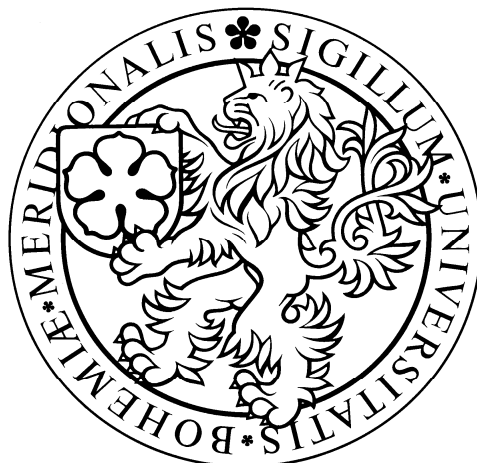


**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**



Kvalita života u chronicky nemocné populace, na příkladu mentální anorexie a mentální bulimie  
**Bakalářská práce**

**Autor:** Tereza Korecká

**Vedoucí práce:** Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Kvalita života u chronicky nemocné populace, na příkladu mentální anorexie a mentální bulimie“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

### **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat především panu docentu Petru Petrovi za příkladné vedení a pomoc při psaní této bakalářské práce. Děkuji Luce Trnkové, která trpí poruchou příjmu potravy, za sdílnost a důvěru při poskytnutí informací o této nemoci a fotodokumentaci, kterou jsem zde směla použít. Děkuji také dětské psychiatrické ambulanci v nemocnici České Budějovice za vstřícný přístup při provádění výzkumu.

## **ABSTRACT**

This paper deals with eating disorders, especially with mental anorexia and mental bulimia. This topic is very up to date and it is important to pay attention to it especially because those who suffer from eating disorders suffer not only physically but also psychologically. It should also be mentioned that they may succumb to the disease.

There are many factors influencing the origin and course of the disease. It is mostly social and cultural factors and also biological, family and genetic factors. A higher risk of this disease is in women.

It is also important that this illness is fostered by the current fashion trends and the whole life style. Extortionate diets, spring hunger-strikes and purificatory cures can easily become a life style. This chase for health influences especially young school girls who do not have a healthy idea on diets. They slip easily into bad eating habits and the fashionable magazines with skinny models persuade them that they act correctly and that anorexia and bulimia are but frights that one doesn't have to be afraid of and if there is someone suffering from it, it shall suffice to start to eat and he/she will be all right again.

Yet the health complications triggered by these diseases are significant. They are a consequence of long term hunger, vomiting and use of diuretics and laxatives. Eating disorders may cause chronic fatigue, they deteriorate quality of skin, they cause loss of hair, and harm circulation of blood. The liver dysfunction may occur as well as immunodeficiency of the whole organism. Mental anorexia and bulimia influence in a significantly negative way the psychologic well being, personal and social life of the patient. The treatment is very difficult and it should be carried out in a complex way. Cognitiv behavioral therapy, pharmacotherapy and self aid groups are of great importance in this field.

The paper aimed at proving that people suffering from these diseases suffer from a worse quality of life as well as their family members. A questionnaire of the SF-36 type was used for the research part.

# OBSAH

Obsah .....	5
Úvod .....	7
1. SOUČASNÝ STAV .....	8
1.1 Poruchy příjmů potravy .....	8
1.2 Mentální anorexie .....	8
1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F 50.0) .....	9
1.3 Mentální bulimie .....	10
1.3.1 Diagnostická kritéria podle MNK – 10 (F 50.2) .....	11
1.4 Atypické poruchy příjmu potravy .....	12
1.4.1 Syndrom nočního přejídání .....	12
1.4.2 Syndrom záchvatovitého přejídání .....	12
1.5 Průběh a prognóza .....	13
1.6 Historie poruch příjmu potravy .....	14
1.7 Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci .....	15
1.8 Dopady na rodinu .....	15
1.9 Rizikové faktory .....	16
1.9.1 Sociální a kulturní faktory .....	16
1.9.2 Biologické faktory .....	17
1.9.3 Rodinné a genetické faktory .....	18
1.10 Závislost na psychoaktivních látkách .....	18
1.11 Zdravotní problematika poruch příjmů potravy .....	19

1.11.1	Zdravotní rizika specifická pro mentální anorexii .....	20
1.11.2	Zdravotní rizika specifická pro mentální bulimii.....	21
1.12	Léčba poruch příjmů potravy .....	22
1.12.1	Terapie u mentální anorexie .....	22
1.12.2	Terapie u mentální bulimie.....	23
1.12.3	Doplňující metody k překonání poruch příjmů potravy .....	24
1.13	Prevence poruch příjmů potravy u dětí a mládeže.....	25
2.	CÍL PRÁCE A PŘEDPOKLÁDANÉ HYPOTÉZY .....	27
2.1	Cíl práce.....	27
2.2	Předpokládané hypotézy .....	27
3.	METODIKA.....	28
3.1	Použitá metoda normalizovaný dotazník SF-36 .....	28
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru .....	28
4.	VÝSLEDKY .....	30
4.1	Graf 1: Mentální anorexie.....	30
4.2	Graf 2: Mentální bulimie .....	32
4.3	Graf 3: Příbuzní.....	36
4.4	Graf 4: Pacienti – příbuzní .....	34
5.	DISKUZE.....	37
6.	ZÁVĚR.....	40
7.	POUŽITÁ LITERATURA.....	42
8.	KLÍČOVÁ SLOVA .....	45
9.	PŘÍLOHY .....	46

## ÚVOD

Téma poruch příjmu potravy jsem si vybrala hned z několika důvodů. První z nich je jeho aktuálnost. Dnešní doba tuto tematiku s sebou přináší v různých podobách, ať v novinářské, často dosti zkreslené, tak i v odborné literatuře se dočteme spoustu zajímavých, poučných a značně odstrašujících informací.

Povědomí veřejnosti o poruchách příjmu potravy se mi z laického pohledu zdá však stále velmi nedostatečné. Zejména proto, že toto onemocnění duše i těla není bráno tak vážně, jak by si zasloužilo. Často se dnes hovoří o zdravé výživě a správném životním stylu. Některé ženy se otázkou svého zdraví zaobírají natolik, že v zápalu boje s kaloriemi si ani nevšimnou, že už dávno zdravě nevypadají. Co v dnešní době chybí, je natolik přesvědčivá prevence, aby dívky v mladším školním věku pochopily, že zvykání si na špatné stravovací návyky a držení drastických diet není legrace, ale hazard se zdravím.

Dospívající slečny mají často zkreslený pohled na ideál krásy, především díky módním časopisům, které píší o zpěvačkách a herečkách, s kterými se identifikují. Módní ikony dnešního showbyznysu vystavují na obdiv své nezdravě vypadající tělo a zoufale volají po obdivu.

Na druhé straně ne každá dívka, která je štíhlá, musí být nezbytně postižena poruchou příjmu potravy. Často se takto mylně domnívají neinformovaní pozorovatelé a i zdravé dívky dostávají nálepkou anorektiček. Chtěla bych ve své práci nastínit střízlivý pohled na tuto problematiku a objasnit některé mýty, o kterých dnes a denně tolik slyšíme.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1 *Poruchy příjmu potravy*

Poruchy příjmu potravy se staly za posledních deset let centrem zájmu. A to nejen z hlediska psychiatrické a psychologické diagnostiky a terapie, ale také se staly předmětem sociokulturní analýzy, která se snaží rozumět stylu doby, jejím hodnotám, vztahu k tělu a výkonu. Z pohledu na patologický postoj k jídlu vidíme zaujetí dietami, štíhlostí, fyzickou dokonalostí a výkonem. Na druhé straně pocítují dívky panický strach z tloustnutí, mají problém s percepcí těla a u extrémních případů dochází k letálním koncům. Poruchou jsou ohroženy především dívky v adolescentním věku a také mladé ženy. Poměr děvčat a chlapců postižených poruchou je 10:1. Ačkoliv se průběh poruch příjmu potravy často prolíná, dělí se na dvě základní, a to mentální anorexii a mentální bulimii.(16)

## 1.2 *Mentální anorexie*

Mentální anorexie je porucha obživného (nutričního) pudu, kterou charakterizuje úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Anorektičtí pacienti neodmítají jídlo proto, že by na něj neměli chuť, nechtějí jíst z více či méně rozumných důvodů, jenž uvádějí jako argument proč jíst nemohou. Jejich averze k jídlu je projevem narušeného postoje k vlastní tělesné hmotnosti a proporcím. Je možno dosáhnout až patologického nechutenství.(6, 18)

U mentální anorexie nejde ani tak o nechutenství, ale spíše o přemáhání hladu a redukci veškerého příjmu jakékoli potravy ve snaze radikálně snížit svoji hmotnost. Dívky začínají omezováním vydatných potravin a postupně redukují i příjem potravin s minimální kalorickou hodnotou. Někdy omezí i příjem tekutin a navzdory své vyhublosti jsou přesvědčené o tom, že jsou tlusté. Především se jedná o partie břicha, hýždí, boků a stehen. Paradoxem je zvýšený zájem o jídlo, typické je sbírání receptů a vaření pro ostatní členy rodiny. Dalším paradoxem je, že i přes značnou vyhublost jsou



dívky stále aktivní, chodí běhat a cvičí, ve škole prospívají a výkonné jsou i v oblasti zájmů.(10,16)

Anorexie (mentální anorexie, anorexia nervosa) patří mezi poruchy příjmu potravy. Pro pacienty trpící tímto onemocněním, je udržení si stálé tělesné hmotnosti nesmírně obtížné. Nemoc postihuje častěji ženy a dívky, nárůst jejich váhy je pro ně děsivou představou. Pro postižené mentální anorexií se ztráta váhy stává tíživou, smutnou životní cestou. Existují různé důvody, proč se hladovění stane problémem. Někdy vede k vyústění jiných problémů, které pacient řeší tímto způsobem. Existují různé způsoby, kterými pacientky snižují svou váhu. Asi polovina z nich nadměrně cvičí a rapidně omezují svůj přísun potravy. V ostatních případech pacientky zvracejí, užívají odvodňující a projímavé látky.(13)

### **1.2.1 Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F 50.0)**

- Tělesná hmotnost je nejméně 15% pod úrovní či BMI 17,5 (kg/m<sup>2</sup>) a nižší.
- Snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám. Vyhýbá se jídlům a užívá jeden nebo několik prostředků jako je např.: vyvolané zvracení, nadužívání laxativ, diuretik a anorektik nebo nadměrně cvičí.
- Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o svém těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede pacienta k velmi dramatickému hubnutí.
- Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea. Muži toto pociťují v sexuální oblasti a to ztrátou zájmu o sex a sexuální potenci.
- Jestliže onemocnění propukne před pubertou, jsou projevy puberty opožděny či zastaveny. Po uzdravení často dochází k dokončení puberty.(7)

### **Specifické typy:**

**Nebulimický typ (restriktivní)** – během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovanému záchvatovitému přejídání.

**Bulimický typ (purgativní)** – během epizody MA k záchvatovitému přejídání dochází.(7)

### ***1.3 Mentální bulimie***

Bulimie (vlčí hlad) znamená nezřízené a nevybíravé požívání potravy. Dívky s mentální bulimií, se většinou po určitém období držení diet, začínají potají přejídat a následně záměrně vyvolávat zvracení, ve snaze snížit kalorický příjem po takovémto záchvatu přejídání. Dochází k zatěžování psychiky, kdy se dívky trýzní strachem z tloušťky, pocitem viny pokaždé, když něco sní, cítí stud a vztek za své chování.(16,18)

Bulimia nervosa často navazuje na epizodu anorexia nervosa, tj. období hladovění a diet. Při vzniku tohoto onemocnění jde spíše o souhrn více okolností než o jednu příčinu. Tyto okolnosti pak mohou onemocnění udržovat a prohlubovat. Na internetu jsou propagovány anorektické způsoby života jako novodobá náboženství dospívajících. Jako příklad postačí nejrozšířenější panenka na světě – Barbie. Dětem už nikdo nevysvětlí, že pokud by reálná dívka měla stejné proporce jako zmiňovaná panenka, neudržela by se ani na nohou a musela by chodit po čtyřech. Na trhu a v obchodech s módními oděvy jsou k dostání velmi často jen malé velikosti, kupříkladu nejmenší velikost XS. V reklamách na diety propagují hubnoucí prostředky nejen modelky s nadváhou, ale i ty, které mají postavu normální. Přes všechny programy a pořady o zdravém životním stylu se počet případů obezity i poruch příjmu potravy stále zvyšuje. Štíhlost je považována za výsledek úspěšné sebekontroly a je jedno, jakým způsobem jí bylo dosaženo. Ideál krásy je natolik štíhlý, že nemalá část žen se uchýlila k jeho dosažení pomocí techniky. Například fotomodelky jsou v reklamách upravovány pomocí počítačové techniky a své místo v boji o krásu ženy má z velké části také

plastická chirurgie. Používají se i techniky, které odporují potřebám zdravého organismu, například vyjmutí posledního páru žeber.(5,14)

Mentální bulimii charakterizují záchvaty přejídání spojené s přehnanou obavou ze zvýšení tělesné hmotnosti. Pro vymezení mentální bulimie navrhl Gerard Russell tři základní kritéria:

- silná, nepotlačitelná touha se přejídat
- snaha zabránit „tloustnutí“ vyvoláním zvracení nebo zneužíváním purgativ či obojím
- chorobný strach z tloušťky

### **1.3.1 Diagnostická kritéria podle MKN – 10 (F 50.2)**

- Stále se opakující epizody záchvatovitěho přejídání. Touto epizodou se rozumí:
- Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého časového úseku, než by většina lidí dokázala zkonzumovat za stejnou dobu.
- Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této doby. Například se nemohu kontrolovat ve množství snědeného jídla nebo nedokáži ovlivnit to, co sním.
- Kompenzační chování, které se opakuje a je nepřiměřené, přičemž jeho cílem je zabránit zvýšení hmotnosti. Mezi typy tohoto chování patří například opakovaně vyvolávané zvracení, hladovky, nepřiměřené cvičení, zneužívání diuretik, laxativ a jiných léků.
- V době tří měsíců musí dojít minimálně ke dvěma epizodám přejídání týdně.
- Sebehodnocení je nepřiměřeně závislé na tělesné hmotnosti a tvaru postavy.
- Porucha se vyskytuje i mimo epizody mentální anorexie.

### **Specifické typy:**

**Purgativní typ.** Pacientka pravidelně užívá zvracení a laxativa či diuretika, aby zabránila nárůstu hmotnosti.

**Nepurgativní typ.** Používá velice přísné diety a hladovky, nadměrně cvičí. Nezvrací pravidelně.(7)

## ***1.4 Atypické poruchy příjmu potravy***

### **1.4.1 Syndrom nočního přejídání**

Noční přejídání známe již od roku 1955 zejména u obézních pacientů. Jeho kritérii jsou kupříkladu: konzumace minimálně čtvrtiny celkového množství kilojoulů konzumovaných během jednoho dne po večeři a nespavost. Nespavost chápeme v tom smyslu, že nemůže spát minimálně polovinu času před půl nocí a polovinu času po půl noci. Ráno většinou nesnídají. Výrazný je nárůst váhy a stresu. Důsledkem je viditelné selhání v dietním režimu.

### **1.4.2 Syndrom záchvatového přejídání**

Je charakterizováno záchvaty přejídání. Zda se jedná o záchvatové přejídání, či jen o prosté jedení, zjišťujeme podle naplnění určitých parametrů;

- během krátké chvíle, asi tak do 2 hodin, požití většího množství jídla, než je normální pro většinu lidí ve stejných podmínkách
- pocit ztráty kontroly nad jídlem (nelze kontrolovat druh, ani množství snědeného jídla)

Pocit příjemný, který u jídla většinou pociťujeme, vystřídá pocit znechucení a viny. Je dokázáno, že ženy s bulimií jedí 2x rychleji než ženy s běžnými stravovacími návyky. Lidé, kteří se přejídají, mohou pociťovat i neklid. Aby nasýtli svou touhu po

jídle, jsou schopni jídlo sníst či ukrást i ostatním lidem či jíst odhozené zbytky. Sami své chování hodnotí jako nevkusné a stydí se za něj. Někteří jsou při jídle jako v transu. Většina těchto lidí se snaží svoje přejídání utajit a mnohdy se to daří i celá léta. Přejídání se může po delším čase stát smutnou součástí života, bez pocitu ztráty kontroly.(14,17)

### **1.5 Průběh a prognóza**

Ačkoliv se poruchy příjmu potravy pohybují ve věkovém rozmezí od 10 až 40 let, jedná se především o poruchu dospívání. Nejběžnější věk, ve kterém se mentální anorexie probouzí, je mezi 13. a 20. rokem života. U mentální bulimie je to obvykle mezi 16. a 25. rokem. Obě poruchy, především bulimie, se často objevují nenápadně a pomalu. Začíná to nevhodnými stravovacími návyky pacienta a jeho rodiny, okolí a občasnými dietami. Jídelní postoje se pomalu stávají nepřiměřené, až extrémní. Místo toho, aby nemocný přizpůsoboval přísun potravy svému životu, činí opak. Stále více přizpůsobuje svůj život nevhodným stravovacím zvykům, jenž si již vytvořil.

Poruchy příjmu potravy mění kvalitu života nemocného. Při dlouhodobém průběhu onemocnění otevírají prostor dalším negativním prožitkům nemocného. S dlouhodobým průběhem nemoci přibývají i závažné depresivní příznaky. Velké nebezpečí představují drogy a alkohol, především pro bulimičky. Předpokládá se, že průběh mentální bulimie i přes trýznivé období, je ve srovnání s anorexií dlouhodobě příznivější a u většiny pacientů dojde k uzdravení.

Někteří nemocní však mohou relativně dobře fungovat a stabilizovat se i při nízké hmotnosti. Dlouhodobě nemocní vyžadují odbornou léčbu a specifický přístup. O chronicitě u poruchy příjmu potravy můžeme hovořit, pokud nemoc trvá dlouhodobě, 10 až 15 let. Faktory, které mohou mít vliv na další průběh nemoci a prognózu poruch příjmu potravy jsou:

- Faktory demografické (počátek onemocnění, sociální postavení, pohlaví, manželství, chronicita)

- Klinické příznaky (zvracení a zneužívání laxativ, nízká tělesná hmotnost, obezita anamnéze, stresující faktory, špatné výsledky ve škole);
- Psychologické faktory

Bylo zjištěno pět významných faktorů, které mohou předpovídat špatnou prognózu:

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

Z klinických zkušeností se také uvádí nedostatek pozitivního programu a nízký intelekt, závislost na alkoholu, sebevražedné jednání a deprese v anamnéze.(7)

## ***1.6 Historie poruch příjmu potravy***

Po řadu staletí toto chování samo o sobě nebylo pokládáno za patologický jev. Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí sebetrestajících či asketických praktik mnoha zbožných křesťanů. Přehnané a nezvyklé způsoby odmítání jídla začaly být později pokládány za projevy duševní choroby. Extrémní půst měl velkou roli v životě mnoha hluboce věřících žen a to hlavně v dobách pozdějšího středověku. Tyto svaté ženy tvrdily, že je při životě bez jídla udržuje boží pomoc. Řada lékařů tehdy byla ještě přesvědčena o tom, že abstinence jídla je zázrak a je způsobena božím přičiněním. Označovali ji jako „anorexia mirabilis“. Jedna z nejoblíbenějších teorií byla postavena na myšlence, že lidské bytosti mohou být živé z „výživných částic“, které jsou obsaženy ve vzduchu. Až v průběhu devatenáctého století bylo na odmítání jídla nahlíženo jako na patologický či zcela nemožný jev. Lékaři se soustředovali především na somatické příčiny a to zejména na poruchy funkce žaludku. Na počátku devatenáctého století byla anorexie ještě stále pokládána za symptom některých žaludečních potíží než za psychiatrické onemocnění. Ve Francii se od devadesátých let 19. století mentální anorexie stala běžným lékařským termínem. Avšak až William Gull, britský lékař, zavedl zcela nový pojem anorexia nervosa.

Tato choroba postihovala především mladé a krásné dívky, které měly celou řadu příznaků. Zejména bledost, ztrácely menstruaci a chuť k jídlu nebo se přejídaly. (5,6,7)

### ***1.7 Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci***

Poruchy příjmu potravy se vyskytují nejčastěji u dívek v adolescentním věku. Je však možné, že se tato nemoc objeví již v dětství. Toto období je velice citlivé na vývojové změny. Porucha příjmu potravy destruktivně působí na psychologické, biologické i sociální složky. Porucha u dětí bývá hůře identifikovatelná, protože děti nechut' k jídlu často nevyjádří nebo se jejich nechutenství promítne do somatických potíží. Děti, které trpí mentální anorexií, se jídlom a hubnutím zaobírají stejně jako adolescenti. U dětí se stává, že strach z tloušťky není vyjádřen přímo. Znamená to, že mohou být například extrémně vybíravé. To se objevuje mezi 8. – 12. rokem, je tedy obtížné v tomto věku naučit dítě správné stravovací návyky. Mentální bulimie se do čtrnáctého roku vyskytuje jen zřídka.(3)

### ***1.8 Dopady na rodinu***

Rodiny pacientů s poruchou příjmu potravy se v některých případech podobají rodinám s psychosomaticky nemocným pacientem. Většinou to bývají rodiny, které mívají problémy s tím, jak vyjadřovat emoce a přímo řešit konflikty. Tyto rodiny jsou ohroženy separačními procesy, které přicházejí s obdobím dospívání u dítěte a narušují umělou stabilitu takovéto rodiny. Tento typ rodin se většinou vyskytuje u typu anorektiček lpějících na extrémní kontrole jídelního chování. U bulimických pacientek jsou rodiny popisovány jako méně uspořádané a hůře organizované. Mohou se zde vyskytovat i transparentní problémy nebo závislosti jednoho ze členů rodiny.(16)

Úkolem dospívání je vyrůst a opustit domov. Je to doba, kdy se mladí lidé mají rozhodnout, jaké příležitosti si chtějí vyzkoušet, co to znamená být dospělý a jaké to je nést odpovědnost sám za sebe. Je pozoruhodné, jak dívka s poruchou příjmu potravy

dokáže své rodiče přimět k tomu, aby se o ní starali. Pečují o ni jako o malé dítě, které nejí a při tom na ně z plných plic křičí, aby jí dali pokoj, že je v naprostém pořádku. Je zde také třeba zmínit vztah matky a dcery. V tomto období života si dcera s matkou mění postavení v rodině. Z dítěte se stává žena. Tento generační biologický souboj nalezneme pod pojmem soupeření mladé a staré lvice.

Spouštěcích faktorů u pacientek s poruchou příjmu potravy je mnoho. Jedním z nich může být adolescenční období samo o sobě. Separálně – individuální procesy, upevnění svojí vlastní identity a ženské role. Akcepce sexuality a podobně jsou těžké úkoly pro anorektičku i pro její rodinu. Tajné zacházení s jídlem se dostává i do rodinného zázemí. Symbolika hltání a zvracení jídla, které matka uvaří, ukazuje na hluboké problémy a konflikty. Rodiče pacientek s poruchou příjmu potravy bývají často zděšeni, dceři nerozumějí a dostávají se do konfliktu i mezi sebou. Pacientka rodiče často rozděluje a stává se těsně vázanou na matku. Otce naopak většinou odmítá a kritizuje.(12,16,19)

## ***1.9 Rizikové faktory***

### **1.9.1 Sociální a kulturní faktory**

Jádro problému je v rychle se měnící kultuře, která si nekriticky přisvojuje kult vyhublosti a osvojuje si zvyk nadměrné sebekontroly. Módní ideál nepřímo ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty, jenž pak vidí ve štíhlosti cestu pokroku a úspěchu. Tento fakt je znám už od roku 1939, i když později byl kult štíhlosti natolik nadhodnocen, že pro většinu žen byl biogeneticky nedosažitelný a zdravotně ohrožující. Stejně jako drastické metody, které se používaly. Přerušení diety nebo mírná nadváha se považovaly za selhání a mnohdy toto vedlo k sociální diskriminaci, izolaci a poklesu sebevědomí. Dietním trendům se také přizpůsobuje potravinářský průmysl, který produkuje stále více „light“ a „fit“ výrobků.

Sociální a kulturní tlaky se objevují i v rodinách jako takových. Je prokázáno, že dívky mají naučený negativní postoj ke své postavě od svých matek. Redukční diety



také začínají držet ve stejnou dobu, kdy je začínají držet jejich matky. Přesto že dívky diety drží, stává se, že po nich nehubnou tak rychle, jak si přejí a tak se mentální anorexie, stejně jako přísně hladovky či zvracení, může stát lákavým snem, jak zvládnout tíživou situaci.(5,6,19)

Poruchy příjmu potravy se neustále mění a vyvíjejí. Významnou úlohu zde hrají nejen média, sociální hodnoty těla a vzhledu, zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, ale i měnící se zdravý životní styl, role a hlavně postavení ženy ve společnosti. Vývoj onemocnění ovlivňují i další, blíže nespécifické sociální vlivy, jako zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, naučený vzorec trávení volného času, snížená kontrola sebe sama, úpadek jídelní kultury, zkrácený pohled na některé zdravotní poznatky. Mnoho vlivů se může projevovat vlivem školy, vrstevníků, ale i rodiny.(7)

## **1.9.2 Biologické faktory**

Nejvýznamnější rizikový faktor pro vznik a rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví samo o sobě. Stačí být ženou a riziko poruch příjmu potravy je desetkrát vyšší. Ženské tělo je pro svou majitelku důležité a tělesné proporce hrají odlišnou roli v životě obou pohlaví. K největším tělesným a psychickým změnám, které mohou být významné z hlediska počátku poruch příjmu potravy dochází v průběhu adolescence a puberty. Zrychlený růst je spojen s rostoucí tělesnou hmotností a přibýváním tukových zásob. Přitom průměrná hmotnost českých dívek roste v období mezi 8. a 16. rokem z BMI 16 na 19 přirozeně. Při současných standardech ženské krásy může rychlý nárůst tuku spojený s pubertou být pro mnohé dívky hrozbou. Je prokázáno, že po pubertě dramaticky klesá spokojenost dívek s tím, jak vypadají a své tělo nemají rády. Tato nespokojenost mnohdy přetrvává i do adolescence.(19)

### **1.9.3 Rodinné a genetické faktory**

Výzkumy odhalily, že v rodinách sledovaných anorektiček netrpí nemocí pouze léčená pacientka. V mnoha případech jsou nemocní sourozenci a často trpí poruchou příjmu potravy také matky nemocných. Za významný faktor pro možnost vzniku poruch příjmu potravy vědci uvádějí i rivalitu mezi sourozenci stejného pohlaví. Poruchy příjmu potravy se nejčastěji rozvíjejí ve věku, kdy mladé dívky se vyrovnávají s rozhodnutím opustit domov a žít na vlastní pěst. Není prokázána přímá souvislost mezi poruchou příjmu potravy a separací dospívající dívky od rodinného zázemí. Jsou případy, kdy je separace od domova pro dívku prospěšná. Často je jako rizikový faktor uváděn i rozdílný postoj ke zdravému životnímu stylu dospívajících dívek a jídelní postoje rodičů. Za rizikový faktor také můžeme považovat přehnaná očekávání rodičů dospívajících dívek, které se s nimi nedokáží vyrovnat, proto hledají útěchu například v jídle.(7,9)

### ***1.10 Závislost na psychoaktivních látkách***

Problémy s jídlem se velice často objevují v souvislosti s pitím alkoholu. Je prokázáno, že u bulimických onemocnění je mnohem vyšší výskyt abúzu drog, než u běžné populace. Alkohol je například součástí různých diet, i když zároveň oslabuje kontrolu a odhodlání se omezovat v příjmu potravy. Mnoho bulimiček začalo pít jen proto, že zapíjely chuť k jídlu nebo jen snižovaly alkoholem svůj strach z tloušťky. Avšak alkohol v kombinaci s nízkým příjmem potravy je dvojnásobný hazard. V koncentrované podobě dodává tělu potřebnou energii, proto na něj vzniká závislost rychleji. Z alkoholu se tedy stává tišící prostředek, způsob jak uniknout samotě a pocitům viny a nenávisti. V důsledku toho se u bulimiček můžeme též setkat se sebepoškozováním. V poslední době se setkáváme s mladistvými bulimičkami, které spojují zvýšenou chuť na jídlo a přejídání s kouřením marihuany. Ačkoliv vztah mezi alkoholem a tělesnou hmotností ještě nebyl zcela objasněn, procento bulimiček – alkoholiček stále stoupá. I přesto, že bylo prokázáno, že alkohol napomáhá akumulaci

tělesného tuku, a také že alkohol, stejně jako stres a deprese může zvyšovat chuť k jídlu. Výzkum také ukázal, že bulimičky, které již dříve prošly léčbou alkoholové závislosti se léčí s poruchou příjmu potravy mnohem lépe. Je doporučováno, že pokud má pacientka poruchu příjmu potravy a je ještě k tomu závislá na alkoholu, léčit prvně alkoholovou závislost. V této souvislosti již zbývá pouze připomenout, že alkohol má také vysokou energetickou hodnotu, která zvyšuje nebezpečí rychlejšího rozvoje závislosti u mladých hladovějících dívek. Anorektický účinek některých látek (cigarety, amfetaminy) zvyšuje u dospívajících přitažlivost a to zejména v počátcích poruchy příjmu potravy.(7,12)

### ***1.11 Zdravotní problematika poruch příjmů potravy***

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací, které souvisejí především se ztrátou tělesné hmotnosti, s nedostatečně vyváženou stravou, zvracením, nadužíváním diuretik či laxativ. Kromě ztráty váhy, citlivosti na chlad, zácpy, únavnosti, zhoršení kvality pleti, ztráty vlasů a poruch krevního oběhu dochází také k poškození jater, oslabení obranyschopnosti organismu. V důsledku zmenšení žaludku pocity nevolnosti, přejedení při minimálním příjmu stravy. Je zde nebezpečí podvýživy spojené s dehydratací organismu. Mentální anorexie a bulimie výrazným způsobem ovlivňují psychickou pohodu, osobní a společenský život pacienta. Fyzické problémy, neuspokojený stravovací režim, hlad s ním spojený a chuť se přejíst pohltní veškerou pozornost a omezují tím podstatu života. Myšlenky na jídlo navozují pocity viny, neschopnosti, deprese a selhání. Postupem času se ztrácí energie a zájem o všechno. Jediné, co se rozvíjí, je egocentrismus, sebelítost. Tento stav se promítá i do okolí nemocného. Trpí tím nejen jeho rodina, ale i vrstevníci ve škole a přátelé. Vyskytují se nepřiměřené reakce na stres a jiné situace, zhoršuje se koncentrace, zpomalují se myšlenkové pochody a kolísá nálada.(11)

Fyziologický podíl tuku v lidském těle se liší podle pohlaví, věku, i etnického původu člověka. U žen je tento podíl od 18 do 30%, muži mají procento tuku v těle nižší, pohybuje se v rozmezí 10 – 25%. S narůstajícím věkem se procento tuku v těle

mění – roste, zatímco svalové hmoty přirozeně ubývá. K měření tuku v těle se používají hmotnostní indexy. Dnes je nejčastěji používán index tělesné hmotnosti – BMI (body mass index). BMI vypočítáme tak, že hmotnost vyjádřenou v kilogramech vydělíme druhou mocninou výšky vyjádřenou v metrech. S nárůstem BMI stoupají i zdravotní rizika obezity. Tu konstatujeme, pokud BMI překročí hodnotu 27. Tato hodnota je spojena s rizikem diabetes a hypertenze nebo ischemických chorob srdečních. Můžeme zde dále mluvit o výskytu mozkových cévních příhod, dně, žilních trombózách a samozřejmě onemocnění pohybového aparátu. Stoupne-li BMI nad hodnotu 40, jde o těžkou, někdy se můžeme setkat i s termínem morbidní, obezitu. S věkem zdravotní rizika nadváhy klesají. U lidí starších 60 let je optimální BMI kolem 27. Energetický deficit provázený nedostatečným přísunem živin a nutričních látek vede k malnutrici. Tu provázejí nejen některé nádory a onemocnění trávicího traktu a především mentální anorexie. Užívání nízkenergetických diet je velmi nevhodné, vzhledem k velmi nevyváženému nutričnímu a také energetickému příjmu. Energetický deficit má za následek redukci tukových zásob. Později však klesá i množství aktivní tělesné hmoty, svalstva.

Vedle BMI přikládáme význam také rozložení tuku v těle. Větší množství tuku na hrudníku a v oblastech břicha, rozumíme tím uvnitř, charakterizuje obezitu abdominální neboli útrobní. Tato obezita je častější u mužů, přirovnává se často ke tvaru jablka a je spojena s častějším výskytem kardiovaskulárních chorob. U žen se častěji setkáváme s vyšším množstvím tuku na hýždích, stehnech a tento typ obezity nazýváme dolního typu či tvaru hrušky.(7,8)

### **1.11.1 Zdravotní rizika specifická pro mentální anorexii**

#### **1.11.1.1 Kosterní komplikace**

Je dokázáno, že pacientky na počátku mentální anorexie jsou o něco menší než jejich vrstevnice. Vývoj kostí se mentální anorexií zpomaluje. Je možné, že se zcela zastaví a to v případě, kdy je váhový úbytek natolik veliký, že dojde i k absenci menstruace. U mentální anorexie se velice často setkáváme s osteoporózou a také

sníženou minerální denzitou kostí, a protože mnoho anorektiček nadměrně cvičí, hrozí u nich riziko patologických zlomenin.

#### **1.11.1.2 Endokrinní komplikace**

Endokrinní abnormality jsou charakteristické pro mentální anorexii. Průvodním znakem je amenorea. Ta se objevuje při úbytku více než 15% normální tělesné váhy. Je známo, že i po návratu do optimální váhy amenorea přetrvává, je třeba zajistit zlepšení psychického stavu pacientky. Aktivita pohlavních hormonů je přímo vázána na určitou tělesnou hmotnost, ta se pohybuje kolem 44 kilogramů.(7)

### **1.11.2 Zdravotní rizika specifická pro mentální bulimii**

#### **1.11.2.1 Zvracení**

Vážné zdravotní problémy mohou přinést důsledky zvracení. Nebezpečný je již fakt, že řada bulimiček si musí dávicí reflex vyvolávat sama – prstem nebo jinými úzkými předměty. Mohou si totiž tímto nešetrným zacházením přivodit poranění krku či jícnu, což je velice bolestivé. Do takovéto rány se snadno dostane infekce, může také dojít ke spolknutí předmětu či ruptuře jícnu, což vyžaduje okamžitý chirurgický zákrok. K důsledkům zvracení patří otoky slinných žláz pod čelistí, to umocňuje dojem napuchlého obličeje. Méně nápadným důsledkem je narušená rovnováha tělesných tekutin a solí, jenž nadměrně zatěžuje srdce a ledviny. Největší problém způsobí úbytek draslíku, to vyvolává nepravidelnost srdečního rytmu, může způsobit křeče, závratě nebo ztrátu vědomí. Žaludeční šťávy způsobují erozi zubní skloviny, kterou ještě pacientka umocňuje častým čištěním zubů. Smrtelně nebezpečné mohou být léky, které uměle vyvolávají zvracení. Některé bulimické pacientky zvrací z nadměrného množství snědeného jídla, jiné proto, že snědly jídlo moc kalorické a některé pouze ze zvyku. Každopádně jejich chování může vést až k úplnému fyzickému vyčerpání. Představa, že zvracením jídla se tělo zbaví přebytečné energie, je mylná. Například sacharidy se začínají štěpit již v ústech, tělo je zpracovává velice rychle. Zvracení oslabuje strach

z tloušťky, vede k novému přejídání. Proto neplatí, že pokud dívka zvrací, musí být nutně hubená.

#### **1.11.2.2 Projímadla a diuretika**

Podobně jako zvracení jsou projímadla i diuretika neúčinným a nebezpečným způsobem jak zhubnout. Málo dívek si uvědomuje, že užití projímadel nemá vliv na tělesnou hmotnost, ale na odvodnění a vyprázdnění střev. Veškeré živiny a energie z potravy byla už vstřebána. Navíc se častým používáním těchto látek narušuje přirozená rovnováha tělesných tekutin a solí a vzniká zde závislost. Zvyšuje se potřeba dávek, aby se dosáhlo chtěného účinku. To pak způsobuje vážné komplikace v oblastech tlustého střeva. Kromě zácpy vyvolávají nevolnost, zvracení, zadržování tekutin způsobuje otoky a samozřejmě zvyšuje i váhu. Nadužívání poškozuje střevní stěnu a snižuje tak schopnost vstřebávání živin do těla. Prudké vysazení však může způsobit problémy, které vyžadují odbornou péči.(11)

### ***1.12 Léčba poruch příjmů potravy***

#### **1.12.1 Terapie u mentální anorexie**

Léčba mentální anorexie musí být komplexní. Měla by zahrnovat všechny faktory, biologické i psychologické. Je důležité zvážit hospitalizaci, pokud není třeba, je dobré zahájit léčbu ambulantní. Důvody hospitalizace jsou: výrazný pokles hmotnosti, sklony k suicidálnímu jednání nebo depresivní syndrom. Hodnotí se stav výživy a hydratace, při závažných metabolických změnách se nasazuje infúzní léčba. V prvních dnech hospitalizace je energetická hodnota potravy, která je podávána pacientce asi o polovinu vyšší, než je zvyklá. Podává se jí lehce stravitelné jídlo v menších dávkách a častějších intervalech. Postupně se všechno zvyšuje a během tří týdnů se ustálí na pravidelných 3000 – 3500 kcal. Je doporučena mírná svalová činnost, aby docházelo k obnově svalové hmoty. Strava by měla být bohatá na bílkoviny a vitamíny. Psychoterapeutický přístup je velmi individuální, záleží na několika faktorech. Je to

především věk, fáze nemoci, motivace, osobnost klienta. Existuje několik metod, jak psychoterapeuticky léčit mentální anorexii. Především kognitivně-behaviorální terapie se shledává s úspěchy, jejím cílem je překonat chybně naučené vzorce chování ve vztahu k jídlu a přehodnotit neadekvátní pohled na své tělo. Snaží se změnit způsob myšlení, který souvisí s rozvojem a udržování poruchy. Dále je to psychoanalytická a dynamická psychoterapie, ta se snaží pomoci klientovi porozumět příčinám vzniku poruchy, včetně nevědomých souvislostí. Rodinná terapie je součástí léčby zejména u pacientek mladších. Komplikace v rodinném modelu se mohou uplatňovat při vzniku i při udržování symptomatiky. Je nutné si uvědomit, že onemocnění mentální anorexií může sekundárně způsobovat rodinný rozvrat. Stupňují se konflikty mezi nemocným a rodiči. Pokud je pacient hospitalizován, využívá se skupinová psychoterapie. Tyto přístupy je možno doplnit muzikoterapií či arteterapií. Důležitou součástí je i farmakoterapie. Velkou roli zde hrají psychofarmaka. Vzhledem k depresivnímu syndromu, který onemocnění provází, se nejčastěji užívají antidepresiva, reverzibilní inhibitory a neuroleptika. Dále se používají vitamíny, doplňují se potřebné minerály a někdy se používají i léky, které jako vedlejší účinky mají zvýšenou chuť k jídlu. (9)

### **1.12.2 Terapie u mentální bulimie**

U bulimie, stejně jako u anorexie, je možné léčit pacientku ambulantně či ji hospitalizovat. Rozhodnutí záleží na vyhublosti dívky a metabolismu rozvratu. Důležitým faktorem je depresivní syndrom a suicidální tendence. Léčba je opět komplexní. Kognitivně – behaviorální psychoterapie bývá zaměřena na zvládnutí záchvatového přejídání a následného zvracení. Snaží se změnit postoj k vlastní postavě a chybného chápání tělesné hmotnosti. Je možné využít i individuální a skupinovou terapii, součástí léčebných postupů často bývá i rodinná terapie. S úspěchem se využívají svépomocné manuály pro léčbu. Medikamentózní terapie je zaměřena na depresivní syndrom.(3)

### **1.12.3 Doplnující metody k překonání poruch příjmu potravy**

#### **1.12.3.1 Svépomoc – svépomocná skupina, svépomocné manuály**

Nejedná se o profesionální pomoc, lidé se stejnými problémy či potřebami si při skupinových setkáních navzájem poskytují podporu, motivují se k dalším krokům v léčbě, mohou sdílet společná témata, vyměňovat si vlastní zkušenosti. Svépomocné manuály ukazují ověřené způsoby ve vedení jídelníčku, cvičení na posílení sebevědomí, mohou být průvodcem v léčbě bez odborné pomoci. Vlastní nápady jako například pořizování si svých fotografií v průběhu léčby se velice cení.

#### **1.12.3.2 Relaxační metody (autogenní trénink, progresivní relaxace, relaxačně-imaginativní metody)**

Metody sloužící k uvolnění, zklidnění, uvědomění si těla a jeho lepšímu vnímání. Relaxace a imaginace může být řízená terapeutem, případně si klient osvojí techniky a může relaxovat samostatně. Pro každého může být vhodný jiný typ relaxace, podstatné je, aby se člověk cítil bezpečně a nepřestupoval vlastní hranice.

#### **1.12.3.3 Jóga a anorexie, bulimie**

Pravidelné cvičení jógy může zmírnit napětí a deprese a pomůže uspokojit citové potřeby jinak než jídlem. Jóga účinkuje tímto způsobem:

- zvyšuje sebeovládání, takže člověk umí lépe potlačit svou okamžitou touhu po jídle;
- pomůže k pocitu celkového uvolnění;
- poskytne alternativu k abnormální konzumaci jídla a naučí nemocného řídit svůj život.

#### **1.12.3.4 Trénink asertivity**

Komplexní proces, během kterého si člověk uvědomuje sebe sama, své pocity, potřeby a cíle, a ty pak s respektem vůči stejným právům ostatních užívá v komunikaci s lidmi a v prosazování svých práv a požadavků



#### **1.12.3.5 Focusing**

Technika spočívající v rozpoznání a změně osobních problémů zakotvených v lidském těle. Přes tělo a prožitky se člověk může dostat k subjektivním významům jeho jen z části uvědomovaného duševního života. Terapeut je při tom po celou dobu pouze zprostředkovatelem techniky. Tato technika umožňuje uvědomění si, „co se právě teď se mnou děje, jak si právě teď stojím ve vztahu k druhým lidem, co tato situace dělá s mým tělem“. Užití focusingu může pomoci otevřít další cesty k řešení problémů, napomoci otevření další terapeutické práce.

#### **1.12.3.6 Aromaterapie**

Aromaterapie je řízené používání esenciálních olejů k udržování, podpoře a zlepšení fyzické, psychologické a duchovní pohody. Aromaterapeutická masáž přináší zklidnění, relaxaci a očištění těla, v případě poruch příjmu potravy je jednou z možností jak se učit vnímat tělo, dotýkat se ho, jak tělo přijímat.(8)

### ***1.13 Prevence poruch příjmů potravy u dětí a mládeže***

Vhodným výchovným přístupem v kritickém období puberty je možné poruchám příjmu potravy u dětí předcházet. Základ prevence se klade na rodinu a školu. Zde by měly děti dostávat v rámci výchovy ke zdravému životnímu stylu zdravý náhled na toto téma. Měl by se jim poskytnut dostatek správných informací o výskytu, příčinách a důsledcích poruch příjmu potravy. Děti by měly být vedeny ke zdravým stravovacím návykům. Mělo by jim být dopřáno zdravé sociální klima a to nejen ve škole ale i doma. Apelovat na vytvoření podmínek pro osobnostní rozvoj, posilování sebedůvěry a snižovat riziko sebedestruktivního chování.

Důležité je předcházení strachu z tloušťky, jakákoli osvěta je však obtížná, protože v poslední době se setkáváme s dětskou obezitou, které se také snažíme předejít. Výchova ke zdraví se tedy musí zaměřit na oba extrémní případy, jak obezitu, tak poruchy příjmu potravy. Příčina vzniku poruch příjmů potravy je rychle se měnící

kultura, která nekriticky oslavuje štíhlost. Media, módní průmysl a filmy rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá, a že nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti je štíhlost. Především mladé dívky se často díky tomuto přesvědčují, že nejen krása, ale i jejich štěstí a osobní hodnota závisí na tom, jak moc jsou štíhlé. Zdravotní výhody štíhlosti jsou přemrštěné, zatímco riziku razantního snižování váhy není věnována pozornost. Tato situace má také sociální dopady. Už malé děti popisují obézní společnost jako hloupou a línou. Vedou k tomu především pohádky, kde nešiku a hlupáka hrají především tlustí herci. Děti jsou takto nepřímou směrovány ke zesměšňování obezity druhých. Přínosem pro dětskou prevenci může být tedy fakt, že dětem bude objasněna různorodost a pestrost lidí. Důraz by se měl klást na to, že to, co nás dělá člověkem, není tělo, nýbrž naše vůle a mysl.(11)

## **2. CÍL PRÁCE A PŘEDPOKLÁDANÉ HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je potvrdit hypotézy, že kvalita života u pacientů postižených mentální anorexií a mentální bulimií a jejich rodinných příslušníků je nižší, nežli ve všeobecné populaci..

### **2.2 Předpokládané hypotézy**

**Hypotéza č. 1:** Kvalita života u chronicky nemocných s poruchou příjmu potravy, mentální anorexie a mentální bulimie, je nižší nežli ve všeobecné populaci.

**Hypotéza č. 2:** Kvalita života rodinných příslušníků chronicky nemocných pacientek mentální anorexií a mentální bulimií, je nižší nežli ve všeobecné populaci.

### **3. METODIKA**

#### ***3.1 Použitá metoda normalizovaný dotazník SF-36***

Ke sběru dat do této bakalářské práce byl použit dotazník k měření HRQOL. Byl rozdáván v Ambulanci dětské a dorostové psychiatrii u MUDr. Kočvarové a Mgr. Sekyrové v areálu Nemocnice České Budějovice a.s. Dotazník je standardizovaný a zcela anonymní.

Kvalita života se při použití metodiky SF – 36 skládá z osmi částí, domén. Tímto přístupem se osobnost probanda (klienta, či pacienta) jakoby rozloží do jednotlivých složek fyzických, duševních a sociálních.

1. Fyzické funkce / Physical function / - PF
2. Fyzické omezení rolí / Role limitation – physical / - RP
3. Emoční omezení rolí / Role limitation – emotional / - RE
4. Omezení sociálních funkcí / Social functioning / - SF
5. Bolest / Pain / - P
6. Všeobecné duševní zdraví / Mental health / - MH
7. Vitalita / Vitality / - EV
8. Všeobecné vnímání vlastního zdraví / General health preception / - GHP

#### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

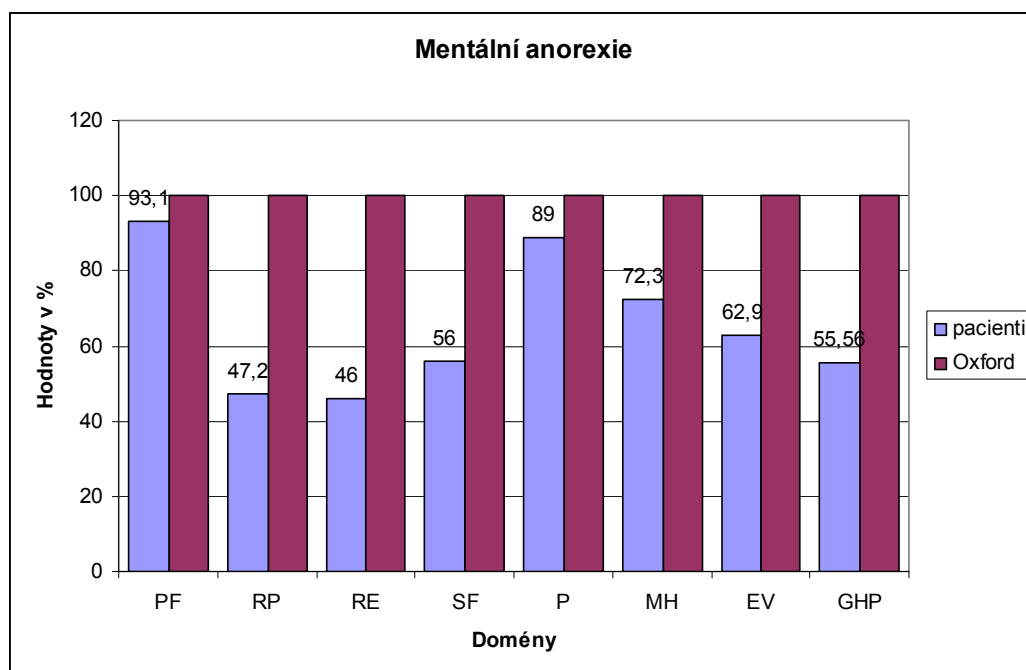
Respondenty se stali pacienti, kteří byli od října přijímáni na dětské a dorostové psychiatrické ambulanci v areálu Nemocnice České Budějovice a.s.. Byli osloveni i rodiče pacientů. U kterých se také zkoumala kvalita života a to stejným dotazníkem SF-36. Celkový počet rozdaných dotazníků bylo 30. Z toho vrácených 17, tj 56,6%. ( Jak uvádějí Petr a spol v roce 1999, při široce založených dotazníkových akcích s použitím dotazníku SF-36 je návratnost v Čechách kolem 42,2%. ) Poměrně nízký počet respondentů se dá chápat i pro citlivost tématu a nízkému věku dívek. Výzkum probíhal od října 2007 do dubna 2008.

Mezi respondenty byl jediný muž, ostatními respondenty byly samotné pacientky trpící chorobou nebo jejich matky.

## 4. VÝSLEDKY

Výsledky grafů jsou uváděny v procentech. Uspořádání grafů je jednotné, vedle sebe je uvedena vždy hodnota vlastního výzkumu a hodnota po Oxfordu /vždy 100%/. Graf porovnává skóre hodnot v osmi doménách dle dotazníku SF-36. Uvádí kvalitu života pacientů trpící poruchou příjmu potravy nebo jejich příbuzných, oproti Oxfordu (zdraví jedinci – evropský standard)

### 4.1 Graf 1: Mentální anorexie



Tabulka 1:

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
pacienti	93,1	47,2	46	56	89	72,3	62,9	55,56
Oxford	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabulka 1.1:

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
%	93,1	47,2	46	56	89	72,3	62,9	55,56
5% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO
u-kritická	1,74							

## **Zdroj: vlastní výzkum**

Výše uvedený graf uvádí kvalitu života pacientů trpící mentální anorexií, oproti Oxfordu 18 (mladá populace – zdraví jedinci – evropský standard)

### **1. Fyzické funkce / Physical function / - PF**

V doméně fyzické funkce je vyjádřeno fyzické omezení dotazovaných pacientů. Bylo udáváno jako různé, od velmi významného až po malé. U mentální anorexie se hodnota pohybuje na 6,9%. Rozdíl oproti Oxfordu je mírný. Rozdíl je 93,1%,

### **2. Fyzické omezení rolí / Role limitation – physical / - RP**

V této doméně jsou mnohem nápadnější rozdíly. Pacienty mentální anorexie postihuje fyzické omezení rolí na 52,8%, což je znatelným rozdílem oproti Oxfordu – 47,2%.

### **3. Emoční omezení rolí / Role limitation – emotional / - RE**

Tato doména vykazuje omezení rolí v běžném životě na základě emocionální újmy. Zde u mentální anorexie vychází, že 54% respondentů je nemocí omezeno. Rozdíl, oproti Oxfordu je 46%.

### **4. Omezení sociálních funkcí / Social functioning / - SF**

V této doméně je nemocí omezeno 44% dotazovaných. Zde je opět velice jasný rozdíl oproti zdravé populaci, 56%.

### **5. Bolest / Pain / - P**

Bolest u mentální anorexie je vnímána hůř – 11%, nežli je tomu u zdravé populace. Procentuelní rozdíl je 89%.

### **6. Všeobecné duševní zdraví / Mental health / – MH**

Duševní zdraví zhodnotili respondenti na 27%, rozdíl oproti standardu činí 72%.

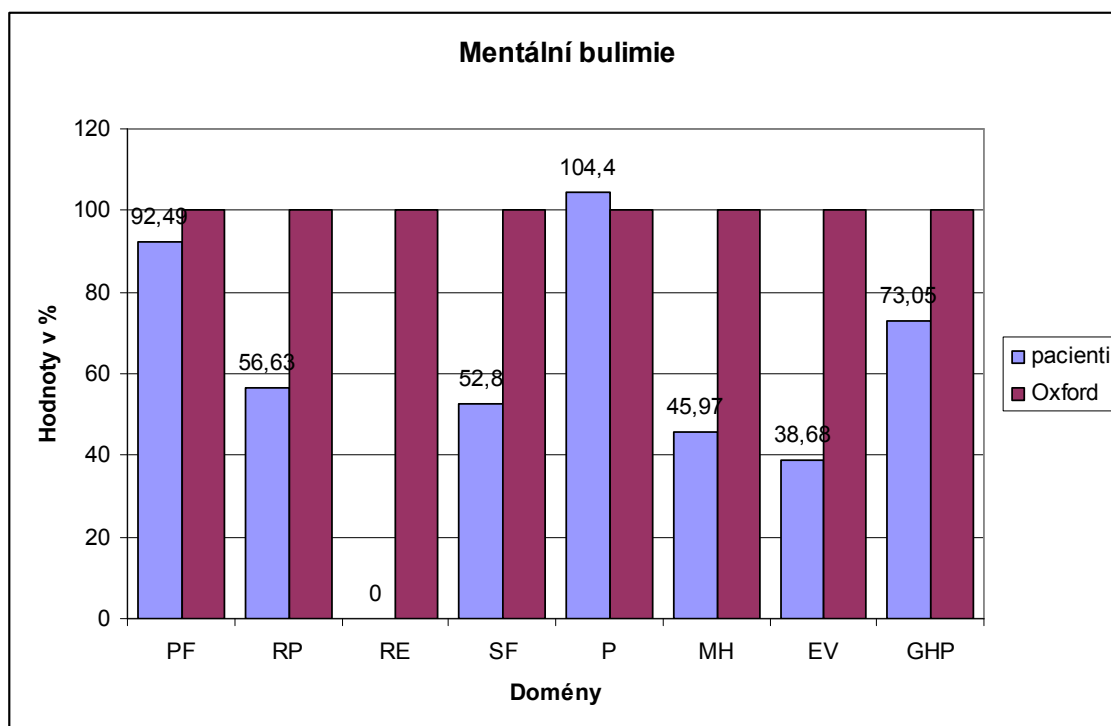
### **7. Vitalita / Vitality / – EV**

Vitalita vykazuje u jedinců s mentální anorexií 37,1%. Rozdíl s evropským standardem činí 62,9%.

### **8. Všeobecné vnímání vlastního zdraví / General health preception / – GHP**

Všeobecné vnímání vlastního zdraví bylo nápadněji horší, nežli u zdravé populace. U mentální anorexie odpověděli respondenti 44,44%, rozdíl oproti Oxfordu činí 55,56%.

## 4.2 Graf 2: Mentální bulimie



Tabulka 2:

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
pacienti	92,49	56,63	NA	52,8	104,4	45,97	38,68	73,05
Oxford	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabulka 2.1:

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
%	92,49	56,63	NA	52,8	104,4	45,97	38,68	73,05
5% význam	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO
u-kritická	2,01							

Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf uvádí kvalitu života pacientů trpící mentální bulimií, oproti Oxfordu 18 (mladá populace – zdraví jedinci – evropský standard)



### **1. Fyzické funkce / Physical function / - PF**

V doméně fyzické funkce byly odpovědi u respondentů s mentální bulimií hodnoceny 7,51% Rozdíl oproti Oxfordu je mírný 92,49%.

### **2. Fyzické omezení rolí / Role limitation – physical / - RP**

V této doméně jsou rozdíly nápadnější. Pacienti s mentální bulimií postihuje fyzické omezení rolí na 43,37%, rozdíl oproti Oxfordu – 56,63%.

### **3. Emoční omezení rolí / Role limitation – emotional / - RE**

Tato doména vykazuje omezení rolí v běžném životě na základě emocionální újmy. Zde u mentální bulimie vychází, že všichni respondenti s touto nemocí touto újmou trpí. Rozdíl, oproti Oxfordu je 100%.

### **4. Omezení sociálních funkcí / Social functioning / - SF**

V této doméně je nemocí omezeno 47,2% dotazovaných. Zde je opět velice jasný rozdíl oproti zdravé populaci, 52,8%.

### **5. Bolest / Pain / - P**

Bolest u mentální bulimie je vnímána naopak lépe, nežli ji vnímá zdravá populace. Procentuelní rozdíl je 4,4%.

### **6. Všeobecné duševní zdraví / Mental health / – MH**

Duševní zdraví zhodnotili respondenti s mentální bulimií na 54,03%, rozdíl oproti standardu činí 45,97%.

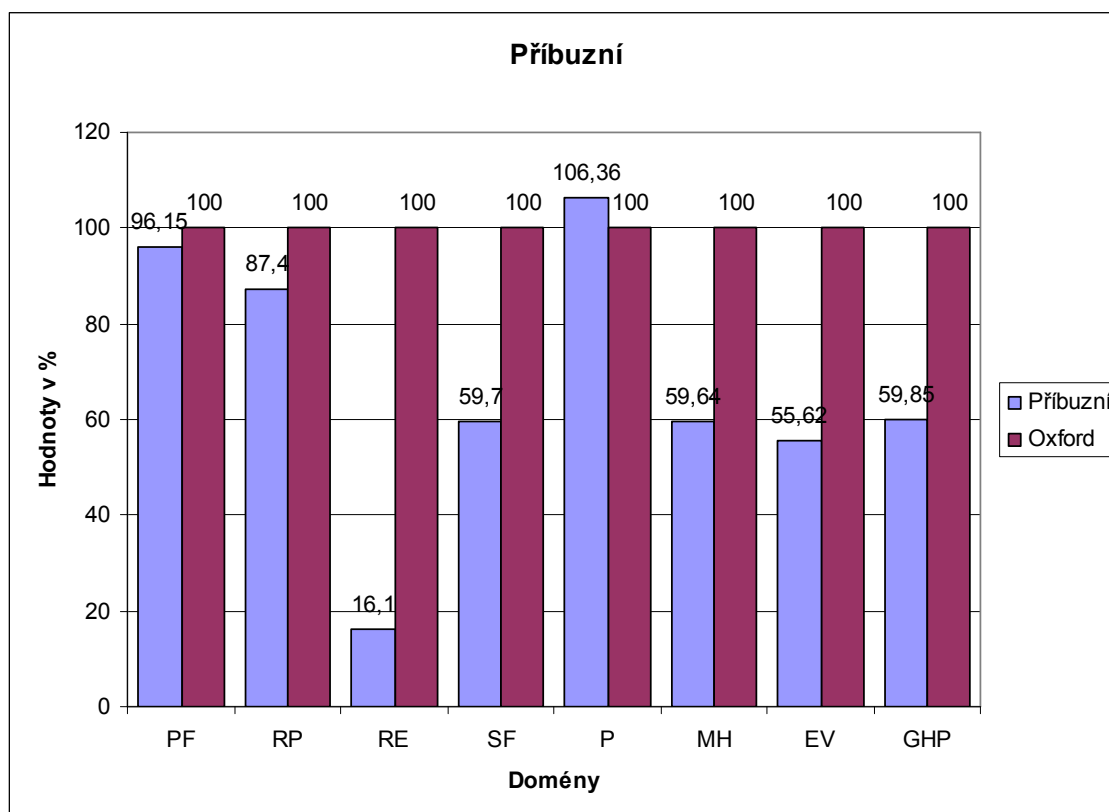
### **7. Vitalita / Vitality / – EV**

Vitalitu vykazuje u jedinců s mentální bulimií 61,32%. Rozdíl v porovnání s evropským standardem 38,68%.

### **8. Všeobecné vnímání vlastního zdraví / General health preception / – GHP**

Všeobecné vnímání vlastního zdraví bylo nápadněji horší, nežli u zdravé populace. U mentální bulimie odpověděli respondenti 26,95%, rozdíl oproti Oxfordu činí 73%.

### 4.3 Graf 3: Příbuzní



Tabulka 3:

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
příbuzní	96,15	87,4	16,1	59,7	106,36	59,64	55,62	59,85
Oxford	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabulka 3.1:

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
%	96,15	87,4	16,1	59,7	106,36	59,64	55,62	59,85
5% význam	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO
u-kritická	1,83							

Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf uvádí kvalitu života rodičů pacientů trpící poruchou příjmu potravy, oproti Oxfordu (zdraví jedinci – evropský standard)

### **1. Fyzické funkce / Physical function / - PF**

V doméně fyzické funkce byly odpovědi rodičů pacientů s poruchou příjmu potravy hodnoceny 3,85% Rozdíl oproti Oxfordu je mírný 96,15%.

### **2. Fyzické omezení rolí / Role limitation – physical / - RP**

V této doméně jsou rozdíly také malé. Rodiče pacientů postihuje fyzické omezení rolí pouze ve 12,6%, rozdíl oproti Oxfordu – 87,4%.

### **3. Emoční omezení rolí / Role limitation – emotional / - RE**

Tato doména vykazuje omezení rolí v běžném životě na základě emocionální újmy. Zde rodičů dětí, které trpí poruchou příjmu potravy vychází, že 83,9% matek touto újmou trpí. Rozdíl, oproti Oxfordu je 16,1%.

### **4. Omezení sociálních funkcí / Social functioning / - SF**

V této doméně je nemocí omezeno 40,3% dotazovaných. Zde je opět velice jasný rozdíl oproti zdravé populaci, 59,7%.

### **5. Bolest / Pain / - P**

Bolest těchto rodičů je vnímána také lépe, nežli ji vnímá zdravá populace. Procentuelní rozdíl je 6,36%.

### **6. Všeobecné duševní zdraví / Mental health / – MH**

Duševní zdraví zhodnotili respondenti s mentální bulimií na 40,36%, rozdíl oproti standardu činí 59,64%.

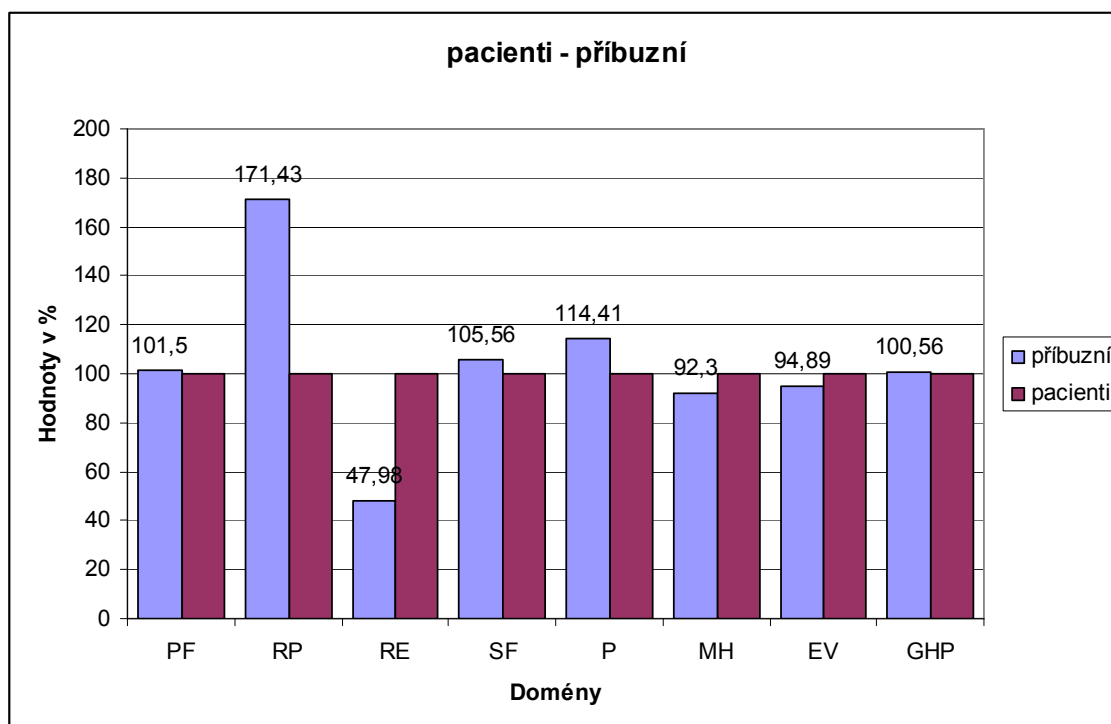
### **7. Vitalita / Vitality / – EV**

Vitalitu vykazuje u jedinců s mentální bulimií 44,38%. Rozdíl v porovnání s evropským standardem 55,62%.

### **8. Všeobecné vnímání vlastního zdraví / General health preception / – GHP**

Všeobecné vnímání vlastního zdraví bylo nápadněji horší, nežli u zdravé populace. U mentální bulimie odpověděli respondenti 40,15%, rozdíl oproti Oxfordu činí 59,85%.

#### 4.4 Graf 4: Pacienti – příbuzní



Tabulka 4:

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
<b>příbuzní</b>	101,5	171,43	47,98	105,56	114,41	92,3	94,89	100,56
<b>pacienti</b>	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabulka 4.1:

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
<b>%</b>	101,5	171,43	47,98	105,56	114,41	92,3	94,89	100,56
<b>5% význam</b>	NE	ANO	NE	NE	NE	NE	NE	NE
<b>u-kritická</b>	1,83							

Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf uvádí kvalitu života dětí trpící poruchou příjmu potravy a jejich rodičů.

### **1. Fyzické funkce / Physical function / - PF**

V doméně fyzické funkce byly odpovědi rodičů i pacientů s poruchou příjmu potravy hodnoceny téměř stejně. Rozdíl je 1,5%.

### **2. Fyzické omezení rolí / Role limitation – physical / - RP**

V této doméně je rozdíl veliký, činí 71,43%. Rodiče pacientů postihuje fyzické omezení rolí méně.

### **3. Emoční omezení rolí / Role limitation – emotional / - RE**

Doména omezení rolí v běžném životě na základě emocionální újmy zde vykazuje také značný rozdíl, 52,02%. Rodiče jsou více emočně omezeni než jejich děti.

### **4. Omezení sociálních funkcí / Social functioning / - SF**

V této doméně jsou nemocí omezeni jak děti tak i jejich rodiče, rozdíl mezi nimi je pouze 5,56%.

### **5. Bolest / Pain / - P**

Bolest vnímají rodiče i jejich děti trpící nemocí podobně. Rozdíl je 14,41%.

### **6. Všeobecné duševní zdraví / Mental health / – MH**

Duševní zdraví zhodnotili respondenti také dost podobně, neshodují se v 7,7%.

### **7. Vitalita / Vitality / – EV**

Vitalitu cítí také dosti shodně, jak děti tak rodiče. Rozdíl je v 5,11%.

### **8. Všeobecné vnímání vlastního zdraví / General health preception / – GHP**

Všeobecné vnímání vlastního zdraví bylo také dosti stejné, s rozdílem v 0,56%.

## 5. DISKUZE

V praktické části práce je zpracováváno téma kvality života u chronicky nemocné populace postižené poruchou příjmu potravy. Byl zde použit dotazník SF-36, který obsahuje 8 domén podle zaměření otázek.

### **Doména fyzické funkce / Physical function / - PF**

V této doméně byly odpovědi u respondentů vyhodnoceny oproti Oxfordu jen s mírným rozdílem.

### **Doména fyzické omezení rolí / Role limitation – physical / - RP**

V této doméně jsou rozdíly oproti Oxfordu znatelné. Omezení pocítují jak děti, tak jejich rodiče.

### **Doména emoční omezení rolí / Role limitation – emotional / - RE**

Tato doména vykazuje omezení rolí v běžném životě na základě emocionální újmy. U mentální bulimie vychází, že všichni respondenti s touto nemocí touto újmou trpí. Podobně je to tak u rodičů nemocných a pacientů s mentální anorexií.

### **Doména omezení sociálních funkcí / Social functioning / - SF**

V této doméně opět velice jasný rozdíl oproti zdravé populaci. Omezení v sociálních funkcích znatelně cítí všichni respondenti.

### **Doména bolest / Pain / - P**

Bolest u mentální bulimie je vnímána naopak lépe, nežli ji vnímá zdravá populace. Stejně tak je to i u maminek nemocných dívek. Pacienti s mentální anorexií cítí bolest více než je evropský standart.

### **Doména všeobecné duševní zdraví / Mental health / – MH**

Duševní zdraví zhodnotili respondenti s poruchou příjmu potravy na horší, než je Oxford. Stejně je tomu tak u rodičů těchto pacientů.

### **Doména vitalita / Vitality / – EV**

Špatnou vitalitu pocítují všichni respondenti.

### **Doména všeobecné vnímání vlastního zdraví / General health preception / – GHP**

Všeobecné vnímání vlastního zdraví bylo nápadně horší, než u zdravé populace. A to u všech skupin respondentů.

### **Anorexie**

Z výzkumu vyplývá, že pacienti trpící touto nemocí jsou ve všech doménách výrazně pod evropským standardem, který určuje kvalitu života.

### **Bulimie**

Výzkumu ukázal, že pacienti trpící touto nemocí jsou ve všech doménách výrazně pod evropským standardem, který určuje kvalitu života. Zvláště pak v oblasti emoční, kdy výzkum zobrazil úplný emoční krach. Výzkum také potvrdil, že bulimie s sebou přináší i bolest, v rámci hubnoucích prostředků (strkání si předmětů do krku pro vyvolání zvracení apod.), na kterou jsou nositelky nemoci odolnější než je tomu u zdravé populace.

### **Příbuzní**

Vzhledem k výzkumu můžeme říci, že příbuzní pacientů s poruchou příjmu potravy jsou stejně zatěžováni jako samotní pacienti. Matky pacientů mají také snížený práh bolestivosti a takéž pociťují velikou emocionální újmu jako jejich děti.

## 6. ZÁVĚR

Cílem této práce bylo potvrdit teorii, že pacienti trpící poruchou příjmu potravy žijí méně kvalitně než zdraví jedinci.

První hypotéza byla, že kvalita života u chronicky nemocných s poruchou příjmu potravy, mentální anorexie a mentální bulimie je nižší. Druhá hypotéza zněla, že kvalita života rodinných příslušníků chronicky nemocných pacientek mentální anorexií a mentální bulimií je nižší.

Dotazník SF-36 obsahoval 11 otázek, které byly zaměřeny na obvyklé denní činnosti. Byl adaptován na pacienty s nemocí F50.0/F50.2 což je podle MNK-10 mentální anorexie a mentální bulimie.

Dotazník je rozdělen na 8 domén podle oblastí, na které se otázky zaměřují. První doménou dotazníku SF-36 jsou fyzické funkce. Doména vypovídá o schopnostech vykonávat středně namáhavé činnosti /otázka číslo 3/. Lze zde zjistit, jak je zhoršena schopnost zvládnout role související s běžným životem. Kupříkladu nést běžný nákup, vyjít po schodech několik pater, zvládnání rolí např. absolvovat chůzi 1km, pohnout nábytkem, pracovat s vysavačem prachu, koupat se doma a oblékat.

Druhá doména dotazníku je zaměřena na otázky týkající se emočního omezení rolí. To vyjadřuje emoční stav, zejména ve smyslu depresivity a úzkosti omezující vykonávání práce nebo jiných činností /otázky číslo 5 a 6/.

Část zaměřená na sociální funkce zobrazuje sociální aktivity, jejich omezení ve vztahu k rodině, přátelům, sousedům /otázka číslo 10/.

Část dotazníku zaměřená na bolest odráží, do jaké míry negativní zážitek bolesti omezuje provádění denních aktivit v zaměstnání, na veřejnosti a v domácích podmínkách /otázky číslo 7 a 8/.

Část zjišťující duševní zdraví zaznamenává, do jaké míry se respondent cítí pln elánu, šťastný, klidný a vyrovnaný nebo naopak velmi nervózní, opotřebovaný a unavený /otázka číslo 9/. Tato otázka se zabývá i stavem vitality a vypovídá obdobně o pocitu životního elánu či naopak opotřebovanosti a vyčerpání.

Doména, která se zabývá všeobecným vnímáním vlastního zdraví, hodnotí zdraví ve stupnici výborné až postupně velmi špatné, použito je také srovnání s osobami



v okolí a hodnocení, zda je jedinec náchylnější k onemocnění než ostatní /otázka číslo 11/.

Vzhledem k choulostivosti tohoto tématu ve své práci uvádím jednu dívku, která se nebojí odkrýt svoji identitu. Lucie Trnková se nyní léčí z mentální anorexie a chce být příkladem pro všechny dívky, které nemocí trpí. Pro ni i pro mě je velikým přáním, aby dívky nepropadly této nemoci a to z žádného důvodu. Jsem si jistá, že díky takovýmto dívkám, které se nebojí o této zákeřné nemoci mluvit, jako právě Lucka, je možno poruše příjmu potravy předejít.

Obě hypotézy byly potvrzeny výzkumem. Pacienti s poruchou příjmu potravy i jejich rodiče žijí méně kvalitní život nežli zdravá populace. Domnívám se tedy, že cíl práce byl naplněn.

## 7. Použitá literatura

1. BOLDIŠ, Petr. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 609-2: Část 2 - Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů. Verze 3.0 (2004). © 1999 - 2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004. 21 s. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>.
2. BOLDIŠ, Petr. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 609-2: Část 1 - Citace: metodika a obecná pravidla. Verze 3.3. © 1999 - 2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004. 16 s. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>.
3. HORT, Vladimír, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie. 1. vyd.* Praha : Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
4. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi* [on-line]. 2004, č.1 [cit. 2008-03-01],s. 14-16. Dostupný z WWW: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>.
5. KRCH, František, D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním. 3., doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing a.s. 2003, 172 s. ISBN 80-247-0527-3
6. KRCH, František, D. *Mentální anorexie. Vydání 1.* Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9
7. KRCH, František, David, et al. *Poruchy příjmu potravy: 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
8. KULHÁNEK, J.. [www.pppinfo.cz: ideální.cz](http://www.pppinfo.cz) [online]. 2002 [cit. 2008-04-25]. Dostupný z WWW: <http://www.pppinfo.cz>.
9. LEIBOLD, Bernard. *Mentální anorexie. Z německého originálu Magersucht. Ursachen, Verlauf und neue Behandlungsmethoden, přeložila Mudr. Lidia Běhounková.* Vydání 1. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0

10. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.
11. Mentální anorexie a bulimie ohrožuje život mladých dívek. *Doktorka.cz* [online]. 2001 [cit. 2008-04-22]. Dostupný z WWW: <http://hubnuti.doktorka.cz/mentalni-anorexie-bulimie-ohrozuje/>. ISSN 1213-190.
12. MUDr. Němečková Pavla, Ph.D. *Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory*. *Psychiatrie pro praxi* [on-line]. 2002/3 [cit. 2008-03-01],s. 124-128. Dostupný z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/03/08.pdf>
13. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa. 1. vyd.* Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 85121-32-8.
14. PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa. 1. vyd.* Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
15. Petr, P. Dotazník SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím. *Kontakt* 2000; 2: 26-29
16. ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Dětská klinická psychologie. 1. vyd.* [s.l.] : Grada Publishing, s.r.o., 1995. 400 s. ISBN 80-7169-168-2.
17. SLADKÁ, ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky. Vydání 1.* Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-795-7
18. SVOBODA, Mojmír, ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. 1. vyd.* Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
19. ŠEVČÍKOVÁ SLADKÁ, Jana. *Zpravodaj Annabell : Přijmi své tělo*. Gejdoš Pavel Mgr. Brno: Občanské sdružení Annabell Brno, 2006. 22 s. Dostupný z WWW: <[http://www.anabell.cz/zpravodaj/cislo\\_10.pdf](http://www.anabell.cz/zpravodaj/cislo_10.pdf)>.
20. TICHÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy - monitoring informovanosti dospívajících dívek v dané problematice*. České Budějovice, 2007. 76 s. , dotazník, fotky. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Leona Meindlová.

21. Tuček, Jan, Chodura Vladimír. *Psychiatrie. 3. vyd.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2005. 90 s. ISBN 80-86065-10-3.
22. Vurm, P. *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci.* Kontakt 2003; 5: 17-22
23. vyhodnocovač dotazníku SF-36: [www.nephrology.rei.edu/qol.htm](http://www.nephrology.rei.edu/qol.htm)

## **8. Klíčová slova**

Poruchy příjmu potravy

Mentální Anorexie

Mentální Bulime

Kvalita života

# 1. Přílohy

## 1.1 Příloha 1: Dotazník SF – 36

Copyright © 1996 New England Medical Center Hospitals, Inc.

All rights reserved.

### Dotazník SF-36 o zdravotním stavu

**Návod:** V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově: (zakroužkujte jedno číslo)

Výborné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
Dosti dobré	4
Špatné	5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem	1
Poněkud lepší než před rokem	2
Přibližně stejné jako před rokem	3
Poněkud horší než před rokem	4
Mnohem horší než před rokem	5

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. <b>Usilovné činnosti</b> jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. <b>Středně namáhavé činnosti</b> jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nesení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech <b>několik</b> pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech <b>jedno</b> patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze <b>asi jeden kilometr</b>	1	2	3
h. Chůze po ulici <b>několik set metrů</b>	1	2	3
i. Chůze po ulici <b>sto metrů</b>	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osoby	1	2	3

4. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. <b>Zkrátil se čas</b> , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. <b>Udělal(a) jste méně</b> než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v <b>druhu</b> práce nebo jiných činností?	1	2
d. Měl(a) jste <b>potíže</b> při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. <b>Zkrátil se čas</b> , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. <b>Udělal(a) jste méně</b> než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně <b>pozorný(á)</b> než obvykle?	1	2

6. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech. (zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5



7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v předchozích týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a). Jak často v předchozích 4 týdnech ?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	<b>Pořád</b>	<b>Většinou</b>	<b>Dost často</b>	<b>Občas</b>	<b>Málokdy</b>	<b>Nikdy</b>
a. jste se cítil(a)						
pln(a) elánu	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi						
nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou						
depresi, že Vás nic	1	2	3	4	5	6
nemohlo rozveselit?						

d. jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pociťoval(a) pesimismus a smutek	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpan(a)	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)	1	2	3	4	5	6

10. Uved'te, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)? (zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

11. Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

	<b>Jistě ano</b>	<b>Spíše ano</b>	<b>Nejsem si jist</b>	<b>Spíše ne</b>	<b>Určitě ne</b>
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

## 1.2 Příloha 2:

Lucie před nemocí. /leden 2007/



**1.3 příloha 3:**

**Lucie prodělala mentální anorexii /Listopad 2007/**



**1.4 příloha 4:**



1.5 příloha 5:



**1.6 příloha 6:**

