

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

KVALITA ŽIVOTA PODMÍNĚNÁ ZDRAVÍM (HRQOL)

U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Petr Petr, PhD.

Autor: Bc. Lucie Račanská

2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Kvalita života podmíněná zdravím (HRQoL) u poruch příjmu potravy“ vypracovala samostatně s použitím literatury a zdrojů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové 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 docentovi Petru Petrovi a magistře Haně Kalové za cenné rady, připomínky a pomoc při vypracovávání této diplomové práce, a za čas strávený konzultacemi.

Děkuji také psychiatrickému oddělení Kroměřížské psychiatrické léčebny MUDr. Konečného, psychiatrické ambulanci v nemocnici České Budějovice a MUDr. Darje Valentové z psychoterapeutického oddělení Bohunické nemocnice za vstřícný přístup při provádění výzkumu.

ABSTRAKT

Diplomová práce „Kvalita života podmíněná zdravím (HRQoL) u poruch příjmu potravy“ je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je rozebírána problematika poruch příjmu potravy. Je zaměřena zejména na její dvě základní formy, mentální anorexii a mentální bulimii, což jsou nemoci způsobené nedostatečnou výživou. Dále se zabývá historií, příznaky, příčinami, léčbou, průběhem, prognózou a komplikacemi, které z těchto poruch vyplývají, včetně hlavních diagnostických kritérií a údajů o prevalenci.

Obě tyto onemocnění postihují ženy více než muže. Mentální anorexie se nejvíce projevuje mezi 14. a 15. rokem života, mentální bulimie ve věku 13 – 20 let.

Praktická část je zaměřena na vyhodnocení dotazníků SF-36, kde ověřuji hypotézy, jak poruchy příjmu potravy ovlivňují kvalitu života jejich nositelů a jak jsou změny kvality života závislé na stupni vzdělání. Zjištěné výsledky ukazují na rozdíl mezi nemocnými a zdravými jedinci a také na to, že úroveň vzdělání hraje svou roli.

ABSTRACT

The dissertation „Health Related Quality of Life (HRQoL) in Eating Disorders“ is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part is analyzes the problems with eating disorders. It is especially focused on its two basics forms, anorexia nervosa and bulimia which are illnesses occasioned by hypothrepsia. The next part drala with history, symptoms, cause, medication, process, prognosis and complications resulting from these disorders, including the main diagnostic criteria and prevalence data.

Women are affected by both diseases more frequently than man. Mental anorexia occurs mostly between the 14th and 15th year of the life, mental bulimia at the age of 13 to 20 years.

The second part is practically aimed at evaluation of SF-36 forms, where I verify hypotheses how eating disorders influence quality of life of their carriers and how the changes in quality of life are dependant on the grade of education. The analysed results indicate the difference between the sick and the healthy individuals and also the fact the level of education is important too.

OBSAH

ÚVOD.....	- 9 -
1. SOUČASNÝ STAV.....	- 11 -
1.1 Poruchy příjmu potravy (PPP)	- 11 -
1.2 Mentální anorexie – nejznámější porucha vztahu k jídlu (F50.0).....	- 12 -
1.2.1 Diagnostická kritéria	- 12 -
1.2.2 Specifické typy:.....	- 13 -
1.3 Historie mentální anorexie	- 13 -
1.4 Příznaky mentální anorexie.....	- 16 -
1.5 Prevalence mentální anorexie	- 18 -
1.6 Etiologie mentální anorexie	- 19 -
1.6.1 Sociokulturní vlivy.....	- 19 -
1.6.2 Individuálně – psychologické vlivy	- 19 -
1.6.3 Rodinné vlivy.....	- 19 -
1.6.4 Biologické vlivy.....	- 20 -
1.7 Terapie mentální anorexie.....	- 20 -
1.8 Prognóza mentální anorexie.....	- 21 -
1.9 Atypická mentální anorexie (F50.1)	- 22 -
1.10 Mentální bulimie – bulimia nervosa (F50.2).....	- 22 -
1.10.1 Diagnostická kritéria	- 23 -
1.10.2 Specifické typy.....	- 23 -
1.11 Historie mentální bulimie.....	- 24 -
1.12 Příznaky a následky mentální bulimie	- 24 -

1.13 Prevalence mentální bulimie	- 27 -
1.14 Etiologie mentální bulimie	- 27 -
1.15 Terapie mentální bulimie	- 28 -
1.16 Prognóza mentální bulimie	- 28 -
1.17 Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie.....	- 29 -
1.18 Vymezení pojmu kvalita	- 30 -
1.19 Vymezení pojmu kvalita života	- 30 -
1.20 Vymezení pojmu HRQoL	- 32 -
1.21 Hodnocení kvality života	- 32 -
1.22 Typy dotazníků	- 32 -
1.22.1 Global assessment	- 33 -
1.22.2 Generické dotazníky (generic)	- 33 -
1.22.2.1 Dotazník SF-36 (viz. příloha č.1).....	- 33 -
1.22.3 Specifické dotazníky (specific)	- 34 -
2. CÍLE A PRÁCE HYPOTÉZY.....	- 35 -
2.1 Cíl práce	- 35 -
2.2 Předpokládané hypotézy	- 35 -
Hypotéza č.1.:	- 35 -
Hypotéza č.2.:	- 35 -
3. METODIKA.....	- 36 -
3.1 Technika sběru dat	- 36 -
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	- 36 -

4. VÝSLEDKY	37 -
4.1 Základní údaje dotázaných.....	38 -
4.2 Výsledky skóre HRQoL zjištěné u probandů s poruchou příjmu potravy	40 -
5. DISKUZE	62 -
5.1 Kvalita života dotázaných jedinců s poruchou příjmu potravy	65 -
5.2 Kvalita života dotázaných jedinců s mentální anorexií.....	66 -
5.3 Kvalita života dotázaných jedinců s mentální bulimií	67 -
5.4 Kvalita života dotázaných jedinců s mentální anorexií a porovnání s mentální bulimií...-	68 -
5.5 Kvalita života dotázaných jedinců vzhledem k nejvyššímu dosaženému vzdělání	69 -
6. ZÁVĚR	75 -
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78 -
8. KLÍČOVÁ SLOVA	83 -
9. PŘÍLOHY	84 -

ÚVOD

V celém životě se varuj posuzovat lidi podle vzhledu.

Jean De La Fontaine

Důvod, proč jsem si vybrala téma poruch příjmu potravy (PPP) je jeho aktuálnost. Toto téma je stále více diskutovaným problémem dnešní moderní doby vzhledem k nárůstu postižených a hospitalizovaných osob. A dalším důvodem, proč mne tato problematika zajímá je z toho důvodu, že znám osobně dívku, která touto poruchou onemocněla a doteď se s ní bohužel nevypořádala. Nezřídka jsem se sebe ptala, co vlastně přivádí dívky k tomu, aby svým iracionálním chováním trápily nejen svá těla, ale i své okolí. To mě vedlo k prostudování knih a odborných článků o této problematice.

Svou diplomovou práci pojmám jako ucelený pohled popisující kvalitu života s mentální anorexií a mentální bulimií. Obě tato onemocnění jsou vážná a zasluhují si naši pozornost. Měli bychom si jich více všímat a nebýt k nim lhostejní.

Postihují většinou dospívající dívky a ženy, zvláštností nejsou ani děti nebo ženy ve starším věku. V dnešní době už není výjimkou postižení dospívajících chlapců a mužů.

Tyto dva fenomény jsou veřejností hodně probírané, médii zobrazované, avšak tvrdě neodsouzené. Veřejnost nechápe souvislosti vzniku nemoci a vidí pouze důsledky tohoto psychického onemocnění. Důsledky na kvalitu života mají přímou souvislost s příčinou onemocnění. Společnost je posedlá štíhlostí a za množství problémů může módní průmysl ukazující většinou nezdravý ideál krásy. Čím je tento ideál nepravděpodobnější a nedosažitelnější, tím více obtíží dívky mají a tím více se snaží rychle zhubnout. Zdraví lidé toto onemocnění lehkovážně podceňují a neberou jej mnohdy jako reálnou hrozbu, která bez odborné pomoci může způsobit závažné

zdravotní problémy, v nejhorším případě i smrt. To všechno má dopad na individualitu člověka, fyziologii organismu, a v neposlední řadě na jeho sociální okolí, pro které je to v mnoha ohledech dosti stresující. Rodina tu hraje velkou roli. Zvláště, když je takový život omezen pouze a jen na jídlo, tělesnou váhu a proporce svého těla. Je to začarovaný kruh s neustálým bojem sama se sebou, plný výčitek a strachu z tloušťky. Je to posedlá touha po dokonalém těle, která je nebezpečně destruktivní. Není jednoduché, aby se nemocní naučili mít se rádi takoví, jací jsou. Zapomeňme tedy na míry a měřítka krásy, naslouchejme si a snažme se mít stále co říct. Je to mnohem podstatnější, než zakládat na klamných a pomíjivých hodnotách. Osobně si myslím, že je pro tyto lidi je značným přínosem pozitivní motivace a povzbuzení vést kvalitní život bez poruch příjmu potravy.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Poruchy příjmu potravy (PPP)

Pro většinu lidí jsou poruchy příjmu potravy velkou hádankou naší doby: záhadou pro profesionální lékaře a psychology stejně jako pro obyčejné lidi, kteří na vlastní oči viděli podivné a často tragicky končící chování nemocných, a vlastně i pro samotné oběti, které nejsou schopné své chování vysvětlit.(2)

Poruchy příjmu potravy představují závažné primárně duševní onemocnění, tichou epidemií, zahrnující změny v oblasti jak psychické, tak somatické. Jde o nemoc, která dosáhla v 80. a 90. letech takového rozměru, že podle některých odborníků patří mezi tzv. civilizační choroby.(1,2,5) Zhruba 90 procent všech postižených tvoří ženy, přednostně věková skupina mezi 15 a 55 lety.(12)

Poruchy příjmu potravy se vyznačují zkresleným vnímáním vlastního těla, které je vnímáno jako „příliš tlusté“ i přes obvyklou nebo dokonce sníženou tělesnou hmotnost) a chorobně změněným potravním chováním (spojení pocitu vlastní hodnoty s tělesnou hmotností).(26) Komplexní charakter, jejich závislost na společenských a kulturních vlivech a velmi křehká hranice mezi normou a patologií je staví na pomezí psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů. Složitost a diferencovanost problematiky nemocných s poruchami příjmu potravy však neznamená, že jde o nesrozumitelný nebo logiku postrádající problém.(10) Klinický obraz i léčba se u tohoto onemocnění rychle vyvíjejí, proto jsou nezbytná častá doplnění o nové poznatky.(17) Léčba pacientů s poruchou příjmu potravy patří především do péče odborníků. Při ohrožení života je pacient umístěn na jednotku intenzivní péče.(24)

Rozeznáváme dvě formy onemocnění, formu restriktérskou – mentální anorexii, a formu bulimickou – mentální bulimii.

Poruchy příjmu potravy jsou definovány podle MKN–10 (= 10. revize, Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. (5,40)

1.2 Mentální anorexie – nejznámější porucha vztahu k jídlu (F50.0)

Latinsky anorexia nervosa, z řečtiny an – zbavení, nedostatek; orexis – chuť.(45) Mentální anorexie není tak častá jako bulimie.(12) Anorexie je vážná nemoc. Termín „anorexie“ 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. U některých pacientů je omezování se v jídlu naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří, apod.) a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké. Jde zřejmě o přirozenou adaptační reakci organismu, stejně tak jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po několika týdnech hladovění.(10) Pro toho, kdo trpí mentální anorexií, je nesmírně obtížné udržet si zdravou váhu.(15) Je charakterizována úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství nebo oslabení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění.(9) Lidé, kteří trpí mentální anorexií, si nikdy nepřipadají dostatečně štíhlý. Anorektičky mají někdy pouhé tři čtvrtiny tělesné hmotnosti, která by byla normální pro jejich výšku a tělesnou stavbu.(13) Pacientky se vyhýbají kaloricky obsažné stravě, vyvolávají si zvracení, průjmy, užívají laxativa, anorektika, diuretika, nadměrně cvičí.(24,25) Rodinám a přátelům připomínají vězně z koncentračních táborů, protože jsou tak vyhublé, že jsou jim vidět všechna žebra. Tato tragická porucha příjmu potravy je svým způsobem logickým vyústěním přehnaného významu, který je v naší společnosti připisován štíhlé postavě žen.(13)

1.2.1 Diagnostická kritéria

- 1) Tělesná hmotnost je udržovaná nejméně 15% pod předpokládanou úrovní nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší.(10)
- 2) Snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá se jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo více prostředků – např.:

vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace, užívání anorektika a diuretik, nadměrné cvičení.

- 3) Přítomna je specifická psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládavá myšlenka, a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu. (15)
- 4) Porucha menstruačního cyklu u žen, pokud neužívají náhradní hormonální léčbu. U mužů se projevuje ztrátou sexuálního zájmu a potence.

Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny či dokonce zastaveny (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a dochází k primární amenoree; u hochů zůstávají dětské genitály. Po uzdravení často dochází k normálnímu dokončení puberty. (11,15)

1.2.2 Specifické typy:

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

Bulimický typ (purgativní) – u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání během epizod mentální anorexie.(10)

1.3 Historie mentální anorexie

V průběhu dějin patřilo odříkání si jídla k běžným příznakům mnoha somatických poruch, ale i k nespočetné řadě psychiatrických syndromů. Po řadu staletí tohle nebylo považováno samo o sobě za primárně patologický jev. Dodržování extrémního půstu bylo nejdříve součástí vyznání mnoha pravověrných křesťanů jako prostředek pro odříkání a sebetrestání pro upevnění víry.(10)

První zmínka se v historických lékařských záznamech datuje okolo roku 895 n.l., kdy se nevolnické otrokyni znechutilo jídlo po přejedení natolik, že po vyzvracení začala držet přísný půst.(15) První příznaky mentální anorexie poprvé popisuje Galén ve 2. století.

Ve 12. až 15. století ženy hladověly, aby umlčely svá hříšná těla a provolávají se za světice, kdy samotným trýzněním napravují svou duši za své hříchy, aby se mohly osvobodit.

V 16. století jsou tzv. anorektické světice pronásledovány církví a prohlašovány za "posedlé ďáblem". Přejídání nebylo ani zdaleka tak striktně odsuzováno jako půst či dodržování diet.(14) Britský lékař Richard Morton poprvé v roce 1694 definoval mentální anorexii. Popsal dva případy záměrného odmítání potravy u dívky a chlapce. (14,15)

Roku 1874 Sir William Withey Gull označil a diagnosticky vymezil mentální anorexii a také přednášel o diagnóze „apepsia hysterica“ – hysterické nechutenství: Nemoc, kdy tělo pod nátlakem psychické poruchy vede k sebehladovění někdy až s následkem smrti.(14,41) V roce 1873 Charles Lasègue definoval symptomatickou trojici anorexia – amenorea – vyhublost, a v roce 1883 Gilles de La Tourette rozlišil tzv. primární a sekundární psychogenní anorexii. Psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie stanovil roku 1884 dr. Janet. V roce 1890 se objevila kritika společnosti ze strany spisovatelky H. B. Stoaové za to, že považovala normální ženu za „monstrum“.

V roce 1908 pařížský módní návrhář P. Poiret představil poprvé novou a štíhlou siluetu – poprvé v historii bylo vidět tělo pod šaty a nepomohly korzety nebo vycpávky.(14) Hamburský patolog Morris Simmonds objevil v roce 1914 u některých vyhublých pacientů anatomická poškození v podvěsku mozkovém a mentální anorexie byla od té doby mylně spojována se „Simmondsovou chorobou“. Dvě desítky let trvalo vyvrátit tuto mylnou hypotézu.(10)

Dr. L. Hunt Peters v roce 1917 zavedl do dodržování diet odborný výraz kalorie, který lidé znali do té doby pouze z fyziky. Vydal knihu o dietách a zdraví a doporučoval nízkotučná jídla a potraviny obsahující sacharidy.

V Hollywoodu se staly populárními grapefruitové diety a od roku 1930 se na západě Evropy začala objevovat mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách. Naopak začal narůstat počet osob, co měli zájem o psychoanalýzu u poruch příjmu potravy.(14)

Vratislav Jonáš roku 1941 a později Otakar Janota roku 1946 v české odborné literatuře popsali první případy poruchy příjmu potravy a jejich léčbu na interním a neurologickém oddělení.(15) V roce 1950 vydal Dr. Keys práci o důsledcích polohladovění způsobující neurózu z hladovění.

V roce 1962 profesor a psychoanalytik Hilde Bruch přednášel o změnách myšlení, vnímání u mentální anorexie, poukazoval na častý výskyt poruch příjmu potravy u modelek a baletek. Naproti tomu byla v New Yorku zpozorována sedmkrát vyšší incidence obezity u žen s nejnižším ekonomicko-sociálním postavením. A byly vydány publikace s výsledky prvních epidemiologických zkoumání.

Módní časopisy zveřejnily roku 1967 na titulní straně Twiggy s hmotností 41 kg při výšce 170 cm. V polovině šedesátých let minulého století byla jednou z nejznámějších světových supermodelek. A většina žen si přála vypadat jako Twiggy.(14) Anglické slovo „twig“ znamená větvička nebo proutek.(37)

V roce 1970 švédský psychiatr S. Theander varoval před blížícím se nárůstem poruch příjmu potravy. 70% rodin v Americe se stravovalo především nízkokalorickými potravinami ve snaze hubnout. Ocenění MISS Amerika tehdy vyhrávala stále štíhlejší dívka.

Dr. R. C. Casper poukázal roku 1983 na zvyšující se rizika obezity a poruch příjmu potravy u ženské populace. Úsilí žen zachovat si krásnou postavu způsobovalo závislost zůstat štíhlá vedoucí k charakteristickým projevům poruch příjmu potravy. Až 80% dívek ve věku deset a jedenáct let dodržovalo diety v San Franciscu okolo roku 1986.

D. M. Garner a E. Garfinkel poukazovali na obdobu mentální anorexie a mentální bulimie s předpoklady multifaktoriální etiologie.

Od roku 1990 až dodnes probíhají preventivní a podpůrné programy pro poruchy příjmu potravy. Veřejnost není stále spokojená s ukazujícím se tzv. ideálem přehnané štíhlosti a nevhodných dietních opatření.(14)

Alžběty Bavorská – rakouská císařovna známá pod přezdívkou princezna Sissi (1837–1898), měla příznaky mentální anorexie. Její tělesná hmotnost se nikdy nepřehoupla přes 55 kg při 172 cm. Váhu si kontrolovala 3krát denně. Dodržovala drastické diety – jedla jen ovoce a pila šťávu ze syrového masa, nosila přehnaně utažený korzet (do kterého se později nechala dokonce zašívát) a veškerý volný čas sportovala. Sissi si údajně nikdy nesedla, ani ve svých pokojích neměla židle, a při hostinách se používala zvláštní klekátka. Tento stav způsobil neuspokojivý manželský, rodinný a společenský život a požadavky, které na ni byly kladeny.(45)

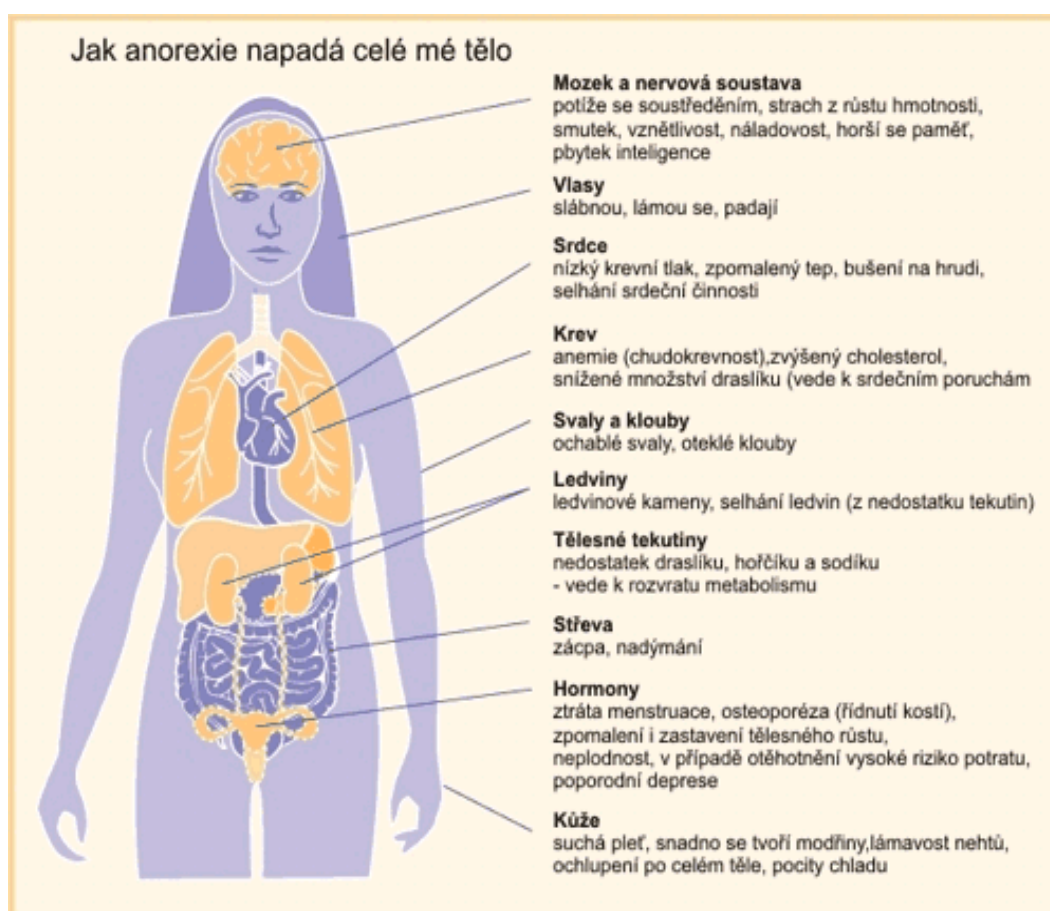
1.4 Příznaky mentální anorexie

Patologické stravovací návyky jsou obvykle prvním varovným příznakem, že něco není v pořádku.(29) Mezi typické příznaky patří podrážděnost, plachost a poněkud tajemné chování. Lidé postižení mentální anorexií jedí rádi o samotě. Jsou mnohem unavitelnější než ostatní a cítí se neustále vyčerpaní.(12) Bývají zimomřiví a milují horké nápoje, protože i tepelnou energii tělo přijímá s povděkem a touží po ní. S postupující nemocí chybí chuť k fyzickým aktivitám, vzhledem k absenci energie a s obtížemi se dokáží soustředit. Vyhladovělý organismus jim vnucuje myšlenky, týkající se jen a pouze jídla (typu: kolik už jsem toho dnes snědla, kolik si ještě mohu dovolit, v kolik hodin to bude, za jak dlouho to bude, jak se vyhnu společné večeři, atd.) Ačkoliv se vyhýbají příjmu potravy, velmi rády si prohlížejí obrázky jídel, nebo připravují jídlo pro ostatní (většinou krásně zdobené), z kterého pochopitelně ani neochutnají (nebo ochutnají a zase sousto vyplivnou).(39) Následkem hladovění se

výrazně horší pleť, vlasy, nehty a zuby. Pleť anorektiček je suchá a má našedlý nádech s tendencemi k praskání. Vlasy jsou poškozené, lámou se a vypadávají vzhledem k nízkému přísunu bílkovin. To samé se děje z nehty.(8) Dívky trpící mentální anorexií se váží i několikrát denně. Tělo mobilizuje rezervy a je nuceno sáhnout i ke štěpení vlastních bílkovin – tzn., že postižená dívka přichází nejen o svalovou hmotu, ale zmenšují se i vnitřní orgány. Přednostně ty, které nejsou pro život jedince bezprostředně nutné, tedy především pohlavní orgány. Menstruace, případně reprodukce, je přepychem, který si tělo nemůže dovolit.

Dalším doprovodným znakem mentální anorexie je narušení vztahů – zejména k nejbližším osobám: k matce, otci, sourozencům. Ti všichni jsou potenciálními nepřáteli, kteří by mohli postiženou osobu nutit k jídlu, a často to dělají. Anorektická dívka odmítá jezdit na rodinná setkání a oslavy, uchyluje se do ústraní, je náladová a chová se nevrle až agresivně.(39)

Jak anorexie napadá celé mé tělo. (31)



Další závažné fyzické příznaky mentální anorexie:

- závratě
- těžká insomnie (= nespavost)
- snížená citlivost v horních i dolních končetinách
- deprese doprovázené pocity beznaděje a zoufalství, které jsou přičítány neschopností zhubnout, přičemž jsou důsledkem nesprávné stravovací návyky společně s psychickými příčinami
- infekce, které se hojí špatně nebo nehojí vůbec
- hematomy způsobené sníženou odolností vůči poranění také tím, že kosti nejsou obaleny tukem
- nárůst jemného a měkkého ochlupení na těle, které má zřejmě chránit před chladem vzhledem k chybějící tukové vrstvě
- nízký tlak
- nepravidelný srdeční tep
- dehydratace; posílená užíváním diuretik
- osteoporóza
- selhání ledvin (následky dehydratace představují nesmírný útok na ledviny a přitom se projevuje i nedostatek draslíku, vyvolaný hladověním a nevyváženost přijímané skladby potravy)
- selhání srdce (33)

1.5 Prevalence mentální anorexie

Roční prevalence se odhaduje na 4 případy na 100 000 obyvatel a spíše narůstá. Tělesná váha je nejméně o 15 % nižší, než by odpovídala věku a výšce - BMI

(Queteletův Body Mass Index - váha v kg dělená druhou mocninou výšky v m) je 17,5 nebo méně.(24)

1.6 Etiologie mentální anorexie

Na vzniku a rozvoji se podílí celá škála různých faktorů. Mezi nimi jsou i ty, které mají souvislost s držením diet.(9) Mezi časté příčiny patří vlivy sociokulturní, individuálně-psychologické, rodinné a biologické.(5)

1.6.1 Sociokulturní vlivy

- Změna v pojetí úlohy ženy
- Přehnaný ideál štíhlosti
- Nadbytek potravin

1.6.2 Individuálně – psychologické vlivy

- Porucha ve vnímání vlastního těla
- Zdráhání vyrůst do úlohy dospělé ženy (odpor k dospívání)
- Usilování o výjimečnost (odmítání jídla se stává něčím výjimečným)(12)

1.6.3 Rodinné vlivy

- Velké požadavky a nároky na úspěch a pracovní výkon
- Matky anorektiček bývají zaměřené na váhu a držení diet – přesvědčení, že „dokonalý“ zevnějšek je velmi důležitý(5,13)

1.6.4 Biologické vlivy

- Primární hypotalamická dysfunkce neznámé etiologie, projevující se na hypotalamo-pituitární-gonádové ose.
- Genetické predispozice (5)
- Ženské pohlaví – riziko je 10 krát vyšší
- Tělesná hmotnost – pokud se narůstá, zvyšuje se nespokojenost žen
- Puberta – vzhledem k průběhu tělesných změn (nárůst hmotnosti) (10)

1.7 Terapie mentální anorexie

Odborníci v posledních letech v této oblasti pracují s motivací k léčbě, snaží se povzbudit postižené ke hledání vlastní cesty ven z nemoci.(15) V mnoha případech je nutná profesionální pomoc. Důsledkem hladovění vznikají zdravotní obtíže, které potřebují odbornou diagnostiku a terapii.(9) Komplikace (nejčastěji kardiovaskulární) přispívají ke zvýšení úmrtnosti (platí i pro bulimii).(10) Léčení musí být celkové, tedy psychické i somatické, aby bylo možné vyléčit všechny příčiny i následky.(12) Anorektičky si často přejí vyléčení s podmínkou nebo s vnitřním očekáváním, že nemusí hodně přibrat a změnit své stravovací návyky. To vede k potvrzení toho, že vyhublost negativně ovlivňuje schopnost logického uvažování a prožívání reality.(9) Podle stupně podvýživy a vyhublosti pacienta je zapotřebí posoudit zda je nutná hospitalizace nebo stačí „jen“ léčba ambulantní.(5,9) Hospitalizace je časově omezená a představuje zvládnutí kritického stavu. K úplnému vyléčení obvykle nestačí. Pokračování léčby v ambulanci pro poruchy příjmu potravy bývá nezbytné.(28) Stále více získávají na významu svépomocné skupiny vzhledem ke svým úspěchům rovnající se odborníkům. V každém případě je důležité provést úvodní odborné léčení, než se pacient dostane do takového stadia, aby byl ochoten aktivně spolupracovat ve skupině.(12)

Léčebným cílem je zejména rehabilitace ve výživě pacientů, navození optimální váhy, obnovení reprodukčních funkcí (menstruace, ovulace, normální sexuální citění). Dále odstranění biologických i psychologických následků malnutrice a zvýšení motivace ke spolupráci na terapii. Nezbytná je také edukace o zásadách zdravé výživy a následcích diet a hladovění. Podpora rodiny nebo partnera je pro pacienty v tomto ohledu mnohdy zásadní. Vhodné je zajištění prevence relapsu onemocnění. Pouhé zlepšení stavu výživy bez změny postojů k jídelnímu režimu má většinou krátkodobý efekt. U mužů je cílem vyrovnání hormonální hladiny s navozením normálního tělesného růstu. Léčba u dětí a adolescentů je zaměřena na zastavení demineralizace kostí.(17)

1.8 Prognóza mentální anorexie

K letálnímu průběhu v důsledku vyhladovění u nemocných s mentální anorexií dochází asi v 5 až 6 % případů. Smrtelně končí úplné hladovění po 50 až 70 dnech a po ztrátě více než 1/3 proteinových zásob u pacienta, který nebyl předtím obézní. Uvedené údaje však nejsou kompletní a získání přesných čísel o mortalitě nemocných s mentální anorexií je velmi složité. Obecně však platí, že čím je pacientka mladší a čím větší je úbytek váhy, tím je to horší. Pacientky s mentální anorexií se dožívají nižšího průměrného věku asi 33 let. V této době umírá až 20 % nemocných. Velká část pacientek ukončuje život sebevraždou, příznačný podíl umírá proto, že podlehnou interkurentní infekci nebo elektivnímu chirurgickému výkonu. Z těchto důvodů jsou přesné statistiky o mortalitě nemocných velmi zkreslené. Stejně neuspokojivé jsou i výsledky udávající úplné vyléčení nemocných. Proto je třeba mentální anorexii považovat za velmi závažné onemocnění s mortalitou podobnou mortalitě u zhoubných onemocnění.(14)

Po propuštění z hospitalizace dlouhodobé sledování ukázalo, že 44% pacientek mělo dobrou prognózu, 28% neúplnou remisi, 24% pacientek mělo nepříznivou prognózu. Pod 5% pacientek s mentální anorexií zemřelo (časná mortalita).(17)

1.9 Atypická mentální anorexie (F50.1)

Je jednou z diagnóz poruch příjmu potravy, splňující některá kritéria mentální anorexie, naproti tomu celkový klinický obraz ukazuje na netypickou formu onemocnění. Například některý z klíčových příznaků jako strach ze ztloustnutí nebo amenorea zde nejsou přítomny, je charakteristický váhový úbytek BMI pod 17,5 nebo méně a chování, které vede k redukci váhy. Tito pacienti jsou zpravidla viděni při konziliární psychiatrické službě ve všeobecných nemocnicích nebo v primární péči.

Tato diagnóza by neměla být použita, pokud má nemocný nějakou somatickou chorobu spojenou s hubnutím.(5)

1.10 Mentální bulimie – bulimia nervosa (F50.2)

Pochází od slova bulimis, což v přesném překladu znamená „býcí hlad“, (bous - býk, limos - hlad).(43)

Bulimie je „tajná“ nemoc a zejména strach z tloušťky.(1,7) Nemoc může trvat i několik let a stejně to nikdo nemusí poznat. Podobně jako mentální anorexie postihuje především dívky, v období mezi 15. a 25. rokem (průměrný věk začátku obtíží je asi 18 let).(7,24) Zásadními charakteristikami této choroby jsou opakující se záchvaty přejídání a přehnaná kontrola tělesné váhy.(24) Některé bulimičky se zprvu přejídají jen příležitostně, postupně však jejich etapy dospějí až k několika záchvatům denně s pročištěním v následujícím dni. Jiné bulimičky používají spíše laxativa, neboť to pokládají za méně drastickou metodu, jak se zbavit jídla, než zvracením.(16) Kdo trpí bulimií, myslí celý den pouze na jídlo. Většina těchto nemocných si rozděluje potraviny na „dovolené“ a „zakázané“. Mezi dovolené řadí typicky dietní potraviny (ovoce, zelenina, nízkotučné potraviny) a mezi zakázané vše, po čem by mohli přibrat na váze (potraviny obsahující tuky a cukry).(1) Nemocné bulimií se za své chování stydí a sami sobě se nelíbí. Často uvádějí, že se cítí jako dvě osobnosti – jedna chce přejídání a zvracení zanechat a být zdravá, zatímco druhá chce úplný opak. Bulimičky stejně jako anorektičky v otázkách příjmu potravy často nemluví pravdu, ale chovají se jinak než

dívky s anorexií. Ustrašeně dbají na to, aby si jejich nemoci nikdo nevšiml. Jsou přizpůsobivé a ostatním se zdá, že mají dobrou náladu.(1,3)

Asi z poloviny dívek, anorektiček se stanou později bulimičky. Je to tím, že všichni lidé s poruchami příjmu potravy mají společné jedno: a to, že vedou ustavičný boj s potřebou se najíst.(16)

1.10.1 Diagnostická kritéria

- 1) Opakované epizody přejídání (nejméně 2x týdně v průběhu třech měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké nebo subjektivně velké množství jídla.
- 2) Neustálé se zabývání jídlem, neodolatelná a silná chuť na jídlo.(11)
- 3) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více způsoby: vyprovokované zvracení, zneužití projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků (anorektika, diuretika, tyreoidální preparáty)(10)
- 4) Pocit nadměrné tloušťky je sdružený s neodbytnou obavou z tloustnutí. V anamnéze pacienta může a nemusí být epizoda anorexie nebo intenzivnější omezování v jídle.(11)

1.10.2 Specifické typy

Purgativní typ – Pacient pravidelně zvrací a užívá laxativa či diuretika, aby zabránil nárůstu hmotnosti.

Nepurgativní typ – Pacient drží přísné diety, hladovky nebo nadměrně cvičí, ale neprovádí pravidelně purgativní metody.(10)

1.11 Historie mentální bulimie

Historie přejídání je stejně dávná jako historie odmítání jídla. Nenasytným hltáním se projevovala hlavně vyšší vrstva společnosti.

V minulosti bylo přejídání někdy popisováno v souvislosti s anorexií a právě v tomto kontextu se poprvé objevila mentální bulimie jako klinická entita.

Na přelomu devatenáctého a dvacátého století se objevilo několik případů nutkavého přejídání, po kterém následovalo vyvolané zvracení. Tyto příznaky nebyly považovány za samostatný syndrom, ale spíše za neurotickou poruchu nebo za variantu jídelního schématu anorektických pacientů. Snad nejlépe popsanou kasuistiku zveřejnil v roce 1944 švýcarský psychiatr Ludwig Binswanger. Na počátku 70.let byla identifikována podstatná skupina příznaků, odlišná od klinicky dobře popsaného obrazu mentální anorexie a obezity.⁽¹⁰⁾ V roce 1979 britský psychiatr G. Russell popsal termín bulimia nervosa jako nejasnou variantu mentální anorexie. V té době také začaly vznikat první speciální zařízení pro poruchy příjmu potravy. V roce 1980 vymezila Americká psychiatrická asociace kritéria mentální anorexie a mentální bulimie.^(10,14) V roce 1981 přednášeli M.C. Brotman a G. Humprey referát o mentální bulimii, také o zneužívání ipekakuanhy = hlavěnky dávivé obsahující emetin (jed pro kosterní svaly).⁽¹⁴⁾ V roce 1987 byla diagnóza bulimie sjednocena s britskou terminologií a bylo přijato nové pojmenování mentální bulimie. V témže roce Světová zdravotnická organizace (WHO) prohlásila, že mentální bulimie je důležitý problém světové populace.^(14,10)

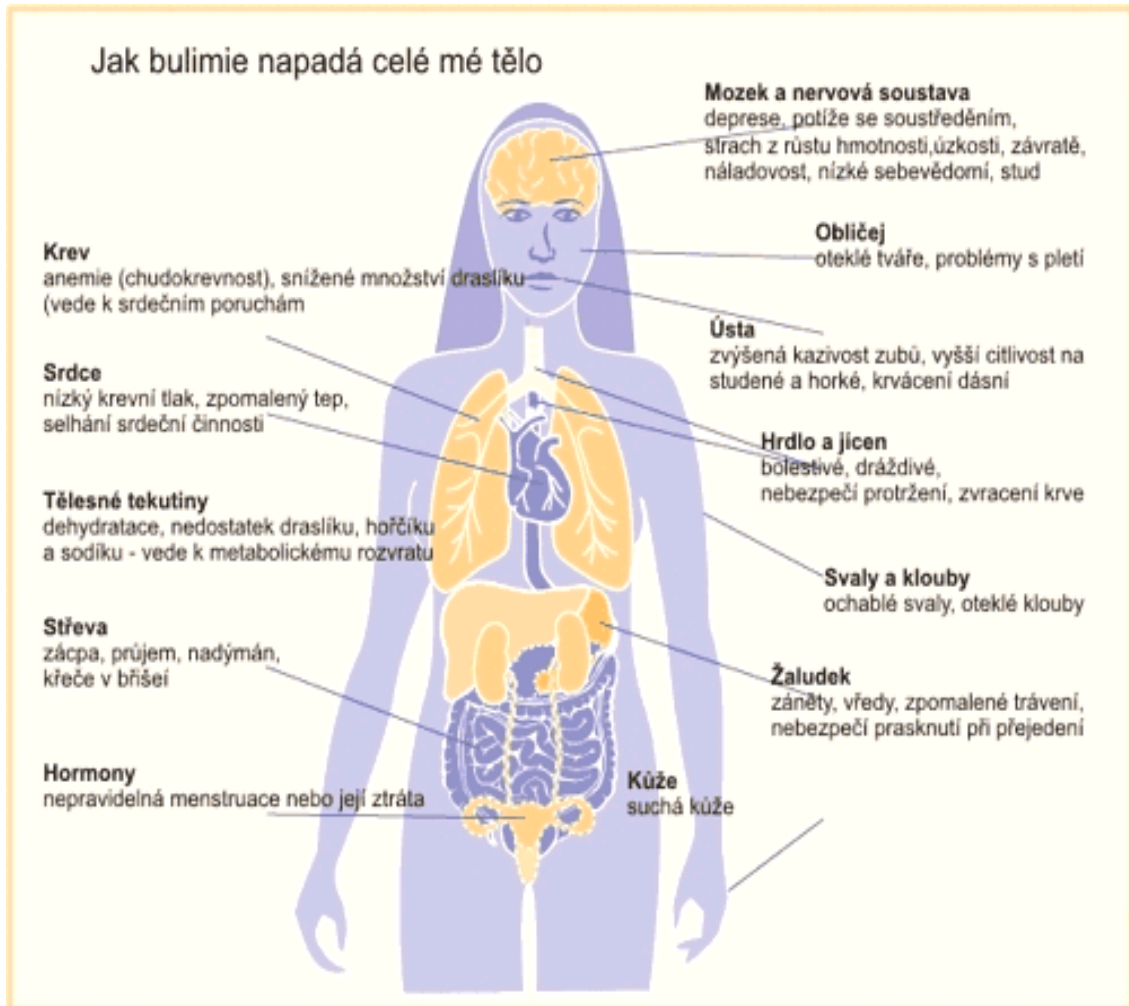
1.12 Příznaky a následky mentální bulimie

Základním a charakteristickým příznakem bulimie jsou záchvaty „vlčího hladu“, při kterých je postižený schopen sníst najednou ohromné dávky jídla (energetická hodnota jednorázového příjmu potravy může dosáhnout až cca. 20 – 40 tisíc kJ). Poté následuje výrazný pocit viny, který nejčastěji nemocní řeší vyvoláním zvracení.^(5,25) Příznaky se mohou dlouho ztrácet mezi nevhodnými jídelními zvyklostmi. Nápadné

jsou až ztráty jídla, výskyt projímadel a diuretik v domácnosti. Poškozené dívky se často vyhýbají společnému stolování a uzavírají se. Nápadně se změjí, jsou podrážděné, s častými depresiemi až sebevražednými úmysly. Neobvyklé není ani to, že si nahlas pouští hudbu nebo sprchu, aby přehlušily zvuky při zvracení.(1,7) Jedním z dalších příznaků je normální hmotnost, ale se silnými výkyvy. Jejich menstruační cyklus je značně nepravidelný, ale není zde obvyklá amenorea.(1) Přitom všem zůstává touha po štíhlosti, proto dbají o svůj vzhled.(5)

Zdravotní následky jsou poměrně dramatické.(13) Pokud onemocnění trvá celé roky, tak stálým zvracením trpí hlavně celá dutina ústní, hltan a trávicí trubice (zkažený chrup, záněty, pálení žáhy). Dále přichází tělo o vitamíny, minerální látky a některé stopové prvky (draslík, chlorid, vápník, sodík), což následně může vést k únavě, křečím, ochabnutí svalů střev a ke slabým projevům obrny. Časté je zbytnění žvýkačeho svalu a otoky a záněty slinných žláz. Metabolické poruchy vedou k celkovým otokům. U závažnějších případů dochází k trvalému poškození ledvin a poruchám srdeční činnosti. V krajním případě může dojít až k zástavě srdce.(1,3)

Jak bulimie napadá celé mé tělo.(31)



Další závažné následky bulimie:

- suchá pleť následkem ztráty tekutin (při užívání laxativ a diuretik)
- exantém (vyrážka na pokožce)
- dehydratace
- zácpa (související s nedostatkem tekutin)

- poruchy srdeční činnosti (způsobené nutriční nevyvážeností)
- protržení jícnu vedoucí k následné smrti (33)

1.13 Prevalence mentální bulimie

Mezi 11. a 13. rokem věku dívek probíhá nespokojenost se svým tělem a držení diet vzhledem ke změnám tělesných proporcí průběhu dospívání. Kolem 10% patnáctiletých dívek v ČR přemýšlí někdy o zvracení jako o možnosti, jak kontrolovat svoji hmotnost. Tato nemoc (stejně jako anorexie) už dávno nepatří mezi problémy ctižádostivých dívek. Podobnou měrou dnes postihuje dívky z různorodých společenských vrstev s různým vzděláním, rodin, prostředí, z města i venkova.(7)

Prevalence je vyšší než u anorexie, odhaduje se asi na 1 - 4 % žen kritického věku.(10,24) Tento údaj může být v praxi ještě vyšší. U mužů se bulimie vyskytuje spíše výjimečně a to v asi v 5%.(8)

1.14 Etiologie mentální bulimie

Až 2/3 postižených bulimií udávají za příčinu vzniku onemocnění souvislost s nějakou životní událostí. Nejčastější jsou narážky a posměšky týkající se vzhledu, problémů v rodině (otcové jsou impulzivní, snadno vznětliví s menší frustrační tolerancí; matky tíhnou k depresím a pocitům nespokojenosti) a životních změn. Narušené vztahy v rodině patří nepochybně k udržovacím vlivům choroby. Vliv negativního sebehodnocení je rizikovým faktorem.(5,7) Podobně jako u mentální anorexie jsou i tady multifaktoriální etiologie (tělesný vývoj, osamostatnění se, hledání vlastního já, přijetí ženské role (včetně přijetí sexuality), somatické onemocnění, genetické predispozice) neboť jsou obě poruchy příbuzné a vzájemně se prolínají.(5,13)

1.15 Terapie mentální bulimie

Překonat bulimii a přejídání znamená změnit své stravovací návyky.[20] Podobně jako u anorexie přichází v úvahu ambulantní léčba nebo i hospitalizace pacientky. Rozhodnutí záleží na stavu pacienta, míře vyhubnutí a rozvratu metabolismu. Důležitým faktorem je depresivní syndrom a suicidální tendence. Léčba je komplexní.(5) Základním cílem je omezení přejídání a zvracení, přijmutí individuálně stanovené optimální váhy a to pro dosažení fyziologické a emoční stability, dále zavedení pravidelné a pestré stravy s minimem různých diet (vhodné nutriční poradenství) a odpovídající tělesné zátěže.(17) Léčba je zejména zaměřená na individuální a skupinovou psychoterapii, dále režimová opatření a rodinnou terapii. Individuální psychoterapie bývá mnohdy zaměřena kognitivně – behaviorálně, a to se zaměřením na zvládání záchvatového přejídání a následného zvracení. Snaží se změnit postoj k vlastní postavě a chybného chápání tělesné hmotnosti.(5) Užitečné bývají relaxační techniky, arteterapie, muzikoterapie. Farmakoterapie není kauzální léčbou, ale je zaměřena na depresivní syndrom, který často bulimii doprovází.(5,28)

V primární péči lze řešit především somatickou oblast a postupně pacientce navrhnout další léčebné kroky, podle výsledků léčby, spolupráce i dostupnosti specializovaných programů.

1.16 Prognóza mentální bulimie

Po propuštění z hospitalizace dlouhodobé sledování ukázalo, že 27% pacientek mělo dobrou prognózu, 40% neúplnou remisi a nepříznivou prognózu mělo 33%.(16)

Je obecně lepší, pokud nedojde k somatickým komplikacím. Průběh nemoci je zpravidla chronický a pacientky mnohokrát vyhledávají možnosti, jak se léčit až po několika letech trvání choroby.(3)

1.17 Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie

	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	Výrazný nebo zastavení váhového přírůstku	Mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
Amenorea	60-100 %, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10-30 %
Navozené zvracení	15-30 %	75-90 %
Sebekontrola	Vystupňovaná	Oslabená
Jídelní chování	Pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	Spíše rychlejší jídelní tempo, větší sousta, obvykle velký příjem tekutin
Počátek obtíží	13-20 rok, výjimečně později	14-30 rok, výjimečně dříve
Pohlaví nemocných ženy: muži	(10-15) :1	20:1
Výskyt v rizikové populaci (ženy, 15-30 let)	0,5-0,8 %	2,5-6%

Deprese	10-60 %	20-90 %
Užívání alkoholu	Výjimečně	Často
Významné zlepšení	20-75 %	60-85 %
Náhled chorobnosti	Minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi	Zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
Motivace k léčbě	Z donucení obtížemi nebo okolím	Snaha zbavit se přejídání, někdy snaha zhubnout

Zdroj: (7)

1.18 Vymezení pojmu kvalita

Život je to, co se stává smyslem existence každého člověka. Je označením pro mezistupeň většiny kultur od extenzivního k intenzivnímu a zvláště pak od kvantitativního ke kvalitativnímu.(38) O kvantitě se hovoří běžně jako o délce života, která se uvádí číslem, např. počtem let.

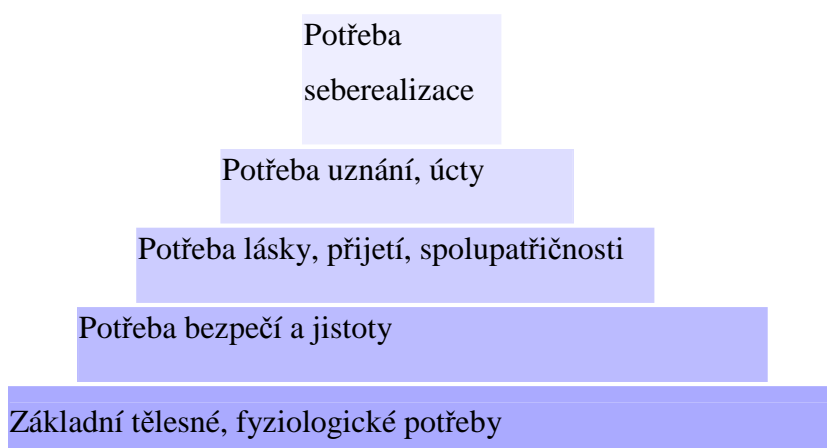
Ale jak je chápána kvalita? Slovník etymologie vypovídá, že slovo kvalita je odvozeno z latinského slova qualitas či qualis – jaký. Pojem kvalita lze vysvětlit rovněž jako jakost či hodnotu.(32)

1.19 Vymezení pojmu kvalita života

Přesné určení „kvality života“ (quality of life) je celkem nelehký úkol. Pokud mluvíme o kvalitě života, obvykle máme na mysli dopad nemoci na jedince, na jeho fyzický či psychický stav, způsob života a pocit životního uspokojení.

Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb (např. potřeba nasycení, bezpečí, lásky, vzdělání, příjemného prostředí nebo potřeba seberealizace) a uspokojení vyšších potřeb jako potřeba pocitu bezpečí, lásky, sebeúcty a seberealizace.(27)

Maslowova hierarchie potřeb.(44)



Kvalita života se objevila a zkoumala od druhé poloviny 20. století v různých vědních oborech. Předně se zpočátku zkoumalo materiální hledisko života společnosti jako komplexu, časem se ale zájem výzkumu přesunul na nematerialistické stránky a osobní vnímání a hodnocení kvality života jednotlivce.(38).

Existuje celá řada definic kvality života, ale žádná z nich není v současnosti všeobecně uznána. Společné mají to, že pojem „kvalita života“ by měl obsahovat informace o fyzickém, psychickém a sociálním stavu člověka. Kvalita života se posuzuje jako vícerozměrná hodnota definována zpravidla jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. Kromě pocitu fyzického zdraví a nepřítomnost nemoci či terapie obsahuje také např. psychickou kondici, uplatnění ve společnosti, náboženské a ekonomické stránky apod. K dalším faktorům, které mohou ovlivňovat kvalitu života patří pohlaví, věk, polymorbidita, rodinná situace, ekonomická situace, vzdělání,

kulturní zázemí a podobně. Tyto uvedené faktory jsou jakýmsi resumé pro celkovou kvalitu života.(27) Z hlediska sociologie je kvalita života podmíněna historicky i sociokulturně.(18, str. 230)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen absenci nemoci či postižení.“(21) Podpora a rozvoj životního prostředí a životních podmínek je důvodem pro studium kvality života. Nejdůležitějším cílem je, aby bylo lidem umožněno žít tak, jak je pro ně nejlepší.(18)

1.20 Vymezení pojmu HRQoL

Pojem Health Related Quality of Life (HRQoL) je do českého jazyka přeložen jako kvalita života podmíněná zdravím. Je brán jako koncept vnímání zdraví a průběh životních funkcí týkající se fyzické, sociální a emoční sféry. Tato měření a vyhodnocování jsou rozdílná od klinických měření a vyhodnocování.(22) U chronicky nemocných pacientů je faktorem pro přijetí podstatných rozhodnutí o terapii a celkovém přístupu ke konkrétnímu pacientovi.(30)

1.21 Hodnocení kvality života

Kvalita života se zpravidla posuzuje na základě informací získaných od příslušného nemocného. Hodnocení je využíváno zejména v oblasti sledování vlivu onemocnění a léčby na pacienta. HRQoL charakterizuje a měří to, co jedinec zažívá jako důsledek poskytování zdravotní péče – faktory ovlivněné zdravotnickými intervencemi.(27)

1.22 Typy dotazníků

Existují tři typy dotazníků vytvořené ke zjišťování kvality života.(30)

1.22.1 Global assessment

Tento typ dotazníku poukazuje na všeobecné zhodnocení kvality života. Postižení v jednotlivých doménách (fyzikální, emoční, vitalita, atd.) nelze většinou identifikovat.(30)

1.22.2 Generické dotazníky (generic)

Hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění, jsou široce použitelné u jakýchkoli skupin populace, bez ohledu na pohlaví, věk, apod.(27)

1.22.2.1 Dotazník SF-36 (viz. příloha č.1)

Je to víceúčelový dotazník krátké formy obsahující 36 otázek. Měří jednotlivé domény kvality života a kvantifikuje stav kvality života jako celku. Je jedním z nejčastěji používaných generických dotazníků v různých odvětvích medicíny jako nástroj k hodnocení kvality života a sociálních intervencí vzhledem k jeho dobré výpovědní hodnotě.

Hodnotí 8 základních kvalit zdraví (domén). Jsou jimi: fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, sociální funkce, bolest, duševní zdraví, vitalita a všeobecné vnímání vlastního zdraví a subjektivní hodnocení změn ve vlastním zdraví.(19,21,23,27)

Osm domén kvality života:

- Fyzické funkce (Physical function: PF)
- Fyzické omezení rolí (Role limitation – physical: RP)
- Emoční omezení rolí (Role limitation – emotional: RE)
- Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (Social functioning: SF)

- Bolest (Pain: P)
- Všeobecné duševní zdraví (Mental health: MH)
- Vitalita (Vitality: EV)
- Všeobecné vnímání vlastního zdraví (General health preception: GHP)

1.22.3 Specifické dotazníky (specific)

Specifický typ dotazníku vytvořený pro určitou nemoc. Je formulován tak, aby umožňoval především hodnotit vývoj stavu nemoci v čase.(21)

2. CÍLE A PRÁCE HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit kvalitu života v konceptu HRQoL u osob trpící poruchou příjmu potravy a potvrdit hypotézy, že kvalita života u pacientů postižených mentální anorexií a mentální bulimií a jejich je nižší, než-li ve všeobecné populaci.

2.2 Předpokládané hypotézy

Hypotéza č.1.: Poruchy příjmu potravy ovlivňují kvalitu života jejich nositelů.

Hypotéza č.2.: Změny kvality života u nositelů PPP jsou závislé na stupni vzdělání

3. METODIKA

3.1 Technika sběru dat

K dosažení cíle této absolventské práce byl zvolen výzkum kvalitativního charakteru. Sběr dat byl prováděn dotazníkovou metodou. Pro zjištění cíle práce byla použita technika standardizovaného dotazníku SF – 36 o kvalitě života podmíněné zdravím (HRQoL- Health Related Quality of Life). Dotazník typu generic SF-36 byl rozdán v Psychiatrické léčebně v Kroměříži u MUDr. Konečného, v Ambulanci dětské a dorostové psychiatrii v areálu Nemocnice České Budějovice a.s., v Bohunické nemocnici v Brně u MUDr. Valentové a také zaslán prostřednictvím emailu internetu na webové stránky věnující se poruchám příjmu potravy – www.pppinfo.cz. Dotazník je standardizovaný a zcela anonymní.

Při použití metodiky SF – 36 se kvalita života skládá z osmi částí, domén. Tímto pojetím se osobnost klienta/pacienta rozprostře do jednotlivých fyzických, duševních a sociálních složek.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Respondenty se stali pacienti, kteří byli od října roku 2008 přijímáni do Psychiatrické léčebny v Kroměříži, na dětskou a dorostovou psychiatrickou ambulanci v areálu Nemocnice České Budějovice a.s., na oddělení zabývající se poruchami příjmu potravy Bohunické nemocnice a dále oslovení respondenti prostřednictvím internetu. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 40. Z toho vrácených 26, tj 65 % (Jak uvádějí Petr a spol, při široce založených dotazníkových akcích s použitím dotazníku SF-36 je návratnost v Čechách kolem 42,2%). Celkem nízký počet dotazovaných se dá chápat vzhledem k citlivosti daného tématu. Mezi respondenty byl jediný muž, ostatními respondenty byly samotné pacientky trpící chorobou.

Výzkum probíhal od října 2008 do dubna 2009.

4. VÝSLEDKY

Výsledky byly přehledně zpracovány do tabulek a grafů. Uspořádání je jednotné a barevně zkoordinováno. Výsledky jsou uváděny v procentech, 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 s poruchou příjmu potravy a to mentální anorexie a mentální bulimie oproti Oxfordu (zdraví jedinci – evropský standard).

Byly použity tyto zkratky:

Oxford: Oxford Healthy Life Survey (Evropský normál výsledků pro 8 domén)

HRQoL – Health Related Quality of Life (Kvalita života podmíněná zdravím) v metodě SF - 36

8 domén: PF - Psychological function (Fyzické funkce)

RP - Role limitation –psychical (Fyzické omezení rolí)

RE - Role limitation- emotional (Emoční omezení rolí)

SF – Social functioning (Fyzické omezení sociálních funkcí)

P - Pain (Bolest)

MH – Mental Health (Mentální zdraví)

EV – Vitality (Vitalita)

GPH – General Health Perception (Všeobecné vnímání vlastního zdraví)

CH – Vliv na subjektivně vnímanou změnu v kvalitě života podmíněné zdravím

n – počet dotazovaných

x – průměrné skóre

% – procentní změny sledovaných hodnot

u – kritická 5 %: kritická hodnota u sledovaného souboru na 5 % hladině významnosti (pokud je u větší než u-kritická platí, že rozdíl je statisticky významný);

u – kritická 1 %: kritická hodnota u sledovaného souboru na 1 % hladině významnosti (pokud je u větší než u-kritická platí, že rozdíl je statisticky významný).

Studie, ze které vychází „Oxford Healthy Life Survey“ byla realizována v letech 1991 – 1992 v britském Oxfordu. Výzkumu se zúčastnilo 2056 dospělých obyvatel Velké Británie. Tato oxfordská studie poskytla normativní reprezentativní údaje pro evropskou populaci (v rámci dotazníkového nástroje SF – 36) [5]

Hypotetické optimum je 100 % dosažených v každé doméně. Taková populace, ale neexistuje, proto jsou stanoveny empirické „normály“.[34]

4.1 Základní údaje dotázaných

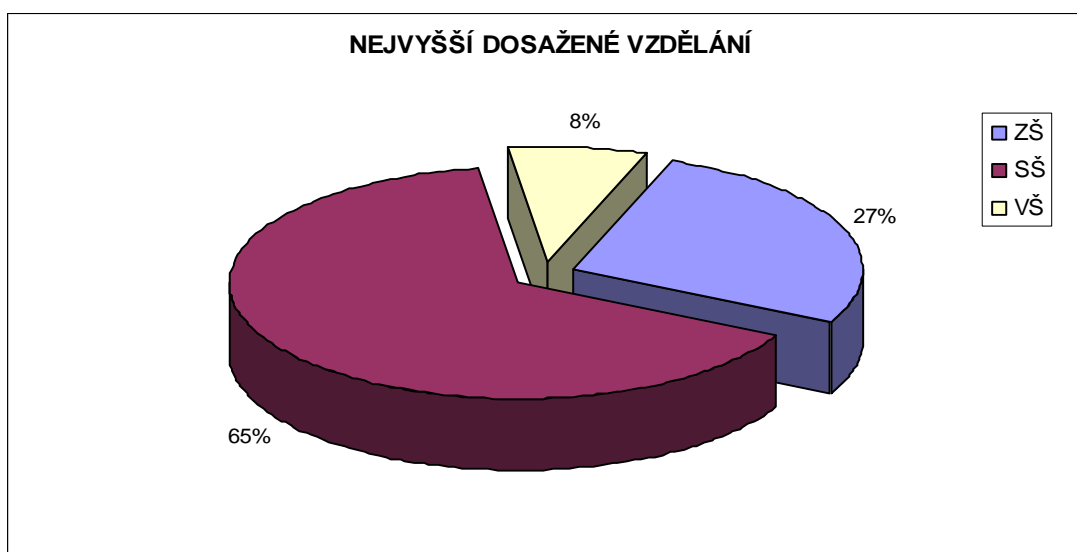
Celkem bylo hodnoceno 26 dotázaných (tzv. probandů). Průměrný věk všech probandů byl 22,3 let. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 25 žen a 1 muž, tj. 96 % zastoupení žen a 4 % zastoupení mužů. Jejich poměr je znázorněn v Grafu č. 1

Graf č. 1 - Procentuální poměr žen a mužů ve sledovaném souboru



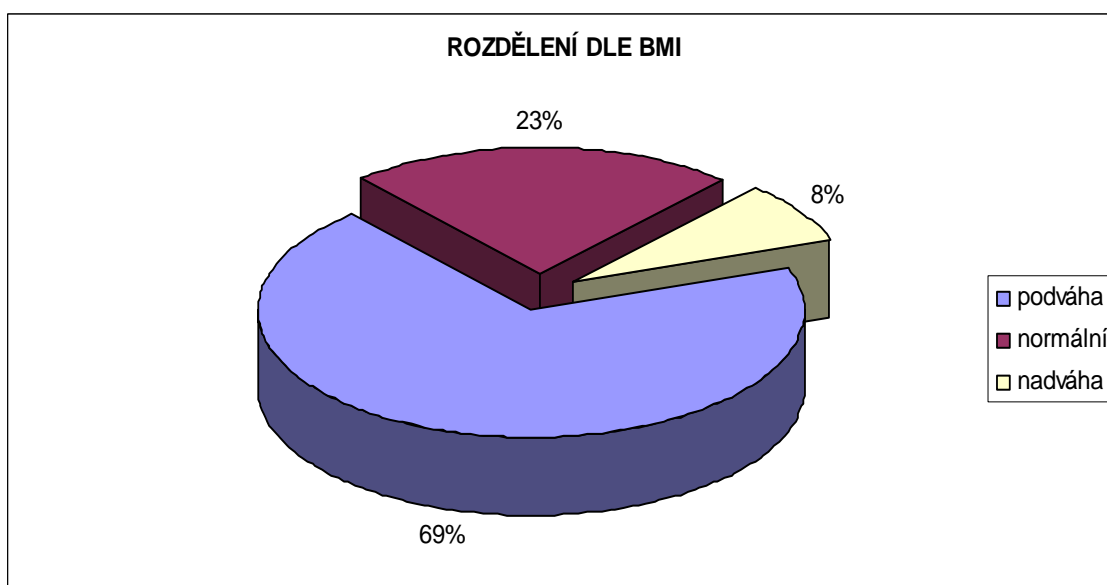
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2 Procentuální poměr dotazovaných podle nejvyššího dosaženého vzdělání



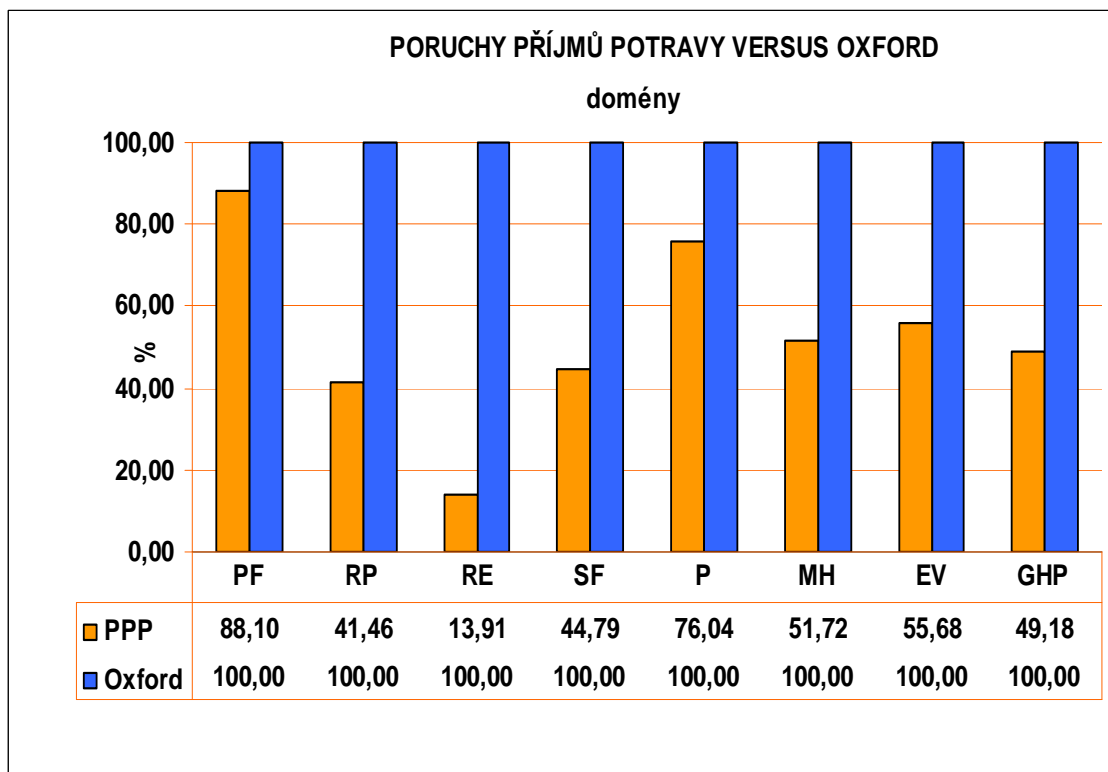
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3 Rozdělení všech 26 respondentů podle BMI (Body Mass Indexu)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4. Procentuální vyjádření hodnot probandů s PPP oproti Oxfordu



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf popisuje soubor s poruchou příjmu potravy, jak mentální anorexii, tak mentální bulimii oproti evropskému standardu Oxford, zdravá populace. Ze zjištěných výsledků je patrné, že kvalita života pacientů s PPP je v porovnání s Oxfordem ve všech osmi doménách výrazně nižší. Tento výsledek se dal předpokládat.

Největší rozdíl je patrný v doméně emoční omezení rolí (RE), dále pak v doméně fyzické omezení rolí (RP) a v doméně fyzické omezení sociálních funkcí (SF). V doméně fyzické funkce (PF) je nejmenší procentní rozdíl oproti Oxfordu.

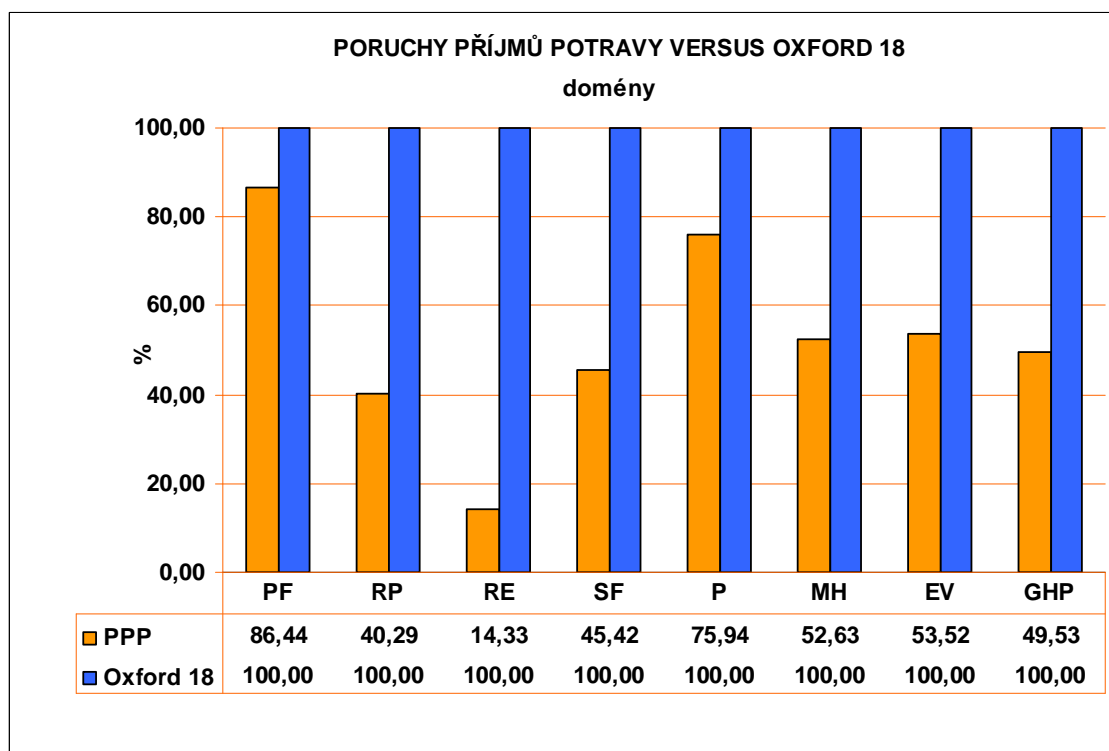
Tabulka č. 2 Srovnání souboru PPP se souborem Oxford (18) young population

Specimen 1:	Račanská, poruchy příjmu potravy							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	77,88	35,58	11,54	39,42	61,97	38,15	34,04	36,15
s ²	346,49	1546,78	678,83	645,34	590,44	380,59	469,27	433,28
s	18,61	39,33	26,05	25,40	24,30	19,51	21,66	20,82
Specimen 2:	Oxford (18) - young population							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	90,10	88,30	80,50	86,80	81,60	72,50	63,60	73,00
s ²	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
s	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	3,23	6,78	13,24	9,32	4,03	8,69	6,77	8,77
%	86,44	40,29	14,33	45,42	75,94	52,63	53,52	49,53
5% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
1% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	1,67 u kritická 5%							
	2,39 u kritická 1%							

Zdroj: Vlastní výzkum

Všechny tyto hodnoty jsou staticky významné na 5 % i 1 % hladině významnosti.

Graf č. 5 Procentuální vyjádření hodnot probandů s PPP oproti Oxfordu (18) young population



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf popisuje kvalitu života dotazovaných s poruchou příjmu potravy vůči evropskému standardu Oxford mladé populace. Ze zjištěných výsledků je patrné, že kvalita života pacientů s PPP je v porovnání s Oxfordem young population (18) ve všech osmi doménách výrazně nižší. Tento výsledek se dal předpokládat jako u předešlého souboru.

Tabulka č. 3 Srovnání souboru mentální anorexie se souborem Oxford

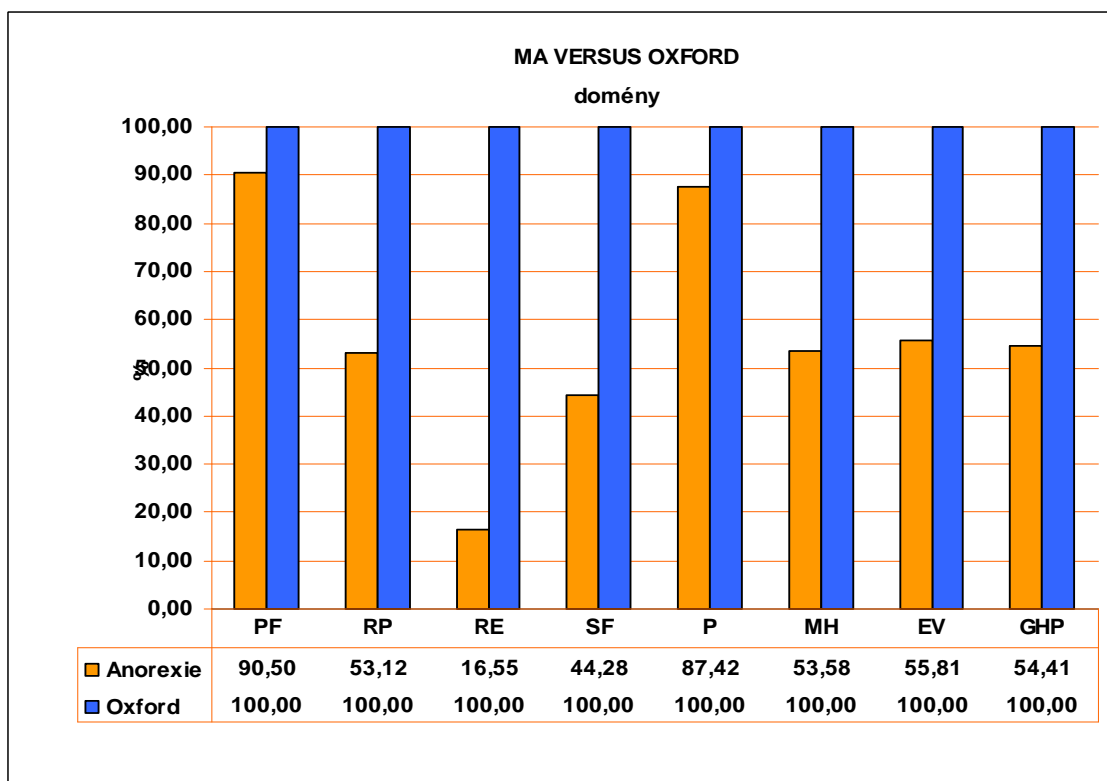
Specimen 1: Račanská-anorexie	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	x	80,00	45,59	13,73	38,97	71,24	39,53	34,12
s ²	338,24	1561,42	792,00	825,04	596,35	476,01	600,69	494,12
s	18,39	39,51	28,14	28,72	24,42	21,82	24,51	22,23
Specimen 2: Oxford	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	1,88	4,20	10,13	7,04	1,73	6,47	4,54	6,21
%	90,50	53,12	16,55	44,28	87,42	53,58	55,81	54,41
5% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
1% významnost	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO
1,7 u kritická 5%								
2,46 u kritická 1%								

Zdroj: Vlastní výzkum

Veškeré hodnoty na 5 % hladině významnosti jsou statisticky významné.

Hodnoty na 1 % hladině významnosti nejsou statisticky významné pouze u domény fyzické funkce (PF) a domény Bolest (P).

Graf č. 6 Procentuální vyjádření hodnot probandů mentální anorexie oproti Oxfordu



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf srovnává skóre hodnot v osmi doménách dotazníku SF-36. Dotazník uvádí kvalitu života pacientů trpících mentální anorexií vzhledem k Oxfordu (zdraví jedinci – evropský standard)

V doméně Fyzické funkce (PF) je vyjádřen rozdíl oproti Oxfordu je celkem zřetelný fyzické omezení dotazovaných pacientů. Bylo udáváno jako různé od velmi závažného až po nepatrné. (první dvojice sloupců).

V doméně Fyzické omezení (RP) rolí jsou o mnoho nápadnější rozdíly. Bylo zaznamenáno zhoršení fyzických rolí podložené viditelným rozdílem procent (druhá dvojice sloupců)

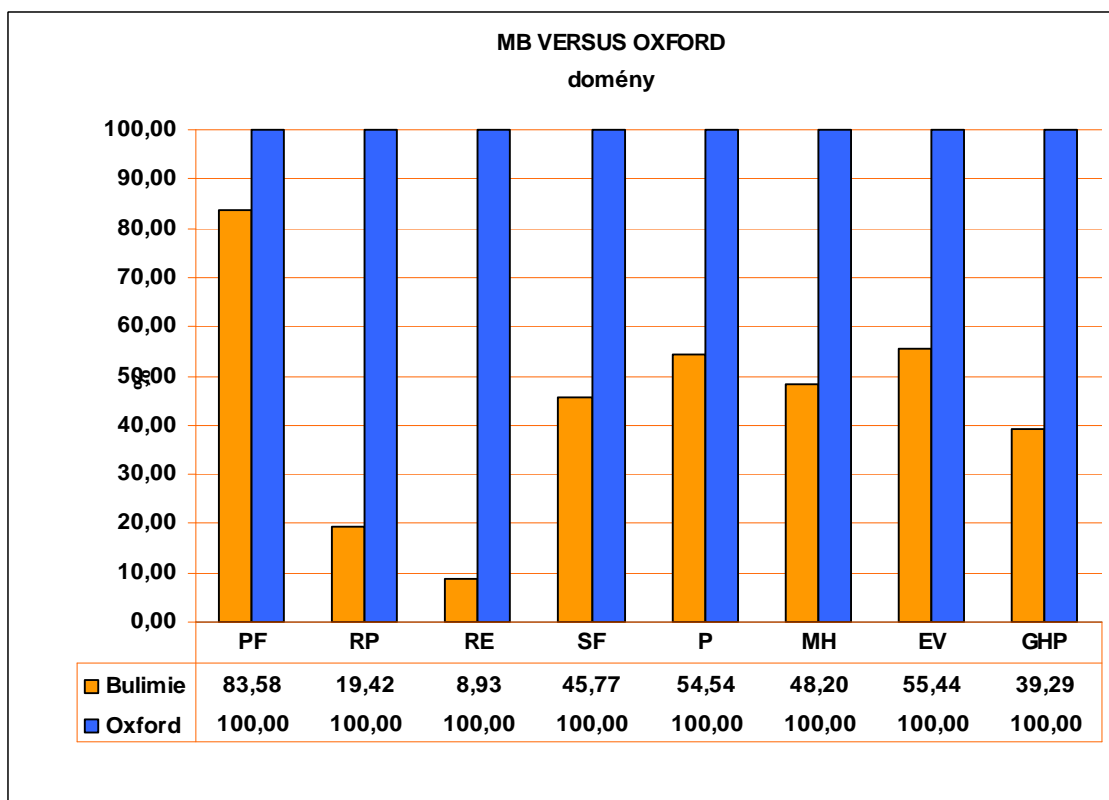
Tabulka č. 4 Srovnání souboru mentální bulimie se souborem Oxford

Specimen 1: Račanská-bulimie	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	x	73,89	16,67	7,41	40,28	44,44	35,56	33,89
s ²	337,65	972,22	438,96	304,78	109,74	190,02	220,99	237,65
s	18,38	31,18	20,95	17,46	10,48	13,78	14,87	15,42
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Specimen 2: Oxford	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	2,37	6,65	10,80	8,20	10,59	8,31	5,49	8,68
%	83,58	19,42	8,93	45,77	54,54	48,20	55,44	39,29
5% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
1% významnost	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	1,74 u kritická 5%							
	2,57 u kritická 1%							

Zdroj: Vlastní výzkum

Všechny hodnoty jsou statisticky významné na 5 % hladině významnosti. Na 1 % hladině významnosti není statisticky významná pouze doména Fyzické funkce (PF).

Graf č. 7 Procentuální vyjádření hodnot probandů mentální bulimie oproti Oxfordu



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf popisuje kvalitu života jedinců s mentální bulimií oproti evropskému standardu zdravé populace Oxford. Výsledky jsou zřetelné ve všech osmi doménách.

Tabulka č. 5 Srovnání souboru mentální anorexie se souborem mentální bulimie

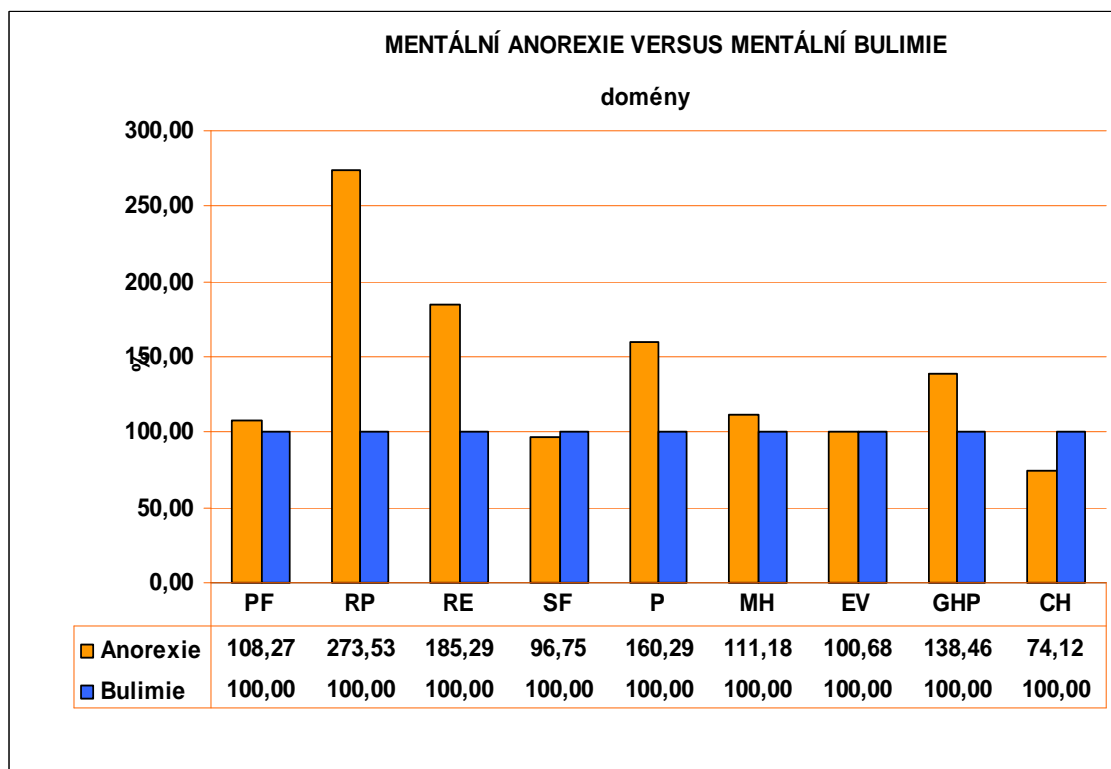
Specimen 1: Račanská-anorexie	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
	x	80,00	45,59	13,73	38,97	71,24	39,53	34,12	40,00
s ²	338,24	1561,42	792,00	825,04	596,35	476,01	600,69	494,12	510,38
s	18,39	39,51	28,14	28,72	24,42	21,82	24,51	22,23	22,59
Specimen 2: Račanská-bulimie	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
	x	73,89	16,67	7,41	40,28	44,44	35,56	33,89	28,89
s ²	337,65	972,22	438,96	304,78	109,74	190,02	220,99	237,65	246,91
s	18,38	31,18	20,95	17,46	10,48	13,78	14,87	15,42	15,71
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception	Change in health
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
u	0,81	2,05	0,65	0,14	3,90	0,57	0,03	1,49	1,90
%	108,27	273,53	185,29	96,75	160,29	111,18	100,68	138,46	74,12
5% významnost	NE	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO
1% významnost	NE	NE	NE	NE	ANO	NE	NE	NE	NE
	1,7 u kritická 5%								
	2,46 u kritická 1%								

Zdroj: Vlastní výzkum

Staticky významné hodnoty na 5 % hladině významnosti jsou v doménách Fyzické omezení rolí (RP), Bolest (P) a Vliv na subjektivně vnímanou změnu v kvalitě života podmíněné zdravím (CH).

Na 1 % hladině významnosti je statisticky významná pouze doména Bolest (P).

Graf č. 8 Procentuální vyjádření hodnot probandů mentální anorexie a mentální bulimie



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu je srovnání kvality života mentální anorexie s mentální bulimií.

Tabulka č. 6 Srovnání souboru základní vzdělání se souborem Oxford

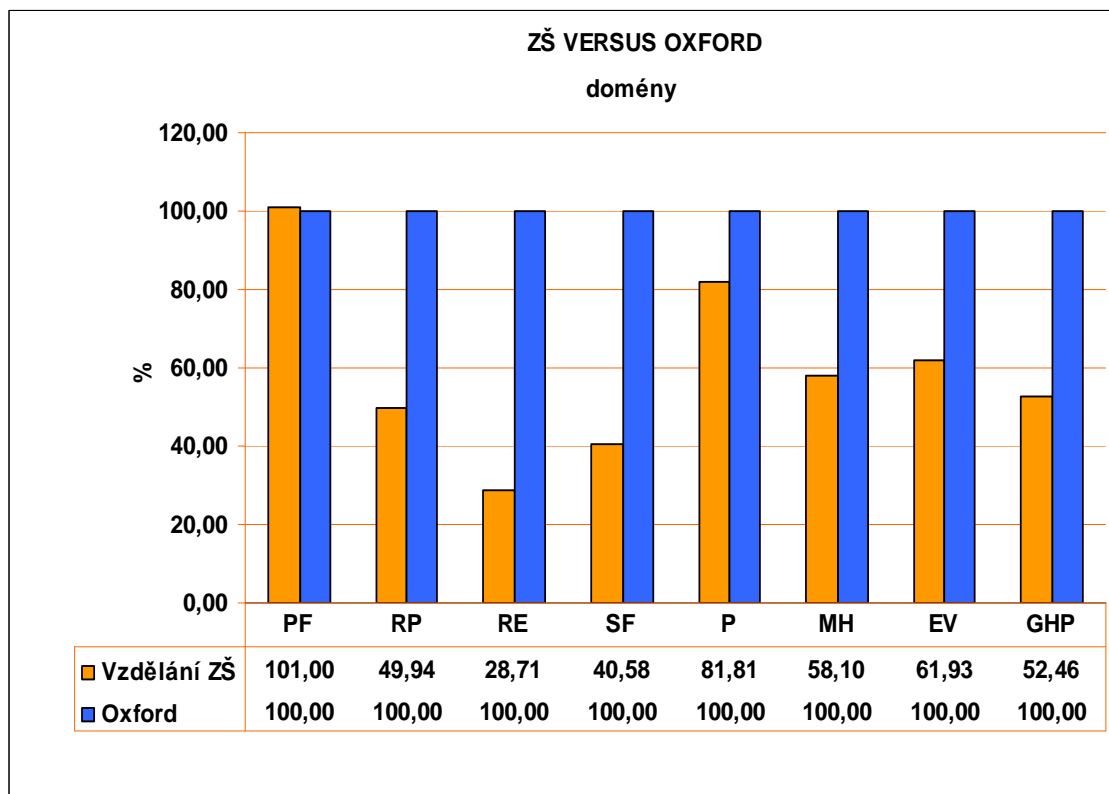
Specimen 1:	Račanská-vzdělání ZŠ							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	89,29	42,86	23,81	35,71	66,67	42,86	37,86	38,57
s ²	245,92	1556,12	1496,60	1358,42	634,92	506,12	820,41	483,67
s	15,68	39,45	38,69	36,86	25,20	22,50	28,64	21,99
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	0,15	2,88	4,04	3,75	1,56	3,63	2,15	4,20
%	101,00	49,94	28,71	40,58	81,81	58,10	61,93	52,46
5% významnost	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO
1% významnost	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE	ANO
	1,77 u kritická 5%							
	2,65 u kritická 1%							

Zdroj: Vlastní výzkum

Na 5 % hladině a 1 % významnosti není staticky významná doména Fyzické funkce (PF) a Bolest (P).

Doména Vitalita (EV) také není statisticky významná na 1 % hladině významnosti.

Graf č. 9 Procentuální vyjádření hodnot probandů se ZŠ vzděláním oproti Oxfordu



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf srovnává kvalitu života nemocných s poruchou příjmu potravy s dokončeným základním vzděláním vůči Oxfordu – zdraví jedinci.

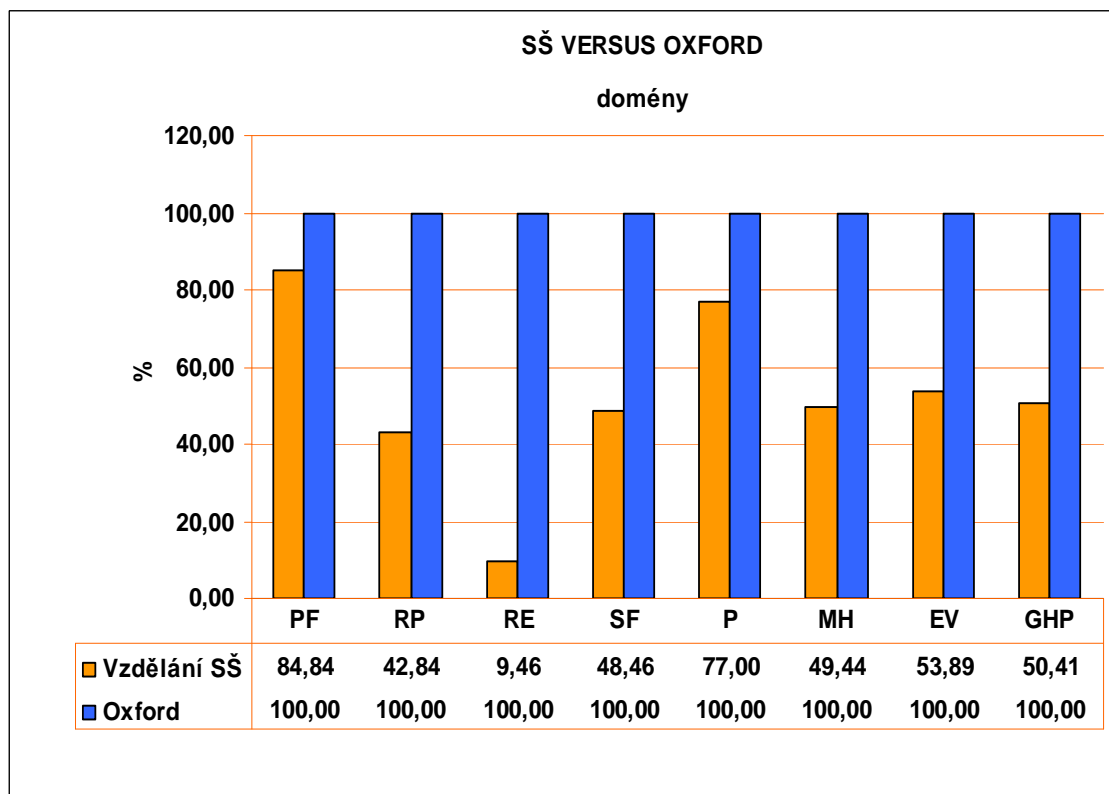
Tabulka č. 7 Srovnání souboru střední vzdělání se souborem Oxford

Specimen 1:	Račanská-vzdělání SŠ							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	75,00	36,76	7,84	42,65	62,75	36,47	32,94	37,06
s ²	338,24	1552,77	330,64	387,11	565,59	359,31	367,82	417,82
s	18,39	39,41	18,18	19,68	23,78	18,96	19,18	20,44
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	3,00	5,13	16,98	9,50	3,25	8,11	6,05	7,35
%	84,84	42,84	9,46	48,46	77,00	49,44	53,89	50,41
5% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
1% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	1,7 u kritická 5%							
	2,46 u kritická 1%							

Zdroj: Vlastní výzkum

Všechny tyto hodnoty jsou staticky významné na 5 % a také na 1 % hladině významnosti.

Graf č. 10 Procentuální vyjádření hodnot probandů se SŠ vzděláním oproti Oxfordu



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf srovnává kvalitu života nemocných s poruchou příjmu potravy s dokončeným středním vzděláním vůči souboru Oxford – zdraví jedinci.

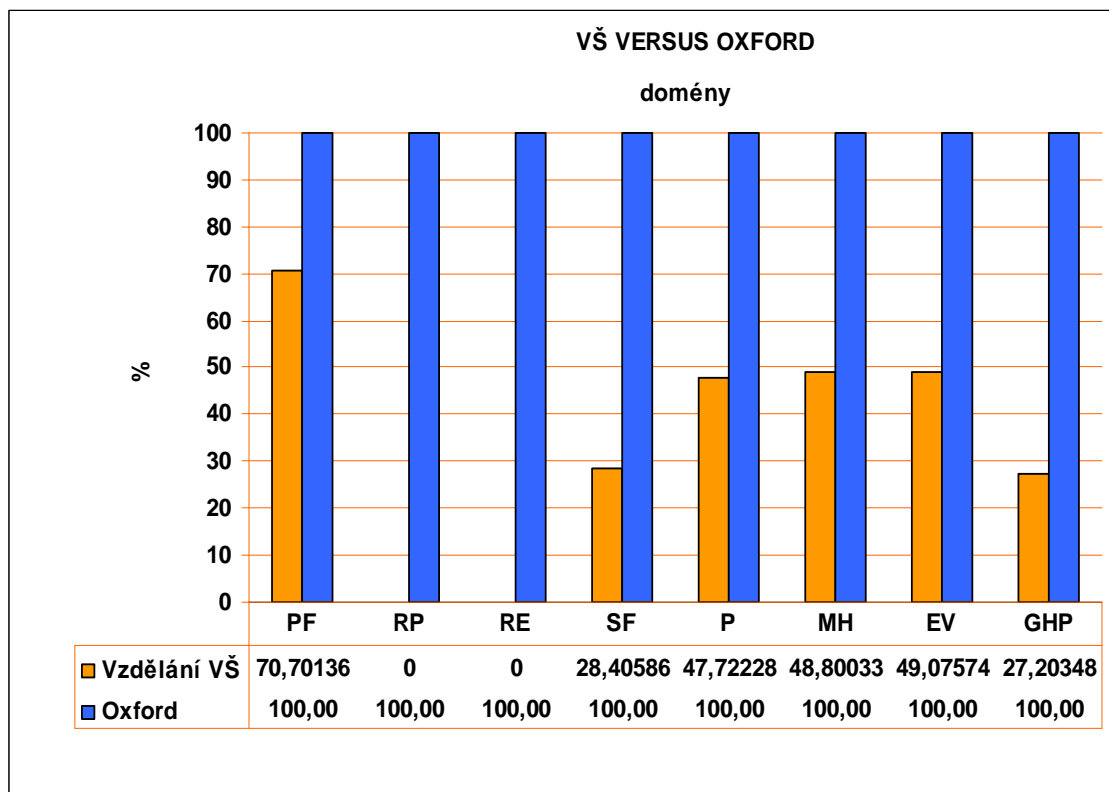
Tabulka č. 8 Srovnání souboru vysokoškolské vzdělání se souborem Oxford

Specimen 1:	Račanská-vzdělání VŠ							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	62,50	0,00	0,00	25,00	38,89	36,00	30,00	20,00
s ²	6,25	0,00	0,00	0,00	30,86	16,00	25,00	100,00
s	2,50	0,00	0,00	0,00	5,56	4,00	5,00	10,00
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	14,57	274,28	249,89	308,98	10,83	13,33	8,79	7,56
%	70,70	0,00	0,00	28,41	47,72	48,80	49,08	27,20
5% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
1% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	2,35 u kritická 5%							
	4,54 u kritická 1%							

Zdroj: Vlastní výzkum

Všechny tyto hodnoty jsou staticky významné na 5 % a také na 1 % hladině významnosti.

Graf č. 11 Procentuální vyjádření hodnot probandů s VŠ vzděláním oproti Oxfordu



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf srovnává kvalitu života nemocných s poruchou příjmu potravy s dokončeným vysokoškolským vzděláním vůči souboru Oxford – zdraví jedinci.

Tabulka č. 9 Srovnání souboru základní vzdělání se souborem vysokoškolské vzdělání

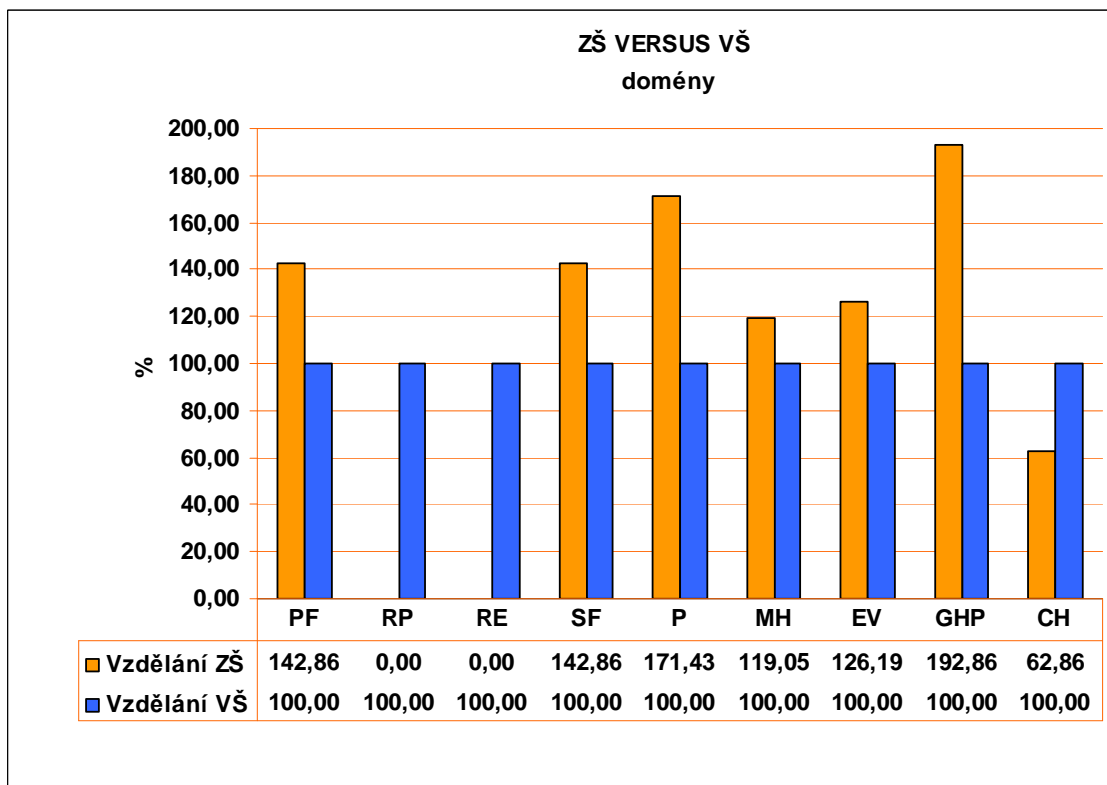
Specimen 1:	Račanská-vzdělání ZŠ								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
x	89,29	42,86	23,81	35,71	66,67	42,86	37,86	38,57	39,29
s ²	245,92	1556,12	1496,60	1358,42	634,92	506,12	820,41	483,67	331,63
s	15,68	39,45	38,69	36,86	25,20	22,50	28,64	21,99	18,21
Specimen 2:	Račanská-vzdělání VŠ								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
x	62,50	0,00	0,00	25,00	38,89	36,00	30,00	20,00	62,50
s ²	6,25	0,00	0,00	0,00	30,86	16,00	25,00	100,00	156,25
s	2,50	0,00	0,00	0,00	5,56	4,00	5,00	10,00	12,50
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception	Change in health
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
u	4,33	2,87	1,63	0,77	2,70	0,77	0,69	1,70	2,07
%	142,86	#DIV/0!	#DIV/0!	142,86	171,43	119,05	126,19	192,86	62,86
5% významnost	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO
1% významnost	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	NE	NE
	1,77 u kritická 5%								
	2,65 u kritická 1%								

Zdroj: Vlastní výzkum

Statický významné hodnoty na 5 % a 1 % hladině významnosti jsou v doménách: Fyzické funkce (PF), Fyzické omezení rolí (RP) a Bolest (P).

Na 5 % hladině významnosti je také statisticky významná doména Vliv na subjektivně vnímanou změnu v kvalitě života podmíněné zdravím (CH).

Graf č. 12 Procentuální vyjádření hodnot probandů se ZŠ vzděláním oproti vzdělání VŠ



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf srovnává kvalitu života jedinců s poruchou příjmu potravy zkoumaného souboru s dokončeným základním vzděláním se souborem jedinců s dokončeným vysokoškolským vzděláním.

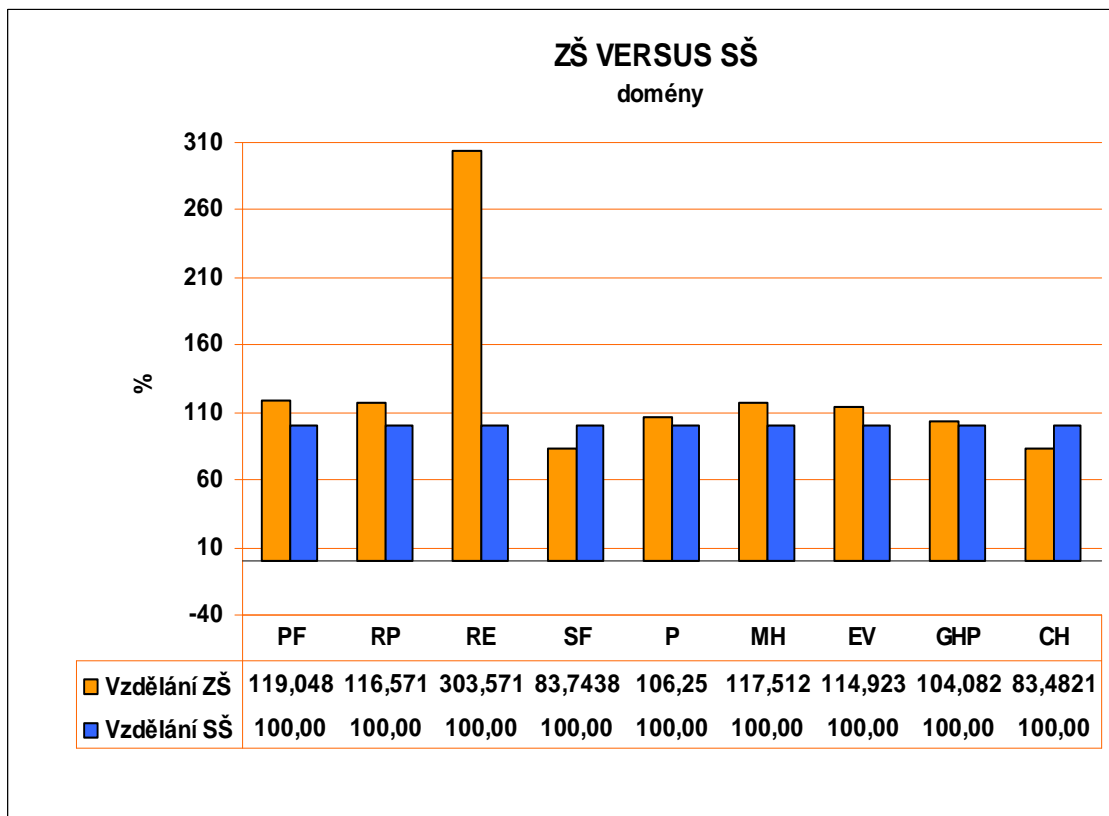
Tabulka č. 10 Srovnání souboru základní vzdělání se souborem střední vzdělání

Specimen 1:	Račanská-vzdělání ZŠ								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
x	89,29	42,86	23,81	35,71	66,67	42,86	37,86	38,57	39,29
s ²	245,92	1556,12	1496,60	1358,42	634,92	506,12	820,41	483,67	331,63
s	15,68	39,45	38,69	36,86	25,20	22,50	28,64	21,99	18,21
Specimen 2:	Račanská-vzdělání SŠ								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
x	75,00	36,76	7,84	42,65	62,75	36,47	32,94	37,06	47,06
s ²	338,24	1552,77	330,64	387,11	565,59	359,31	367,82	417,82	506,06
s	18,39	39,41	18,18	19,68	23,78	18,96	19,18	20,44	22,50
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception	Change in health
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
u	1,93	0,34	1,05	0,47	0,35	0,66	0,42	0,16	0,89
%	119,05	116,57	303,57	83,74	106,25	117,51	114,92	104,08	83,48
5% významnost	ANO	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
1% významnost	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
	1,77 u kritická 5%								
	2,65 u kritická 1%								

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce je statisticky významná na 5 % hladině významnosti pouze doména Fyzické funkce (PF)

Graf č. 13 Procentuální vyjádření hodnot probandů se ZŠ vzděláním oproti vzdělání SŠ



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf srovnává kvalitu života jedinců s poruchou příjmu potravy zkoumaného souboru s dokončeným základním vzděláním se souborem jedinců s dokončeným středoškolským vzděláním.

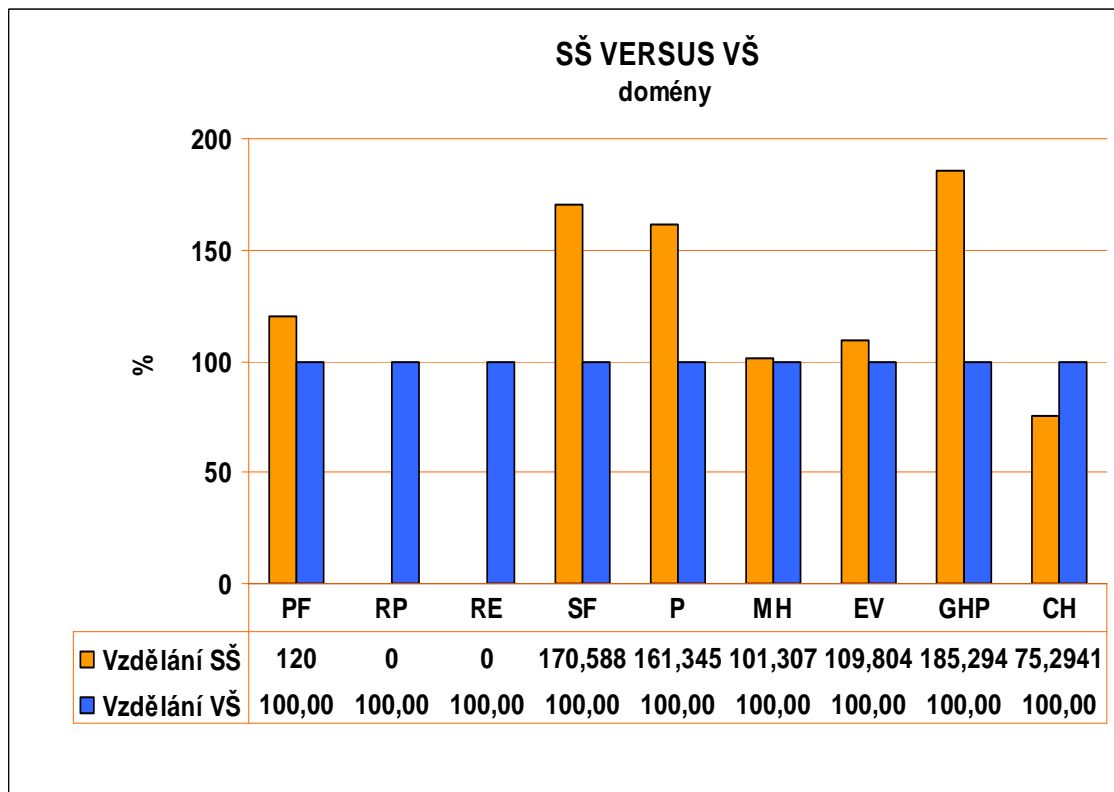
Tabulka č. 11 Srovnání souboru střední vzdělání se souborem vysokoškolské vzdělání

Specimen 1:	Račanská-vzdělání SŠ								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
x	75,00	36,76	7,84	42,65	62,75	36,47	32,94	37,06	47,06
s ²	338,24	1552,77	330,64	387,11	565,59	359,31	367,82	417,82	506,06
s	18,39	39,41	18,18	19,68	23,78	18,96	19,18	20,44	22,50
Specimen 2:	Račanská-vzdělání VŠ								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
x	62,50	0,00	0,00	25,00	38,89	36,00	30,00	20,00	62,50
s ²	6,25	0,00	0,00	0,00	30,86	16,00	25,00	100,00	156,25
s	2,50	0,00	0,00	0,00	5,56	4,00	5,00	10,00	12,50
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception	Change in health
u	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP	CH
	2,61	3,85	1,78	3,70	3,42	0,09	0,50	1,98	1,49
%	120	#DIV/0!	#DIV/0!	170,588235	161,344538	101,30719	109,803922	185,294118	75,2941176
5% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE
1% významnost	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE
	1,7 u kritická 5%								
	2,46 u kritická 1%								

Zdroj: Vlastní výzkum

Na 5 % hladině významnosti nejsou statisticky významné domény Všeobecné duševní zdraví (MH), Vitalita (EV) a doména Vliv na subjektivně vnímanou změnu v kvalitě života podmíněné (CH).

Graf č. 14 Procentuální vyjádření hodnot probandů se SŠ vzděláním oproti vzdělání VŠ



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf srovnává kvalitu života jedinců s poruchou příjmu potravy zkoumaného souboru s dokončeným středoškolským vzděláním se souborem jedinců s dokončeným vysokoškolským vzděláním.

5. DISKUZE

Výzkumných absolventských prací, které se zaměřují na kvalitu života nebo na poruchy příjmu potravy, bylo napsáno mnoho a stále další přibývají. Prací napsaných na kvalitu života podmíněnou poruchou příjmu potravy však mnoho napsáno nebylo.

Činitelé, které ovlivňují kvalitu života a současně mají vliv na aktivity denních činností v různých oblastech, situacích a za různých okolností, jsou zkoumáni a publikováni v mnoha zemích na světě. Nejedna z výše uvedených studií je zaměřena na vysvětlení vztahu mezi kvalitou života a zdravotním stavem. To, jak jedinec subjektivně vnímá svoji vlastní osobu a zda je s ní spokojen či ne, je důležitý aspekt pro zhodnocení úspěšnosti či neúspěšnosti ošetrovatelských, lékařských a sociálních intervencí.(23)

Tato diplomová práce se zaměřuje na kvalitu života podmíněnou poruchami příjmu potravy. Cílem práce bylo zjistit, do jaké míry je kvalita života u mentální anorexie a mentální bulimie v porovnání s Evropským standardem zdravých jedinců Oxford.

Zjišťování kvality života u pacientů s poruchou příjmu potravy probíhalo pomocí dotazníkového nástroje SF – 36, který je vysoce hodnocen pro svoji možnost zachytit i sociální rozměr kvality života a je široce využíván ve všech lékařských oblastech. K hodnocení kvality života byly vyvinuty různé systémy měření, jak uvádí docent Petr Petr.(20). Kvalita života podmíněná zdravím (HRQoL) je pojem, který shrnuje subjektivní a přitom kvantifikovatelné měření jak vnímání vlastního zdraví, tak i chodu životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře (18).

Dotazníky, které měří zhodnocení HRQoL jsou nástroji, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. Prospěch dotazníku, v tomto případě dotazníku SF – 36, který je využitý i v této absolventské práci, může hodnotit výsledky zdravotnických a sociálních intervencí v osmi doménách, kterými jsou: Fyzické funkce (PF), Fyzické omezení rolí (RP), Emoční omezení rolí (RE), Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (SF), Bolest (P), Vitalita (EV) a Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) (4). Pro vyhodnocování HRQoL je

nezbytné mít k dispozici národní nebo regionální standard pro dotazník typu generic. Dotazník SF – 36 splňuje požadavky pro tento typ zmíněného diagnostického nástroje. Je možno tedy porovnávat data probandů s normálními hodnotami, tedy hodnotami zdravých jedinců.

Výsledky výzkumu kvality života, podmíněné zdravím cílového souboru pacientů s poruchami příjmu potravy, byly porovnány s hodnotami normální evropské populace Oxford, které právě samotná Oxfordská studie prohlásila za nositele standardu HRQoL. Výsledky byly následně ve všech hodnocených doménách posouzeny. Jednotlivá dosažená skóre byla zpracována jako procenta rozdílu mezi možným maximálním a minimálním výsledkem. Pro porovnání jednotlivých kategorií kvality života se srovnávaly průměrné hodnoty cílového souboru s průměrnými hodnotami jednotlivých skupin Oxford. Získané hodnoty a změny oproti porovnávané skupině Oxfordu, byly v jednotlivých částech dotazníku SF-36 individuálně srovnávány procentuálně mezi sebou a následně znázorněny v tabulkách a grafech.

V úvodu byly stanoveny tyto hypotézy: Hypotéza č.1.: Poruchy příjmu potravy ovlivňují kvalitu života jejich nositelů. Hypotéza č.2.: Změny kvality života u nositelů PPP jsou závislé na stupni vzdělání

Výzkum byl prováděn na vzorku klientů s poruchou příjmu potravy a to mentální anorexií a mentální bulimií v různých zdravotnických zařízeních.

Pro výzkumnou část práce bylo k dispozici 26 dotazníků. Celkem byl dotazník rozdán 40 respondentům. Návratnost tedy byla celkem 65 %. Tuto vyšší návratnosti si lze vysvětlit citlivostí tématu diplomové práce. Jako konkrétní případ lze následně uvést odmítnutí spolupráce od občanského sdružení Anabell.

Z 26 dotázaných bylo celkem 17 pacientů trpících mentální anorexií a 9 trpících mentální bulimií.

Tento výsledek tedy vyvrací poznámku z knihy Mentální anorexie od Bernarda Leibolda, kde se autor zmiňuje o skutečnosti, že pacientů s mentální anorexií je menší počet než v případě mentální bulimie.(12)

První část dotazníku byla pouze identifikační. Obsahovala tedy otázky týkající se pohlaví, věku a vzdělání.

Ve výzkumném souboru bylo podstatně více žen než mužů, kteří byli v zastoupení pouze jednoho pacienta. Tento drtivý výsledek je následně znázorněn v grafu č. 1. Podle Krcha jsou poruchy příjmu potravy doménou právě převážně žen než mužů. V tomto případě byla tedy tato domněnka potvrzena.(10)

Celkový věkový průměr dotazovaných byl 22,3 let, přičemž věkový průměr pacientů/klientů s mentální anorexií byl 20,6 let a s mentální bulimií pak 25,4 let.

Zjišťováno bylo i nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, jak je znázorněno na grafu č. 2. Tento graf souvisí s hypotézou č. 2, která zjišťovala, zda-li jsou změny kvality života závislé na stupni vzdělání. Tato hypotéza byla potvrzena grafem i tabulkami, přičemž na grafu č. 2 je názorně vidět, že většina dotazovaných má nejvyšší střední dosažené vzdělání – 65 %. Základní školu má dokončeno 27 % a dokončené vysokoškolské vzdělání má pouhých 8 %. Z toho se dá usoudit, že poruchy příjmu potravy skutečně mají vliv na stupeň vzdělání.

Vzhledem k onemocnění, které bylo zájmem v této práci, bylo u všech respondentů zjišťováno i jejich BMI (Body Mass Index). Index tělesné hmotnosti se vypočítá dělením hmotnosti v kilogramech na druhou mocninu výšky postavy v metrech. Hort et al uvádí BMI u anorexie 17,5 a méně, u bulimie se pak BMI pohybuje okolo průměrné normy.(5) Na grafu č.3 je však patrné, že většina respondentů trpí spíše podváhou – 69 %. Nadváha se vyskytla pouze u bulimických pacientek – 8 %. Některé respondentky měly po výpočtu dokonce normální váhu a to 23 %.

5.1 Kvalita života dotázaných jedinců s poruchou příjmu potravy

5.1.1 Rozbor výsledků porovnání s Oxford – viz . Tabulka č.1, Graf č.4

Při porovnání výsledků pacientů s PPP se standardem Oxford bylo zjištěno, že onemocnění poruchy příjmu potravy výrazně snižují kvalitu života nemocných jedinců. Z výsledků, které jsou prezentovány v Tabulce č.1 a Grafu č.4 je patrné, že je kvalita života pacientů s poruchami příjmu potravy výrazně snížena oproti souboru Oxford.

V doméně Fyzické funkce (PF) dosáhli pacienti celkově nejlepšího výsledku. V porovnání se zdravými jedinci nastávají omezení fyzických funkcí pouze u 11,9 procent nemocných, zbylá procenta však neomezují. Další doménou je Bolest (P), která nečiní problémy celým 76,04 procentům respondentů. Třetího nejlepšího výsledku následně dosáhla Vitalita (EV) s celkovými 55,68 procenty. Doména Všeobecné duševní zdraví zaujala 51,72 %. Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) následně dosáhlo výsledku 49,18. Oblast domény Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (SF) je oproti evropskému standardu nižší o 55,21 % a následně druhý nejnižší výsledek představuje 41,46 % v doméně Fyzické omezení rolí (RP). Výrazně nejnižší procentuální zastoupení má doména Emoční omezení rolí (RE) s hodnotou 13,91 %. Emoční omezení rolí brání lidem s poruchami příjmu potravy v normálním společenském životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo i v širší společnosti.

Tím se potvrzuje hypotéza č.1, poukazující na to, že poruchy příjmu potravy ovlivňují kvalitu života jejich nositelů.

Krch uvádí, že poruchy příjmu potravy mění kvalitu života nemocného.[9]

5.1.2 Rozbor výsledků porovnání s Oxford (18) young population – Viz . Tabulka č.2, Graf č.5

S malými procentuálními odchylkami je výsledný soubor poruch příjmu potravy v porovnání s předcházejícími výsledky téměř stejný. Z toho tedy vyplývá, že i přes nízký věk vybrané populace pro evropský standard, jsou tito lidé oproti dotazovaným

pro výzkum v této diplomové práci na lepší úrovni, co se kvality života týče. Tento výsledek pouze potvrzuje hypotézu č.1.

5.2 Kvalita života dotázaných jedinců s mentální anorexií

5.2.1 Rozbor výsledků porovnání s Oxford – Viz. Tabulka č.3, Graf č.6

Porovnané výsledky se standardem Oxford ukazují, že v doméně Fyzické funkce (PF) se hodnota u mentální anorexie pohybuje na 90,50 %. Rozdíl oproti Oxfordu je mírný. Rozdíl je 9,5 %.

U domény Fyzické omezení rolí (RP) jsou mnohem nápadnější rozdíly. Mentální anorexie postihuje fyzické omezení rolí na 53,12 %, což je zřejmý rozdíl oproti Oxfordu a to 46,88 %.

Doména Emoční omezení rolí (RE) vykazuje omezení rolí v běžném životě na základě emoční újmy s výsledkem 16,55 %. Rozdíl, oproti Oxfordu je 83,45 %, což značí ohromné emoční omezení.

Omezení sociálních funkcí (SF) je doménou, kde je nemocí omezeno 44,28 % respondentů. I tady je opět velmi jasný rozdíl s 55,72 % oproti zdravé populaci.

Bolest (P) je u mentální anorexie vnímána celkem dobře a to 87,42 %, vzhledem ke zdravé populaci. Procentuální rozdíl činí 12,58 %.

Všeobecné duševní zdraví (MH) ohodnotili dotázaní na 53,58 %, rozdíl oproti standardu činí 46,42 %.

Vitalita (EV) vykazuje u nemocných s mentální anorexií 55,81 %. Rozdíl proti evropskému standardu činí 44,19 %.

Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je nižší, než-li u zdravých jedinců. Tato doména je ohodnocena dotázanými na 54,41 %, rozdíl tak činí oproti Oxfordu 45,59 %.

Z výzkumu vyplývá, že pacienti trpící touto mentální anorexií jsou ve všech doménách nápadně pod evropským standardem, který stanovuje kvalitu života. Opět i tento rozbor výsledků potvrzuje hypotézu č. 1

5.3 Kvalita života dotázaných jedinců s mentální bulimií

5.3.1 Rozbor výsledků porovnání s Oxford – Viz . Tabulka č.4, Graf č.7

V doméně Fyzické funkce jsou odpovědi u respondentů s mentální bulimií hodnoceny 83,58 %. Rozdíl oproti Oxfordu je celkem mírný 16,42 %.

V doméně Fyzické omezení rolí (RP) jsou rozdíly zřetelně nápadné. Všechny dotazované s bulimií postihuje fyzické omezení rolí na 19,42 %, rozdíl oproti Oxfordu je 56,63%.

Emoční omezení rolí (RE) je doména, která u všech respondentů vykazuje omezení rolí v denních činnostech života na základě újmy vzhledem k emoční sféře s 8,93 %. Oproti Oxfordu činí obrovský rozdíl s 91,07 %.

V doméně Omezení sociálních funkcí (SF) je omezeno nemocí 45,77 % dotazovaných. I tady jasný rozdíl oproti zdravé populaci a to 54,23 %.

Bolest (P) je bulimickými respondenty vnímána hůře a to výsledkem 54,54 %, než jak ji vnímá zdravá populace. Procentuální rozdíl je 45,46%.

Všeobecné duševní zdraví (MH) zhodnotili respondenti s mentální bulimií na 48,20 %, rozdíl oproti standardu činí 51,80 %.

Vitalita (EV) vykazuje u jedinců s mentální bulimií 55,44 %. Rozdíl v porovnání s evropským standardem zdravých jedinců činí 44,56 %.

Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je horší ku zdravé populaci. Respondenti odpověděli 39,29 %, viditelný rozdíl oproti Oxfordu činí 60,71%.

Při srovnání výsledků pacientů s mentální bulimií se standardem Oxford bylo zjištěno, že poruchy příjmu potravy výrazně snižují kvalitu života. Jak se dalo

předpokládat výzkum ukázal, že pacienti trpící touto nemocí jsou ve všech doménách pod evropským standardem, který určuje kvalitu života. Opět se i tady potvrzuje hypotéza č. 1

5.4 Kvalita života dotázaných jedinců s mentální anorexií a porovnání s mentální bulimií – Viz . Tabulka č.5, Graf č.8

V doméně Fyzické funkce je velmi malý rozdíl, který vykazuje horší fyzické funkce u mentální anorexie oproti mentální bulimii. Rozdíl je pouhých 8,27 %.

Doména Fyzické omezení rolí (RP) ukazuje největší rozdíly. Pacienti s mentální anorexií postihuje fyzické omezení rolí hůře než pacienty s bulimií a to s rozdílem 173,53 %.

Emoční omezení rolí (RE) je doména, která vykazuje omezení rolí, které nejvíce zasahuje anorektické pacienty. Oproti mentální bulimii je rozdíl 85,29%.

V doméně Omezení sociálních funkcí (SF) jsou nevýrazné rozdíly značící o něco větší omezení pro jedince s bulimií. Rozdíl činí 3,25 %.

Bolest (P) je respondenty s anorexií vnímána hůře, než jak ji vnímají jedinci s bulimií. Procentuální rozdíl je 60,26 %.

Všeobecné duševní zdraví (MH) vnímají respondenti s mentální bulimií lépe než ti s anorexií a to s rozdílem, který činí 11,18 %.

Vitalita (EV) vykazuje minimální rozdíly při srovnání obou nemocí. Z čehož vyplývá, že jsou oba typy poruch příjmu potravy po vitální stránce na stejné úrovni. Rozdíl činí pouhých 0,68 %.

Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je nápadněji horší pro jedince s mentální anorexií než pro ty s mentální bulimií. Rozdíl činí 38,46 %.

Vliv na subjektivně vnímanou změnu v kvalitě života podmíněné zdravím (CH) vykazuje lepší výsledek pro nemocné s mentální anorexií oproti nemocným s mentální bulimií a to s rozdílem 25,88 %.

5.5 Kvalita života dotázaných jedinců vzhledem k nejvyššímu dosaženému vzdělání

5.5.1 Rozbor výsledků porovnání základního vzdělání (ZŠ) s Oxford – Viz . Tabulka č.6, Graf č.9

Doména Fyzické funkce ukazuje nejmenší rozdíly. Pacienti postižení poruchami příjmu potravy se základním dokončeným vzděláním jsou na tom o něco málo lépe než soubor Oxford. Rozdíl je pouze 1 %.

Doména Fyzické omezení rolí (RP) vykazuje horší výsledek pro ZŠ se 49,94 %. Rozdíl činí oproti Oxfordu 50,06 %.

Emoční omezení rolí (RE) je doména, která vykazuje největší rozdíl ze všech osmi domén s 28,71 %. Značí to výrazné omezení emocemi při denních činnostech. Rozdíl oproti Oxfordu je 71,29 %.

V doméně Omezení sociálních funkcí (SF) je ZŠ oproti zdravé populaci omezena na 40,58%. I tady je opět velice jasný rozdíl oproti zdravé populaci – 59,42 %.

Bolest (P) je respondenty se ZŠ vnímána hůře, než jak ji vnímá zdravá populace. Procentuální rozdíl je 18,19 %.

Všeobecné duševní zdraví (MH) zhodnotili dotázaní se ZŠ na 58,10 %. Rozdíl oproti standardu činí 41,90 %.

Vitalita (EV) je s 61,93 % horším výsledkem u ZŠ s poruchami příjmu potravy vzhledem ke standardu. Rozdíl v porovnání s evropskou populací 38,07 %.

Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je nápadně horší, než-li u zdravé populace – 52,46 %. Rozdíl oproti Oxfordu činí 47,54 %.

5.5.2 Rozbor výsledků porovnání středního vzdělání (SŠ) s Oxford – Viz . Tabulka č.7, Graf č.10

Doména Fyzické funkce ukazuje nejmenší rozdíly v porovnání k ostatním doménám. Pacienti postižení poruchami příjmu potravy se středním dokončeným vzděláním jsou na tom o něco málo lépe než soubor Oxford – 84,84 %. Rozdíl je 15,16 %.

Doména Fyzické omezení rolí (RP) vykazuje horší výsledek pro SŠ se 42,84 %. Rozdíl činí oproti Oxfordu 57,16 %.

Emoční omezení rolí (RE) je doména, která vykazuje největší rozdíl ze všech osmi domén s 9,46 %. Značí to výrazné omezení emocemi při denních činnostech. Rozdíl oproti Oxfordu je 90,54 %.

V doméně Omezení sociálních funkcí (SF) jsou jedinci se SŠ oproti zdravé populaci omezeni s 48,46 %. Rozdíl oproti zdravé populaci – 51,54 %.

Bolest (P) je respondenty se SŠ vnímána hůře, než jak ji vnímá zdravá populace. Na druhou stranu je vnímána jako druhá nejméně zatěžující – 77,00. Procentuální rozdíl je 23 %.

Všeobecné duševní zdraví (MH) vnímají dotázaní se SŠ na 49,44 %. Rozdíl oproti standardu činí 50,56 %.

Vitalita (EV) je s 53,89 % horším výsledkem u SŠ s poruchami příjmu potravy vzhledem ke standardu. Rozdíl v porovnání s evropskou populací činí 46,11 %.

Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je nápadně horší, než-li u zdravé populace – 50,41 %. Rozdíl oproti Oxfordu činí 49,59 %.

5.5.3 Rozbor výsledků porovnání vysokoškolského vzdělání (VŠ) s Oxford – Viz . Tabulka č.8, Graf č.11

Doména Fyzické funkce ukazuje nejmenší rozdíly v porovnání k ostatním doménám. Pacienti postižení poruchami příjmu potravy se vysokoškolským

dokončeným vzděláním jsou na tom o něco málo lépe než soubor Oxford – 70,70 %. Rozdíl je 29,30 %.

Doména Fyzické omezení rolí (RP) vykazuje, že všichni dotázaní VŠ jsou fyzicky omezení k denním činnostem. Rozdíl oproti Oxfordu je 100 %.

Emoční omezení rolí (RE) je doména, která vykazuje, že všichni dotázaní s PPP s dokončeným VŠ vzděláním trpí citovou újmou. Rozdíl oproti Oxfordu je 100 %.

V doméně Omezení sociálních funkcí (SF) jsou jedinci se VŠ oproti zdravé populaci omezeni s 28,40 %. Rozdíl oproti zdravé populaci – 71,60 %.

Bolest (P) je s VŠ+PPP vnímána hůře, než jak ji vnímá zdravá populace. Na druhou stranu je vnímána jako třetí nejméně zatěžující – 47,72 %. Procentuální rozdíl činí 52,28 %.

Všeobecné duševní zdraví (MH) vnímají dotázaní s VŠ na 48,80 %. Rozdíl oproti standardu činí 51,20 %.

Vitalita (EV) je s 49,07 % horším výsledkem u VŠ s poruchami příjmu potravy vzhledem ke standardu, ale vnímána jako druhá nejméně zatěžující. Rozdíl v porovnání se zdravým standardem činí 50,93 %.

Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je nápadně nejhorší, než-li u zdravé populace – 27,20 %. Rozdíl oproti Oxfordu činí 72,80 %.

5.5.4 Rozbor výsledků porovnání základního dokončeného vzdělání (ZŠ) s dokončeným vzděláním vysokoškolským (VŠ) – Viz . Tabulka č.9, Graf č.12

Doména Fyzické funkce je u ZŠ u pacientů s poruchami příjmu potravy na tom hůře než oproti VŠ. Rozdíl je 42,86 %.

Doména Fyzické omezení rolí (RP) vykazuje, že všichni dotázaní ZŠ jsou fyzicky omezení k denním činnostem. Rozdíl oproti VŠ je 100 %.

Emoční omezení rolí (RE) je doména, která vykazuje, že všichni dotázaní s PPP s dokončeným ZŠ vzděláním trpí citovou újmou. Rozdíl oproti VŠ je 100 %.

V doméně Omezení sociálních funkcí (SF) jsou jedinci se ZŠ více omezení oproti VŠ s rozdílem 42,86 %.

Bolest (P) je u ZŠ vnímána hůře, než jak ji vnímá VŠ jedinci s PPP. Zároveň je vnímána jako druhá nejvíce zatěžující pro ZŠ. Procentuální rozdíl činí 71,43 %.

Všeobecné duševní zdraví (MH) vnímají dotázaní s VŠ lépe než jedinci se ZŠ. Rozdíl oproti standardu činí 19,05 %.

Vitalita (EV) je lepším výsledkem u VŠ s poruchami příjmu potravy vzhledem k ZŠ s PPP. Rozdíl v porovnání činí 26,19 %.

Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je u ZŠ nápadně nejhorší než-li u VŠ. Ze všech domén je tato pocíťována jako nejvíce zatěžující pro ZŠ vůči VŠ. Rozdíl činí 92,86 %.

Vliv na subjektivně vnímanou změnu v kvalitě života podmíněné zdravím (CH) vykazuje lepší výsledek pro nemocné s dokončeným ZŠ vzděláním oproti nemocným s dokončeným VŠ vzděláním – 62,86 %. Rozdíl činí 37,14 %.

5.5.5 Rozbor výsledků porovnání základního dokončeného vzdělání (ZŠ) s dokončeným vzděláním středoškolským (SŠ) – Viz. Tabulka č.10, Graf č.13

Doména Fyzické funkce je u ZŠ u pacientů s poruchami příjmu potravy na tom hůře než oproti SŠ. Rozdíl je 19,04 %.

Doména Fyzické omezení rolí (RP) vykazuje, že všichni dotázaní ZŠ jsou více, ale ne výrazně fyzicky omezení k denním činnostem oproti SŠ. Rozdíl je 16,57 %.

Emoční omezení rolí (RE) je doména, která vykazuje, že všichni dotázaní s PPP s dokončeným ZŠ vzděláním trpí citovou újmou mnohem více než jedinci se SŠ. Rozdíl je rapidní a to 203,57 %.

V doméně Omezení sociálních funkcí (SF) jsou jedinci se ZŠ méně omezení oproti SŠ s rozdílem 16,26 %.

Bolest (P) je u ZŠ vnímána hůře, než jak ji vnímá SŠ jedinci s PPP. Rozdíly jsou minimální. Procentuální rozdíl činí 6,25 %.

Všeobecné duševní zdraví (MH) vnímají dotázaní s SŠ lépe než jedinci se ZŠ. Rozdíl je 17,51 %.

Vitalita (EV) je lepším výsledkem u SŠ s poruchami příjmu potravy vzhledem k ZŠ s PPP. Rozdíl v porovnání činí 14,92 %.

Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je u ZŠ nepatrné ku SŠ. Ze všech domén má tato doména minimální rozdíl. Rozdíl činí 4,08 %.

Vliv na subjektivně vnímanou změnu v kvalitě života podmíněné zdravím (CH) vykazuje lepší výsledek pro nemocné s dokončeným ZŠ vzděláním oproti nemocným s dokončeným SŠ vzděláním – 83,48 %. Rozdíl činí 16,52 %.

5.5.6 Rozbor výsledků porovnání středního dokončeného vzdělání (SŠ) s dokončeným vzděláním vysokoškolským (VŠ) – Viz. Tabulka č.11, Graf č.14

Doména Fyzické funkce je u SŠ pacientů s poruchami příjmu potravy na tom hůře než oproti VŠ. Rozdíl činí 20 %.

Doména Fyzické omezení rolí (RP) vykazuje, že všichni dotázaní SŠ jsou fyzicky omezení k denním činnostem. Rozdíl oproti VŠ je 100 %.

Emoční omezení rolí (RE) je doména, která vykazuje, že všichni dotázaní s PPP s dokončeným SŠ vzděláním trpí citovou újmou. Rozdíl oproti VŠ je 100 %.

V doméně Omezení sociálních funkcí (SF) jsou jedinci se SŠ významně omezeni oproti VŠ. Tato doména je druhou, která jedince se SŠ nejvíce omezuje. Rozdíl – 70,58 %.

Bolest (P) je respondenty se SŠ vnímána hůře, než jak ji vnímá VŠ. Je třetí doménou, která je vnímána jako nejvíce zatěžující. Procentuální rozdíl je 61,34 %.

Všeobecné duševní zdraví (MH) vnímají dotázaní se SŠ s minimálním rozdílem hůře vzhledem k VŠ. Rozdíl činí pouhých 1,30 %.

Vitalita (EV) je u SŠ s poruchami příjmu potravy horší vzhledem k jedincům s VŠ. Rozdíl činí 9,80 %.

Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je nápadně horší u jedinců se SŠ než-li u VŠ. Rozdíl činí 85,29 %.

Vliv na subjektivně vnímanou změnu v kvalitě života podmíněné zdravím (CH) vykazuje lepší výsledek pro nemocné se SŠ vůči nemocným s VŠ – 75,29 %. Rozdílem je 24,71 %.

Rozborem výsledků dosažených vzdělání se ukázalo, že změny kvality života u poruch příjmu potravy jsou závislé na stupni vzdělání. Tímto se tedy následně potvrzuje hypotéza č.2.

6. ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zhodnotit kvalitu života v konceptu HRQoL (kvalita života podmíněná zdravím) u osob trpící poruchou příjmu potravy a potvrdit tak hypotézy, poukazující na to, že kvalita života u pacientů postižených mentální anorexií a mentální bulimií je nižší, než-li ve všeobecné populaci, a dále porovnat, zda jsou změny kvality života u nositelů poruch příjmu potravy závislé také na jejich stupni vzdělání.

Pro ujasnění zde uvádím obě hypotézy znějící takto: hypotéza číslo 1. zněla: Poruchy příjmu potravy ovlivňují kvalitu života jejich nositelů, hypotéza číslo 2.: Změny kvality života u nositelů PPP jsou závislé na stupni vzdělání.

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění, které vyplývají ze současného stresujícího způsobu života dnešní civilizace. Prostudováním materiálů o mentální anorexii a mentální bulimii jsem si prohloubila znalosti a současně jsem zjistila, že je toto onemocnění příčinou sociálního stigmatu uspěchané doby. Domnívám se, že pokud by společnost nevytvářela takový nátlak na kult štíhlosti, počet jedinců trpících onemocněním jako je právě mentální anorexie a mentální bulimie, by mohl opravdu značně poklesnout. Kromě toho jsem zastáncem názoru, že existují dívky, které víceméně profitují právě z výše uvedených diagnóz. Většinou je každé dívce i ženě příjemné, když je obdivována okolím vzhledem k její štíhlé postavě, kterou má jen ona pod kontrolou... Odstrašujícím případem jsou hlavně tzv. pro-ana blogy umístěné všude na internetu. Dívky se zde snaží formou diet anorektiček či anorektika a nejen těch, dodržovat přísné diety a v nejhorších situacích i doslova hladoví. Návštěvníci těchto pro-ana blogů následně tyto lidi podporují a někdy i sami tomuto šílenství podléhají. Navíc pokud dívky a ženy vidí právě na internetu, v časopisech, v televizi, na billboardech a v soutěžích krásy štíhlé, mnohdy až vychrtlé ženy, nepřidá jim to na pocitu, že i ony se mohou cítit krásné takové, jaké jsou, a že „vnější obal člověka“ neznamená všechno. Dnešní společnost stručně řečeno preferuje to, co nemá. A jak se říká „všeho moc škodí“, a to zřejmě platí ve všech směrech i oblastech.

Nedostatek odborných pracovišť, která se zabývají léčbou a prevencí poruch příjmu potravy je podle mého názoru obrovským pochybením. I přesto se však mnohým lidem může zdát, že prevence těchto onemocnění je v současné době dostatečně vyhovující. Významnou roli zde zpravidla hraje sociální okolí jedince, jako je jeho rodina, blízcí, kamarádi nebo učitelé, atp., a je tak objektivní prevencí vzniku poruch příjmu potravy. Kdo jiný by si také více mohl povšimnout takové změny, jako je rapidní ztráta kilogramů? Velký pozitivní přínos mají svépomocné skupiny a jejich spolupráce s odborníky. Důležité je, aby prevence začala už v době dětství a ne až v době dospívání. Naneštěstí si málokdo uvědomí, jak dokáže být mentální anorexie i mentální bulimie zákeřná, dokonce až život ohrožující, a jak může ztížit život jedince i jeho blízkých. Změnou postoje většiny z nás k této zpočátku nenápadné nemoci by se dalo dopracovat ke zlepšení toho, aby jedinec vnímal svoje tělo i s případnými nedostatky a místo drastických diet nahradil pocit hubnutí za nějakou jinou aktivitu jako je například výše zmiňovaná pomoc druhým při prevenci těchto onemocnění.

Pro vypracování praktické části mé diplomové práce jsem použila dotazník SF-36, rozvržený do osmi domén podle oblastí, na které se otázky zaměřují. Dotazníky byly následně rozděleny celkem 26 respondentům.

První doménou dotazníku SF-36 jsou fyzické funkce. Doména vypovídající o schopnostech vykonávat středně namáhavé činnosti. Otázky jsou kladeny na zjišťování stavu, jak moc je zhoršena schopnost zvládnout role související s běžným životem – například oblékat se a koupat se, nést běžný nákup, pohnout nábytkem, vyjít po schodech několik pater, atp. Druhá doména je zaměřena na otázky týkající se emočního omezení rolí. Vyjadřuje emoční stav, ve smyslu úzkosti a depresí, které omezují vykonávání práce nebo jiných činností. Úsek, který je zaměřen na sociální funkce popisuje sociální aktivity, jejich omezení ve vztahu k rodině či přátelům. Část dotazníku zaměřená na bolest zjišťuje, do jaké míry bolest omezuje provádění denních aktivit doma, v zaměstnání a v podmínkách na veřejnosti. Část zjišťující duševní zdraví zaznamenává, do jaké míry se dotazovaný cítí šťastný, plný elánu, klidný a vyrovnaný nebo naopak velmi nervózní, opotřebovaný a unavený. Jedna z domén se také zabývá

i stavem vitality respondenta. Doména, která se zabývá všeobecným vnímáním vlastního zdraví, hodnotí zdraví na stupnici výborné až po stupeň velmi špatné.

Ze zjištěných výsledků mého výzkumu, který jsem prováděla, je patrné, že kvalita života u pacientů s poruchami příjmu potravy je výrazně nižší, než-li u zdravé populace.

Diplomová práce s touto vážnou tématikou pro mě byla velkým přínosem. Zajímá mě nejen proto, že je aktuální, ale i proto, že jsem poznala, jaký vliv má dnešní společnost na výskyt tohoto onemocnění. Určitě by stálo za řeč, aby většina z nás změnila postoj k této děsivé skutečnosti.

Tuto práci lze poskytnout samotným jednotlivcům i prevenčním a léčebným zařízením (např. psychiatrickým léčebnám, nadacím, občanským sdružením, praktickým lékařům, sociálním pracovníkům a mnoho dalším), kteří se podílejí na primární a sekundární prevenci u ohrožených skupin a terciární prevenci, kdy se snaží zabránit k opětovnému navrácení této choroby. Stejně tak by tato práce mohla mít význam a být případně i nějak nápomocna při léčbě jedinců trpících poruchami příjmu potravy. Dále může být námětem pro tvorbu metodik a zdravotně – výchovných materiálů pro práci s ohroženými či postiženými skupinami. Informace bude rovněž možné využít ve školách v rámci výuky přírodopisu, biologie, somatologie, rodinné a občanské výchovy a podobných předmětů.

Pokud má absolventská práce v budoucnu přispěje k primární nebo sekundární prevenci poruch příjmu potravy nebo bude pro někoho určitým způsobem užitečnou pomůckou, budu jen ráda, že celkové úsilí s obstaráváním dotazníků od tak úzké skupiny lidí, jako jsou nemocní trpící poruchami příjmu potravy, nebylo bezúčelné.

Obě stanovené hypotézy se mým výzkumem potvrdily. Současně se tedy domnívám se tedy, že cíl práce, který jsem si na začátku vymezila, byl úspěšně splněn.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BRÖHMOVÁ, P. *Jsem já ze všech nejkrásnější?* Praha: Amulet, 1999. 1.vyd. Přeložila z německého originálu Jana Váňová. ISBN 80-82299-17-1
2. CLAUDE-PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy.* 1. vyd., Praha: Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5
3. HALL, L. , COHN, L. *Rozlučte se s bulimií.* Brno: Era. Z originálu přeložil Jakub Zeman, 2003. 256 s. ISBN: 80-86517-60-8
4. HNILICOVÁ, H., *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví.* In: PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví.* 1.vyd. Praha: Triton, 2005. str. 205-217
5. HORT, Vladimír, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
6. KORECKÁ, T. *Kvalita života u chronicky nemocné populace, na příkladu mentální anorexie a mentální bulimie.* České Budějovice, 2008. Bakalářská práce na JU ZSF. Vedoucí práce: Petr Petr.
7. KRCH, D. F. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním.* Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 3. doplněné vyd., 200 str., ISBN 978-80-247-2130-9
8. KRCH, D. F., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout.* 1. vyd. Praha: Motto, 1998. ISBN: 80-85872-86-2
9. KRCH, D. F. *Mentální anorexie.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-7178-598-9
10. KRCH, D. F. et al. *Poruchy příjmu potravy: 2. aktualizované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X
11. KRCH, D. F., MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy – příručka pro učitele.* Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003. 32 s.

12. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Z německého originálu přeložila Mudr. Lidia Běhounková. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0
13. MALONEY, M.; KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd., Praha: Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0
14. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L. *Klinická výživa v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 270 str., ISBN-10: 80-85912-33-3
15. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia Nervosa*. 1. vyd., Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s., ISBN 85121-32-8
16. PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6
17. PAPEŽOVÁ, H. *Poruchy příjmu potravy*. In: Standardy Psychiatrie, Ed. J. Raboch, Praha: Galén, 149-151, 1999. ISBN:80-7262-013-4
18. PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN: 80-7254-657-0
19. PETR, P. Dotazník SF-36 *O kvalitě života podmíněné zdravím*. (*The SF-36 Questionnaire of the Health related Quality of Life*). Kontakt. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 1/2000, ročník 2, str. 17-21. ISSN 1212-4117.
20. PETR, P. *Kvalita života nescifických střevních zánětů*. Kontakt Supplementum 1. ZSF JU v Českých Budějovicích: 1999, roč. 2, 114s. ISSN 1212-4117
21. PETR, P., KALOVÁ, H. *Kvalita života v balneologii*. České Budějovice: Inpress, 2004. ISBN 80-903427-1-X
22. PETR, P. et al. *Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“* (The Regional Standard of Health Related Quality of Life) Kontakt, 2001, roč. 3, č. 3, str. 146-150

23. PETR, P., et al. *Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“ (HRQoL)*. *Závislost a my*. 4/2002, str. 23-27. ISSN 1213- 8584.
24. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. 3. vyd., Praha: Triton s.r.o., 2003, ISBN 80-7254-423-3
25. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. [s.l.] Praha: Grada Publishing, a.s., 1995. 400 s. ISBN 80-7169-168-2.
26. SILBERNAGL, S., FLORIAN, L. *Atlas patofyziologie člověka*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. 390 s. ISBN 80-7169-968-3
27. SLOVÁČEK, L., et al. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. *Vojenské Zdravotnické Listy*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie JEP. Ročník LXXIII, 2004, č.1. ISSN: 0372-7025
28. [cit. 2009-02-4] [online]. Dostupné z WWW: <http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL1_2004/Vz11_2.Slovacek.pdf>
29. ŠEVČÍKOVÁ SLADKÁ., J. *Z deníku bulimičky*. *Vydání 1*. Praha: Portál, 2003. 128s. ISBN 80-7178-795-7
30. VOMASTEK, P. *Z deníku anorektika*. Praha: Houška, 2000. 256 s. ISBN 80-86065-10-3
31. VURM, V., PETR, P., KALOVÁ, H., et al. *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci*. *Kontakt*, 2003, vol. 1, (no. 1), p. 19-24.

JINÉ ZDROJE: INTERNET

32. IDEÁLNÍ.CZ. *Tělesné potíže související s mentální anorexií a bulimií* [online]. [cit. 2009-04-28] Dostupné z WWW: <http://idealni.cz/vyzkousejte_potize-a.asp>
33. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologické pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. [online] [cit. 2009-03-2] Dostupné z WWW: <<http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky.html>>

34. NICM. *Poruchy příjmu potravy - charakteristika* [online]. Poslední revize 2007-02-22.[cit. 2009-04-28] Dostupné z WWW: <http://icm.cz/poruchy-prijmu-potravy-charakteristika>
35. OSOBNOSTI.CZ. *Diana Spencer* [online] [cit. 2009-05-10] Dostupné z WWW <<http://foto.osobnosti.cz/diana-spencer-91527>>
36. PRO-ANA-ANETT.BLOG. *Největší thinspo* [online] [cit. 2009-05-10] Dostupné z WWW: <<http://pro-ana-anett.blog.cz/0805/nejvetsi-thinspo>>
37. REGIONY24. *Anorexie zanechává stopy na mozku.* [online] Poslední revize 2008-08-25 [cit. 2009-05-2] Dostupné z WWW: http://regiony24.cz/zdravotnictvi/vypis.aspx?id_clanku=37194
38. SEZNAM.CZ,a.s. *Seznam-slovník* [online]. [cit. 2009-03-10] Dostupné z WWW: <http://slovník.seznam.cz/?q=twig&lang=en_cz>
39. SVOBODOVÁ. *Kvalita života.* [online] [cit. 2009-02-4] Dostupné z WWW: <<http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>>
40. ŠMÍDOVÁ, J. *Mentální anorexie – příznaky.* [online], poslední aktualizace 2008-04-9 [cit. 2009-04-3] Dostupné z WWW: <<http://celostnimediceina.cz/mentalni-anorexie-priznaky.htm>>
41. ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99)* [online]. Poslední revize 2009-12-01. [cit. 2009-03-5] Dostupné z WWW: <<http://uzis.cz/cz/mkn/index.html>>
42. WD. *Apepsia hysterica* [online]. Poslední revize 2009-05-6 [cit. 2009-04-20] Dostupné z WWW: <http://wrongdiagnosis.com/medical/apepsia_hysterica.htm>
43. WELLNESS – ZDRAVÍ. *Body Mass Index* [online] [cit. 2009-05-10] Dostupné z WWW: <<http://wellness-zdravi.com/bmi.html>>
44. WIKIPEDIE. *Bulimie* [online], poslední aktualizace 2009-03 23 [cit. 2009-04-11], Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Bulimie>>

45. WIKIPEDIE. *Maslowova pyramida* [online], poslední aktualizace 2009-04-20 [cit. 2009-04-25], Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida>
46. WIKIPEDIE. *Mentální anorexie* [online], poslední aktualizace 2009-03-20 [cit. 2009-04-5]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_anorexie>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy příjmu potravy (PPP)

Mentální anorexie (MA)

Mentální bulimie (MB)

Kvalita života

HRQoL - Health Related Quality of Life (Kvalita života podmíněná zdravím)

SF – 36

9. PŘÍLOHY

Příloha č.1: Dotazník SF-36

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. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti 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 několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici sto metrů	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. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
d. Měl(a) jste potíže 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. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

6. Uvedte, 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)

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
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)	1	2	3	4	5	6
klid a pohodu?						
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. Uveďte, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)?

(zakroužkujte jedno číslo)

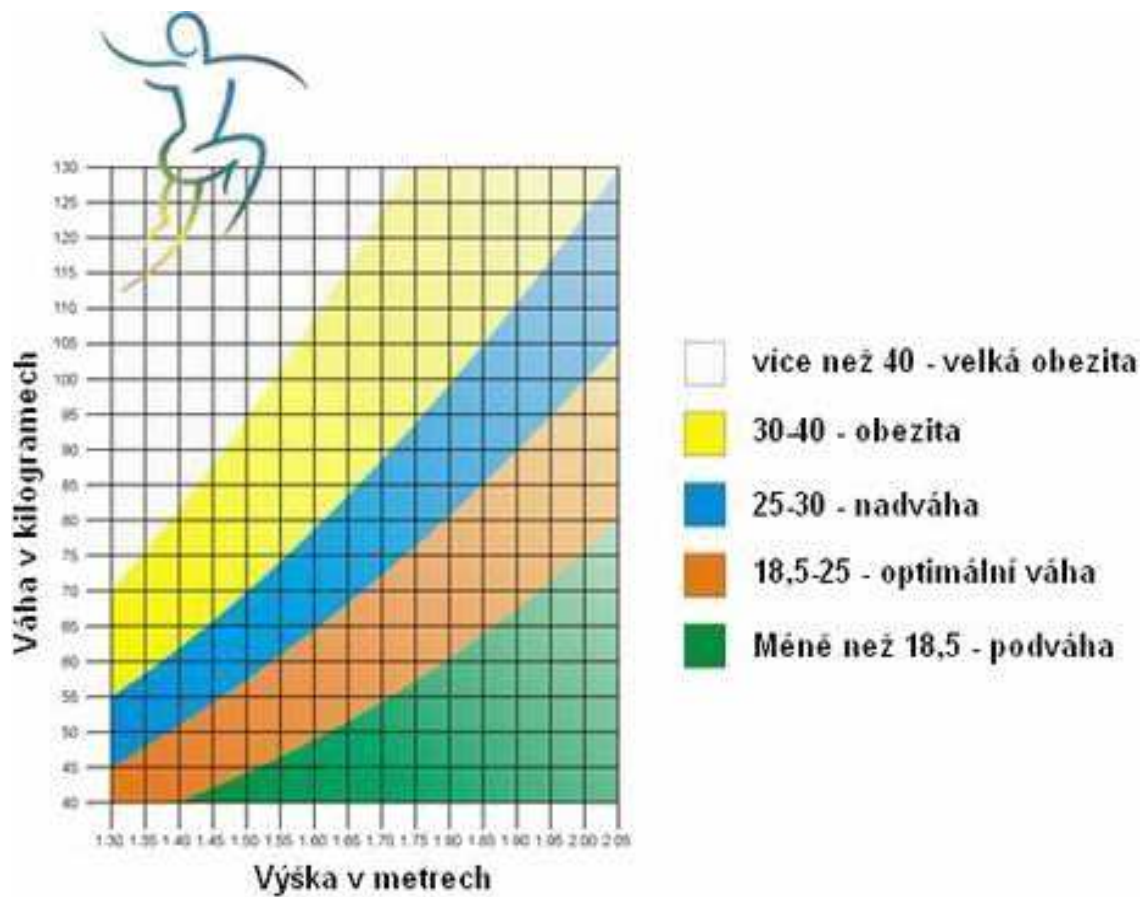
Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

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

	Jistě ano	Spíše ano	Nejsem si jist	Spíše ne	Určitě ne
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

Datum:

Příloha č.2 Tabulka BMI



Zdroj: (42)

Příloha č.3

Anorexie – lehce poznatelná



Zdroj: (36)



Zdroj: (35)

Příloha č. 4

Bulimie – těžko poznatelná



Zdroj: (34)