v mírném stupni. Dále můžeme rozlišovat: **Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4), Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.5), Jiné poruchy jídla (F50.8), Porucha příjmu jídla nespecifikovaná (F50.9).**

1.2 Etiologie

Poruchy příjmu potravy nemají jednu přesně určenou příčinu, rozvíjí se pravděpodobně jako důsledek **komplexního působení biologických, psychických i sociálních faktorů**, v rámci interakce určitých dispozic se zátěžovými vlivy. Řada autorů však dnes zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o biopsychosociální podmíněnosti poruch příjmu potravy.

1.2.1 Sociokulturní faktory

V naší společnosti má **tělesná atraktivita svou sociální hodnotu**. Naše kultura klade značný důraz na zevnějšek, a proto se stal součástí naší identity. Pokud náš vzhled odpovídá konvenčním představám estetického ideálu, náš sociální status je vyšší a jsme lépe akceptováni a hodnoceni. Dospívání je období pochybností a je zde proto riziko vzniku patologického vztahu k vlastnímu tělu, které zvyšují negativní sociální reakce, vysmívání pro tloušťku, neúspěšnost a nízký sociální status (Vágnerová, 2008).

Vágnerová (2008, str. 465) uvádí, že *„pocitem nespokojenosti se svým zevnějškem trpí častěji dívky. Jedním z důvodů je sociokulturní stereotyp zdůrazňující význam*

ženské krásy. Současným ideálem je štíhlost, která je chápána jako nezbytný předpoklad atraktivity. Modelky jsou akceptovány jako představitelky normy, i když jsou pouze určitou populační krajností.“

Tento vzor krásy je pro většinu populace nedostupný. Tlak současné společnosti na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale oslabují sebedůvěru mladých dívek, kterým předkládají nerealistické cíle a nevhodné vzory. Ve společnosti existuje předpojatost vůči obézním. V současné společnosti existuje **tendence k uniformitě**, je žádoucí se co nejvíc přiblížit tomuto ideálu. Konformita je ochuzením, ale na druhé straně odstraňuje pochybnosti. Pokud je dívka atraktivní ovlivňuje to její sebehodnocení a tím i její sebedůvěru. Nedojde-li však k uspokojivé identifikaci s vlastním tělem, může k němu převážit negativní postoj, nenávist a odmítání. Tělo se stává viníkem jejich problémů. Mnohé subjektivní problémy se mohou projevit změnou k jídlu a tedy i poruchou příjmu potravy (Vágnerová, 2008).

Také Papežová (2000) vidí problém v západní kultuře, která je zaměřená až příliš na štíhlost, média prosazují vyhublé modelky, herečky a dietní chování jako určitou normu. Toto dietní chování se pak schovává za zdravou výživu. Na to zároveň navazuje dobrý pocit sebekontroly nad tím, že si umí udržet štíhlou postavu.

Dalším sociokulturním faktorem, který dává Krch et al. (2005) do souvislosti s rozvojem PPP, je vyšší tlak na ženy v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění. Podle něj jsou na ženy kladeny větší nároky, došlo ke změnám v nahlížení na sociální a kulturní role ženy. V tomto zmatku ženy nedokážou najít sebe sama, obtížně hledají osobní identitu a autonomii. Z těchto důvodů může pak žena odmítat svou sexuální roli nebo některé její atributy.

Novák (2010) tvrdí, že poruchy příjmu potravy jsou sociokulturním jevem, a skoro všechny ženy a i někteří muži trpí těmito poruchami.

1.2.2 Biologické faktory

Musíme jíst, abychom se udrželi naživu. Jedná se o lidskou přirozenost. Potřeba potravy tedy patří k základním biologickým potřebám a slouží **pudu sebezáchovy**. Můžeme se snažit tento pud potlačit pro nás subjektivně významnější tendenci.

Porucha vztahu k jídlu může mít dva důvody:

- **jídlo je zdrojem slasti**, je to odměna za splněný úkol, za úspěch. Jídlo nám slouží jako náhražka za něco, co nemůžeme mít, jako kompenzace v oblasti sociálních vztazích, nedostatku lásky nebo neúspěchu.
- **jídlo je prostředkem**, ovlivňuje tělesnou hmotnost. Můžeme tak ovládat proporce svého těla. Ovládání hladu je jedním z prostředků sebepotvrzení, askeze může sloužit jako zdroj sebeúcty – člověk dává najevo, že není otrokem pouhého pudu a jeho vůle je silnější než nějaké tělesné potřeby (Vágnerová, 2008).

Jako významný rizikový faktor pro vznik mentální anorexie, či bulimie, je podle Krcha et al. (2005) **ženské pohlaví**. Riziko je zde až desetkrát vyšší, pokud jste žena. V průběhu puberty a adolescence dochází k nejdramatičtějším tělesným a psychickým změnám, které mohou být významné z hlediska vzniku poruch příjmu potravy. V pubertě klesá spokojenost dívek se svým tělem a tato nespokojenost přetrvává i do adolescence. S nárůstem **tělesné hmotnosti** vzrůstá i nespokojenost žen s jejich tělem a tak roste i nebezpečí redukčních diet a bulimie. Významnou roli zde hraje také distribuce tělesného tuku. Podle výzkumů vyšší riziko ohrožení PPP vykazovaly ženy, u kterých je tuk nejvíce uložen na bocích, stehnech a hýždích.

Puberta je typickým obdobím vzniku mentální anorexie. Významnou roli při adaptaci dospívajícího na pubertu hraje jeho osobnost. První menstruace je u dívek známkou skončení puberty. Dospívání je spojeno s uvědomováním si sebe sama, přemýšlením o sobě. Dívky bývají vnitřně nejistější oproti chlapcům, mají větší obavy z toho, zda jsou oblíbené, mají nižší úctu k vlastnímu tělu a nižší sebevědomí. Vnitřní nejistota, dospívajících dívek je spojena se zvýšenou sebekritikou, náchylností k depresím, nízkým sebevědomím a sklonem k PPP. V tomto období dochází

k separaci od rodiny, snaze o sebeprosazení a autonomii. Je to období přijetí své sexuální role, prvních sexuálních zkušeností a dosažení autonomie (Krch et al., 2005).

1.2.3 Psychologické faktory

Dívky s mentální anorexií často **odmítají ženskou roli** a s tím spojenou sexualitu. Tuto roli naopak považují za nežádoucí, vyvolává v nich strach a odpor. Snaží se jí vyhnout. Určitý vliv na rozvoj této poruchy mívají matky dívek. Ty nejsou také spokojeny se svým ženským údělem, nefungují tak jako přijatelný model. Také role otce zde nefunguje správně (Kocourková et al., 1997).

Dlouhodobě **dysfunkční rodinné vztahy** mohou být také jednou z příčin vzniku poruch příjmu potravy. Rodiny mají často velmi rigidní vztahy mezi jednotlivými členy, tendence k hyperprotektivě, vzájemné manipulaci, bez možnosti jasného vymezení pozice každého jedince. Nejsou schopni řešit konflikty, komunikovat, přijímat rozhodnutí. Převažuje zde strategie popírání problémů a potlačování emocí. Rodina se bojí jakékoliv změny, snaží se udržet daný stav, který představuje určitou rovnováhu a navenek se prezentuje jako bezproblémová. Ovlivňuje život členů rodiny, zejména těch, kteří jsou na ní nejvíce závislí. Tyto rodiny jsou často zaměřené na výkon a úspěch, který vyžadují i od dětí. Dospívající má pak problém osamostatnit se, neboť pomáhá rodině udržovat rovnováhu, kterou jinak nedovede dosáhnout (Vágnerová, 2008).

Kocourková et al. (1997; Graham et al., 1999 in Vágnerová, 2008) uvádí, že v dynamice vzniku poruch jídla, zejména mentální anorexie, bývá zdůrazňován význam **vztahu mezi matkou a dcerou**. Pokud bychom měli charakterizovat matky anorektických dívek, tyto matky bývají málo empatické, naopak jsou zvýšeně kritické, bývají perfekcionistické, zaměřují se na dodržování pravidel a dosažení dobrého výkonu. Jsou také velmi hyperprotektivní. Jednají velmi omezujícím a manipulativním způsobem a samy jsou přitom velmi nejisté, důležité je pro ně ocenění okolí. Dívky se nedovedou od této vazby odpoutat. U dívek dochází také ke konfliktu mezi potřebou

nezávislosti a strachem ze ztráty opory. Mohou se u nich projevit stejné osobnostní rysy jako u jejich matky.

Krch et al. (2005) mluví o „anorektických matkách“ podobně jako Kocourková, které mají problematický vztah se svou dcerou, je tam přílišná závislost mezi matkou a dcerou. Matka mívá zároveň často ambivalentní postoj k mateřské roli.

K možným dalším psychologickým faktorům můžeme přiřadit rizikové povahové rysy, jako jsou perfekcionismus, zranitelnost (určitá nejistota ohledně sebe sama), nestálost, puritánství a asketismus (Papežová, 2000).

1.3 Průběh a prognóza

Nemocné s poruchami příjmu potravy představují velmi různorodou skupinu s různým průběhem nemoci. Mentální anorexie začíná obvykle ve věku 13 až 20 let, mentální bulimie začíná mezi 16 až 25 lety.

„Nástup floridních příznaků většinou předchází období stupňujících se diet, které mohou být i z lékařské indikace (např. při žloutence). Obě poruchy (především bulimie) se často rozvíjejí pomalu a nenápadně, „ztracené“ mezi dietami a nevhodnými jídelními návyky vrstevníků a rodiny. Jídelní postoje a chování nemocného se krok za krokem mění a gradují ve své nepřiměřenosti, nepřizpůsobivosti a extrémnosti. Místo aby nemocný přizpůsoboval příjem potravy svému životu, stále více přizpůsobuje svůj život nevhodným jídelním požadavkům a zvyklostem“ (Krch et al., 2005, str. 22-23).

Obě poruchy podle Krcha et al. (2005, str. 23) „mohou proběhnout jako jediná epizoda s úplnou remisí, nebo s velmi dlouhodobým průběhem, nebo ve formě epizod opakujících se po mnoho let“.

Tyto poruchy tvoří velmi nesourodou skupinu s určitým variabilním průběhem a prognózou. Je jasné, že dlouhodobý průběh nemoci mění i kvalitu života lidí

s poruchou příjmu potravy. Často dochází k určité adaptaci a rozvoji nežádoucích prožitků. Nemocné vykazují známky deprese, neurotické poruchy, afektivní poruchy, obsedantně – kompulzivní poruchy. Drogy a alkohol jsou potom nebezpečné zejména pro pacientky s bulimií.

Podle Hsu (1990, in Krch 2005) bylo zjištěno pět významných prognostických faktorů, které mohou předznamenat špatnou prognózu:

- dlouhé trvání nemoci,
- nízká minimální tělesná hmotnost,
- premorbidní osobnost,
- narušené vztahy s rodinou,
- předcházející léčba.

1.4 Terapie

Terapie u poruch příjmu potravy bývá velmi obtížná a zdlouhavá. Léčebný program by měl kombinovat medicínský, psychologický a sociální přístup. Společně hledají počátek nemoci – příčinu vzniku nemoci. To je ovšem zkomplikováno často negativním postojem pacientek k léčbě.

1.4.1 Hospitalizace

Důvodem k hospitalizaci je často potřeba stabilizace zdravotního stavu. Léčba těchto pacientek je nezbytná a není přitom nutná aktivní spolupráce. Jiná je hospitalizace s aktivní spoluprací, kdy je hospitalizace brána jako důležitý krok v procesu uzdravování.

K rozhodnutí o tom, zda je nutné pacientky s PPP hospitalizovat slouží určitá kritéria. Je nutné: zabránit v dalším snižování hmotnosti, přerušit zvracení, přejídání, manipulaci s projímadli, zhodnotit a léčit případné jiné zdravotní komplikace, léčit další stavy jako např. deprese, sebepoškozování aj. (Krch et al., 1999).

Andresen et. al. (1985 in Kocourková et al., 1997) uvádí podobná kritéria, které se také zaměřují na úbytek váhy, rychlost váhového úbytku, na patologické jídelní chování, důvodem jsou pro něj také somatické potíže, které jsou s těmito poruchami spojeny.

Jako další důvod k hospitalizaci je uváděná neúspěšná ambulantní léčba, která trvá déle než 2 měsíce (Herzog a Beresin, 1991 in Kocourková et al., 1997).

Hospitalizace je pouze část léčby, ta se soustřeďuje také na psychické problémy. Bezprostředním cílem je nutriční rehabilitace, navození normálního jídelního režimu, odstranění somatických i psychologických následků malnutrice.

1.4.2 Ambulantní péče

Ambulantní péče předpokládá určitou schopnost a ochotu ke spolupráci. Může být prováděna individuálně nebo ve skupině, s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem. V ambulanci mohou lékaři také sledovat tělesnou hmotnost, hodnoty elektrolytů a některá další životně důležitá kritéria zdravotního stavu.

1.4.3 Farmakoterapie

Medikamentózní léčba je součástí komplexní léčby poruch příjmu potravy. Tato léčba je pouze doplňková, léky slouží pouze k úpravě dílčích problémů. Neexistuje žádný kauzální lék, který může léčit příčiny těchto poruch. Jedná se o terapii psychofarmaky, léky k nutriční podpoře a gynekologickou medikací. Z psychofarmak se užívají zejména antidepresiva, antipsychotika a méně často anxiolytika (Kocourková et al., 1997).

1.4.4 Psychoterapie

Je velmi důležitou složkou léčby u poruch příjmu potravy. Jsou používány různé metody individuální (př. kognitivně-behaviorální, psychodynamické) a skupinové psychoterapie. Nezbytná je také práce s rodinou, proto bývá navržena i rodinná terapie. Velmi užitečné jsou svépomocné skupiny rodin nemocných s PPP. Umožňují jim tak sdílet problémy s tímto onemocněním spojené, získat emoční podporu a potřebné zkušenosti.

Psychoterapie řeší psychologické problémy ve vztahu k prevenci relapsu. Základem je kvalitní terapeutický vztah pracující s motivací pacientky. Zejména u pacientek s PPP je zpočátku snaha o manipulaci a spolupráci pouze předstírají. Během terapie by se mělo přihlížet ke stupni zralosti jedince, motivaci k léčbě, sociálním podmínkám a dostupnosti jednotlivých programů (Kocourková et al., 1997).

Kognitivně-behaviorální terapie

Obecně lze říci, že cílem terapie je změnit nezdravý návyk, který se rozvinul ve způsobu myšlení nebo chování klienta. Pomůže tak změnit to, jak se klient cítí. Zaměřena je na přítomnost, konkrétní ohraničené problémy, směřuje ke změně postojů a soběstačnosti pacienta (www.pppinfo.cz).

Tato terapie se stala běžně uznávanou při léčbě mentální bulimie. U mentální anorexie tvoří značnou část teoretických základů. Je však potřebná určitá modifikace terapie. Terapie u mentální anorexie trvá obvykle déle než u mentální bulimie a kognitivní intervence se zaměřují na širší cíle, které zahrnují různé osobní a interpersonální oblasti (Krch et al., 2005).

Skupinová terapie

Tuto terapii nacházíme ve všech léčebných programech určených pro poruchy příjmu potravy. Pracuje se s ní v denních stacionářích a nemocničních léčbách. Psychoterapie u pacientů s PPP se liší v tom, zda se zaměřujeme na osvětu a úpravu základních příznaků, nebo na interpersonální a emocionální problémy.

Během hospitalizace jsou pacientky do skupiny průběžně přijímány, není tedy možné většinou vytvořit uzavřenou skupinu. Pro terapii, jakoukoliv terapii, nejsou vhodné pacientky, které jsou extrémně podvyživené, odmítající jídlo, vyžadující intenzivní péči nebo depresivní pacientky (Krch et al., 1999).

Tohoto názoru je také Hall (1985 in Kocourková, 1997), který uvádí pro skupinovou terapii pacientky s extrémní vyhublostí jako nevhodné. Pacientky bývají zpočátku málo motivované, nedůvěřivé, celkově odmítají léčbu.

Skupiny bývají smíšené a tvoří je pacientky s mentální anorexií i bulimií. Práce s pacientkami s mentální anorexií je o něco složitější a delší. Je méně konfrontační, dlouhodobější, vyžaduje více sebeovládání, empatie a podpory. Naopak kontakt s pacientkami s bulimií je živější a bezprostřednější.

Obvykle se v rámci skupinového programu postupuje od základní problematiky k širším psychickým problémům. Je dobré, pokud pacientky, které mají normální tělesnou hmotnost, přichází s obecnějšími tématy. Nelze však zapomínat, že primárními problémy jsou úprava jídelních zvyklostí a realimentace. Pacienti nedůvěřují sami sobě, zejména pokud jde o vlastní pocity a vnitřní pochody, a mají často jen malou důvěru i k terapeutovi (Krch et al., 2005).

Skupinová terapie u hospitalizovaných pacientek může být kombinována s individuální terapií.

1.4.5 Svépomocné skupiny a psychoedukace

Nejedná se o profesionální pomoc. Pomoc přichází od lidí se stejnými zkušenostmi. Prostřednictvím těchto skupin si mohou poskytnout podporu, motivovat se k dalším krokům v léčbě, sdílet společná témata a vyměňovat si zkušenosti. Svépomocné manuály ukazují způsoby ve vedení jídelníčku, cvičení na posílení sebevědomí. Psychoedukace znamená poučení o povaze nemoci a možnostech léčby (www.pppinfo.cz).

1.4.6 Rodinná terapie

Je vhodná zejména u mladých patientek a u některých patientek žijících se svojí rodinou. U starších patientek je vhodná rodinná terapie jako doplněk individuální terapie, pokud jsou v popředí rodinné konflikty. V poruchách příjmu potravy se mohou, dle terapeutů, odrážet dysfunkční role, konflikty v rodině nebo interakční vzorce v rodině (Krch et al., 2005).

1.4.7 Edukativní skupiny

Pacientkám mají poskytnout srozumitelné a relevantní informace související s poruchami příjmu potravy a konkrétní doporučení, jak jejich příznaky zvládat. Dobrý efekt mají u lehčích forem mentální anorexie, jinak jsou součástí komplexní terapie. Sezení probíhají buď formou přednášek nebo má normální skupinový formát. Používají se názorné pomůcky. Jedná se o dialog, kterého se pacientka aktivně účastní. Vhodní pacienti do skupiny jsou s náhledem, schopností spolupráce a s dostatečným intelektem (Krch et al., 2005).

1.4.8 Jídelní skupiny

Pomáhají patientkám orientovat se v nutričních a jídelních aspektech poruch, mohu si prakticky vyzkoušet určité situace spojené s přípravou a konzumací jídla. Mají edukativní, ale i nácvikový charakter.

1.5 Možnosti pomoci

V posledních letech se o poruchách příjmu potravy napsalo mnoho a věnovala se jim řada výzkumů. I tak se o jejich příčinách, i léčbě ví velmi málo. Jde o psychiatrickou diagnózu, která je pro mnohé velmi těžko uchopitelná. Dívky, ženy trpící touto nemocí se cítí velmi osamělé a nepochopené, neboť jejich nejbližší je nedokážou pochopit. Často neumí přijmout fakt, že se jedná o psychickou nemoc, řešení v nemoci vidí velmi jednoduše, podle nich se mají dívky „prostě najíst“. Vždyť najíst se je tak přirozené a úplně jednoduché. Ne, tak pro tyto dívky. Rodina, příbuzní, přátelé mají také velmi nereálná očekávání. Věří, že pokud se dívka, či žena půjde léčit, vrátí se domů jako zdravá a vyléčená, bez dalších potíží. Bohužel tomu tak není, a je potřeba podpora nejbližších i po podstoupené léčbě. Bohužel, boj s touto poruchou může trvat i řadu let. V dnešní době je pozornost a pomoc věnována nejenom nemocným, ale také rodinám a blízkým, kteří s nemocnou žijí. Přístup k informacím je v dnešní době lehčí i díky internetu. Mohou si zde najít základní informace, možnosti prevence, místa kde jim pomohou a řadu dalších informací. Následující řádky jsou různé vhodné rady a doporučení autorů, kteří se zabývají problematikou poruch příjmu potravy a jsou věnovány zejména rodinám a blízkým nemocných PPP.

Prevence

K nejlepší léčbě patří zejména prevence poruch příjmu potravy. Je důležité se zaměřit na programy primární prevence. V dnešní době existují již programy prevence pro děti mateřské školy až po vyšší odborné školy a vysoké školy. Takovéto programy primární prevence nabízí i sdružení Anabell, které nabízí pomoc a podporu lidem s poruchami příjmu potravy a jejich rodinám. Témata jejich vzdělávacích programů jsou:

- *Poruchy příjmu potravy* – program vysvětluje hlavní pojmy jako mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, obezita, příčiny vzniku poruch příjmu

potravy, zdravotní komplikace, nebezpečí ohrožení života, jak pomoci blízkému člověku, na koho se obrátit s prosbou o radu. Program je vždy přizpůsoben danému věku účastníků.

- *Zdravý životní styl pro nejmenší* – program se zaměřuje na práci s dětmi v mateřských školách a hravou formou je seznamuje se zdravým životním stylem. Využívá se pohádek, maňásků a divadla.

- *Ideál krásy, reklama a její vliv* – tento program je určen žákům do 1. stupně základních škol a snaží se zábavnou formou informovat o vývoji ideálu krásy, o vlivu reklam na jednotlivce či celou společnost.

- *Práce s tělem* – program se věnuje prevenci poruch příjmu potravy u dětí 1. stupně základních škol, interaktivní formou práce poukazuje na důležitost vztahu ke svému tělu.

- *Rozvoj sebevědomí* - program je určen žákům všech typů škol a zaměřuje se na kreativní formy práce vedoucí k rozvoji a posilování zdravého sebevědomí žáků (www.anabell.cz).

V současné době je spuštěn **online program Pro-Youth** zaměřený na prevenci poruch příjmu potravy. Je určen pro všechny žáky základních, středních i studenty vysokých škol ve věku 15 – 25 let. Jedná se o mezinárodní program, kterého se účastní 7 evropských zemí. Studenti a studentky zde mohou zjistit, zda jsou sami ohroženi poruchami příjmu potravy, naleznou zde více informací o tomto problému a další kontakty. Do programu jsou zapojeni odborníci zabývající se poruchami příjmu potravy (psychiatrii a psychologové), i dobrovolníci (studenti) se zájmem o problematiku a lidé se zkušenostmi s primární prevencí v oblasti závislostí.

PRO-YOUTH portál byl vytvořen speciálně jako program poskytující informace a podporu mladým lidem. Nemá žádná omezení v přístupu, do programu se může zapojit každý. Program může každý využívat podle svých individuálních potřeb. Zatímco někdo potřebuje jen obecné informace, o psychickém zdraví, psychické pohodě nebo poruchách příjmu potravy, aniž by sám měl problémy, jiný může hledat nabídky profesionální podpory nebo možnosti léčby (www.proyouth.eu).

Poruchy příjmu potravy přináší dlouhodobé potíže nejenom rodinám a příbuzným, ale také učitelům a spolužákům. Již na základní škole dochází ke změnám v přístupu k vlastnímu tělu a také stravovacím návykům. Krch (2005a, [online]) uvádí, že již „už osmiletá děvčata uvádí, že nejsou spokojena se svým tělem. Strach z tloušťky a dietní tendence vzrůstají v průběhu dospívání a určují život stále většího množství dětí.“

Bohužel je tomu tak, v praxi se setkám, již s desetiletými dívkami, které se léčí s mentální anorexií. Důvody proč chtějí být štíhlé, jsou různé. Často je to vzorec chování, který kopírují z domu (matka, která drží řadu diet).

Ve školách se dnes již zaměřují na prevenci poruch příjmu potravy, na zdraví „životní styl“. Tedy už ve škole mohou učitelé ovlivnit postoj žáků, zachytit první příznaky a doporučit možnou další pomoc.

Je pravděpodobné vzhledem k četnosti poruch příjmu potravy, že se s nimi v různé formě rozvoje, budou učitelé stále častěji setkávat. Pokud má být jejich intervence účinná musí oni, děti i jejich rodiče vědět:

- z anorexie a bulimie není možné někoho vyléčit bez jeho přičinění. Překonat návyk a postavit se strachu znamená každodenní práci, odhodlání a trpělivý, dlouhodobý tlak u nemotivovaných dětí, kterému nelze povolit. Učitelé pomáhají (na požádání) rodičům se supervizí nad jídlem dítěte (př. mohou dohlédnout, zda svačí), ale nepřebírají zodpovědnost za jídelní chování dítěte;
- u dětí které jsou vyhublejší, mladší, nespolupracující, zvracející a depresivní je třeba se co nejrychleji obrátit na praktického lékaře, který by měl doporučit specializovanou léčbu;
- zbavit se anorexie a bulimie znamená změnit složité chování a některé postoje. Nestačí o tom pouze mluvit. Některé změny mohou být příjemné, jiné se nemocnému nemusí líbit;
- nikdo není stoprocentní, každý děláme chyby. Není proto třeba dělat paniku, řadě chyb se dá předcházet;

- je vhodné začínat od konkrétních, srozumitelných a kroků, ne od složitých a vzdálených řešení;
- dítě nelze chránit před následky poruchy a neřešit problém podvýživy a nedostatečné energie;
- je nutné změnit své jídelní chování, rozšířit svůj jídelníček a nehledat výmluvy;
- vyléčit se znamená naučit se jíst. Je vhodné brát jídlo jako lék;
- učitel ani spolužáci by neměli nahrazovat terapeuta, jsou však důležitý vzor, mohou po dohodě s rodiči vypomoci přiměřeným dohledem, podporou a přiměřenou zpětnou vazbou;
- mentální anorexie a bulimie jsou problémy, které lze zvládnout. Většina nemocných se nakonec vyléčí, nelze to ale bez jejich přičinění ani bezbolestně (Krch, 2005a, [online]).

Obecná pravidla

„Informace, návody, rady, možnosti pomoci. Přesně to jsem sama postrádala, když jsem se setkala s poruchou příjmu potravy u mé kamarádky. Dnes vím, že univerzální rada, jak z mentální anorexie a bulimie ven, neexistuje“ (Černá, 2008, str.3, [online]).

Obecně je léčba poruchy příjmu potravy vždy podmíněná dostatečnou motivací nemocných se uzdravit. Základním rysem onemocnění je však nerozhodnost či nechut' k léčbě. Donucovat někoho k léčbě nebývá úspěšné. Nemocné se musí samy odhodlat k léčbě. Pokud nemocné razantně odmítají vyhledat pomoc, nic krom vytrvalé podpory a povzbuzování dělat nemůžete.

U nemocných mladších 18 let mohou o léčbě rozhodnout rodiče. Je dobré se poradit se o možném postupu s odborníkem. Může Vám navrhnout ambulantní léčbu nebo hospitalizaci.

Jak už bylo řečeno, k léčbě je nutná motivace a spolupráce nemocných. Pokud víte, že nemocná o léčbě uvažuje, ale bojí se za odborníky jít, můžete jí pomoci i direktivnějším způsobem první kroky udělat.

Většinou však nemocné tvrdí, že je všechno v pohodě a pod kontrolou. Je dobré jim říci, jaké z celé situace máte pocity, jak to vidíte vy, vyjádřete strach, který cítíte. Můžete nabídnout vhodnou knihu o této problematice, požádat, aby šla s Vámi k lékaři, který by Vás ujistil, že je vše v pořádku. Patrně na toto nepřistoupí, ale jistě bude o Vašich slovech a obavách alespoň přemýšlet.

Pokud chodí na terapii, můžete se jí klidně zeptat, o čem si tam povídají. Musíte ovšem počítat s tím, že ona o tom nebude chtít mluvit. Rozhodnutí respektujte, nevyptávejte se, nevyzvídejte, ponechte léčbu v jejích rukou a rukou odborníka. Je možné, že bude z léčby nazlobená, nešťastná, otrávená. V terapii se otevírají bolestivá témata a její stav se může dokonce dočasně zhoršit. Snažte se jí motivovat k tomu, aby v terapii vydržela, že je normální, že může mít vztek, cítit se mizerně, měla by o svých pocitech mluvit. Pro léčbu poruch příjmu potravy je efektivní více druhů terapií. Každému vyhovuje jiný přístup, někdy trvá delší dobu, než se povede najít dobrou a vyhovující terapii. Mezi základní druhy terapií, které se používají při léčbě, patří kognitivně behaviorální terapie, rodinná systemická terapie, gestalt terapie, psychoanalytická terapie, psychoterapie zaměřená na tělo a další metody (Černá, 2008, [online]).

Jak pomoci blízkému, který má problém s poruchou příjmu potravy, kdy ho trápí různé negativní myšlenky a starosti, mají zmatek v hlavě, jak jim správně argumentovat, poradit a podpořit jsem uvedla v přílohách č. 1 a 2.

V dnešní době existuje již celá řada literatury, brožur a svépomocných manuálů určených jak pro nemocné, tak pro jejich blízké a rodiny. Dalším velkým zdrojem informací a možná i tím prvním, na který se člověk obrátí je internet. Existuje celá řada webových stránek o poruchách příjmu potravy (př. www.anabell.cz, www.idealni.cz, www.doktorka.cz, www.pomocppp.cz, aj.), psychoporaden a chatů. Všechny tyto zdroje mají většinou za úkol přiblížit problematiku PPP, popsat vznik, příznaky, příčiny, ale hlavně ukázat možnosti pomoci, ukázat, že nejsou jediní s tímto

problémem a že se dá řešit. Vše slouží nejenom nemocným, ale také rodinám, které hledají pomoc.

Internetové poradenství je rychlé, anonymní, poskytuje základní informace, dává člověku možnost svěřit se svým problémem v podstatě kdykoliv, může motivovat k další léčbě, dodává důvěru a podporu. Je to dále hlavně možnost pro rodiče, partnery a další blízké osoby, jak pomoci tomu, kdo trpí. Samozřejmě má toto poradenství i své nevýhody, zejména chybí osobní kontakt, některé rady tak mohou být špatně pochopeny, nelze působit psychoterapeuticky (www.derewi.blog.cz). Bohužel jsou na internetu zveřejňovány i nekvalitní informace a vznikají pro-anorektické stránky. Zde si pak dívky radí, jak nejlépe zhubnout a stát se anorektičkou.

Možnosti léčby poruch příjmu potravy u nás

Vždy záleží, v jakém zdravotním stavu nemocná aktuálně nachází, a jaká je její motivace se léčit. Pokud onemocnění popírá či léčbu odmítá, nebývá léčba příliš efektivní. Motivace a odhodlání vytrvat v léčbě je základem pro její úspěšnost.

U nás existují tyto formy péče:

- **Pobyťová péče neboli hospitalizace** – zpravidla probíhá na psychiatrických odděleních, existují i specializované jednotky péče zaměřené na poruchy příjmu potravy. Délka pobytu se pohybuje od 2 do 5 měsíců. Hospitalizace je doporučována, když je dívka či žena ohrožena na životě podvýživou či sebevražednými úmysly, pokud není úspěšná stacionární nebo ambulantní péče.

- **Stacionární péče** – v ČR existuje jediný Denní stacionář pro léčbu poruch příjmu potravy v rámci Psychiatrické kliniky VFN v Praze. Délka léčby je maximálně 3 měsíce, je určena pro pacienty s body mass indexem vyšším než 16. Nemocná přichází do Stacionáře ráno a přes den absolvuje individuální i skupinovou terapii s dalšími nemocnými. Účast na tomto typu léčby předpokládá alespoň částečné zvládnutí nemoci a vyžaduje také finanční spoluúčast na léčbě.

- **Ambulantní péče** – poskytují psychologové, psychoterapeuti a psychiatři. Nemocná dochází k odborníkovi na terapeutická sezení (zpravidla 1x týdně, 2x týdně nebo naopak 1 – 2x za měsíc). Psychoterapie vychází z potřeb a zakázky nemocné – pozornost je soustředěna mj. na zvládání jídelních návyků a změnu postojů k sobě a ke svému tělu.

- **Terapeutické skupiny** – po určitý čas se schází tytéž dívky a ženy a společně s jedním či dvěma terapeuty pracují na svém uzdravení formou skupinové. Skupiny existují v rámci hospitalizace, ale i ambulantně.

- **Svépomocné podpůrné skupiny** – jsou místem, kde se setkávají nemocné dívky a ženy a za účasti koordinátora skupiny či odborníka hledají motivaci k léčbě, sdílí své myšlenky a zkušenosti, podporují se navzájem v léčbě. V počátku léčby mohou tyto skupiny pomoci najít odvahu kontaktovat odborníka.

- **Svépomocné manuály** – jedná se o příručky, které mohou být průvodcem při boji s nemocí vlastními silami. Manuál motivuje nemocné k postupným krokům ke změně jídelního režimu, postojů k sobě a svému tělu a kupevnění nových zdravějších návyků. Může být nápomocná, když nechce vyhledat odbornou pomoc, nebo po ukončení hospitalizaci (Černá, 2008, [online]).

2 Kvalita života

2.1 Historický exkurz

Pojem „kvalita života“ poprvé zmínil Pigou v roce 1920 v práci, zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Předmětem jeho výzkumu byl dopad státní podpory pro sociálně slabší vrstvy na jejich život a také na státní rozpočet. Nesetkal se však s ohlasem a pojem byl znovu objeven až po druhé světové válce. V té době se odehrály dvě události:

- *„Světová zdravotnická organizace rozšířila definice zdraví, která poté zahrnovala fyzickou, duševní a sociální pohodu, což vedlo k diskusím o měřitelnosti tohoto konceptu.*
- *Rostoucí sociální nerovnosti mezi jednotlivými západními společnostmi se staly v 60. letech 20. st. impulsem pro různá sociální hnutí a politické iniciativy“* (Vaďurová, Mühlbacher, 2005, str. 7).

V této době byl pojem kvalita života uveden do politiky americkými prezidenty J.F. Kennedym a L. B. Johnsonem, ve druhém případě zejména v programech „The Great Society“ a „The Beautiful America“. Zde šlo zejména o změnu image USA: měla být oproštěna od jisté nekulturnosti, tvrdého „boje o život“, všeobecné nejistoty a vykořisťovatelských prvků. Předmětem zájmu se staly spolupráce a pomoc rozvojovým zemím a také úcta k menšinám (Maříková et al., 1996 in Vaďurová, Mühlbacher, 2005, str. 7).

V Evropě se pojem kvalita života objevil v programu Římského klubu. Tato nevládní organizace založená v roce 1968 ve Švýcarsku kritizovala negativní tendence kapitalistické společnosti, odsuzovala zbrojení, vyzývala k potlačení hrozby jaderné války a hledala prostředky a způsoby humanizace světa a člověka. Jednou z hlavních aktivit Římského klubu bylo programové zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života. Klub se zaměřoval na zkoumání a řešení globálních problémů

(Halečka, 2001 in Vad'urová, Mühlbacher, 2005, str. 65-66). V 70. letech vyšlo množství publikací, které se zabývaly definováním pojmu kvalita života (quality of life, QOL). Hlavním problémem, společným pro všechny pokusy, bylo stanovení indikátorů skutečné kvality života.

Pojem kvalita života se v západní teorii užívá v souvislosti s určitými důsledky celkového vývoje, orientovaného na racionalismus vědy a techniky.

W.Forrester vymezil první faktory ovlivňující kvalitu života: „*zabezpečení potravinami; finance, zabezpečující životní standard; stav znečištění životního prostředí; hodnota růstu počtu obyvatel*“ (Vad'urová, Mühlbacher, 2005, s. 8).

V roce 1961 OSN toto vymezení upřesnila a rozšířila, kdy přijala 12 faktorů a označila je jako „podmínky života“. Již od 70 let. 20. stol. až do současnosti panuje určitá nejednotnost ve stanovení indikátorů pro měření QOL, jejich důležitosti a volby nejvhodnějšího měřicího nástroje.

Pojem kvalita života je v České republice spojován s Psychiatrickým centrem v Praze - s E. Dragomireckou, a s 1. Lekařskou fakultou UK v Praze – centrem lékařské etiky, s J. Křivohlavým.

2.2 Teoretické vymezení pojmu kvalita života

Kvalita života je velmi široký a nejednoznačně definovatelný pojem. Jedná se o pojem multidisciplinární a multidemenzionální, který pojmají různé instituce a odborníci různě.

Samotné slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského základu „qualis“ což znamená „jaký“. Kvalitou tedy můžeme rozumět určitou jakost, resp. hodnotu nebo charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka) (Křivohlavý, 2001).

Definice podle psychologického slovníku uvádí, že kvalita života (quality of life) je: *„vyjádření pocitu životního „štěstí“. K nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost, jako míra seberealizace a duševní harmonie čili míra životní spokojenosti a nespokojenosti...“* (Hartl, Hartlová, 2000).

Studium kvality života dnes znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou užít.

Podle Gurkové (2011, str. 23) *„koncept kvality života nemá doposud všeobecně akceptovanou definici, metodologii a stává se předmětem mnohých interpretací, interdisciplinárních rozprav bez jednoznačného výsledného, všeobecně přijatého konsenzu (shody) v jeho konceptualizaci.“*

Pojem kvalita života se v běžné komunikaci pojí s pozitivním významem pojmu kvalita (kvalitní=dobrý). Naopak jako odborný termín kvalita života užívá na popis pozitivních i negativních aspektů života (Gurková, 2011).

Dragomerická (Škoda, 1997 in Vad'urová, Mühlbacher, 2005, str. 11) uvádí, že *„kategorie kvality života nespočívá kvůli svému multidimenzionálnímu, kulturně podmíněnému, dynamickému značně subjektivnímu charakteru na jednoznačném teoretickém základu. Spíše bychom mohli tvrdit, že leží na průsečíku mnoha soudobých tendencí a směrů, což má za následek velkou rozmanitost snah ji definičně vymezit“.*

2.3 Teoretické vymezení kvality života dle WHO

Současná medicína neuvažuje jen o poskytování zdravotní péče nemocným, o prodlužování délky lidského života a zachraňování lidského života. Stále více se zamýšlí nad tím, jak kvalitní budou měsíce a roky „přidaná“ lidskému životu. Také se mění perspektiva vidění problémů. Dominující pohled profesionálů je nyní doplňován a korigován pohledem pacienta samotného, jeho rodinných příslušníků, či rodičů dětí (Řehulková, Řehulka, Blatný, Mareš et al., 2008, [online]).

V současné době došlo i k určité změně paradigmatu ve výzkumu kvality života, neboť byl přenesen zájem z lidí nemocných na jedince zdravé. Nezkoumá se tedy, jak závažnost onemocnění redukuje životní možnosti člověka, ale snaží se naopak o pohled na zdravé lidi, kteří mohou prožívat život plněji, intenzivněji, smysluplněji, a tedy kvalitněji (Řehulková, Řehulka, Blatný, Mareš et al., 2008,[online]).

Dragomerická (Škoda, 1997 in Vad'urová, Mühlbacher, 2005 str. 11) upozorňuje na posun „*v chápání kvality života směrem k dosažení souladu mezi jedincem a okolím, ať už ve smyslu naplnění specifických potřeb, očekávání nebo využití individuálních schopností v interakci s okolím, a dále také na zaměření se na pozitivní charakteristiky života nemocných, nikoli pouze absenci symptomů*“.

WHO definuje „*kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí*“ (Vad'urová, Mühlbacher, 2005 str. 11).

2.4 Vymezení kvality života z pohledu sociologie

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jsou to především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína.

Pojem kvality života je v sociologii užíván ve čtyřech odlišných určeních:

- „QOL jako odborný pojem, vyjadřující a operacionalizující kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Zde se vymezení QOL nejvíce přibližuje vymezením z pohledu medicíny a ekonomie, neboť je posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možností podílet se na řízení společnosti, dále podle osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod“.
- „QOL jako programové politické heslo, obracející pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, přesahujícím materiální úroveň a vojenskou sílu. Do politiky jej zavedli v 60. letech J. F. Kennedy a L. B. Johnson.
- QOL jako sociální („za kvalitu života“) vznikající z iniciativy ekologických, protikonzumentských a protirasových hnutí.
- QOL jako reklamní, zcela bezobsažný slogan, nabízející nové oblasti konzumu (zejm. volný čas, cestování, bydlení, vnímání, umění) a orientující spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby“ (Vad'urová, Mühlbacher, 2005, str. 14-15).

Rozsah pojetí kvality života

Měření kvality života se neomezuje pouze na jednotlivce, je to pouze jedna dílčí oblast. Engel a Bergsma (Křivohlavý, 2002) rozlišují tři hierarchicky odlišné sféry:

- makro-rovina

Na této rovině jde o otázky kvality života velkých společenských celků, např. dané země, kontinentu. Podle Bergsmy jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou QOL –

o absolutní smysl života. Problematika kvality života se zde stává součástí základních politických úvah, např. problematika boje s terorismem, hladomorem, epidemiemi, stanovení obsahu základní výuky, atp.

- mezo-rovina

Na této úrovni se jedná o měření QOL v malých sociálních skupinách, např. podniku, škole, nemocnici. Do popředí vedle respektu k morální hodnotě života člověka vystupují také otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny.

- personální rovina

Ve středu zájmu stojí život jednotlivce. Při hodnocení kvality zvažujeme subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Vzhledem k subjektivitě získávaných informací do hry vstupují také osobní hodnoty jednotlivce, představy, očekávání, přesvědčení atp., které mohou vnímání QOL značně ovlivnit.

- rovina fyzické existence

Fyzická (tělesná) existence je podle Engela a Bergsmy čtvrtou rovinou, v níž můžeme hovořit o kvalitě života. Jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, které je objektivně měřitelné a srovnatelné, např. chůze před a po ortopedické operaci. I přes svou objektivitu a možnosti kritéria měření operacionalizovat postrádá tato rovina dimenzi, která je pro hlubší pojetí QOL nezbytná.

Kováč (2001, in Vaďurová, Mühlbacher, 2005)) prezentuje tříúrovňový model kvality života. Podle jeho teorie je koncept kvality života tvořen třemi navzájem provázanými úrovněmi:

- **bazální** (existenční, všelidskou) – úroveň zahrnuje somatický stav, psychické fungování, funkční rodinu, materiálně-sociální zabezpečení, životní prostředí a způsobilost pro život,

- **mezo-úrovní** (individuálně specifickou, civilizační),

- **meta-úrovní** (elitní, kulturně duchovní).

Každý aspekt dostává v jednotlivých úrovních odlišný smysl. Například tělesný stav představuje na bazální úrovni dobrý somatický stav, na mezo-úrovni pevné zdraví a na meta-úrovni neproblémové stárnutí končící přirozenou smrtí. Kováčova teorie umožňuje vzájemné prolínání jednotlivých komponent QOL ve všech rovinách a připouští dosažení meta-úrovně bez naplnění úrovně nižší.

2.5 Dimenze kvality života

2.5.1 Subjektivní a objektivní kvalita života

Kvalitu života chápeme jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a často neznámým způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.

Ke kvalitě života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. Odborníci ve všech oborech se v současné době přiklánějí k subjektivnímu hodnocení QOL jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka.

Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Může být tedy vymezena jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.

Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech (Vymětal, 2003). Subjektivní kvalita života se týká emocionality a všeobecné spokojenosti se životem.

2.5.2 Vnitřní a vnější činitele kvality života

Jesenský (2001, str.81) rozděluje činitele kvality života do dvou základních skupin:

Vnitřní činitele – „somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, defektem, poruchou. Mezi tyto činitele patří všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného“.

Vnější činitele – „představují podmínky existence. Jedná se o ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory. Oblast tak obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvality života“.

2.5.3 Rozdělení dimenzí kvality života za účelem měření

Světová zdravotnická organizace rozlišuje čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

- *Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti* – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atd.
- *Psychické zdraví a duchovní stránka* – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání, atd.
- *Sociální vztahy* – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atd.
- *Prostředí* – finanční zdroje, bezpečí, svoboda, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí atd. (Vad'urová, Mühlbacher, 2005).

2.6 Přístupy ke kvalitě života v současné době

Pojem kvalita života je v dnešní době velmi frekventován, stává se předmětem řady výzkumů a používá ho řada vědních disciplín. Důležité je, že se již nezaměřuje pouze na nemocné, ale v zájmu stojí i „normální“ lidé.

2.6.1 Medicínský přístup ke kvalitě života

Základními pojmy tohoto přístupu jsou „kvalita života“ a „zdraví“. Nejdříve se však musíme tyto pojmy jasně vymezit, abychom se mohli touto tematikou zabývat. První pojem je už objasněn výše. Nyní se pokusíme vymezit pojem „zdraví“.

Zdraví

Podle definice zdraví dle WHO jde o *„stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby“*. Podle etymologických slovníků slovo „zdraví“ původně znamenalo „celek“. Toto pojetí celku se opět objevuje, a to v názvu směru, který chápe zdraví a péči o něj z podstatně širšího hlediska. Jedná se o holismus – holistický přístup (Vad'urová, Mühlbacher, 2005).

Křivohlavý (2001) se touto problematikou zabývá podrobněji. Rozeznává dvě základní dimenze zdraví:

- zdraví jako cíl
- zdraví jako prostředek k dosažení cíle.

Z tohoto vymezení potom vycházejí různé teorie zdraví. Křivohlavý (2001) rozlišuje sedm těchto teorií:

1. *Zdraví jako zdroj fyzické psychické síly* – Williams zjistil, že v mnoha primitivních kulturách je možno se setkat s lidovým holistickým pojetím zdraví. Zdraví je tam považováno za určitý druh síly, která pomáhá člověku překonávat těžkosti.

2. *Zdraví jako metafyzická síla* – humanistické teorie považují zdraví za určitý druh vnitřní síly člověka. Zdraví je zde chápáno jako něco, co člověku umožňuje dosahovat vyšších cílů, než je samo zdraví.

3. *Salutogeneze – individuální zdroje zdraví* – autorem teorie je Aaron Antonovsky, studoval dvě skupiny Židů, sledoval u nich schopnost adaptace po návratu z koncentračního tábora. Rozdíly mezi těmito skupinami nespočívaly ani tak v jejich celkovém fyzickém, jako spíše v psychickém stavu – postoji k životu. Tento postoj označil jako „smysl pro integritu“ a vymezil jeho tři základní aspekty: smysluplnost, vědomí zvládnutelnosti úkolů a schopnost chápat dění, v němž se člověk nachází. Tyto salutogenní charakteristiky považoval za podmínky zdraví.

4. *Zdraví jako schopnost adaptace* – adaptací se rozumí schopnost upravit prostředí nebo změnit vlastní způsob života. Mnozí považují tuto schopnost za základní charakteristiku člověka a staví ji i do základu svého pojetí zdraví.

5. *Zdraví jako schopnost dobrého fungování* – dnes je velice rozšířená definice zdraví jako schopnost dobrého fungování (fitness). Parosns definoval zdraví jako „stav optimálního fungování člověka (individu) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován“.

6. *Zdraví jako zboží* – v tomto pojetí se ke zdraví přistupuje jako k něčemu co se dá koupit, dodat nebo ztratit. Zdraví je zde jako zboží. Jedná se o poměrně neobvyklý pohled na zdraví, který má své klady i zápory.

7. *Zdraví jako ideál* – sem patří již zmiňovaná definice zdraví dle WHO: „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“. Za klady považujeme chápání zdraví jako kladné a obecně žádoucí hodnoty a její komplexnost, která jde za hranici prosté nepřítomnosti choroby a zahrnuje i duševní zdraví a oblast vztahů mezi lidmi. Křivohlavý (2001) vytýká definice WHO opomíjení duchovního (spirituálního) zdraví.

David Seedhouse a jeho definice zdraví: „*Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály).*“

Také Křivohlavý (2001, str. 40) s ohledem na vztah zdraví a kvality zdraví se pokusil vytvořit vlastní definici: *“Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.”*

Kvalita života je definována *„s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života“* (Křivohlavý, 2001, s. 40).

Kvalita života týkající se zdraví (HRQOL)

V medicíně je prosazováno označení „Health-Related Quality of Life“, tedy „kvalita života týkající se zdraví“. HRQL vystihuje subjektivní prožívání nemoci a poskytované zdravotní péče. Jedná se o porovnání skutečného prožívání jedince, zvládnutí sociálních rolí se stavem, který považuje za ideální (Vad'urová, Mühlbacher, 2005, s. 26).

Obecné pojetí kvality života a QOL týkající se zdraví se překrývají. Schopnost pacienta vyrovnat se nemocí výrazně ovlivňují jeho individuální charakteristiky – motivace, typ osobnosti, rodinné vztahy, přátelé, životní prostředí a společenské klima.

Kvalita života týkající se zdraví bývá rozdělována do čtyř základních kategorií (Libigerová, Müllerová, 2001, s. 183 in Vad'urová, Mühlbacher, 2005):

- tělesný stav a funkční schopnosti
- psychický stav a pocit pohody (životní spokojenosti)
- sociální vztahy
- ekonomická situace a zaměstnání

2.6.2 Psychologický přístup ke kvalitě života

Psychologické pojetí kvality života se vztahuje ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým (Křivohlavý, 2006).

Objektem zájmu tohoto přístupu je prožívání, myšlení, hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory (např. trauma, krize, deprese, poruchy nálad). Definice dle K. C. Calmana říká, že jedinec považuje svůj život za kvalitní, jestliže jsou jeho očekávání ve shodě se subjektivně hodnocenou životní realitou. Vymětal (2003) pak toto vymezení doplňuje o potřebu uplatnění ve společnosti a prožívání pozitivní citové odezvy. Dalšími základními složkami jsou autonomie, autenticita a kompetentnost člověka.

2.6.3 Sociologické hledisko kvality života

Sociologové *„sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnávají ji, a to nejenom v rámci určité populace, ale i mezikulturálně, a hledají faktory, které ji nejvíce determinují* „(Payne et al., 2005, str. 207).

Z pohledu sociologie se jedná o velice komplexní oblast, ve které je třeba kvalitu života hlouběji vymezit vůči životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu, které s QOL přímo souvisejí, ale nemohou s ní být ztotožňovány (Vad'urová, Mühlbacher, 2005).

Velký sociologický slovník definuje životní styl jako *„strukturovaný souhrn životních zvyků, obyčejů, resp. akceptovaných norem, nalézajících svůj výraz v interakci, v hmotném, věcném prostředí, v prostorovém (teritoriálním) chování a v celkové stylizaci“*(Hartl, Hartlová, 2000).

Dle Sičáka (2001) je životní styl jako specifický druh chování jednotlivce, resp. sociální skupiny se specifickými způsoby chování, zvyky a sklony (Vad'urová, Mühlbacher, 2005).

2.6.4 Ekologické a environmentální hledisko kvality života

Pojem kvalita života „přesahuje rámec jednoho vědního oboru, z tohoto důvodu její zkoumání, definování a praktické zabezpečování vyžaduje systémový přístup. V jeho rámci je třeba zohlednit i ekologický a environmentální rozměr kvality života. Život v příznivém životním prostředí je jedním ze základních lidských práv“(Vaďurová, Mühlbacher, 2005, s. 34).

Kvalita života a vzdělání

Vzdělání je nevyhnutelnou součástí kvality života. Informace vzdělání v globalizujícím se světě jsou považovány za jednu z priorit pro úspěšný vývoj velkých sociálních skupin (států, národů).

V posledních letech se do popředí zájmu dostalo vzdělávání nejen v rámci povinné školní docházky, ale i v dospělosti, tzv. celoživotní vzdělávání. Jeho důležitost narůstá s množstvím nových poznatků ve všech vědních oborech, na které lidé musí reagovat.

Cílem je zlepšit schopnost občanů přizpůsobovat se požadavkům sociálních a ekonomických změn, umožnit jim získání takových znalostí, které jim umožní uplatnění na trhu práce a aktivní zapojení do pracovního i sociálního života. Tyto dovednosti umožňují člověku nalézt vlastní identitu a stanovit si životní cíle, což úzce ovlivňuje kvalitu jejich života. Některé dovednosti jsou nové, např. digitální gramotnost, jiné, např. znalost cizích jazyků, se stávají důležitější, než tomu bylo v minulosti (Vaďurová, Mühlbacher, 2005, s. 37).

2.7 Měření kvality života

Principy měření

Měření je proces přiřazování čísel objektům nebo událostem podle určitých pravidel. Jedná se o proces spojování abstraktních konceptů s empirickými indikátory, které jsou pozorovatelné. Měření je obvykle realizováno na těchto úrovních:

1. poměrová
2. intervalová – rozdíly mezi proměnnými jsou měřitelné
3. ordinální – proměnné mohou být seřazeny
4. nominální – proměnné mohou být pouze vyjmenovány, nejslabší.

Škála je soubor symbolů nebo číslic, kterou jsou sestaveny tak, že symboly nebo číslice stanoveným způsobem korespondují s charakteristikami jedince. Stupnice obsahují komponenty, které popisují koncept a sérii odpovědí, které hodnotí danou oblast.

Pro měření kvality života se používá několik různých hodnotících stupnic:

- oddělené odpovědi – používá kategorie odpovědí jako výborný – dobrý – průměrný – špatný.
- LIKERT stupnice – používá popisy názorů pro určení stupně souhlasu nebo nesouhlasu se sérií tvrzení. Některé stupnice jsou označovány jako podobné LIKERT, neboť hodnotí tvrzení i v jiných dimenzích, např. spokojenost nebo důležitost.
- vizuální analogie – používá škálu, ukotvenou slovy pouze v jejich extrémech, žádná jiná slova se na ní nevyskytují.
- adjektivní – používá kontinuum odpovědí na škále. Princip je podobný jakou u vizuální analogie, pouze s tím rozdílem, že adjektivní škála obsahuje slova (Vaďurová, Mühlbacher, 2005).

3 Cíle práce

Ačkoliv až 44% pacientů s mentální anorexií je v tzv. dobré remisi (s dobrými stravovacími návyky), 28% v remisi částečné (se špatnými návyky) a 24% přechází do chronické formy onemocnění (Höshl, Libiger, Švestka et al., 2002), ve své praxi se setkáváme s častými rehospitalizacemi, táhlou léčbou až letálním koncem se zjevně výrazně rozdílným procentuálním podílem. Jednou s odpovědí může být povaha pracoviště, kde se s pacienty setkáváme. Na jednotce intenzivní psychiatrické péče se tedy mohou dostávat častěji pacienti v pozdějším, či závažnějším stadiu onemocnění. Pacienti, kteří tedy patří do skupiny těch v remisi, mohli vyhledat pomoc včas a zvýšit tím šanci na své vyléčení.

Podnětem pro zpracování této práce byl další možný důvod, proč se tak často setkáváme s pacienty, kteří nepatří do skupiny těch, kteří jsou v remisi s dobrými stravovacími návyky. Naše výzkumné otázky vycházejí čistě z empirického, opakovaného zjištění, že pacientky s MA se k léčbě staví odmítavě, nespolupracují a v průběhu celé hospitalizace je přítomná nonkompliance. Současné diagnostické vodítka neuvádějí ztrátu kontaktu pacientů s realitou (MKN-10, 1994), jako je tomu třeba u psychóz. Pacienti tedy mají náhled a vědí o své nemoci, tudíž by se dalo předpokládat, že budou motivovaní, jejich cílem bude mít opět správné stravovací návyky, budou chtít být zdraví. Vzhledem ke zkušenosti s nespoluprací se však nabízí otázka, zda se nemoc mentální anorexie nestává jistým "životním stylem", zda v roli, které součástí je mentální anorexie, nejsou spokojení.

Cílem této práce tedy je, zjistit, zda jsou pacientky nespokojené se svým současným stavem, tedy zda se chtějí léčit a jejich špatná spolupráce je klinickým obrazem nemoci, nebo zda se "v nemoci" cítí dobře a jistým způsobem jim taková situace vyhovuje. Zajímá nás tedy subjektivně vnímaná kvalita života, to jaké byly touhy a sny pacientů v dětství a dospívání, jak moc se jim podařilo dosáhnout své sny a naplnit svou představu o tom, jací chtěli být v dospělosti.

Hlavním cílem diplomové práce je získání detailních informací ze života lidí s poruchou příjmu potravy, konkrétně u pacientů s mentální anorexií. Zaobírá se kvalitou života těchto lidí a klade si následující výzkumné otázky:

1) Jak vnímají svou kvalitu života pacienti s mentální anorexií od dětství po současnost?

Tato otázka se snaží zodpovědět, nakolik je kvalita života pacientů v průběhu jejich života stabilní, nakolik se mění vzhledem ke stádiu nemoci a jak ji vnímají v současnosti vzhledem k vyhlídkám do budoucnosti.

2) Je možné na nonkompliance nahlížet jinak, než jako na korelát onemocnění?

Východiskem pro tuto otázku je právě zjištění, že mnoho pacientů s mentální anorexií nespolupracuje. Snažíme se tedy zjistit, zda nemoc nemůže být jistým útekem, něčím, co naopak zvyšuje kvalitu života pacientů. Tato otázka se dotýká problému „subjektivní“ kvality života na jedné straně a jisté *normy* nebo, řekněme, „objektivní“ kvality života na straně druhé.

3) Jaká je informovanost pacientů o své nemoci a jaký je její vztah k samotnému onemocnění?

Zde nás zajímá, nakolik byli pacienti informováni o nemoci mentální anorexie před tím, než sami onemocněli, jak ji vnímali v průběhu nemoci a jaké povědomí o ni mají dnes. Může mít povědomí o nemoci nějaký vliv na samotné onemocnění? Touto otázkou se dotýkáme problematiky prevence a možností intervence právě pedagogických pracovníků.

4 Metodologie

Protože tato diplomová práce si dala za cíl získat specifické informace o kvalitě života a průběhu nemoci pacientů s mentální anorexií, byla řešena kvalitativní formou. V naší práci jsme chtěli získat data, která by vnesla nové informace do problematiky poruch příjmu potravy. Snaha zjistit jak pacienti vnímají svou nemoc a jak na svůj život nahlízejí retrospektivně, by mohla přinést cenné informace, na základě kterých by se mohlo na lidi s tímto onemocněním nahlížet z dalšího úhlu pohledu, případně může přinést nové náměty pro další výzkum.

Kvalitativní výzkum je metoda, kterou je možno tyto cíle dosáhnout. Umožňuje nám dívat se na problém z jiného úhlu. Za velkou výhodu považujeme, že kvalitativní výzkum nezapomíná na „ojedinělé případy“, které výzkum kvantitativní považuje za „extrémy“, které jsou pro potvrzení výsledků nežádoucí. Myslíme, že studium individuálních jedinců a případů může významně přispět jak k pochopení jedince jako celku (ne jen jako výčet proměnných), tak i jako námět právě pro kvantitativní výzkum. Nechceme na tomto místě obhajovat jeden typ před druhým, naopak domníváme se, že každý z nich má ve vědě své vlastní postavení a zároveň se dobře doplňují a spolupracují.

4.1 Postup provádění výzkumu

Po stanovení výzkumných cílů a metod bylo potřebné vyřešit otázku výběru vzorku probandů. Soubor pacientů byl vybírán metodou účelového (expertního) výběru, kdy výzkumník vybírá subjekty tak aby badateli umožnil co nejdůkladnější prozkoumání zvolené problematiky, přičemž úkolem výzkumníka je popsat ve zprávě důvody svého výběru (Kutnohorská, 2008). Zvolený soubor a důvody volby

popisujeme v následující podkapitole. Po zvolení kritérií pro výzkumný soubor jsme vhodné pacienty oslovili a požádali o účast ve výzkumu. Následně jsme studovali dokumentaci pacientů, kteří splňovali kritéria a projevíli souhlas s účastí ve výzkumu.

Dalším krokem bylo interview (více v popisu metod) s individuálními subjekty. Tato sezení probíhaly v prostorách Psychiatrické kliniky v místnosti, kde jsme měly dostatek soukromí a nebyli jsme nikým rušeni. Pacientky měly možnost zvolit si den a hodinu probíhajících rozhovorů. V úvodu interview jsme se snažili navodit přátelskou atmosféru, kooperativní vztah a optimální motivaci zúčastněných. To se podařilo ve všech případech. Již při představování našeho výzkumného záměru jsme pozorovali patrný zájem o předkládané téma a ochotu ke spolupráci. Ve druhé fázi sběru dat jsme subjektům opět představili výzkumný záměr, poučili je o průběhu výzkumu a požádali o vyprávění svého životního příběhu od dětství, přes dospívání až po současnost, tak jak si jej co nejpřesněji pamatují. Následně dostali prostor k vyprávění. Všechny rozhovory byly zaznamenávány písemnou formou pro následnou analýzu. Na závěr setkání jsme se vrátili ke klíčovým bodům vyprávění a snažili se získat informace pro zpřesnění dat o dané oblasti.

Po získání dat rozhovorem jsme provedli analýzu. Ta byla realizována kódováním dat, kde jsme hledali kategorie, tedy třídy pojmů, které náleží podobnému jevu (Kutnohorská, 2008). Tyto kategorie jsou následně analyzovány a diskutovány ve výsledcích.

Celý výzkum byl prováděn na Psychiatrické klinice Fakultní Nemocnice Brno – Bohunice (FN Brno) v době od 7/2012 do 1/2013. O spolupráci byly požádány pacientky psychoterapeutického oddělení (odd. 24) a pacientky jednotky intenzivní psychiatrické péče (JIPP). Cíle a metody navrhované práce byly schváleny etickou komisí FN Brno a vedením Psychiatrické kliniky. Všechny zúčastněné projevíli souhlas s účastí na výzkumném projektu.

5 Vzorek

Zařazující kritéria pro pacientky vhodné do výzkumu byly:

- 1) hlavní diagnóza mentální anorexie (MKN-10 F 50.0)
- 2) spodní věková hranice 18 let, horní hranice nebyla stanovena
- 3) minimálně 2 hospitalizace pro diagnózu mentální anorexie.
- 4) psychický a somatický stav umožňující absolvovat interview

Důležitým kritériem byla zejména alespoň druhá hospitalizace. Snažili jsme se získat data od pacientek, které se s nemocí setkávají již delší dobu. Získáme tak informace od pacientů, kteří již svou nemoc pravděpodobně přijali a znají ji na tolik, aby o ni dokázali mluvit jak v minulosti, tak i v současnosti a budoucnosti. Zároveň tím snížíme riziko mylné diagnostiky (kdy se může jednat o jiné potíže, které se ale projevují podobně jako MA, no pro diagnostiku je zatím málo vodítek, nebo krátká doba hospitalizace).

Tabulka č. 1 ukazuje základní demografické údaje popisující vzorek. V souboru pacientů bylo celkem 7 pacientů. Všechny byly ženy. Pro dodržení ochrany osobních dat budu v textu dále jednotlivé případy označovat jako Pacientka č. 1, Pacientka č. 2, atd.

Tabulka 1. Demografické údaje.

případ	věk	délka trvání nemoci v letech	počet hospitalizací	stav	zaměstnání	vzdělání
Pacientka č. 1	22	4	2	svobodná s přítelem	OSVČ	SŠ
Pacientka č. 2	48	5	2	svobodná s přítelem	zaměstnaná	VOŠ
Pacientka č. 3	25	5	2	svobodná s přítelem	zaměstnaná	SŠ
Pacientka č. 4	43	28	víc jak 5	vdaná	ID	VŠ
Pacientka č. 5	53	10	víc jak 5	vdaná	zaměstnaná	SŠ
Pacientka č. 6	30	15	víc jak 5	svobodná	nezaměstnaná	VŠ
Pacientka č. 7	25	10	4	svobodná	ID	SŠ

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná, ID – invalidní důchod, SŠ – střední škola, VŠ – vysoká škola, VOŠ – vyšší odborná škola

6 Použité metody

Metodou získávání dat byl výzkum životního příběhu, tedy **narativní interview**.

Narativní interview, tak jak o něm mluví Hendl (2005) nám umožňuje získat informace, které nemůžeme získat jinou metodou. Dotazovaného pobízíme k vyprávění svého životního příběhu, přičemž se zajímáme o detaily. V tom jsou jiné metody využívající standardizované otázky limitující. Omezují tázaného na specifickou oblast a chybí jistá spontaneita, za pomoci které je možné odhalit nové skutečnosti ve zkoumané oblasti. Tento typ výzkumu se využívá zejména v biografických studiích.

Vlastní narativní rozhovor má 4 fáze: **stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností, zobecňující otázky**. Ve fázi stimulace se snažíme navázat dobrý vztah, představíme výzkumné téma a následně můžeme přejít k druhé fázi a vyzvat subjekt k vyprávění. Instrukce je stručná a věcná, požádáme dotazovaného o převyprávění svého životního příběhu, ať převypráví vše, co se mu přihodilo od dětství až po současnost. Klademe důraz na to, že nás zajímají detaily, že nemusí pospíchat. Alternativou je pak určitá časově nebo tematicky ohraničená oblast života subjektu. Ve třetí a čtvrté fázi se snažíme vyjasnit si pojmy a rozpory, případně ozřejmit nevyjasněné otázky.

V našem výzkumu jsme se drželi metodologie, která rozšiřuje původní rozpracování narativního interview. Autorkou je Rosenthalová (1995 in Hendl, 2005) a její doporučení jak provádět narativní rozhovor sestává ze dvou fází:

1) fáze hlavního vyprávění – v podstatě volní vyprávění, tázaný vytváří svou biografickou prezentaci.

2) fáze dotazovací – zde klade tazatel internální (týkající se toho o čem tázaný vyprávěl) a externální (týkající se toho, co nebylo řečeno, ale tazatel chce zjistit) otázky. Patří zde následující typy otázek:

- a) otázky o fázi života** – zajímá nás nějaká konkrétní životní etapa
- b) otázky o určitém tématu** – zaměřujeme se na nějaké téma v kontextu životního příběhu
- c) otázky k již zmíněné, specifické události** – otázky, které se nám pomáhají získat detailnější data cílené oblasti
- d) prozkoumání vyprávění pro vyjasnění argumentace** – tyto otázky nám pomáhají upřesnit nejasné situace
- e) otázky ke zkušenostem někoho jiného nebo k přenesené znalosti** – zajímá nás, jak si subjekt vzpomíná na situace, kdy o důležitých událostech mluvili druzí

6.1 Vlastní průběh rozhovoru

V úvodu rozhovoru jsme se pokusili navázat kooperativní a důvěryhodný vztah. Pacientky byly informovány o povaze výzkumu a požádány o převyprávění svého příběhu, od dětství, jak si jej pamatují, až po dnešek. Vzhledem k zaměření diplomové práce jsme si určili 4 základní body, o kterých jsme potřebovali získat informace, a ke kterým jsme se po převyprávění příběhu, v dotazovací fázi rozhovoru vrátili a pokusili se tak zachovat konzistentní obsahovou linii všech příběhů.

V dotazovací části rozhovoru nás tedy zajímaly tyto oblasti:

- 1. vzpomínky na období před nemocí**
- 2. zjištění nemoci - první uvědomění si „Jsem nemocná.“**
- 3. povědomí o nemoci mentální anorexie v různých životních etapách**
- 4. vnímání života v jednotlivých obdobích z hlediska kvality (jak jsou se svým životem spokojeny)**

7 Výsledky

Na základě analýzy rozhovorů a hledání klíčových slov, jsme hledali odpovědi na položené výzkumné otázky. Analýzou dat a v prezentaci výsledků se nesnažíme popsat všechny výpovědi a ty někam zařadit. Naším cílem bylo získat informace, které jsou něčím cenné, přínosné nebo jistým způsobem vzácné.

7.1 Jak vnímají svou kvalitu života pacienti s mentální anorexií od dětství po současnost?

Pro zodpovězení této otázky jsme se v rozhovorech snažili hledat klíčová slova vystihující, nebo určující hranice jednotlivých životních období a nahlížet pak na ně z hlediska kvality života. Z analýzy získaných dat se jeví jako nejsrozumitelnější rozdělení jednotlivých životních etap na základě **spojitosti s nemocí**, spíše než rozdělení čistě chronologické - **vývojové** (rané dětství, škola, adolescence, dospělost ...). Toto rozdělení souvisí s tím, jak o svých životních událostech pacientky vypovídají zejména v první fázi rozhovoru – ve volném vyprávění.

Situace, na základě kterých jsme zvolili jednotlivé životní etapy, jsou pacientkami popisovány jako:

„Když jsem byla malá, to jsem ještě nebyla nemocná,...“ nebo *„...než jsem onemocněla...“*, *„když jsem byla malá, nepamatuji si, že bych měla potíže s jídlem...“*, *„...jo a to už začalo být něco v nepořádku.“*, *„Vlastně až v nemocnici jsem si uvědomila, že jsem nemocná.“*...

Důležitou informací je, že tato období nemají v subjektivním vnímání pacientů pevné hranice. Pro pacientky bylo často těžké poznat, kdy už měly nějaký problém, kdy bylo ještě vše v pořádku, nebo dokonce kdy byly na vrcholu své „duševní a tělesné rovnováhy“. Některá období dokonce úplně chybí. Námi zvolené rozdělení dle analýzy dat je tedy následovné:

a) období bez potíží

b) setkání se s nemocí – první problémy

c) nemoc

d) současnost a vyhlídky na budoucnost

V dalším textu charakterizujeme jednotlivá období a zhodnotíme je z hlediska vnímání kvality života. V rámci vyhodnocení jednotlivých kategorií podle subjektivního hodnocení kvality života je důležité vědět, že pacientky spontánně pojem *kvalita života* nepoužívají. Hodnocení, výběr a zařazení klíčových pojmů pro tyto kategorie se tak stává složitějším. Též je důležité rozlišovat **subjektivní** a **objektivní** kvalitu života. Toto rozdělení je pro pochopení kvality života patientek s mentální anorexií stěžejní. Pro posouzení (měření) kvality života jsme se zaměřili na jednotlivé oblasti tak, jak je uvádí WHO.

7.1.1 Období bez potíží

Toto období charakterizuje **nepřítomnost subjektivního** pocitu „Jsem nemocná!“, nebo **žádné** signály o nemoci, na které by upozorňovalo okolí. O tomto období pacientky mluví nejčastěji na začátku svého vyprávění. Již toto období pacientky spojují s nemocí. Zejména ve smyslu, „*to jsem ještě nebyla nemocná*“, „...*než jsem onemocněla*...“, „*v době, kdy ještě bylo vše v pořádku*...“.

Kvalita života v tomto období – toto období se jeví pro mentální anorexiu specifické v tom, že i když pacientky ještě nejsou nemocné (mentální anorexií) jejich

objektivní kvalita života je značně narušena a to zejména v oblasti *Prostředí* (tak jak jej uvádí WHO). Klíčová slova pro hodnocení kvality života v tomto období jsou: **rozvedení rodiče; alkohol v rodině, fyzické a psychické týrání; pocit odmítnutí ze strany rodiče/ů; dětství jsem měla hezké; s rodiči mám dobrý vztah, i když otec byl velice přísný.** S výjimkou fyzického a psychického týrání u Pacientky č. 4 však všechny na své dětství vzpomínají jako na krásné a spokojené a výše uvedené životní události považují za běžné i v jiných rodinách.

V tomto období je tedy patrná diskrepance mezi subjektivním a objektivním vnímáním kvality života. Možným vysvětlením, proč se cítí subjektivně „spokojeny“ je, že ostatní oblasti jako *fyzické zdraví a úroveň samostatnosti, psychické zdraví a duchovní stránka a sociální vztahy* jsou dostatečně naplněné a převáží neuspokojení v oblasti *prostředí*.

7.1.2 První problémy – „změna“

Pro toto období je charakteristický jistý pocit, kdy pacientky vnímají nějakou **výraznou změnu**. Ta se ještě nemusí týkat stravovacích návyků, pacientky se ještě nesetkávají s odbornou pomocí a nejsou si vědomy toho, že jejich potíže mohou vyústit do podoby mentální anorexie, i když se jedná o změnu ve stravovacích návycích. Nejčastěji se jedná o změnu zaměstnání, stres, puberta a vnímání hmotnosti, výtka z okolí, úspěch v hubnutí, problémy v partnerství. Přítomný je často abusus alkoholu, kávy či nikotinu.

Kvalita života v tomto období - v tomto období hraje důležitou roli právě **subjektivní** vnímání kvality života. Zatímco v prvním období by se dalo z hlediska kvality života mluvit spíše o jakémisi *latentním* období (kdy měly uspokojenou většinu potřeb), zde můžeme mluvit o jisté **změně** v této oblasti. Nedá se totiž jednoznačně říct, že změně k horšímu. Některé pacientky se v tomto období cítily hůř (stres v zaměstnání, problémy v rodině a následné „zapomínání“ na jídlo), jiné však mluví o tom, že prvotní zhubnutí jim udělalo radost, setkali se s pozitivním ohlasem z okolí. Klíčová slova pro hodnocení kvality života v tomto období jsou: **problémy**

v zaměstnání; partnerské potíže; první větší úspěch v hubnutí; zapomínala jsem na jídlo; najednou jsem na jídlo neměla čas; ani jsem si neuvědomila, že jsem zhubla; ta slova se mne dotkla, tím se to spustilo.

Nejvýraznější je změna v oblasti *psychické zdraví a duchovní stránka*, a to nejvýrazněji v oblasti **sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení**.

I v tomto období se setkáváme s jistým nesouladem ve vnímání kvality života. Zajímavé je, že pacientky v tomto období mohou cítit výrazné zlepšení své životní situace, kdy se jim dostane pochvala a uznání od okolí.

7.1.3 Nemoc

V tomto období se již pacientky setkávají s **negativní odezvou** z okolí, jsou jim poprvé doporučováni odborníci, následuje hospitalizace, léčba a uvědomění si, že jsou nemocné.

Kvalita života v tomto období - toto období pacientky vnímají jako nejtěžší. Poprvé jsou konfrontovány s tím, že se může jednat o poruchu mentální anorexie. Mění se i jejich fyzická a duševní výkonnost. Přichází již neuspokojení ve více oblastech a to zejména v oblasti *fyzické zdraví a úroveň samostatnosti* - únava, kolapsové stavy, hormonální změny, vypadávání vlasů, amenorea a v oblasti *sociálních vztahů* – zejména sexuální aktivita; začínají omezovat sociální kontakt. Zajímavá se ještě jeví oblast *psychické zdraví a duchovní oblast*, která byla nejvíce změněna v předchozí etapě. Pokud bylo u pacientek pozitivní hodnocení, měly tedy pocit, že konečně uspěly, tento pocit se posílil, přibyl strach z toho, že se vrátí do období, kdy svou hmotnost neměly pod kontrolou. Pokud bylo sebepojetí v předchozím období negativní, bylo ještě víc negativní v tomto období. Pacientky se cítily „tlusté“, strach z přibrání sílil. Klíčovými slovy pro toto období jsou: **to už jsem omdlávala; vypadávaly mi vlasy; hmotnost bylo to jediné, co jsem měla pod kontrolou; teprve v nemocnici jsem si uvědomila, že jsem nemocná; bála jsem se každého kila navíc.**

Žádná z pacientek neuvedla, že by v období mezi hospitalizacemi měla „správné“ stravovací návyky. První hospitalizace pro ně byla těžko pochopitelná, s nemocí bylo těžké se smířit a léta zažitá návyky najednou změnit.

Až na Pacientku č. 7 se zde již setkáváme se souladem *subjektivního a objektivního* hodnocení kvality života. Patientky si uvědomovaly, že něco není v pořádku dokonce i v případě, že jim hubnutí přinášelo subjektivně příjemné pocity. Pacientka č. 7 se ve své situaci a hubnutí cítila subjektivně dobře. Situace ji vyhovovala i s následky, které měly přijít. Léčbu vždy odmítala, byla tam „...*jen kvůli rodičům*.“ Nevadily jí fyzické ani psychické změny, které sebou nemoc přinášela.

7.1.4 Současnost a vyhlídky na budoucnost

Vymezení tohoto období je nejvíce jednoznačné. Jedná se o současnou hospitalizaci, očekávání od terapie a plány po propuštění.

Kvalita života v tomto období - v tomto období se dá hodnotit kvalita života pacientek jako lehce ambivalentní. Na jedné straně jim léčba dává novou naději, novou možnost začít od začátku a na straně druhé mají strach z návratu, bojí se, že se vrátí k špatným návykům, že nezvládnou tlak, který je na ně kladen. Klíčovými slovy pro toto období jsou: **hospitalizaci vnímám pozitivně; mám strach, že se vrátím ke starému způsobu života; já to opět určitě nezvládnou; rodina si myslí, že přijdu zdravá, no to tak vůbec nebude; každý den se bojím, že přiberu**. Výjimkou je opět Pacientka č. 7, která se domů těší, chce již mít klid od lékařů a diet, i když ví, že ji do toho budou nutit rodiče „...*no ty už nějak zmačknu*.“ Z klíčových slov je patrné, že obavy z návratu do běžného prostředí převládají nad pozitivy terapie. Neustále se zde objevuje strach z vlastního selhání a nutkavé myšlenky hlídat si hmotnost. Velice časté je nepochopení stran rodiny, buď nejbližší, nebo vzdálenější rodina, i když to je mnohem lepší než na počátku onemocnění. V rámci objektivního posouzení kvality života, se zde tedy může mluvit o zlepšení, kdy patientky nabírají fyzickou sílu, je zde anosognose napomáhající spolupráci a zlepšuje se podpora stran rodiny. Z hlediska subjektivního hodnocení se však jedná o velice těžké období. Patientky „*dostávají*

další šanci“, a zkušenost, že zatím pokaždé *„selhaly“*, jim přináší oprávněné obavy z dalšího neúspěchu. Navíc v samotné léčbě a režimu, které jim zde pomáhají, nevidí takový potenciál, aby vše zvládly i po návratu domů.

7.1.5 Shrnutí první výzkumné otázky

Z výsledků vyplývá, že kvalita života patientek získaná naší analýzou ne zcela koreluje se zdánlivým kvalitativním sycením uváděných životních období. Na první pohled by tedy mělo být premorbidní období z hlediska kvality života nejspokojenější, nástup nemoci a období nemoci pak nejméně spokojené. Jak však ukazuje analýza dat, vnímání kvality života se v jednotlivých obdobích vyskytuje v různém zastoupení. Pro přehlednost uvádíme zastoupení kvalitativních úrovní v průběhu jednotlivých období v tabulce č. 2.

Odpovědí na otázku *„Jak vnímají svou kvalitu života pacienti s mentální anorexií od dětství po současnost?“* je za první zjištění, že pacienti mají svůj průběh života **pevně spjatý** s vlastním onemocněním. Jednotlivé etapy jsou tedy pacientkami specifikovány spíše událostmi souvisejícími s fází nemoci než vývojovými fází života. Druhým důležitým zjištěním je, že vnímání kvality života napříč životními etapami, tak jak je uvádím, **není zastoupeno rovnoměrně** a u všech dotazovaných stejně. Přičemž ze subjektivního hodnocení kvality života není možné jednoznačně určit životní etapu, ve které se daná pacientka nachází (pozitivní subjektivní vnímání kvality života může u jedné pacientky znamenat nástup onemocnění a u jiné naopak zlepšení příznaků nemoci).

Tabulka 2. Kvalitativní hodnocení života v průběhu jednotlivých životních etap

případ		kvalita života v jednotlivém období	
		období bez potíží	setkání s nemocí - první problémy
Pacientka č. 1	SUBJEKTIVNĚ	spokojena	nespokojena - tlak okolí má vliv na subjektivní hodnocení sebe sama
	OBJEKTIVNĚ	bez potíží	problémy v práci, únava, tlak ze strany rodiny
Pacientka č. 2	SUBJEKTIVNĚ	spokojena	nespokojena - okolí jí "nutí" držet diety
	OBJEKTIVNĚ	rozvedení rodiče	"objektivně" obézní, výsměch z okolí, neúspěšné diety
Pacientka č. 3	SUBJEKTIVNĚ	spokojena	více spokojena
	OBJEKTIVNĚ	v rodině alkoholismus, již v dětství obéznější - nevnímá jako problém	zisk práce, více zodpovědnosti, podařilo se ji zhubnout, začíná však ztrácet kontrolu
Pacientka č. 4	SUBJEKTIVNĚ	nespokojena	nespokojena - nízké sebevědomí
	OBJEKTIVNĚ	fyzické násilí stran otce	lékař řekl - "kdopak nám to přibral", objektivně však vždy hubená
Pacientka č. 5	SUBJEKTIVNĚ	spokojena - navzdory otcově přísnosti	nespokojena - nezvládala řešit problémy v rodině
	OBJEKTIVNĚ	velice přísný otec - ze všeho ji vinil	stres v práci, spory mezi manželem a dětmi
Pacientka č. 6	SUBJEKTIVNĚ	spokojena	nespokojena s postavou, hubnutí jí dělá spokojenější
	OBJEKTIVNĚ	spokojené dětství	v pubertě se "zaoblila", BMI v normě
Pacientka č. 7	SUBJEKTIVNĚ	nespokojena - cítí se obézní	spokojenější - díky zhubnutí
	OBJEKTIVNĚ	rodinné prostředí bez potíží, BMI v normě	izolace, samotářství, ztráta přátel

Tabulka 2. Kvalitativní hodnocení života v průběhu jednotlivých životních etap - pokračování

případ		kvalita života v jednotlivém období	
		nemoc	současnost a vyhlídky na budoucnost
Pacientka č. 1	SUBJEKTIVNĚ	nespokojena - fyzický stav v rozporu s potěšením z hubnutí	nespokojena - obavy z budoucnosti, strach ze selhání
	OBJEKTIVNĚ	návštěva psychiatra pod tlakem rodiny, fyzické problémy - omdlévání	chybí opora v rodině, je pro rodinu zklamáním
Pacientka č. 2	SUBJEKTIVNĚ	nespokojena - ačkoliv hubnutí ji dělá radost, strach z přibrání	nespokojena - chuť hubnout je silnější než racionální uvažování
	OBJEKTIVNĚ	"konečně" dokázala zhubnout, alkohol, nezvládá zaměstnání	opora v rodině, dobré podmínky
Pacientka č. 3	SUBJEKTIVNĚ	hubnutí ji dělá spokojenější	nespokojena - strach z přibrání
	OBJEKTIVNĚ	nadále hubne, somatické projevy - vypadávání vlasů, potěšení z hubnutí převažuje	ze strany rodiny a přítele dobré podmínky
Pacientka č. 4	SUBJEKTIVNĚ	nespokojena - nezvládá rodinu a práci	nespokojena - strach ze selhání
	OBJEKTIVNĚ	únava, uzavření do sebe, vyhýbavé chování	motivací jsou děti
Pacientka č. 5	SUBJEKTIVNĚ	nespokojena, jídlo je jediné nad čím má kontrolu, má z toho deprese	nespokojena - velký strach z návratu, "vše na mně spadne"
	OBJEKTIVNĚ	manžel alkoholik, žárlivý, únava, nechutenství	spory v rodině trvají, nepochopení ze strany manžela
Pacientka č. 6	SUBJEKTIVNĚ	nespokojena - hubnutí vidí jako nevhodné chování	nespokojena - nevěří, že se jí podaří úplně vyléčit
	OBJEKTIVNĚ	ztráta zaměstnání, finanční potíže, somatické komplikace	trvají finanční potíže, stydí se za to, že jí musí pomáhat rodiče
Pacientka č. 7	SUBJEKTIVNĚ	hubnutí ji dělá spokojenější	spokojená s vyhlídkami na budoucnost - bude dál hubnout
	OBJEKTIVNĚ	hospitalizace pod tlakem rodiny, rodina pečující	rodina pečující, chápající problém, pomáhající

7.2 Je možné na nonkopliance nahlížet jinak, než jako na korelát onemocnění?

Odpověď na tuto otázku je téměř jednoznačná. Všechny pacientky, až na Pacientku č. 7, ve svých výpovědích uvádí, že ví, jak moc je pro ně nemoc a hubnutí nebezpečné a dobře ví, jakou mají mít ke své výšce hmotnost a jak mají správně jíst. No něco v nich jim říká „*jsi tlustá*“, nebo je pořád pronásleduje strach z toho, že pokud přiberou na „normální“ hmotnost, již to nebudou schopné zastavit a opět budou tlusté. Dokonce i pacientky, které mají body mass index v normě, se cítí být obézní.

Když si tedy racionálně říkají, teď budu jíst, tak se jim to na poslední chvíli nepodaří nebo cítí pocity nevolnosti a nesní dostatečné množství, nebo to jdou „vyběhat“. Zde je jednoznačným závěrem konstatování, že nespolupráce je jasným korelátem onemocnění mentální anorexie.

Pacientka č. 7, jak již bylo zmíněno výše, se v této roli cítí „přirozeně“. Uvádí „*Vím, co mne čeká, i to, že brzy umřu, no mne to takto vyhovuje, zde jsem jen kvůli rodičům, ale to už je taky naposled, já jsem takto spokojena a nikdy to nebude jinak. Já to jinak nechci. Stejně nebudu jíst, toto je zbytečné.*“. V jistém smyslu můžeme subjektivní hodnocení kvality života touto pacientkou stále považovat za pozitivní. Jak jsme uvedli výše, v současnosti se klade důraz právě na subjektivní hodnocení kvality života. Další otázkou však je, nakolik je toto subjektivní hodnocení intaktní samotnou nemocí. Jakou roli zde tedy hrají *vnitřní činitele* - somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, defektem, poruchou.

7.3 Jaká je informovanost pacientů o své nemoci a jaký je její vztah k samotnému onemocnění?

Při hledání odpovědi na tuto otázku jsme čerpali zejména z dotazovací části rozhovoru. Pacientky spontánně o informovanosti nemluvily. Výsledky výzkumu v této oblasti se dají rozdělit do třech etap.

První etapou je **informovanost nebo „povědomí“** o nemoci ještě z období, kdy se pacientky s nemocí setkaly. Pacientky většinou mluví o tom, že o tomto onemocnění slyšely, ale nemělo to na ně absolutně žádný vliv. Informace, získané zejména z médií (kde slyšely o celebritách, modelkách), na ně působily neosobně *„Pro mne to byla jenom taková kuriozita, jako třeba AIDS, nebo nějaká jiná vzácná nemoc, ani mne nenapadlo, že bych mohla onemocnět, proto jsem se toho nemohla bát, natož abych něco podnikla.“* Žádná z pacientek si nevzpomíná, že by jim o nemoci něco říkali ve škole, u lékaře (v rámci běžných prohlídek) nebo, že by se účastnily nějaké „akce“, kde by se o nemoci dověděly.

Druhou tvoří **informace při setkání s nemocí**. V tomto období si pacientky poprvé řekly, že se jich toto onemocnění může týkat. Často si však nemohly přiznat, že by to mohl být opravdu i jejich problém. Poprvé se zde začínají více zajímat o tuto nemoc. Často zjišťovaly, že mnohé příznaky na ně sedí, no taktéž našli mnohé, které se jich *„určitě netýkají“*. Můžeme mluvit o období „hledání“, kdy si pacientky vyhledávají první informace a kladou si otázky, zda a proč se jich to může týkat.

Třetí je z období **nemoci a léčby** až po současnost. V této fázi nemoci již pacientky většinou dobře znají své onemocnění, možnosti léčby a prognózu. Nejčastěji popisují nemoc na příkladech, uvádí, že ví, jak ostatní skončili, a nechtějí dopadnout stejně (kromě Pacientky č. 7). Vliv tohoto povědomí o nemoci na samotný průběh nemoci se zdá být nepatrný. Pacientky říkají, že ví jak vážná je jejich situace, no to jim nepomáhá zahnat myšlenky na kontrolu hmotnosti.

8 Diskuze

V následující části se budeme věnovat výsledkům podrobněji, zhodnotíme je a porovnáme se současnou literaturou. Na základě analýzy a výsledku jsme při hledání odpovědí dospěli k následujícím zjištěním. První výzkumná otázka se ptá, jak pacientky s mentální anorexií vnímají svou kvalitu života v jednotlivých životních obdobích. Výsledkem jsou dvě základní zjištění a to, že pacientky svůj život „dělí“ (vnímají) v souvislosti s onemocněním, rozlišují (více či méně) období, kdy neměly žádné potíže, období, kdy „se s nimi něco začalo dít“, období nemoci a nakonec období přítomnosti, tedy jak se cítí a vnímají kvalitu života teď a jaké mají představy o budoucnosti. Toto zjištění dává jasně najevo, že nemoc zásadním způsobem zasahuje do života nemocných. Jejich vnímání života v jeho průběhu je těsně spjato s nemocí. Málokdy tedy mluví o čistě chronologických obdobích, tedy k výkladu o období dětství nebo školy většinou dodají informaci týkající se nemoci („...to jsem ještě nebyla nemocná...“, „to jsem jedla normálně...“). Tento „styl“ vypovídání jejich životního příběhu je přítomen, i když byly vyzvány, aby vyprávěly o svém životě tak, jak si jej pamatují, aniž by bylo zdůrazněno vyprávění o nemoci. Na druhé straně však byly pacientky o povaze výzkumu informovány, co mohlo mít v tomto ohledu na způsob převyprávění svého života vliv. Dalším důvodem, proč mohly ve vyprávění inklinovat k nemoci je právě prostředí a podmínky, za kterých rozhovory probíhaly. Pacientky byly hospitalizovány, tudíž v atace nemoci a jejich aktuální prožitky mohly výpovědi také ovlivnit. Nicméně i v jiných pracích, zabývajících se studiem nemocných se klíčová témata vyprávění dotýkají právě stadií nemoci. Pro výzkumníka a lidi pracující s pacienty s mentální anorexií je toto zjištění důležité. Je otázkou jak s pacienty komunikují. Ze zdravotnických zařízení známe dotazy týkající se právě nástupu prvních příznaků, délky trvání potíží či léčby. Pro zdravého člověka je však přirozenější vyprávět o svém životě v souvislostech s pozitivními událostmi, případně vývojovými etapami. Otázkou tedy zde může být, jaký vliv má okolí a komunikace na vnímání kvality života pacientem. Pro zjištění anamnestických dat je, jistě, výše uvedený způsob dotazování nezbytný, no pokud se pro pacienta stane

v nemocnici či dokonce v domácím prostředí běžné, mluvit o každodenních událostech v souvislosti s nemocí (např. místo „Kolik jste toho v průběhu dne snědl?“ je vhodnější „Jak jste se dnes měl, jak jste prožil den?“), může to mít na jejich vnímání svého života významný vliv.

Ve druhé části první výzkumné otázky se dotýkáme stěžejního bodu výzkumu, **hodnocení kvality života**. Cestou analýzy rozhovorů jsme dospěli k závěru, že hodnocení kvality života patientek je proměnlivé a je zde důležité rozlišovat subjektivní a objektivní kvalitu života. Toto rozdělení je již známé (Vymětal, 2003) a potvrzuje se i v našem výzkumu. Subjektivní vnímání kvality života zahrnuje právě niterné pocity o tom, jací jsme, jací chceme být, co máme, co chceme mít, jaká je představa našeho ideálního „Já“ a jak vnímáme naše reálné „Já“. Je-li tedy příliš velký rozpor mezi ideálním a reálným já, nastává i nízké hodnocení kvality života, člověk začíná mít nenaplněné potřeby a začíná být frustrován. Subjektivní pohled na svět se tedy jeví být stěžejním pro hodnocení kvality života. Máme-li z objektivního pohledu (normativního, standardizovaného), naplněné všechny bio-psycho-socio-spirituální potřeby, neznamená to nutně, že máme dobrou kvalitu života. Stejně tak i naopak, co se ukázalo i v naší práci. Patientky, které měly objektivně nefungující rodinu, či environmentální vlivy, se subjektivně cítily spokojeně. S podobným fenoménem se setkáváme třeba u zneužívaných dětí, které pociťují větší trauma, když se dozvídají, že jejich přirozené prostředí a to jak se chovají jejich rodiče je pro společnost patologické, než samotné trauma ze zneužívání, když ještě neměly povědomí o „objektivních“ normách. Otázkou však zde zůstává, nakolik jsou „špatně“ naučené normy chování pro jedince pozitivní. V našem vzorku jsme se setkali i s pacientkou, která se ve své nemoci i po letech neúspěšného léčení „cítí dobře“ a nechce a neumí si představit žít jinak. Zná svou prognózu v případě odmítní pomoci a přijímá ji. Toto zjištění může hrát důležitou roli v tom, jak nahlížet na některé nespokojené pacienty. V této fázi výzkumu však nemůžeme jednoznačně říct, zda se jedná o korelát nemoci, který je možné léčbou ovlivnit, nebo zda se opravdu jedná o subjektivně pozitivně prožívanou životní fázi. Opět se zde vynořuje otázka nad subjektivním a objektivním pojetím normy. Je tedy pro pacienta (z jeho pohledu, ne z pohledu lidí o něj pečujících či rodiny) „kvalitnějším životem“ život, kdy bude žít déle a zdravěji

avšak po celou dobu bude muset jednat způsobem, který jej oddaluje od „ideálního Já“ a necítí se subjektivně dobře nebo je kvalitnější život takový, jaký oni považují za kvalitní? Pro současnou společnost je to však i otázka etiky, morálky a právních norem. Tímto jsme se dotkli i druhé výzkumné otázky, která hledá odpovědi na nespolupráci pacientů s mentální anorexií. Pro současnou společnost se tedy jeví těžké považovat subjektivní kvalitu života za normu, zejména kvůli etickým a morálním normám a právním úpravám. Na druhé straně je však otázka, nakolik je možné „subjektivní“ spokojenost s kvalitou života v nemoci, považovat za vnitřní pochody a hodnoty neovlivněné nemocí a nakolik se, na druhé straně, nemoc stala vedoucím činitelem v posuzování subjektivní kvality života.

Ve třetí otázce se snažíme zjistit, nakolik jsou pacientky v průběhu životních etap informovány o nemoci mentální anorexie a jaký má informovanost vliv na jejich léčbu, případně prognózu. Zde se jako nejdůležitější zjištění jeví nedostatečná informovanost v průběhu období, kdy pacientky ještě neměly žádné problémy či nebyly v kontaktu s odborníkem. Pacientky sice o nemoci většinou slyšely, no informace byly příliš vágní nebo působily neosobně. Dotazované měly pocit, že se jich tato otázka netýká a nikdy se s nemocí nemohou setkat. Důležitou roli zde tedy hraje právě primární prevence. Otázkou, kterou však již tato práce nepostihuje, je rozdíl současné prevence oproti té, která byla nabízena dotazovaným pacientkám v době, kdy se ještě s nemocí nesetkaly. Jedná se tedy o období zpřed zhruba 10-15 lety. To, že primární prevence hraje klíčovou roli v léčbě a prognóze potvrzuje i metaanalýza Caspera Schoemakera (1995), který se zabýval úspěšností terapie v závislosti na včasnosti odhalení prvních příznaků a délky trvání onemocnění. Schoemaker potvrzuje pozitivní korelaci mezi včasnou intervencí a odpovědi pacientů na léčbu. Důležitá je však metodologie hodnocení nástupu nemoci a první intervence. Jiná studie (Noordenbos G. et al., 2002) zabývající se chronickými pacienty s poruchami příjmu potravy zase poukazuje na problematickou diagnostiku a to zejména u praktiků, kterých pacientky navštívily pro problémy s PPP až v 95% z dotazovaných. Ačkoliv až 60% patientek uvádí, že jejich praktik jim diagnostikoval PPP, v 35% se mu tak nikdy nepodařilo. Nejčastěji pacientky za příčinu považovaly věk lékaře nad 50 let, nedostatek informací o PPP nebo bydliště s malým počtem obyvatelů, kde PPP

byla spíše výjimkou. Diagnostiku ztěžuje též fakt, že pacienti často nepřicházejí se stížnostmi na jídlo či hmotnost. Stěžují si spíše na únavu, nespavost či depresi. Dalším velice důležitým zjištěním uvedené studie je „čekání“ pacientů s vyhledáním pomoci. Tato byla v řádu měsíců až let. Nejčastějšími důvody proč návštěvu lékaře odkládali, byl stud a pocit strachu. V rámci informovanosti je zde namíste zmínit, že pouze 3% pacientů z uvedené studie se o nemoci PPP dozvědělo na školách. Většinou o něm věděli z rádia či televize. Toto potvrzuje i naše práce, kdy pacientky uvádějí jako zdroj „primární prevence“ média, co, jak samy uvádějí, působí neosobně a velice vzdáleně. Jako podnět pro další výzkum a práci v oblasti PPP se tedy jeví zajímavé zaměřit se na primární prevenci právě na školách, kde by se měl nabídnout dostatek prostoru pro diskuzi, případně individuální práci s jednotlivými žáky/studenty. Tuto roli mohou zastávat právě speciální pedagogové či psychologové. Vliv získání informací o nemoci již po jejím nástupu se v našem výzkumu neprokázalo jako dostatečně efektivní. Ačkoliv totiž pacientky svou nemoc znají velice podrobně, nepomáhá jim to výrazně v boji s nemocí. Zde však nesmíme zapomínat na limitace studie, kdy nemožno závěry zobecnit na celou populaci pacientů s mentální anorexií. I tak se však jeví jako velice užitečné znát subjektivní pohled na svou nemoc od jednotlivců. Kvantitativní studie, umožňující zobecnění a jistou předpověditelnost mohou opomíjet extrémní případy, jsou tedy jistým způsobem limitující. Tato limitace pak může zapříčinit nevhodnou volbu terapeutických postupů.

Závěr

Výzkum pacientů kvalitativní formou se jeví jako velice vhodná metoda pro hledání a mapování specifických znaků nemoci, přičemž nezapomíná na jedince pohlížet jako na celek v kontextu bio-psycho-socio-spirituální oblasti. Jak ukazují i naše výsledky, pomocí této metody je též možné zahrnout a obeznámit se s tzv. extrémními případy a přispět tím k nalezení chybějících informací v porozumění nemoci. Často se totiž setkáváme, a to i v případě naší práce, se situacemi, které nejsou v učebnicích popisovány, nebo jejich výskyt neodpovídá uváděným informacím. V naší práci jsme se zaměřili na hodnocení **kvality života** u pacientů s mentální anorexií. Celý výzkum byl veden právě kvalitativně, přičemž jsme jako metodu získávání dat použili narativní rozhovor a analýzu těchto rozhovorů. Z uvedených výsledků jsme dospěli k několika závěrům. Prvním z nich je, že pacientky mají svůj průběh života svázaný se samotným onemocněním. Nemluví o svém životě jako o období dětství, období školy atd., ale o době kdy ještě nebyly nemocné, kdy již měly nějaké potíže a o období nemoci. Druhým zjištěním je, že kvalita života v průběhu těchto období není stabilní a u všech stejná. V extrémním případě pacienti vnímají subjektivní kvalitu života v období nemoci pozitivněji, než v období bez příznaků. Zajímavou informací v této oblasti je též zjištění, že mnoho pacientů s touto nemocí může vnímat svou subjektivní kvalitu života pozitivně (zejména v období bez potíží), zatímco se v nejbližší rodině objevují nevyhovující vzorce chování (alkoholismus, domácí násilí, rozvody, přílišné nároky na děti). Třetím zjištěním je fakt, že se pacientkám, v období bez potíží (oblast primární preventivní péče), nedostává dostatek informací o nemoci, případně jsou tyto informace vnímány „neosobně“, a nepůsobí tedy dostatečně efektivně. Čtvrté zjištění vyplývající z výsledků výzkumu pojednává o nespolupráci pacientek s léčbou a léčebným režimem. Zde se tato skutečnost jeví jako výhradní korelát onemocnění. Nemoc tedy „přemůže“ vůli a snahu o racionální jednání. V jednom případě jsme zjistili, že pacientka nespolupracuje proto, že ji tato situace vyhovuje a je to způsob života jakým chce žít a bere na sebe všechna rizika, která sebou tato nemoc nese. Zde je opět

nutné zdůraznit, že je jen těžko odhadnutelné, zda se jedná o příznak nemoci, zda se jedná o tak silný návyk, nebo zda jde opravdu o „kvalitní život“, zejména z pohledu subjektivního.

Závěrem tedy možno říct, že studium kvality života pacientů s mentální anorexií se jeví jako zajímavé a přínosné téma. Pomůže lépe porozumět onemocnění a individuálně přistupovat k jednotlivým pacientům v terapii. V oblasti preventivní péče se zdá být důležité zaměření na informovanost mladých lidí, kteří se s nemocí ještě netkali. Pro další výzkum se nám zdá zajímavé porovnat současné preventivní opatření s těma, která byla v době, kdy ještě pacientky z našeho výzkumu byly „zdravé“, tedy s obdobím z před 10-15 lety. Přes všechny přínosy a pozitiva výzkumu však nesmíme zapomínat na limitace, které uvádíme v diskuzi. Všechny výsledky je tedy třeba hodnotit dostatečně kriticky.

LITERATURA

ANDERSEN, A.E., MORSE, C.L., SNATMYER, K.S.: *Inpatient treatment for anorexia nervosa*. In: Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. New York, The Guilford Press, 1985. In: Kocourková, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5

CLAUDE-PIERRE, P., *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-818-5

ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Zebra print, s.r.o, 2008

DVOŘÁKOVÁ, P. *Já jsem hlad*. Brno: Host, 2009. ISBN 978-80-7294-318-0

FREEDMAN, J., COMBS, G. *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-549-3

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6

GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie – systemické a narativní přístupy*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0415-3

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625

HALEČKA, T. Kvalita života a jej ekologický-enviromentálny rozmer. Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých, s. 65-81, Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002, ISBN 80-8068-088-4. In: VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHER, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7

- HALL, A. *Group Psychotherapy for Anorexia Nervosa*. In: GARNER, D. M., GARFINKEL, P. E (Eds.): *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York, The Guilford Press 1985. In: Kocourková, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
- HERZOG, D. B., BERESIN, E. V. *Anorexia Nervosa*. In: WIENER, J. M. (Ed). *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Washington, American Psychiatric Press, 1991. In: Kocourková, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5
- CHRÁSKA, M.. *Metody pedagogického výzkumu – základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4
- JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000, ISBN 80-7184-823-9
- KING, M.: *The natural history of rating pathology in attenders to primary medical care*. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 1991, s. 379 – 389. In: KRCH, F., D. et al.. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X
- KOCOURKOVÁ, J. et al. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5
- KOVÁČ, D. *Kvalita života – naléhavá výzva pro vědu nového století*. *ČS Psychiatrie*, 2001, č. 1, s. 34 – 43. In: VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHER, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7
- KRCH, F., D. et al. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7
- KRCH, F., D. et al. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 978-80-7367-568-4
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5
- KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví*. Olomouc: UP v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1877-3
- LIBIGEROVÁ, E., MÜLLEROVÁ, H. *Posuzování kvality života v medicíně*. ČS Psychiatrie, 97, 2001, č. 4, s 183-186. In: VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHER, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7
- MAREŠ, J. et al. *Kvalita života u dětí a dospělých III*. Brno: MSD, 2008, ISBN 978-80-7392-076-0
- MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. et al. *Velký sociologický slovník I., II*. Praha: Karolinum, 1996, ISBN 80-7184-164-1, ISBN 80-7184-310-5. In: VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHER, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10 REVIZE – DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ – popis klinických příznaků SZO. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1994. ISBN 80-85121-37-9
- NOORDENBOS, G., OLDENHAVE, A., MUSCHTER, J., & TERPSTRA, N. *Characteristics and treatment of patients with chronic eating disorders*. *Eating disorders*, 10(1), 15–29., 2002
- NOVÁK, M., *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: CERM Akademické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7
- PAPEŽOVÁ, H., *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 85121-32-8

PAPEŽOVÁ, H., *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. ISBN 80-85121-81-6

PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0

ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E., BLATNÝ, M., MAREŠ, J. et al. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9

SCHOEMAKER, C. *Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature*. International Journal of Eating Disorders, 21(1), 1–15, 1997

VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHER, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7367-414-4

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0253-3

Internetové zdroje

ČERNÁ, R., STÍSKAL, O. *Druhy pomoci, psychoterapie, psychoterapeutických přístupů a dalších metod* [online]. [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: http://www.pppinfo.cz/druhy-pomoci--psychoterapie--psychoterapeutickyh-pristupu-a-dalsich-metod+terapie_show.asp?id=1657

ČERNÁ, R., STÍSKAL, O. *Moje kamarádka je nemocná? Co mám dělat?, zpravodaj Anabell* [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: http://www.pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=1500

ČERNÁ, R., STÍSKAL, O., SLADKÁ, ŠEVČÍKOVÁ, J. Jak argumentovat nemocné osobě s mentální bulimií a mentální anorexií?, zpravodaj Anabell [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: http://www.idealni.cz/clanek_show.asp?id=1481#ixzz2QI1aLRpc

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy - mezi nadváhou a vyhublostí*, [online], Datum poslední revize neuvedeno, [cit.] Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/files/Anorexie.pdf>

KRCH, F. D.: *Poruchy příjmu potravy*, Prevence [online]. 2, 2005a, 3, str. 8-12, 15 [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://www.sekceppp.eu/doc/050300.pdf>

Parazit v zrcadle, Poruchy příjmu potravy a media <http://derewi.blog.cz/0806/poruchy-prijmu-potravy-a-media>

Projekt PRO-YOUTH [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <https://www.proyouth.eu/?q=pyin>

Programy primární prevence pro školy [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: <http://infopoint.anabell.cz/index.php/programy-primarni-prevence-pro-skoly>

ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E., BLATNÝ, M. et al., *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci* [online]. Brno: MSD, 2008. [cit. 2013-01-02]. ISBN 978-80-7392-073-9. Dostupné z: https://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/.../kvalita_zivota_cze.pdf

Přílohy

Příloha č. 1: **Jak pomoci blízkému, který má problém s poruchou příjmu potravy**

Příloha č. 2: **Jak můžeme argumentovat nemocným s mentální anorexií a mentální bulimií**

PŘÍLOHA Č. 1

Jak pomoci blízkému, který má problém s poruchou příjmu potravy

Když už se nám kamarádka či kamarád svěří se svými problémy, častokrát nevíme, jak správně zareagovat, co říci, abychom důvěru neztratili a něco nepokazili. Zde je možnost řešení:

Myšlenky, starosti a zmatek na straně jedné

1. Moje kamarádka má anorexii, nemohu ji v tom nechat, musím ji z toho nějak dostat!
2. Měla by přece jít k nějakému doktorovi, mám ji tam dovést, i když tam nechce?
3. Několikrát řekla, že se radši zabije, že je stejně k ničemu a že bude mít konečně klid.
4. Musí jíst, vždyť umře, nedovolím, aby umřela!
5. Bojím se jí na jídlo ptát, ale ona vůbec nejí, pořád se na něco vymlouvá!
6. Našla jsem jídlo v koši, i když mi přísahala, že to snědla.
7. Strašně jsem na ni křičela kvůli jídlu, teď je mi to líto, ale už to nejde vrátit.
8. Je divný jíst, když ona nejí, připadám si divně, když jím, nikdy nevím, jestli bude jíst se mnou. Mám ji nechat jíst tak, jak chce?
9. Napadlo mě přestat taky jíst, snad by jí to šťvalo a začala by jíst kvůli mně.
10. Někdy chce, abych ji kryla před jejím klukem, že jedla a přitom nejedla, co mám

dělat? Když ji shodím, naštve se na mě, ale když budu lhát, tak tím vlastně pomáhám té nemoci, ne?

11. Mám to říct jejím rodičům? Strašně se na mě naštve, ale já mám takový strach, třeba by to pomohlo!

12. Její přítel se mě ptá, co má dělat, ale já to taky nevím, on už je tak zoufalý, co s tím?

13. Volala mi její maminka, mám jí říct, co vím nebo raději ne?

14. Nechce se mnou vůbec mluvit, je strašně smutná, nic ji nebaví, nikam nechodí, uzavírá se do sebe.

15. Proč se neozývá, proč mi aspoň nenapíše, že je v pořádku, proč se tak změnila, to už jí za to nestojím?

16. Za co všechno vlastně může ta její nemoc, přijde mi, že se na ni nesmím zlobit, když je nemocná a nemůže za to.

17. Skoro se mnou nemluví, připadám si hloupě, stydím se jí říkat o svých problémech, když ona má větší než já.

18. Jak dlouho to bude trvat, kdy už bude zase jako dřív?

19. Někdy už nemám sílu s ní být, pořád jí psát, prosit o kontakt, ale přece ji nezradím!

20. Hlavní je, aby jí bylo dobře, na ničem ostatním nezáleží!

Nápady, podněty a řešení na straně druhé

1. Víím, že jediný, kdo si může pomoci, je sama kamarádka, já jí mohu nabídnout jen podporu a kamarádství.
2. Mohu jí nabídnout možnost zajít k lékaři či psychologovi, společně ho zkontaktovat, doprovodit ji k němu, nemohu ji však nutit. Je to její rozhodnutí, násilí v tomto nemá smysl. Pro léčbu je nutná spolupráce, ne odpor.
3. Pokud o tom začne, zeptám se přímo, zda mluví o sebevraždě a zkusím zjistit, jak reálné jsou její plány. Zkusím jí nabídnout kontakt na krizové centrum nebo linku důvěry, beru vážně to, co mi říká. Nejsem ale odborník, vytvořit tabu kolem jejích myšlenek na sebevraždu by mohlo být nebezpečné.
4. Musí jíst, ale jen ona rozhodne o svém životě, o svém zdraví. Já jí mohu pomoci s jídlem ve chvíli, kdy o to bude stát, kdy se na tom domluvíme a bude chtít třeba slyšet, jaká je normální porce, nebo se mnou bude chtít jíst společně atd.
5. Řeknu jí o své nejistotě kolem jídla, zkusím se s ní domluvit na pravidlech, na která přistoupí a budeme je umět obě respektovat.
6. Znovu se s ní pokusím domluvit na upřímnosti, na způsobu, jak komunikovat bez lhaní. Zkusíme přijít společně na to, čím ji případně já nutím lhát a jak to můžeme dělat jinak.
7. Mám právo se zlobit. Až se uklidním, zkusím za ní zajít a řeknu jí, jaké jsem měla pocity, proč jsem se tolik naštvala a zeptám se jí, jak to viděla a cítila ona.

8. Já musím jíst naprosto normálně, tak, jak jsem zvyklá, protože i u mě díky tomu může vidět, že pravidelně jím, přiměřeně se hýbu a i tak udržuji stejnou fyziologicky zdravou váhu. Také uvidí normální porci a nahlédne na to, že normální je jíst, ne naopak. Když jdu na nákup nebo si chystám jídlo, zeptám se, co dnes koupíme, co si dnes dáme k jídlu. Nenadbíhám jí v tom, že bych rovnou předpokládala, že jíst nebude.

9. To není dobrý nápad, já musím jíst normálně, musí chtít jíst kvůli sobě, ne kvůli někomu druhému.

10. Nesmím vůbec přistoupit na to, aby mě k něčemu takovému zavázala. Vysvětlím jí, proč to nemůžu a nechci udělat. Za žádnou cenu se nestavím mezi ni a jejího partnera, ani maminku či další její blízké.

11. Nejprve vše proberu přímo s kamarádkou, řeknu jí o svém strachu a myšlence říci to jejím rodičům. Nebudu jednat za jejími zády, aby se necítila ohrožená nejen nemocí, ale i svým okolím.

12. Můžu jejímu příteli říct, jak jsem na tom já, můžeme se vyslechnout navzájem, poradím mu, aby to, co říká mně, zkusil říct přímo své přítelkyni, aby s ní mluvil o strachu, který o ni má. Já to s ním řešit nemohu, nechci být v roli prostředníka, jen by to jejich a mému vztahu s kamarádkou ublížilo.

13. Maminku vyslechnu, mohu jí říct, jakým způsobem s její dcerou komunikuji já, mohu s ní sdílet její strach, mohu jí říci o svém strachu. Pokud bude chtít, poradím, jaké knížky o poruchách příjmu potravy pomohly mně, nabídnu i kontakt na odborníky.

14. Zkusím jí nabízet různé společné akce a aktivity, zeptám se na její přání, na to, o čem přemýšlí, co cítí, co by chtěla atd.

15. Vím, že někdy je pro ni těžké komunikovat. Zkusím si s ní domluvit nějaká pravidla, řeknu jí, jaký je pro mě stres, že se nehlásí. Zkusíme společně vymyslet způsob, jak komunikovat, abych se ani já nemusela bát.

16. Mám právo se zlobit, i když je kamarádka nemocná. Vyjádřit city, včetně vzteku, je přirozené. Pokud budu vše omlouvat nemocí (to, že se neozve, nepřijde na dohodnuté místo, neotvírá mi, když za ní přijdu a jsme na tom domluvené), tak jen podpořím symptomy nemoci. Kamarádka je pořád člověk, který musí respektovat také mě, i když je nemocná.

17. V kamarádství máme obě právo mluvit o svých starostech, navíc mluvit jen o její nemoci vztah ničí, je třeba budovat společné zážitky, sdílet spolu vše jako dřív, i když pro kamarádku je to třeba v tuto chvíli těžší.

18. Snažím se zorientovat v problematice, půjčím si knihy o poruchách příjmu potravy, prozkoumám základní informace na internetu a obrním se vírou a trpělivostí.

19. Žiji také svým životem, myslím i na své potřeby, zájmy, na své blízké! Jen když budu sama žít i pro sebe, mohu být oporou pro kamarádku ve chvílích, kdy na to mám sílu a kdy ona o to stojí. Mám také právo vyhledat odborníka a poradit se s ním, požádat o pomoc.

20. Záleží. Záleží také na tom, jak se cítím já, jak se daří mně, jak žiji já. Nejsem méně důležitá jen proto, že jsem zdravá (www.anabell.cz).

PŘÍLOHA Č. 2: Jak můžeme argumentovat nemocným s mentální anorexií a mentální bulimií

Dívka s mentální bulimií

Argument: jsem odporná, když se přejídám a pak zvracím.

Odpověď: není na tom nic odporného, jde o projev nemoci, kterou je potřeba léčit. Neodsuzuj se, jen to zvyšuje tvůj pocit viny a negativní myšlenky vůči sobě samé.

Argument: nemůžu to nikomu říct, nepochopil by mě a hnusila bych se mu...

Odpověď: jedině tehdy, když se někomu svěříš, když vyhledáš pomocnou ruku u svých blízkých nebo u odborníka, může začít docházet ke zlepšování. Z nemoci se nelze probudit do druhého dne bez problémů, bez projevů, zdravá jako rybička, aniž bys pro to nic neudělala.

Argument: nesmím to jíst, je to sladké, tučné, příliš kalorické, přibrala bych, tak raději zvracím.

Odpověď: lidé kolem tebe ti pomohou, když se o tvých potížích dozvědí, když se jim svěříš, když budeš mít v jejich pomoc důvěru a budeš se snažit jíst společně s nimi.

Argument: to, co sním, ve mně zůstává, budu tlustá.

Odpověď: existuje zákon o příjmu a výdeji. Tvé tělo potřebuje energii z jídla k životu.

Argument: nemohu jíst před ostatními.

Odpověď: přítomnost druhých naopak pomáhá. Pomohou ti nepropadnout záchvatu přejedení nebo zvracení.

Argument: když zvracím, tak nepřibírám a mohu klidně jíst to, co chci a na co mám chuť. Zůstanu přitom štíhlá a všichni mne budou obdivovat.

Odpověď: ano, zpočátku nepřibíráš, ale později se tělo začne bát, že bude stále hladovět a stále zvracet a začne si vytvářet zásoby. Navíc zvracením velmi ohrožuješ zdravé a správné fungování svého organismu.

Argument: neumím normálně jíst, nevím, co je normální porce, nezvládám to, myslím jen na jídlo a jeho množství.

Odpověď: normální je jíst pětkrát denně, tři hlavní jídla a dvě menší svačinky mezi nimi. Vůbec nic se nestane, když se naučíš jíst i druhou večeři. Tvá váha se ustálí na takové hodnotě, která je zdravá a přirozená pro tvé tělo, tvoji tělesnou výšku a věk.

Dívka s mentální anorexií

Argument: nesmím jíst, byla bych tlustá.

Odpověď: nedá se nic dělat, bez jídla žít nelze, jídlo k životu nutně potřebujeme.

Argument: lidé mě posuzují podle toho, jak vypadám.

Odpověď: ano, je možné, že se ti to stává, ale vzhled není to nejdůležitější na světě. Posuzuješ také ostatní své kamarády podle toho, jak vypadají? Přestala by ses bavit s nějakou kamarádkou jen proto, že přibrala jeden nebo dva kilogramy?

Argument: chci mít aspoň nad něčím ve svém životě kontrolu a v jídle ji mám.

Odpověď: společně s odborníky, rodiči nebo s kamarádkou dokážeš najít sílu kontrolovat svůj život ne skrze jídlo, ale skrz své myšlenky, nápady, radosti, koníčky, záliby apod. Pojd', vyhledáme společně odbornou pomoc.

Argument: mužům se líbí jenom hubené ženy.

Odpověď: každý muž si vybírá jinou ženu, a muži si nevybírají ženy zdaleka jen podle postavy. Daleko důležitější je osobnost, pohoda, úsměv. A tak při stresu z váhy, která stejně většinu mužů nezajímá, působit nebudeš. Zeptej se svého otce, bratra nebo kamaráda, jaké se právě jemu líbí ženy. Udělej si vlastní soukromou anketu.

Argument: nepotřebuji jídlo k životu.

Odpověď: každý z nás potřebuje jídlo k životu, nejsi v tomto jiná. Jídlo obsahuje látky nutné k fungování organismu, bez nich se neobejdeme.

Argument: neumím normálně jíst, nevím, co je normální porce, nezvládnou to.

Odpověď: můžeš se naučit jíst 5krát denně, pravidelně, normální porce, po kterých nepřibereš, udržíš si stálou váhu, pro tvůj organismus nezbytnou (www.pppinfo.cz).

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Karin Balcarová
Katedra:	Speciální pedagogiky
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, PhD.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Kvalita života osob s poruchou příjmu potravy
Název v angličtině:	Quality of life in persons with eating disorders.
Anotace práce:	Tato práce se zabývá kvalitou života u pacientů s mentální anorexií (MA). Základními otázkami jsou kvalita života v průběhu životních etap pacientů, důvody nespolupráce pacientů s MA a informovanost pacientů o své nemoci. Metodou získávání dat byl narativní rozhovor a následná analýza textu. Výzkumu se zúčastnilo sedm pacientů. Výsledky ukazují, že subjektivní kvalita života pacientů se liší od objektivní. Dále, že informovanost, zejména v premorbidním období, se jeví jako nedostatečná a nakonec, že nemoc pacientů může v extrémních případech vést k spokojené subjektivní kvalitě života.
Klíčová slova:	kvalita života, poruchy příjmu potravy, mentální anorexie
Anotace v angličtině:	This thesis deals with quality of life in patients with anorexia nervosa (AN). Basic tasks are to examine quality of life during life of patients, to find out patients' reasons for noncompliance and to identify knowledge of disease of patients. A narrative interview and text analysis were used and seven patients interviewed. Our results show that subjective quality of life is different from objective quality. Ineffective educations, particularly during a premorbidal state of disease, were found. Finally the disease AN can lead (in extreme case) to satisfied subjective quality of life.
Klíčová slova v angličtině:	quality of life, eating disorders, anorexia nervosa
Přílohy vázané v práci:	Příloha č.1- Jak pomoci blízkému, který má problém s poruchou příjmu potravy Příloha č.2 – Jak můžeme argumentovat nemocným s mentální anorexií a mentální bulimií
Rozsah práce:	83 stran
Jazyk práce:	Čeština

