JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA BIOLOGIE

Anorexie u současné ženské populace

Renata Bednaříková

Vedoucí bakalářské práce: **RNDr. Zuzana Šmídová, Ph.D.**
2015

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřená na jednu z nejzávažnějších poruch příjmu potravy - mentální anorexii. Nemoc ve většině případů postihuje dospívající dívky a mladé ženy, není však výjimkou, že anorexií trpí desetileté děti či ženy po třicítce.

Teoretická část práce se věnuje příčinám vzniku anorexie, následkům, druhům léčby a také prevencí.

Součástí praktické části je sběr důležitých dat od konkrétních respondentek, které mají s anorexií osobní zkušenost. Byla použita metoda kvalitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření.

Cílem práce je seznámení se s problematikou mentální anorexie a rovněž zpracování výsledků dotazníkového šetření zjišťující věk anorektiček, hlavní příčiny, délku trvání nemoci před zahájením léčby, změny v chování a mnohé další.

Získané výsledky přispějí k hlubšímu porozumění problematice anorexie u současné ženské populace.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, příčiny, důsledky, léčba, prevence

ABSTRACT

The bachelor thesis is focusing on one of the most serious eating disorders – anorexia nervosa. In most cases, the illness affects teenage girls and young women. However, it is not unusual for ten years old children or women in their thirties to suffer from anorexia.

The theoretical part examines the cause and consequences of anorexia and also the types of treatment and prevention.

The practical part includes a collection of important data from particular respondents who have personal experience with anorexia. The quantitative research method of questionnaire survey was used.

The purpose of this thesis is the introduction to the problem of anorexia nervosa as well as processing of the survey questionnaire´s results determining age of anorexics, main causes, length of illness before starting treatment, behaviour changes and many others.

The collected data and achieved results will contribute towards a deeper understanding of problems with anorexia within the current population of women.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, causes, effects, treatment, prevention

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum: Podpis studenta:

Poděkování

Děkuji paní RNDr. Zuzaně Šmídové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, za její vstřícnost, cenné rady a čas, který mi věnovala. Dále děkuji respondentkám za jejich ochotu při vyplňování dotazníků a v neposlední řade své rodině za podporu, kterou mi poskytovala po celou dobu studia.

OBSAH

ÚVOD **1**
1 SOUČASNÝ STAV **3**
1.1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY 3
1.2 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY 4
1.2.1 Mentální bulimie 4
1.2.2 Mentální anorexie 4
1.2.3 Psychogenní přejídání 4
1.3 ANOREXIA NERVOSA 5
1.3.1 Specifické typy mentální anorexie 6
1.3.2 Stádia mentální anorexie 6
1.3.3 Výskyt onemocnění v populaci 7
1.3.4 Akutní pubertální a chronická mentální anorexie 8
1.4 PŘÍČINY MENTÁLNÍ ANOREXIE 9
1.4.1 Sociální příčiny 9
1.4.2 Individuální příčiny 10
1.5 PŘÍZNAKY MENTÁLNÍ ANOREXIE 12
1.6 NÁSLEDKY MENTÁLNÍ ANOREXIE 15
1.6.1 Fyzické následky 15
1.6.2 Psychické následky 18
1.7 MENTÁLNÍ ANOREXIE A TĚHOTENSTVÍ 20
1.8 LÉČBA MENTÁLNÍ ANOREXIE 20
1.8.1 Hospitalizace 21
1.8.2 Postup léčby 21
1.8.3 Možnosti léčby 23
1.9 PREVENCE MENTÁLNÍ ANOREXIE 27
2 METODIKA **29**
2.1 POUŽITÉ METODY VÝZKUMU 29
3 VÝSLEDKY **30**
4 DISKUZE **38**
5 ZÁVĚR **42**
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ **43**
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK
SEZNAM TABULEK
SEZNAM GRAFŮ
SEZNAM PŘÍLOH
PŘÍLOHY

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je mentální anorexie u současné ženské populace. Jedná se o velmi závažnou poruchu příjmu potravy postihující zejména dospívající dívky a mladé ženy. S anorexií je spojeno mnoho zdravotních komplikací, a v těch nehorších případech, může končit smrtí.

Jak v televizi, tak ve skutečném životě se můžeme setkat s nejedním, ač šťastně či méně šťastně končícím příběhem mladé dívky či ženy, která prodělala zákeřnou nemoc jménem anorexie. To je hlavní důvod, proč jsem si vybrala právě toto téma - touha dozvědět se o dané problematice co nejvíce. Zjistit, jaké příčiny mohou za vznik nemoci, její následky, možnosti léčby a prevence.

Již v útlém věku na děti působí různé faktory, které mohou v budoucnu zapříčinit vznik anorexie. Například pohádky, ve kterých bývají „tlouštíci" prezentováni jako líní a hloupí lidé, v nich mohly vytvořit určité předsudky, díky kterým se nyní na obézní lidi dívají skrze prsty.

Protikladem je panenka „Barbie", která může být falešných ideálem krásy mnoha mladých dívek, pro její dokonalou tvář a souměrnou postavu. Vypadat však jako tato panenka, s mírami 92-46-84, snad není ani možné.

V důsledku těchto skutečností si dítě vytvoří zkreslené představy o tom, jak by mělo vypadat a sebemenší vybočení může mít neblahé následky. Proto je důležitá správná výchova a vedení dětí tak, aby byl člověk hodnocen ne podle vzhledu, nýbrž podle toho, jaký je.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Stěžejní literaturu, použitou k vypracování teoretické části, tvořily knihy: „Mentální Anorexie" Františka Davida Krcha, který patří k odborníkům v daném oboru, stejnojmenná kniha Gerharda Leibolda či „Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání", jejíž autorkou je Jana Kocourková a další.

Součástí praktické části je dotazníkové šetření předložené přímo dívkám postižených anorexií.

Cílem práce je zjistit věk postižených dívek, hlavní příčiny vedoucí ke vzniku mentální anorexie, délku trvání nemoci před zahájením léčby, psychické změny a mnohé další.

Záměrem mé práce je zhodnotit průběh onemocnění u současné ženské populace za pomoci důležitých informací získaných z dotazníkového šetření.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Poruchy příjmu potravy

„*Poruchy příjmu potravy jsou komplexním onemocněním, které postihuje se vzrůstající frekvencí především dospívající dívky a mladé ženy, přitom věková hladina pacientek je stále nižší“* (Zámečníková a Hrdlička, 2003).

Pro svůj chronický průběh, závažné psychické, somatické a sociální důsledky jsou poruchy příjmu potravy (PPP) jedním z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění. Vzhledem k tomu, že ohroženou populací jsou zejména dívky v pubertálním věku a mladé ženy, budeme mluvit o nemocných v ženském rodě (Kocourková a kol., 1997; Krch a kol., 1999).

Nespokojenost se svým tělem, nevhodné jídelní návyky, strach z tloušťky a přehnaná „kontrola“ tělesné hmotnosti, to vše značí nevhodný jídelní postoj, který zasahuje do fyziologie organismu a tím může vést k psychologickým a dlouhodobě sociálním důsledkům. Rozvoj PPP bývá často pomalý a nenápadný, ztracený v nevhodných stravovacích návycích rodiny a vrstevníků.

Mezi poruchy příjmu potravy se především řadí mentální anorexie (MA), mentální bulimie (MB) a psychogenní přejídání.

Mentální anorexie a mentální bulimie mají mnoho společného. Pro zmíněné poruchy je příznačné neustálé zabývání se svým vzhledem, strach z tloušťky a vytrvalé snažení zhubnout nebo alespoň udržet si stávající tělesnou hmotnost (Marádová, 2007).

Z obecnější psychopatologie pak nízké sebevědomí, sociální problémy či somatické obtíže, které zejména závisí na způsobu kontroly tělesné váhy (Krch a kol., 1999).

Odlišné příznaky pozorujeme především v závažnosti podvýživy a v metodách používaných ke kontrole váhy. Míra podvýživy a intenzita užívaných metod na hubnutí souvisí s dalšími psychickými a zdravotními problémy.

Příznačným obdobím pro vznik těchto poruch bývá dospívání, které negativně ovlivňuje formování osobnosti postižené a výrazně ovlivňuje její pracovní a sociální dovednosti (Krch, 2007).

1.2 Základní charakteristiky

1.2.1 Mentální bulimie

Mentální bulimie je porucha projevující se opakovanými záchvaty přejídání (pocit přejedení může být relativní), nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti provázené úmyslně navozeným zvracením, zneužíváním projímadel nebo léků na odvodnění. S tímto onemocněním je také spojeno opakujícími se hladovění a nadměrné cvičení (Krch, 2002).

Bulimie se může vyskytnout i u anorektiček, které se rozhodly jíst. Stále u nich však přetrvává nevhodný postoj k jídlu (Leibold, 1995).

Na rozdíl od anorexie, kdy dochází k úbytku tělesné váhy, se váha u bulimiček nijak zvlášť nemění (Krch a kol., 1999).

1.2.2 Mentální anorexie

„Mentální anorexie je charakterizována postupným ubýváním na váze, které je úmyslně vyvolané a udržované“ (Navrátilová a Hamrová, 2009).

Postižené odmítají jídlo z důvodu, že jíst nechtějí, ne proto, že by na jídlo neměly chuť. Právě naopak, v některých případech je omezování v jídle doprovázeno zvýšenou chutí, například na sladké (Marádová, 2007).

Až dlouhodobější hladovění má za následek výrazné oslabení chuti k jídlu nebo nechutenství, které se však u některých pacientek objevit nemusí (Krch a kol., 1999).

1.2.3 Psychogenní přejídání

Onemocnění se může objevit od dospívání v podstatě v jakémkoliv věku a postihnout jak ženy, tak muže. Nevyvážené stravování je častou příčinou tohoto onemocnění. Omezování v jídle (až hladovění) či jednostranný jídelníček je vystřídán touhami se přejíst a tyto stavy se s pravidelností opakují.

Po zkonzumování vysokého množství potravy se u nemocného dostavují fyzicky nepříjemné pocity z přejedení, které nejsou zpravidla doprovázeny zvracením. Dochází k nárůstu hmotnosti a s tím narůstá i nespokojenost se sebou samým. Reakce na stres, citové strádání nebo depresivní nálady mohou dále tuto poruchu rozvíjet (Kulhánek, 2014).

1.3 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa (náruživá abnormální snaha zhubnout) je vážnou nemocí postihující především dívky ve věku třinácti až dvaceti let. Nevylučuje se však možnost setkat se s počátkem poruchy po třicátém, ve výjimečných případech, i po čtyřicátém roce věku (Krch a kol., 1999; Leibold, 1995).

Samotný název „anorexie" v přesném významu odkazuje ke ztrátě chuti. U anorektiček se ale nejedná o pravou ztrátu chuti k jídlu, aspoň ne zpočátku. Jedná se o boj mezi chutí a hladem, vítěz je jasný. Schopnost kontrolovat se, ovládat se a zhubnout jim přináší potěšení. Tam, kde člověk obvykle nachází slast a relaxaci, jak je běžné v případě jedení či sexuality, tam dívka trpící anorexií prožívá pocity ohrožení a úzkosti. Těmto pocitům se snaží ubránit tím, že ještě zesílí své kontrolující chování (Kocourková a kol.,1997).

Snaha anorektiček o snížení váhy se však liší od žen držících různé redukční diety, protože ty po dosáhnutí svého cíle jíst opět začnou. Je provází neustálý strach z tloušťky spojený se zkreslenou představou o vlastním těle a zejména tyto důvody přimějí ženu k rozhodnutí zhubnout (Papežová, 2003; Krch, 2002).

Důsledkem hladovění jsou zdravotní problémy, které si vyžadují odbornou diagnostiku a terapii. S anorexií je spojeno mnoho zdravotních komplikací a její neléčení může vést do anorexie chronické nebo končit smrtí (Papežová, 2003; Leibold, 1995).

Základní diagnostická kritéria mentální anorexie:

- tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní nebo BMI[1] 17,5 (kg/m^2) a nižší,
- snížení váhy si postižená způsobuje sama tím, že se vyhýbá potravinám, po kterých se „tloustne" nebo nadměrně cvičí, užívá laxativa (projímadla), anorektika (látky potlačující chuť k jídlu), diuretika (látky zvyšující vylučování moči a odvodnění organismu), či zvrací,
- neustálý strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neústupná vtíravá obava z dalšího tloustnutí,
- endokrinní poruchy, projevující se u žen jako *amenorhea* (vynechání menstruačního krvácení), děložní krvácení přetrvává u anorektiček užívajících antikoncepci,

[1] BMI (Body Mass Index) = hmotnost (kg)/výška (m)^2

- pubertální projevy jsou opožděny nebo úplně pozastaveny, dívka přestává růst, zastaví se vývoj prsou a dostavuje se primární *amenorhea* (Kocourková a kol., 1997).

U dospělých se k měření tělesné hmotnosti využívá BMI, zatímco u dětí a adolescentů se používají speciální percentilové tabulky z důvodu výrazně se měnících hodnot spojených s narůstajícím věkem (Bláha, 2002).

Tabulka I: Tabulka tělesné hmotnosti podle BMI (Zdroj: Navrátilová a Hamrová, 2009)

BMI (kg/m^2)	**STAV VÝŽIVY**
pod 16	těžká podvýživa
16 - 18,4	podvýživa
18,5 – 24,9	normální stav
25 – 29,9	mírná nadváha
nad 30	obezita

1.3.1 Specifické typy mentální anorexie

Rozlišujeme dva specifické typy mentální anorexie. Bulimický (purgativní) typ, je typem anorexie, kdy u pacientky v průběhu nemoci dochází k častým záchvatům přejídání. Opakem je typ nebulimický (restriktivní), kde k opakujícím se záchvatům přejídání nedochází (Krch a kol., 1999).

1.3.2 Stádia mentální anorexie

Chování anorektiček můžeme rozdělit do 5 stádií:

1. Popření – Hovoříme o počátečním stádiu, kdy anorektické dívky ani nenapadne, že je něco v nepořádku. Nevěří, že by mohly mít problém a nechtějí nic měnit.
2. Úvaha – Dívkám dochází, že je něco v nepořádku. Začínají pozorovat obtíže spojené s jídlem a jídelním chováním. Některé si uvědomují, že je zapotřebí něco změnit, odpovídají na konfrontaci či poučení. Na druhé straně je stále doprovází nerozhodnost a nečiní žádné aktivní kroky k tomu, aby něco změnily.

3. Příprava – Postižené mohou chtít a přát si něco změnit, nejsou si ale jisty, co se může stát, když se změní jejich jídelní chování. Faktory, které změnu ztěžují, mohou v tomto případě hrát význačnou roli.
4. Akce – Ve čtvrtém stádiu se postižené mohou rozhodnout pro změnu, a jako první začít u změny svého chování. Snaží se pozměnit svou přísnou kontrolu nad dietami a věří, že jsou schopny vydržet, když začnou jinak a využijí povzbuzení a podpory svého okolí.
5. Udržení – Dále pracují na svém uzdravení a vyhýbají se případnému „uklouznutí“.

Dívky těmito fázemi neprocházejí postupně až k trvalému zlepšení. Některé projdou všemi fázemi i několikrát dokola, jiné uvíznou ve fázi rané (Papežová, 2003).

1.3.3 Výskyt onemocnění v populaci

Již v minulosti byla ženskému tělu věnována větší pozornost. Z dostupných zdrojů je tedy dokázáno, že mentální anorexií nejčastěji trpí mladé dívky a ženy. V dnešní době okolo 60 % žen po celém světě není spokojeno se svojí váhou. Volí různé způsoby hubnutí, které mohou odstartovat právě mentální anorexii.

Počet anorektických dívek je v České republice srovnatelný se zeměmi západní Evropy, kde nemocí trpí jedna z dvou set (0,5 – 0,8 %).

Nemoc ohrožuje dívky v průběhu puberty, kdy se výrazně mění jejich tělo a viditelně vzrůstá jejich tělesná hmotnost. Na konci puberty se mohou určité příznaky nemoci objevit až u 6 % všech dívek. To vše může být způsobeno zaměňováním diet za normální jídelní režim, kdy jen malý počet dívek má reálnou představu o tom, kolik by měly vážit. Proto až u 10 % mladých žen můžeme pozorovat nevhodné jídelní postoje společně s ohrožujícími způsoby, jakými kontrolují svou tělesnou hmotnost (Anders, 2007; Krch, 2002).

Dosavadní studie uvádí, že dieta zvyšuje riziko vniku MA až osmkrát. Dodržování diet je dáváno do souvislosti zejména s měnícím se módním ideálem a představou společnosti o kráse a zdraví. Současné, „ideální“ proporce jsou však pro mnoho žen téměř nedosažitelné, tudíž sebemenší pokus o dosáhnutí tohoto „ideálu´“ je i zdravotně ohrožující (Anders, 2007).

1.3.4 Akutní pubertální a chronická mentální anorexie

Mentální anorexie má dvě formy – akutní a chronickou. Akutní anorexie postihuje především dívky v období puberty, proto se nazývá akutní pubertální anorexie. V tomto stádiu se rapidně snižuje váha postižené a dochází tak k závažnému tělesnému postižení, které bez okamžité léčby může končit smrtelně z důvodu vyčerpání organismu (Zámečníková a Hrdlička, 2003).

Mezi příznaky akutní pubertální anorexie patří:

- odmítání potravy,
- rychlé snižování hmotnosti,
- přehnaná starost o druhé,
- přehnaná činorodost,
- popírání tělesných signálů (Leibold, 1995).

Až u třetiny pacientek je akutní anorexie vystřídána chronickou formou. Na rozdíl od akutní formy anorexie se chronická může projevit v jakémkoli věku a její průběh bývá často spojován se sociální izolací a pracovní invalidizací postižené (Krch, 2007).

Ženy trpící touto formou anorexie potravu přijímají, pouze však v minimálním množství dostačujícím k jejich přežití. To ale neznamená vyléčení, nýbrž prostý kompromis, jak se vyhnout nucenému léčení nebo smrti. Nicméně s příchodem nepříjemných okolností se akutní anorexie může znovu objevit (Leibold, 1995).

Typické způsoby chování chronických anorektiček u jídla:

- příjem potravy na akceptované minimum k udržení stanovené tělesné hmotnosti (mnoho z nich také zneužívá léky či úmyslně zvrací),
- přesná kontrola množství konzumované potravy (odhadem, pomocí váhy nebo kalorických tabulek),
- upřednostňování jídel s nízkým obsahem kalorií.

Rozdíl mezi akutní a chronickou anorexií je v postoji pacientky k jídlu. Zatímco postižená akutní formou předpokládá, že pro sebe dělá jen to nejlepší, pacientka trpící chronickou anorexií tuší, že její chování není normální (Leibold, 1995).

1.4 Příčiny mentální anorexie

Podle výzkumných a klinických pracovníků doposud neexistuje jednoznačná příčinná událost či specifický etiologický faktor, který by nám vysvětlil obtíže, jimiž anorektičky trpí. Převážná většina odborníků ale věří, že na vzniku nemoci spolupůsobí více faktorů (Krch a kol., 1999).

Podle Marádové (2007) a Černé (2008) je strach z tloušťky úzce spjat s narušeným vnímáním vlastního těla a popíráním závažnosti nízké tělesné hmotnosti. Za nespokojenost s obrazem vlastního těla mohou různé faktory a vztahy mezi nimi (genetická predispozice, vnímání vlastního těla, sebehodnocení, celková životní spokojenost, rodinné problémy, rychlý nárůst tělesné hmotnosti, společenský tlak a tlak médií, nemístné poznámky okolí,…). Je zjevné, že až v případě, kdy na člověka začne působit více činitelů, nemoc může propuknout.

1.4.1 Sociální příčiny

Již v dětském věku je člověk vystaven tlakům a požadavkům společnosti, s nimiž se musí krok po kroku vyrovnávat. Takto se pomalu dostává do společnosti a učí se, jak se oprávněným a odůvodněným požadavkům podřizovat a neoprávněným naopak odporovat. To jim umožňuje v dospělosti vést naplněný život.

Jak úspěšný tento proces bude, částečně závisí na výchově, částečně je určován tím, jaké představy o společnosti dítě v průběhu svého vývoje nabude. Avšak nepříznivé sociální vlivy mohou zapříčinit, že přestanou usilovat o zařazení do světa dospělých. S tímto konfliktem se potýkají nejenom děti, ale i pubescenti v průběhu jejich sociálního dozrávání. Řešením je přizpůsobení se nebo odmítání, a právě odmítnutí pak často končí útěkem do mentální anorexie (Leibold, 1995).

Nadbytek potravy

Důvodem zvýšení výskytu jídelních poruch se udává nadbytek a snadná dostupnost potravy. Nadměrná nabídka potravin podporuje ty formy chorobné závislosti, které souvisejí s pojídáním nadměrného množství jídla. Avšak podle individuálních podmínek tato situace může také vést k pravému opaku – odmítání potravy (Koutek a kol., 2000; Koutek a Kocourková, 2014).

V tomto případě je u mnohých anorektiček typická úplná kapitulace, projevující se tím, že už vůbec nic nejedí. Přímo to neříkají, avšak tato společnost v nich svou marnotratností vyvolává silný pocit nechuti a odmítají převzít odpovědnost za její stávající zlořády. Jako odpověď volí hladovění, čímž odmítají dospívání a spolu s tím dávají na vědomí svou solidaritu vůči hladovějícím lidem třetího světa a uklidňují si své špatné svědomí s ohledem na množství nabízených potravin u nás (Leibold, 1995).

Přehnaný ideál štíhlosti

Po fyzické stránce se organismus dospívajících dívek náhle a často dosti radikálně mění. Tuto skutečnost některé z nich nedokážou akceptovat, zvláště v případě, když se tím vzdalují od současného ideálu krásy (Švédová a Mičová, 2010).

Především ženy jsou ty, co chtějí dobře vypadat, a tak lehce podléhají přehnanému ideálu štíhlosti. Jen některé z nich se této představě podřídí natolik, že u nich vypukne mentální anorexie (Leibold, 1995).

Nemalou roli zde hraje tlak médií (televize, časopisy), které neustále vysílají do světa obrázky vyhublých modelek zdůrazňující ideál krásy.

Co také nemůžeme opomenout, jsou přípravky na hubnutí, které jsou neustále propagovány jak v televizních reklamách, tak v časopisech či na internetu (Růžičková, 2008).

Předpojatost vůči obezitě

Obézní lidé bývají často popisováni jako hloupí, líní a ošklivi. Toto zaujetí vůči obezitě posiluje obavu z tloušťky, na kterou mohou někteří jedinci reagovat odmítáním potravy, což v nejhorším případě může vést ke vzniku anorexie (Krch a kol., 1999).

1.4.2 Individuální příčiny

Mezi individuální příčiny, podporující vznik mentální anorexie, se řadí různé chybné psychické postoje postižených. Částečně jsou zapříčiněny nesprávnou výchovou nebo negativními zkušenostmi, získanými v pozdějším životě a částečně se vysvětlují již popsanými sociálními příčinami (Leibold, 1995).

Odpor k dospívání

V průběhu dospívání jsou dívky výraznou měrou zranitelné a často se těžce vyrovnávají se strachem z dospělosti (Anorexie, 2009).

Způsob, jak někteří lidé žijí, může u mnohých z nich vyvolat domněnku, že se nevyplatí dospět. Jejich negativní uvažování závisí především na vzoru rodičů, ke kterému postupně přistupují jiné zkušenosti a pozorování. Svoji úlohu zde také hraje strach před vlastní zodpovědností, kterou by dívky měly v budoucnu nést. Některým z nich se tuto obavu nepodaří překonat, následují pocity beznaděje, na které reagují různými způsoby. Jedním z možných řešení, jak oddálit dospívání, je únik do mentální anorexie (Leibold, 1995).

Claude-Pierre (2001) ve své knize uvádí, že anorexie se vytvoří, když se dívky obávají své budoucí sexuality. Sexu se nebojí jako takového, obávají se spíše dalších selhání a pocitů viny, které z nich vyplynou. Proto začátek menstruace, potvrzující fyziologickou normálnost, pro anorektičky není vítaným mezníkem na cestě k dospělosti jako pro zdravé dívky.

Zkreslená představa o vlastním těle

Různé negativní zážitky, pocity, klíčové okamžiky v životě mají nemalý vliv na mysl postižené. Výsledkem je zcela jiná představa o vlastního vzhledu, která neodpovídá reálnému obrazu skutečnosti. Dívky trpící anorexií své tělesné proporce několikanásobně nadhodnocují, a to zejména v oblasti břicha, hýždí a stehen (Švédová a Mičová, 2010; Kocourková a kol., 1997).

To uvádějí jako „rozumný“ důvod, proč alespoň částečně nebo úplně odmítat potravu. Zmíněný stav je umocňován neustálým vážením i několikrát za den. Snaha o udržení nízké hmotnosti se pro postižené stává posedlostí. Sebemenší nárůst na váze je důvodem k nesnesitelným pocitům tloušťky, což u anorektiček komplikuje léčbu a také motivaci ke spolupráci (Švédová a Mičová, 2010).

Usilování o výjimečnost

Anorektičky touží po něčem mimořádném, neobvyklém. Zkouší být „dokonalé“, kladou si zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory, především proto, aby potěšily své oko-

lí. Snaží se pozvednout nad ostatní, což je snahou mnohých z nás, avšak v jejich případě se hovoří o přehnaném stupni (Claude-Pierre, 2001; Krch a kol., 1999).

Velký důraz je kladen na vliv výchovy, kterým můžeme vysvětlit také to, že rodiče postižených dívek patří převážně do vyšších společenských vrstev. Do této pozice se mnohdy vypracovali díky své píli a pracovitosti, jsou na to náležitě hrdí, a právě hrdost přenášejí na své děti. Ty mají být nejméně tak úspěšné, jako byli oni sami. Tento způsob výchovy nerozvíjí individuální schopnosti dítěte, pouze slouží k uspokojování ambicí rodičů skrze své potomky.

Z těchto důvodů se dívky snaží o něco neobyčejného. I když svého cíle úspěšně dosáhnou, pro rodiče je to stále málo. Čím více se dívka snaží, tím dříve dochází k přepětí a poklesu výkonnosti. U některých z nich se objeví výčitky a pocity zklamání, že nedokázaly splnit očekávání a hledají různá východiska, jak tuto situaci vyřešit. Napadá je myšlenka, že když přestanou jíst, což je něco neobvyklého ve světě, kde mezi nejzákladnější lidské potřeby patří právě jídlo, uspokojí tak očekávání rodičů a přesvědčí je o své výjimečnosti (Leibold, 1995).

Na druhou stranu Claude-Pierre (2001) uvádí, že rodiče jsou sice zodpovědní za formování postojů a názorů svých dětí, avšak vznik anorexie není samo o sobě reakcí na konkrétní rodinné prostředí. Spíše vzniká z dobrovolné pohnutky samotné oběti. Tyto dívky jsou odhodlané vytvořit ty nejlepší podmínky pro své nejbližší, aniž by je o to někdo žádal či je k tomu dokonce nutil. Problém pak může nastat v případě různých rodinných traumat, jako například rozvod rodičů či nemoc v rodině, jež mohou fungovat jako spouštěcí mechanismus pro vznik anorexie.

1.5 Příznaky mentální anorexie

Odmítání potravy

Snížený příjem potravy je prvním symptomem mentální anorexie, kterého si členové rodiny mohou povšimnout. Na první pohled se to může zdát normální, neboť mnozí lidé mají čas od času menší chuť k jídlu, než bývá zvykem (Leibold, 1995).

Právě proto může být začínající nemoc u jejich blízkých zprvu velmi nenápadná. Postoje k jídlu a projevy chování se však krok od kroku zhoršují a stupňují se ve své nepřirozenosti a extrémnosti. Mění se jídelníček, ve kterém dochází k redukci, postupně až k úplnému vynechání energeticky příliš vydatných jídel (Krch, 2002).

Dívky zprvu odmítají sladkosti a jakákoli tučná jídla. Později omezí příjem i méně kalorických potravin a při představě, že by mohly přibrat napitím se vody či hořkého čaje, sníží i přísun tekutin (Kocourková a kol., 1997).

Anorektičky si vymýšlejí různé důvody, aby nemusely jíst: *„…vymlouvala se, že jedla jinde a že je tak plná, že už nemůže, nebo že se tak přejedla u oběda, že večer vůbec nemá hlad“* (Claude-Pierre, 2001).

Postižené se vyhýbají společnému stolování. Pokud se však jídla ve společnosti zúčastní, přehnaně reagují v případě, že jsou při jídle někým pozorovány nebo někdo například mlaská (Krch, 2002).

Můžeme si povšimnout, že jedí velmi pomalu a obřadně. Potraviny si kouskují na malé dílky, vybírají, co snědí a co naopak na talíři nechají, v jídle se nimrají. To vše pak svádějí na to, že si jídlo „vychutnávají“ nebo že musí „jíst v klidu“ (Marádová, 2007).

Při jídle vypadají napjatě, dokonce až vyděšeně. Za normálních okolností se však konzumaci jídla před zraky druhých lidí vyhýbají a jídlo si připravují sami, aby měly pod kontrolou jak složení, tak kalorickou hodnotu. Snaha rodičů či přátel donutit anorektičku jíst se jim vrací v podobě odporu a podvádění, s cílem vyhnout se přílišné kontrole a nátlaku (Krch, 2002).

Bulimický typ mentální anorexie

O bulimický typ mentální anorexie se jedná v případě, kdy registrujeme ztrácející se potraviny, anorektička si kupuje pochutiny, které předtím nechtěla vůbec pozřít nebo se s výběrem jídla tak nezaobírá, jak bylo zvykem. Poté se na delší dobu zavře na toaletě nebo v koupelně, kde zvrací. Mohou také využívat různých projímadel či diuretik (Marádová, 2007).

Rapidní snižování hmotnosti

Odmítání potravy má za následek rapidní snižování tělesné hmotnosti. Jak rychle se váha bude snižovat, závisí na množství potravy, které nemocná ještě hodlá přijímat a kolik kalorií spálí např. přehnaným cvičením (Švédová a Mičová, 2010).

Zde je důležitá také počáteční váha pacientky. Pokud byla již v době před onemocněním na spodní hranici normy, o to snadněji se může snížit až na život ohrožující hodnotu (Leibold, 1995).

Nedá se však odhadnout, kdy se úbytek váhy může stát nebezpečným. Záleží na mnoha okolnostech - látkové přeměně, délce přetrvávání potravy ve střevech, rozdílné rychlosti vstřebávání a zhodnocování potravy, které se případ od případu liší.

Jakmile však váha klesne o více jak 15 % pod předpokládanou úroveň, je nutné nastolit odbornou léčbu, dříve než dojde k vážnějším tělesným komplikacím (Leibold, 1995; Krch, 2002).

Přehnaná starostlivost o druhé

Postižené anorexií často kompenzují nedbalost o vlastní tělo s přehnanou starostlivostí o druhé. Tento způsob chování se vysvětluje různými motivy. Anorektička může kopírovat chování své příliš starostlivé matky, čímž často překrývá své obavy a zároveň se brání před obdobným chováním své matky. Je také pravděpodobné, že přehnaná starostlivost pomáhá nemocným přetrvat svou chorobnou závislost, neustálé myšlenky na jídlo a vše s ním spojené (Leibold, 1995).

„Listují v kuchařkách, dívají se na televizní pořady o vaření a připravují jídla pro všechny okolo sebe, ale sami je nejedí.“ Nucením, aby druzí jedli, odvádí pozornost od jejich vlastních problémů (Claude-Pierre, 2001).

Přehnaná činorodost

I přes velkou vyhublost bývají anorektičky aktivní, čilé, mnohé excesivně cvičí. Dokážou chodit nebo cvičit až několik hodin s cílem zbavit se všech přijatých kalorií. Je pro ně čím dál obtížnější se soustředit např. na učení. S ubývajícími kily se dostavuje únava, apatie a vyčerpanost (Kocourková a kol., 1997; Krch, 2002).

Při prvním viditelném poklesu váhy dochází k nárůstu sebevědomí a k zlepšení nálady. Nemocné v tomto období vyhledávají společnost. Postupně však tento zájem upadá, izolují se od svého okolí a začínají se zaměřovat na sebe, na své tělo a jídlo. Následkem je zhoršení nálady, podrážděnost a přecitlivělost (Claude-Pierre, 2001).

Popírání tělesných signálů

To, že není něco v pořádku, dává tělo své majitelce znát, avšak tyto signály jsou ignorovány. Hlady sice dívky či ženy trpí, ale ve většině případů mu nepodléhají.

Podvýživa se jen tak lehce skrýt nedá, a tak dochází ke konfliktům s rodiči, kteří se snaží dceru do jídla nutit. Nicméně dívky tvrdí, že jejich těla tuto potřebu nemají (Koutek a kol., 2000).

1.6 Následky mentální anorexie

Odmítání potravy, hladovění či zneužívání prostředků na „hubnutí“ má za následek řadu obtíží vážně ohrožujících život anorektiček. Nemoc postihuje jak fyzickou, tak psychickou stránku člověka. Ze všech PPP právě anorexie nejčastěji končí smrtí (Krch a kol., 1999).

1.6.1 Fyzické následky

Mezi zdravotní důsledky nedostatečné výživy a vyhublosti patří:

- Abnormální citlivost na chlad a zvýšená pravděpodobnost prochladnutí.
- Nedostatečná výživa postihující kůži, vlasy a nehty – kůže je vysušená, nažloutlá, na pleti často popraskaná. Zejména po stranách obličeje a na zádech je pokryta jemným ochlupením, tzv. lanugem. Tenká, šupinatá kůže se sníženým množstvím kolagenu se vyskytuje asi u třetiny postižených podvýživou. Vlasy jsou oslabené, lámou se a řídnou. Nehty měknou.
- Častější kazivost zubů.
- Nepravidelnost či úplné pozastavení menstruace, způsobené zčásti tělesnými následky podvýživy a zčásti psychicko-nervovými vlivy na hormonální systém, který řídí menstruaci. Zjistilo se, že u žen vážících jen o 10 % méně, než je jejich optimální váha stanovená dle výpočtu BMI, dochází k poruchám v menstruačním cyklu, které mohou vést až k neplodnosti. Tato poškození mohou nějaký čas přetrvávat i v případě, jestliže se pacientka navrátí k normální váze.
- Možnost zastavení tělesného růstu, opožděný nástup puberty a zpomalení sexuálního zrání.
- Se snižováním činnosti pohlavního systému dochází k oslabení zájmu o sex.
- Funkce střev se zpomaluje (zácpa).

- Anémie (chudokrevnost), pomalý puls, snížená hladina cukru v krvi (hypoglykemie), nízký krevní tlak a omdlévání.
- Zvýšená hladina cholesterolu v krvi.
- Téměř 90 % anorektiček se potýká se srdečními obtížemi, především s bradykardií (pomalá srdeční akce) a arytmií (porucha srdečního rytmu).
- Pocity nevolnosti z malého množství jídla v důsledku zmenšeného žaludku. Zvýšené působení žaludečních šťáv má za příčinu vznik žaludečních vředů.
- Poškozená játra nemohou produkovat tělesné proteiny, vznikají otoky kolem kotníků a na nohou.
- Poruchy funkce ledvin se mohou objevit až u dvou třetin anorektiček. Ledviny jsou ohroženy infekcemi, tvorbou kamenů i úplným selháním.
- Slabý močový měchýř a časté močení.
- Zlomeniny, deformace páteře či bolesti způsobeny osteoporózou (zeslabení kostí).
- Oslabená celková obranyschopnost vedoucí k zvýšené náchylnosti k nemocem.
- Celková únavnost a svalová slabost. Výraznější křeče spojeny s narušením vnitřní rovnováhy v důsledku zvracení a přílišného užívání projímadel.
- Poruchy spánku, nespavost (časté probouzení, děsivé sny aj.).
- Přílišná citlivost na zvuky a světlo.
- V některých případech se objevují závratě, mdloby či poruchy vědomí (Marádová, 2007; Krch, 2002; Koutek a kol, 2000).

Anorektičky se nedostatečnou výživou ochuzují o důležité vitamíny, minerální látky a stopové prvky, které jsou pro život nepostradatelné. Organismus si je nedokáže sám vytvořit a získává je právě z potravy (Anorexie, 2009).

Již zmíněná anémie je zapříčiněna nedostatkem železa, malé množstvím vitamínu B má za následek poruchy nervové činnosti. Postižené trápí časté křeče, kterých by se pomocí potravin bohatých na vápník a hořčík mohly zbavit. Dalším problém může nastat nedostatečným množstvím jodu v těle, který vede k nesprávné funkci štítné žlázy (Leibold, 1995).

Zvracení je další život ohrožující důsledek mentální anorexie, při němž asi u třetiny pacientek dochází k otokům slinných žláz pod čelistí umocňující pocit opuchlého, kulatého obličeje. Asi u poloviny častěji zvracejících dochází k narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, jenž je sice méně nápadným, avšak o to nebezpečnějším následkem zvracení, při

kterém je nadměrně zatěžováno srdce a ledviny. Nízká hladina draslíku, tzv. hypokalemie, je největším problémem způsobující nepravidelnost srdečního tepu. Tyto abnormality mohou zapříčinit i různé neurologické komplikace, například již zmíněnou ztrátu vědomí, závratě či křeče. V důsledku zvýšeného působení žaludeční šťáv dochází ke vzniku zánětů a vředů jícnu, k poškození zubní skloviny a zvýšení kazivosti zubů navozující celkový neestetický vzhled chrupu (Kocourková a kol., 1997; Krch, 2002).

Vnitřní rovnováhu tělesných tekutin a solí narušuje nejenom zvracení, ale i užívání projímadel a diuretik. Nadměrným užíváním projímadel může být poškozena střevní stěna a narušeno vstřebávání bílkovin. Na těchto přípravcích bývá pacientka často závislá, ordinuje si stále vyšší dávky, které vedou k závažným komplikacím v oblasti tlustého střeva - zácpa, nevolnost a zvracení, zadržování vody v těle způsobující nárůst tělesné hmotnosti (Krch, 2002).

Abnormality biologických funkcí

U osob s pokročilejším stádiem MA lze nalézt vedle psychických poruch i řadu poruch orgánových funkcí - sníženou tepovou frekvenci, snížený krevní tlak, snížený energetický výdej a hladinu estrogenů (způsobující zástavu menstruace). „*Nález fyziologických poruch u osob s poruchami příjmu potravy vedl ke spekulacím, že abnormalita chování je u těchto osob podmíněna abnormalitami biologickými, například v regulaci přijmu potravy na úrovni centrální (mozkové)“.* (Štich in Krch, 1998).

Mezi látky, regulující pocit sytosti a pocit hladu na úrovni mozkových center, se řadí např.: serotonin a dopamin. Hormon serotonin, který v mozku přebírá roli neurotransmiteru - přenašeče podnětu, slouží jako zprostředkovatel pocitu sytosti a částečně se podílí na regulaci příjmu sacharidů. Je-li kupříkladu podán do periferní krve, jeho funkcí je potlačit chuť k jídlu navozenou jak deprivací, tak noradrenalinem.

Dopamin má komplexnější vliv na příjem potravy. Nízká dávka této látky chuť k jídlu stimuluje, zatímco vyšší dávka ji inhibuje. Během jídla množství dopaminu v hypotalamu stoupá a je tedy zřejmé, že k dosažení pocitu sytosti je nezbytný (Kocourková a kol., 1997).

1.6.2 Psychické následky

Důsledkem mentální anorexie jsou i psychické a sociální poruchy, které mohou v nejhorším případě končit pokusem o sebevraždu. V centru těchto poruch stojí pocity nadřazenosti, hanby či viny doprovázené depresivními a euforickými stavy (Leibold, 1995).

Sociální izolace

Sociální izolace je jedním z nejtěžších stresových faktorů, zvláště v případě, že dívka byla dříve do kolektivu bez problému zapojena. Stranění se okolí může mít za následek vážné psychické poruchy, jež onemocnění ještě zhoršují (Švédová a Mičová, 2010).

Pacientky nejsou schopny dále skrývat svou posedlost jídlem a nedostatek sebevědomí. Častým řešením je pak izolace od svého okolí, které jejich problémy nechápe, včetně rodiny, přátel – celé společnosti. Uvědomí si, že se nemohou chovat normálně, a jak se jejich nemoc rozvíjí, doprovází je stále větší osamělost. Pro postiženou tak nastává období sociálního osamocení bez podpory svých nejbližší, i přestože ji zoufale potřebují (Claude-Pierre, 2001).

Pocity nadřazenosti, viny a hanby

Mezi další psychické poruchy patří pocity nadřazenosti. Ty jsou vyvolány odmítáním potravy. Odpírání jídla je pro zdravé lidi bez PPP neobvyklá činnost, u dívek či žen trpící anorexií je spojená s pocity výjimečnosti a nadřazenosti (Kocourková a kol., 1997).

Avšak může dojít k rychlému obratu, kdy pacientka podlehne hladu nebo nátlaku svého okolí a začne trochu jíst. V tomto případě je rizikový právě perfekcionismus, který často přetrvává i po uzdravení. Projevuje se přísným dodržováním jídelníčku (Švédová a Mičová, 2010).

Porušením základního postoje kontrolovat se a ovládat přináší pocity viny, hanby, selhání, kterých se snaží zbavit ještě větší zarputilostí vůči jídlu. Tato fáze může přejít do stádia ohrožujícího život a často bývá doprovázena pokusy o sebevraždu (Leibold, 1995).

Euforie

Pocit euforie je vysvětlován biochemickými změnami málo vyživovaného těla a pocitem nadřazenosti, který vzniká u některých anorektiček. Naoko se můžeme do-

mnívat, že dívky překypují dobrou náladou, nápady a plány a vypadají, že dokonce ani spánek ke svému životu nepotřebují. Tato domněnka je však mylná, neboť se nakonec objeví neschopnost koncentrace či výkonu. Jednou jsou aktivní a činorodé, vzápětí však překvapí svou arogancí a agresivitou. Nápadným znakem u pacientek může také být přecitlivělost vůči světlu a hluku, která u nich vyvolává neovladatelnou agresi (Leibold, 1995).

Deprese

V průběhu několika hodin se euforie může změnit v hlubokou depresi, která bývá zapříčiněna dlouhodobou podvýživou a nezdravým psychickým zaměřením na jídlo. Anorektičky nejsou schopné myslet na nic jiného, jsou lhostejné, apatické, bez schopnosti se z čehokoliv radovat. Jídlo je jejich *„jediný přítel, ale i nepřítel"* (Claude-Pierre, 2001).

Někdy se dívky zavřou do svého pokoje a po několik dní jej odmítají opustit. Snaha blízkých o opětovné povzbuzení je však ignorována, a to mlčením nebo agresivním chováním. V těch nejhorších případech se můžeme setkat s depresivním stuporem (strnulostí). Ten se projevuje pacientčinou nehybností, jež vzbuzuje dojem, že se o život už více nezajímá. V dalším případě mohou deprese probíhat skrytě, a to podrážděností, neklidem a tělesnými potížemi, kdy si často ani pacientky nejsou vědomy, že depresí trpí (Leibold, 1995).

Převaha depresivních příznaků ustoupí za předpokladu, že se postižené podaří získat kontrolu nad příjmem potravy a navrátí se k normálnímu jídelnímu režimu (Krch, 2002).

Sebevražedné ohrožení

Anorektičky často pronásledují myšlenky na sebevraždu a svůj život končí tímto způsobem mnohem častěji než v důsledku jiných duševních poruch. Důvodem k tomuto jednání je nejenom deprese, ale i velmi destruktivní vztah k sobě samé a prohlubující se odloučení od okolního světa (Kulhánek, 2014).

1.7 Mentální anorexie a těhotenství

V průběhu onemocnění se mnohým ženám vytrácí menstruace, a tak ztrácí schopnost otěhotnět. Navíc se snižuje hladina hormonu serotoninu, který ovlivňuje libido, z čehož vyplývá, že ženy v tomto období nemají chuť na sex.

Jsou ženy, které se z anorexie vyléčily, otěhotněly a porodily zdravé děti. Je zde i skupina žen, kterým se dlouhou dobu otěhotnět nedařilo, nebo neotěhotněly vůbec.

Aby žena, která prošla MA, úspěšně donosila dítě, je pro ni nezbytná práce mnoha odborníků (lékař, psycholog). Vychovávat dítě, které pro svůj život potřebuje jak dostatečné množství vhodné stravy, tak správné stravovací návyky je pro matku, která si prošla touto nemocí, zátěžová situace.

Otěhotnět, porodit a vychovat dítě je pro ženu, která prodělala mentální anorexii nebo jí stále trpí, riziková situace. I přesto se s těhotnými anorektičkami setkáváme, avšak jejich prognóza bývá nepříznivá (Víchová, 2008).

1.8 Léčba mentální anorexie

Léčba anorexie je nelehkým úkolem, neboť převážná většina pacientek odmítá spolupracovat. Onemocnění podle závažnosti můžeme rozdělit na dvě formy, na lehkou formu anorexie, která se léčí ambulantně a formu těžkou, pro kterou je pobyt v nemocnici nezbytným řešením. (Anders, 2007). *„U některých pacientek, jejichž tělesná váha je tak nízká, že to ohrožuje jejich život, může být nezbytná hospitalizace a nucená výživa“* (Cohen, 2002).

Do léčby by měla být zahrnuta také psychiatrická léčba a péče psychologa. Avšak ne vždy je léčba úspěšná. Přibližně 30 % žen nemoc překoná, 20 % přechází v chronickou formu anorexie a 10 % se potýká s těžkým psychiatrickým onemocněním (např. schizofrenií či endogenní depresí). Alarmující je zjištění, že i v dnešní době na tuto nemoc umírá okolo 7 % postižených. Proto by neměla být anorexie v žádném případě podceňována a vždy by se měla vyhledat lékařská pomoc (Anders, 2007).

Vzhledem k tomu, že mentální anorexie je nemocí, která je známá již delší dobu, máme k dispozici nejrůznější léčebné postupy. Ty jsou neustále doplňovány o nové druhy terapií. Léčba musí být celková, psychická i somatická. Záleží na rozhodnutí vyšetřujícího lékaře, který posoudí jak mentální, tak fyzický stav postižené a podle kvalifikovaného od-

hadu rozhodne, zda je nutná hospitalizace nebo postačí ambulantní péče (Mlčoch, 2012; Leibold, 1995).

Cílem léčby u anorexie je navodit normální tělesnou hmotnost, obnovit reprodukční funkce, normální tělesný růst a sexuální vývoj (Papežová, 2007).

1.8.1 Hospitalizace

U pacientek, které jsou k nemoci nekritické, vyvolává hospitalizace značný odpor. Obavy rodičů hrají také významnou roli. Bojí se, že je jejich děti přestanou milovat, pokud si budou stát za svým a trvat na hospitalizaci. Před zahájením rodinné terapie tyto obavy rodiče zraňují, stejně tak jako sebeobviňování pro mylné přesvědčení, že jako rodiče selhali (Mlčoch, 2012).

Předpokladem úspěšné léčby je zbavit rodiče pocitu provinění za problémy svého dítěte a přimět je ke spolupráci (Marádová, 2007).

Během hospitalizace je zaznamenán velký počet pozitivních změn v jednom časovém úseku. Pacientka se dostane do odlišného prostředí tomu domácímu, kde ona i rodiče dále nezvládají jídelní patologii a rituály, své emoce, komunikaci a mnohé další (Mlčoch, 2012).

Hospitalizace je doporučována:

- je-li váhový úbytek více než 25 %,
- hrozí dehydratace,
- pomalý tep, nízký krevní tlak, špatný periferní oběh (známky oběhového selhávání),
- přetrvávající zvracení nebo zvracení krve,
- těžká deprese, sebevražedné chování (Marádová, 2007; Mlčoch, 2012).

1.8.2 Postup léčby

Léčba mentální anorexie je dlouhodobou záležitostí vyžadující pravidelnou psychoterapii. Ta probíhá pod vedením psychologa, psychiatra či psychoterapeuta a jejím cílem je odhalit mechanismy nemoci, naučit se novým postojům k sobě samé, ke svému tělu i k jídlu a najít zdravější způsob řešení svých problémů (Černá, 2008).

Pacientky, které nejsou schopné účastnit se ambulantní psychoterapie, musí léčbu podstoupit ze začátku na klinice (Leibold, 1995).

V okamžiku, kdy vstoupí na oddělení, začíná režimová terapie. Vše probíhá podle pravidel v daném čase – učení, psychoterapeutické činnosti, spánek. Zde postižená musí dodržovat jídelní a stravovací návyky, je kontrolováno nadměrné cvičení, usměrňuje se i nevhodná komunikace (Mlčoch, 2012).

Na léčbě se podílí celý tým vyškolených odborníků, na které dohlíží ošetřující lékař. U dospělých se hned zpočátku léčby apeluje na vlastní zodpovědnost, zatímco na dětském a adolescentním oddělení se anorektičky učí přebírat zodpovědnost z dospělých na sebe, ovládat své afekty a volní chování. Tento proces probíhá i v domácím prostředí, avšak značně pomaleji a nedokonale, z důvodu, že se jedná o „válku emocí“, která v nemocnici odpadá anebo je minimální (Kulhánek, 2014; Mlčoch, 2012).

K velkým výhodám hospitalizace se řadí možnost kontroly příjmu potravy a úprava stravovacích rituálů pacientek, která je považována za největší rodinný konflikt týkající se příjmu potravy. Má za následek pasivní agresivitu, další zhoršování jídelní patologie, mimo jiné dochází i k zhoršování všech mezilidských vztahů. V nemocnici si anorektičky postupně osvojují zdravé postoje ke stravování vedoucí k vytvoření správných jídelních návyků. Konečným důsledkem těchto změn je dosažení přijatelné hmotnosti (Mlčoch, 2012).

Je také třeba zdůraznit význam profesionální a interdisciplinární spolupráce. Somatické potíže (kosterní, gynekologické, imunologické aj.) jsou chronické a závažné problémy, s nimiž se anorektičky potýkají. Základem pro úspěšnou léčbu je pacientčina zvýšená motivace ke spolupráci, informovanost o následcích odpírání si jídla a zásadách zdravého stravování, stejně tak jako vypracování terapeutického kontraktu mezi postiženou a terapeutem (Kocourková a kol., 1997; Mlčoch, 2012).

Mlčoch (2012) uvádí, že základním principem účelné léčby je předejít metabolickému rozvratu. Začíná pozvolnou a opatrnou realimentací, vytvářením nových jídelních návyků a omezováním přílišného cvičení a zvracení. Mezi nezbytné stavební kameny léčby patří podpůrné vedení, racionální psychoterapie působící na pacientku prostřednictvím logických myšlenkových postupů, později i kognitivně-behaviorální terapie.

Poslední možností, která přichází v úvahu je farmakoterapie. Je nutné uvést, že tento druh léčby je pouze pomocný, a i když má svou důležitost při léčbě MA, základem léčby jsou zejména psychoterapeutické a režimové přístupy (Kocourková a kol., 1997).

Cíle terapie se týkají jídelního chování (včetně normálního postoje k jídlu), monitorování hmotnosti a odpovídajícího růstu. Důležité je také vytvoření fyziologické reakce na hlad a nasycení. Při správně vedené léčbě je možno počítat s navýšením hmotnosti přibližně o 0,5 kg za týden (Mlčoch, 2012).

Hospitalizace je pouze jednou z fází léčby mentální anorexie, psychoterapie musí nadále pokračovat v ambulantních podmínkách (Kocourková a kol., 1997).

1.8.3 Možnosti léčby

Dle Kocourkové a kol. (1997) jsou nejčastěji užívanými psychoterapeutickými přístupy: behaviorálně-kognitivní terapie, rodinná terapie a skupinová terapie. Zde jsou popsány metody, o kterých se autoři nejvíce zmiňují ve svých knihách.

Kognitivně-behaviorální terapie

Je krátkodobou psychoterapeutickou metodou, která vznikla z kognitivní a behaviorální psychologie. Pracuje především s teorií učení. Jednoduše řečeno, v určitých situacích je naše chování a prožívání naučené, stejně tak je naučené chování a prožívání, které je součástí symptomu duševní poruchy (např. naučený odpor k jídlu u anorektiček). Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) pracuje s motivací pacientky, jejím úkolem je změnit zaběhlé stereotypy, které nejsou funkční a najít příčiny (stavy, situace), které spouští právě zmíněné chování. Poté přichází fáze nácviková, ve které se postižené učí zvládat zátěžové situace pomocí konkrétních úkolů (Kulhánek, 2014).

Individuální KBT se doporučuje těm pacientkám, pro které není vhodná rodinná terapie vzhledem k jejich věku a které mají středně těžké až vážné příznaky (Krch a kol., 1999).

Rodinná terapie

„Rodinná terapie bývá důležitá v případech, kdy jsou rodinné vztahy hlavním faktorem vzniku poruchy“ (Benson, 2010).

U mladých pacientek je léčbou první volby právě rodinná terapie. Pokud se v rodině vyskytují konflikty, i u starších pacientek by měla být rodinná terapie považována

za žádoucí doplněk k terapii individuální. Podle rodinných terapeutů mohou poruchy příjmu potravy odrážet dysfunkční role, dále pak konflikty, spojenectví či interakční vzorce v rodině.

Mladým pacientkám se doporučuje tato terapie ze dvou důvodů - z důvodu praktického a teoretického. Praktický je vysvětlován tak, že pacientka bydlí se svými rodiči či opatrovníky, jenž mají odpovědnost za její zdraví a pohodu. Bez ohledu na teoretickou orientaci léčby, členové rodiny potřebují poradit, jak správně zacházet s dívkami trpícími mentální anorexií (Krch a kol., 1999).

Podstatou terapie je pozitivní změna v sociálních rodinných vztazích a to z důvodu, aby už dívky nemusely od těchto problémů utíkat do mentální anorexie. (Leibold, 1995).

Skupinová psychoterapie

Je metodou, kterou nalézáme prakticky ve všech léčebných programech pro pacientky s jídelními poruchami v rámci denních stacionářů a nemocniční léčby (Krch a kol., 1999).

Skupinová psychoterapie pacientkám poskytuje bezpečné prostředí, ve kterém mohou bez obav vyjádřit své vlastní pocity, pozorovat reakce jak k sobě navzájem, tak k terapeutovi a rozpracovávat vztahy mezi vrstevníky a autoritami.

Při vytváření skupiny se často zvažují výhody a nevýhody homogenní či heterogenní skupiny, sestavené podle diagnózy.

U homogenně sestavené skupiny mají dívky možnost hlouběji prozkoumat vlastní problémy kolem jídla a váhy a pokusit se nalézt významná spojení mezi prožíváním, objektivními vztahy a jídelními problémy. V některých případech je však skupina zaplavována typickými rozepřemi mezi pacientkami kolem jídla na daném oddělení či spravedlivostí nebo naopak nespravedlivostí zdravotnického personálu.

V heterogenní skupině je méně prostoru pro tato témata, mohou však nastat situace, ve kterých se probírají „adolescentní témata“ (sexuální, opoziční vůči rodičům nebo terapeutovi), která u některých pacientek vzbuzují úzkost a nejistotu.

Z hlediska techniky skupinové psychoterapie je možno pokládat za výhodné užití neverbálních technik, jako muzikoterapii, práci s tělem či arteterapii.

Skupinová psychoterapie se uplatňuje i ve spolupráci s rodiči anorektičky. Nutností je, aby se rodiče ve skupině cítili bezpečně a bez pocitů viny. Jedině za těchto předpokladů mohou úspěšně pracovat na podobných vývojových úkolech stejně jako jejich dcera – pro-

pracovávat separační procesy, kterými rodina s adolescentní dívkou musí projít (Kocourková a kol., 1997).

Svépomocné skupiny

Jedná se o dobrovolnou skupinu lidí, které spojuje stejné onemocnění. Činnost probíhá především mezi samotnými účastníky, bez odborného vedení. V některých skupinách si mohou vyměňovat své zkušenosti, sociální kontakty a prohlubovat sebepoznání. Jiné nabízejí pravidelnou terapeutickou činnost, do které se řadí i skupina pro mentální anorektičky. Z praktických zkušeností ze svépomocných skupin je dokázáno, že léčba psychické poruchy laiky může být úspěšná stejně tak, jako odbornými terapeuty.

Alespoň ze začátku anorexie vyžaduje odbornou pomoc. V okamžiku, kdy je pacientkou léčba akceptována, se jí doporučuje svépomocná skupina jako doprovodná terapie při odborné léčbě nebo doléčování. Je vhodnou formou terapie i u chronické formy onemocnění. Zda v tomto případě stačí svépomoc, nebo je nutná i odborná terapie, se posuzuje individuálně (Leibold, 1995).

Svépomocná skupina pacientce umožňuje získat základní informace o poruše, jejich příznacích a možnostech intervence, zorientovat se v dané problematice, seznámit se s problémy a řešeními jiných lidí, překonat osamocenost a získat sociální kontakty a impulzy do dalšího života (Krch a kol., 1999).

Hlubinné psychoterapeutické rozhovory

Jedná se o cíleně vedený rozhovor mezi pacientkou a terapeutem. Podmínkou úspěšného rozhovoru je atmosféra plná porozumění, náklonnosti, bez jakéhokoli kritizování a poučování. Je velmi důležité, aby mezi ošetřujícím lékařem a pacientkou převládaly vzájemné sympatie, pokud tak není, měla by se pacientka svému terapeutovi svěřit a ten ji pak podle potřeby může převést k jinému ošetřujícímu. Jen díky vzájemné důvěře pacientka dokáže otevřeně mluvit o svých problémech, které ji ženou do anorexie.

Terapie má za úkol anorektičce pomoci poznat sama sebe a prostřednictvím naučených postupů změnit své chování. Na rozdíl od neustálých rad a poučování rodiny a známých si v průběhu léčení pacientka sama vypracovává způsoby, jak řešit své problémy a konflikty.

Nevýhodou je dlouhotrvající proces prosazování naučených postupů chování v běžném životě. Tento nácvik lze urychlit tím, že se hlubinná terapie doplní dalšími psychoterapeutickými metodami (Leibold, 1995).

Farmakoterapie

Farmakoterapie se nikdy nevolí jako první způsob léčby mentální anorexie (Mlčoch, 2012). Léčba medikamenty je na místě v případě, kdy je potřeba zajistit spolupráci výrazně negativistické pacientky. Zahájit by se měla, podle řady autorů, až v případě, kdy se pacientka navrátí ke své přiměřené tělesné váze. V těchto případech je zaznamenán pozitivní přínos farmakoterapie a zdá se, že hraje významnou roli v prevenci relapsu onemocnění.

V psychofarmakoterapii se pozornost zaměřuje na příznaky mentální anorexie a četné přidružené psychiatrické komplikace, které činí léčbu obtížnou. Mnoho farmak může mít užitečný přínos v léčbě mentální anorexie, avšak je obtížné předpovědět, kdo bude na jakou léčbu pozitivně reagovat. Kvůli možným vedlejším účinkům je důležité pečlivě zvážit jejich nasazení (Zámečníková a Hrdlička, 2003).

Běžně užívaná jsou antidepresiva, která ovlivňují psychické příznaky, z nichž nejčastější je depresivní syndrom. Mezi antidepresiva 1. generace lze doporučit dosulepin (Prothiaden) jak z důvodu jeho dobrého účinku, tak s důvodů ekonomických. Je možno použít Amitriptylin pro jeho vyšší tlumivý účinek a pro pacientky s nutkavou tělesnou aktivitou například klomipramin (Anafranil, Hydiphen). Farmaka 2. generace mají význam u stavů spojených se somatickými obtížemi, např. maprotilin (Ludiomil, Maprotilin). Při léčbě poruch příjmu potravy získávají stále větší význam antidepresiva 3. generace, jež selektivně inhibují zpětné vychytávání serotoninu (SSRI).

Součástí léčby mohou být neuroleptika, vhodná především u silně negativistických pacientek v ohrožujícím stádiu nemoci, například thioridazin (Thioridazin, Melleril) nebo anxiolytika podávaná krátkodobě vzhledem k možnosti vzniku návyku. Mezi ostatní medikace se řadí zinek, hormonální substituce a mnohé další (Kocourková a kol., 1997; Zámečníková a Hrdlička, 2003).

1.9 Prevence mentální anorexie

Abychom snížili riziko vzniku poruch příjmu potravy (v našem případě anorexie), je již od útlého věku nesmírně důležitá prevence (Růžičková, 2008).

Klíčovým úkolem rodičů je vytvořit správné stravovací návyky u svých potomků. Pokud dítě zcela nevyprázdní talíř z důvodu nasycení, pokud se u jídla loudá, dítě se netrestá ani neuplácí. Tímto chováním by se mohla vytvořit vhodná půda pro pozdější vznik některé z poruch příjmu potravy. Důležitý je trpělivý přístup přizpůsobený individuální osobnosti dítěte. Strava by měla být podávána v pravidelných, menších porcích alespoň pětkrát denně. Důležitou roli hraje také pestrost a vzhled pokrmu, které navozují a povzbuzují chuť k jídlu. Cílem takového postoje je „naučit dítě jíst“, také však zabránit možné manipulaci okolních lidí dítětem či dospívajícím právě odmítáním potravy.

Nepřejídat se, naučit brát sport jako přirozenou součást života, mít koníčky a kolem sebe skupinu přátel – tyto podpůrné prostředky jsou důležité k tomu, aby se člověk ve svém vlastním těle cítil dobře, aby byl sám se sebou spokojený. Je důležité se chválit a být chválen za všechny dosažené pokroky, provádět naplňující činnosti, které nám dělají radost, včetně studia a zaměstnání. Výsledkem bude spokojený jedinec, který nemá potřebu si ubližovat a už vůbec ne odpíráním potravy (Anorexie, 2009).

Nejenom rodiče, ale i škola by se měla využít všech svým možností:

- poskytnout dívkám dostatek správných informací o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy,
- vést ke zdravým stravovacím návykům,
- podporovat pozitivní sociální klima ve škole,
- vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování (Marádová, 2007).

Pokud se však objeví sebemenší známka špatného jídelního režimu (např. odmítání jídla, vynechávání hlavních jídel, hubnutí a neprospívání, přehnané cvičení, špatná nálada, psychické problémy aj.) rodiče by se měli neprodleně obrátit na obvodního lékaře, ke kterému dítě chodí na pravidelné preventivní prohlídky. Zná zdravotní stav dítěte nejlépe a je schopen posoudit, zda je či není v pořádku. Pokud se vyskytne problém, sepíše doporučení na speciální ošetření k obvodnímu psychiatrovi (Leibold, 1995).

Také pedagogové, kteří tráví s dětmi většinu času ve škole, mají dobrý náhled na jejich psychickou a fyzickou stránku, proto i oni by měli reagovat na jakékoliv neobvyklé chování a okamžitě informovat rodiče. Čím dříve se porucha objeví, tím vyšší je pravděpodobnost k jejímu úspěšnému vyléčení (Růžičková, 2008).

2 METODIKA

Teoretická část bakalářské práce je sepsána z dostupných knih, časopisů a internetových zdrojů. Praktickou část práce tvoří anonymní dotazníkové šetření a následné zpracování získaných informací. Dotazník je zaměřen na zjištění příčin a podmínek vedoucích ke vzniku mentální anorexie u současné ženské populace, fyzických i duševních změn, způsobu léčby a prevence.

Výzkumné šetření mi bylo umožněno realizovat na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnici Brno v období od 14. dubna 2104 do 31. ledna 2015.

2.1 Použité metody výzkumu

Pro zmapování současného stavu dané problematiky byl zvolen kvalitativní výzkum technikou dotazníku. *„Dotazník je nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů“* (Gavora, 2000).

Vlastnímu dotazníku předcházelo bližší seznámení s problematikou mentální anorexie. Po sestavení konečné verze dotazníku byla zaslána žádost ke sběru dat do FN Brno, která byla následně schválena.

Dotazník byl osobně rozdán pacientkám Psychiatrické kliniky FN Brno a několika ženám, které se již z anorexie vyléčily. Obsahoval 14 položek – sedm otázek s možností otevřené odpovědi, sedm s možností výběru odpovědi. Počet vyplněných dotazníků závisel na počtu hospitalizovaných pacientek v okamžiku sběru dat, stejně tak na jejich ochotě svěřit se se svými problémy. Z důvodu omezenosti lůžek určených pro pacienty s PPP na oddělení Krizového centra Psychiatrické kliniky FN Brno, byl sběr dat prováděn opakovaně, vždy po nástupu nových pacientek.

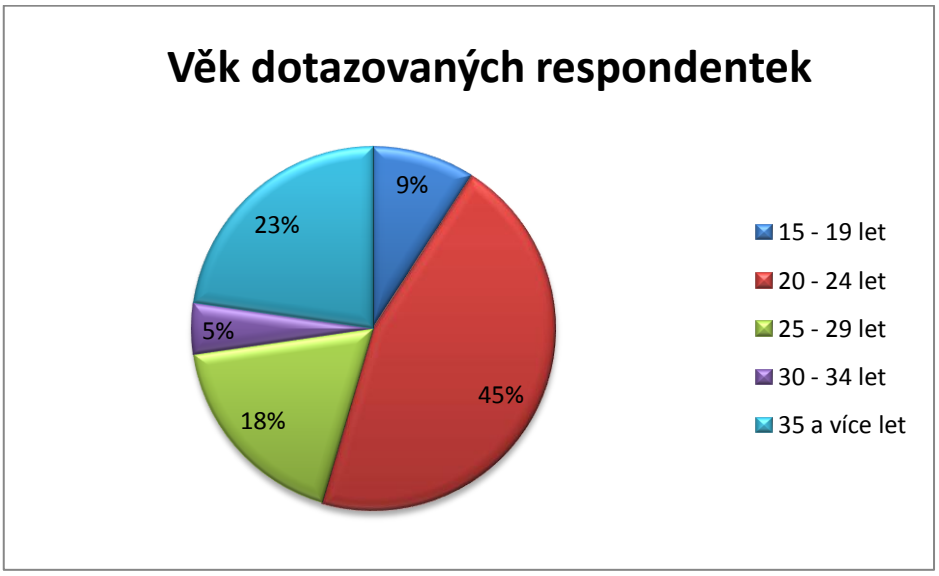
Celkem bylo rozdáno 22 dotazníků a jejich návratnost byla 100%. Po shromáždění vyplněných dotazníků následovala analýza dat a jejich zpracování do tabulek a grafů v Excelu.

3 VÝSLEDKY

Praktická část práce je založena na anonymním dotazníkovém šetření. Úkolem bylo zjistit jednotlivé informace od dívek/žen postižených mentální anorexií. Návratnost dotazníku byla 100% (22 z 22).

Vyhodnocení dat bylo prováděno v programu MS Office Excel. Otázky jsou doplněny tabulkami, grafickým znázorněním či podrobně slovně popsány. Pro přehlednost bylo rozmezí (např. pro věk, délku nemoci) stanoveno od nejnižší uvedené hodnoty zaznamenané v dotaznících. Všechna uvedená data jsou zdrojem vlastního zpracování.

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?



Obrázek 1: Věk dotazovaných respondentek

Věkové rozmezí respondentek je znázorněno na obr. 1. Již na první pohled lze vidět, že mezi dotazovanými jsou jak dospívající dívky, tak ženy starší 35 let.

Z celkového počtu 22 dotazovaných jsou nejvíce zastoupeny ženy ve věku 20 - 24 let (45 %), 23 % respondentek se pohybuje ve věku 35 a více, 18 % mezi 25 – 29 roky, 9 % dívek ve věku 15 – 19 a pouze jedna respondentka (5 %) věkem spadá do rozmezí 30 – 34 let.

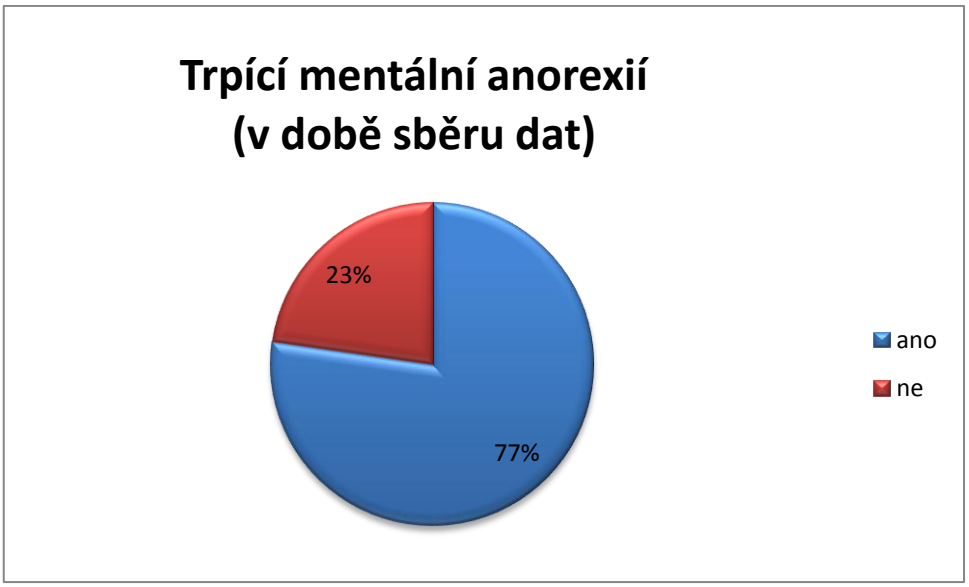
Otázka č. 2: Jaký je Váš současný stav?

Tabulka II: Současný stav

Současný stav	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
studentka	9	41 %
pracující	7	32 %
nezaměstnaná	6	27 %

Tab. II zobrazuje současný stav dotazovaných. Nejvíce respondentek zúčastněných dotazníkového šetření stále studuje (41 %). Zaměstnání navštěvuje 32 % žen a zbylých 27 % postižených z neuvedených důvodů nepracuje.

Otázka č. 3: Trpíte/trpěla jste mentální anorexií?



Obrázek 2: Trpící mentální anorexií (v době sběru dat)

Z grafického znázornění odpovědí dotazovaných je zjevné, že 17 žen (77 %) v současné době trpí mentální anorexií a pouze 23 %, tedy pět respondentek, se z anorexie již vyléčilo.

Otázka č. 4: Jaká byla hlavní příčina + další možné důvody, které vedly k onemocnění?

Otázka č. 4 patří mezi otevřené otázky, zde měla každá z respondentek možnost uvést klíčové důvody, jež vedly ke vzniku mentální anorexie.

Nejčastěji zaznamenanou odpovědí dívek bylo „odmítání ženské postavy“, jinými slovy, odmítaly dospět. Dále také „snížení tělesné hmotnosti“: „chtěla jsem být štíhlá a tím i krásná pro okolí“, odpověděla jedna z dívek.

Opakovaně udávanou příčinou byl i „perfekcionismus“. Žena, věk 34 let, uvádí: „hlavní důvody, které mě vedly k onemocnění, byla touha být perfektní a tlak na bezchybnost doma“. Z této odpovědi můžeme vyčíst další z nejčastěji zmiňovaných důvodů mentální anorexie, a to „problémy v rodině“, se kterými se setkala například 16ti-letá studentka.

Poslední odezvou byly partnerské problémy, přesněji „rozchod s přítelem“, který měl neblahý vliv na psychiku dvou respondentek.

Mezi výroky, které se vyskytly pouze jednou, ale i přesto stojí za zmínku, patří – nízké sebevědomí, problémy se začleněním do kolektivu, kritika postavy, posedlost jídlem či tlak médií.

Otázka č. 5: Setkala jste se v minulosti s nějakou z těchto poruch nervové soustavy? (možnost i více odpovědí)

Tabulka III: Poruchy nervové soustavy

Poruchy nervové soustavy	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
úzkost	3	14 %
deprese	3	14 %
úzkost, deprese	6	27 %
úzkost, neuróza	2	9 %
deprese, neuróza	2	9 %
deprese, neuróza, úzkost	1	5 %
deprese, jiné	1	5 %
neuróza, jiné	1	5 %
bez poruchy NS	3	14 %

Na základě otázky, zda se respondentky v minulosti osobně setkaly s některou z vybraných poruch nervové soustavy, je patrná variabilita odpovědí.

Nejčastěji zaznamenanou poruchou byla úzkost společně s depresí (27 %). Stejný počet žen se v minulosti setkal s úzkostí anebo depresí (14 %). Úzkost - neuróza a úzkost -

deprese postihly taktéž stejný počet odpovídajících (9 %). Ostatní kombinace poruch, uvedené v tabulce, byly zaznamenány vždy pouze jednou respondentkou.

Dvě odpovědi zahrnovaly i možnost „jiné“, kde jedna z dotazovaných uvedla, že trpěla úzkostně-depresivní poruchou. Druhá podobně odpovídající žena však konkrétní poruchu neuvedla. U tří odpovídajících (14 %) se žádná z poruch nervové soustavy v minulosti neprojevila.

Otázka č. 6: Ovlivnila Vás kritika Vaší postavy v rozhodnutí, že musíte zhubnout?

Obrázek 3: Reakce na kritiku postavy

Na otázku, zda respondentky ovlivnila kritika postavy v rozhodnutí, že musí zhubnout, bylo odpovězeno následovně: 12 žen (55 %) uvedlo, že hlavním důvodem, proč se rozhodly pro snížení hmotnosti, byla nevhodná poznámka jejich zevnějšku. Varianta „částečně“ a „ne“ byla zvolena stejným počtem žen (23 %).

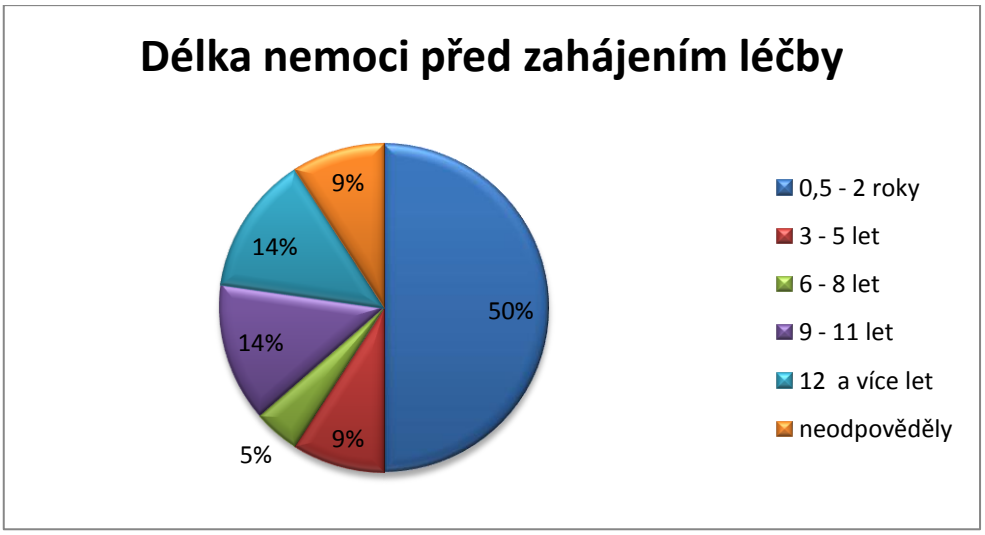
Otázka č. 7: Myslela jste si, že kvůli Vaší postavě byste mohla být vyřazena např. z kolektivu Vašich přátel, známých?

Tabulka IV: Možné vyřazení z kolektivu přátel kvůli postavě

Možné vyřazení z kolektivu přátel kvůli postavě	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
ano	10	45 %
ne	9	41 %
možná	3	14 %

Cílem otázky bylo zjistit, zda se respondentky domnívaly, že by mohly být vyčleněny z kolektivu svých blízkých kvůli své postavě. Odpověď „ano" byla nejčastěji zvolenou variantou (45 %). Téměř stejný počet odpovědí, 41 %, byl však zaznamenán i u druhé možné varianty, tedy „ne". Pouze tři zúčastněné (14 %) byly toho názoru, že jejich postava by mohla být důvodem pro vyřazení z kolektivu.

Otázka č. 8: Jak dlouho nemoc trvala, než došlo k léčbě?



Obrázek 4: Délka nemoci před zahájením léčby

Obr. 4 znázorňuje délku trvání mentální anorexie před zahájením léčby. Přesně polovina (50 %) všech odpovědí spadá do rozmezí 0,5 – 2 roky. Počet odpovědí se shoduje v rozmezí od 9 – 11 let a 12 a více let (14 %). Léčba byla nastolena po 3 – 5 letech u 9 % dotazovaných, po 6 – 8 letech u jedné respondentky (5 %). Dvě ženy (9 %) se odpovědi z neznámých důvodů zdržely.

Otázka č. 9: K jakým změnám chování došlo v průběhu nemoci?

Cílem bylo zjistit a poté stanovit nejčastěji se vyskytující odezvy na otázku, k jakým změnám chování došlo v průběhu nemoci.

Nejčastější odpovědi:

- opakované vážení,
- ztráta chuti do života,
- stranění se společnosti,
- lhaní sama sobě i okolí,
- náladovost,
- deprese, úzkost,
- přecitlivělost, podrážděnost až agrese.

Otázka č. 10: Jak reagovalo Vaše okolí?

Z porovnaných odpovědí vyplynulo, že přibližně 50 % okolí (rodiče, přátelé, známí) reagovalo pozitivně, zbylých 50 % spíše negativně.

„Strach“ a „snaha pomoci“ patřily mezi pozitivní reakce okolí, které se často v dotazníku vyskytovaly. Zde je výrok jedné z respondentek: „byli zmatení, nevěděli, jak mi pomoct, hledali pomoc“.

„Negativní reakce“ a „nepochopení okolí“ byly opakované výpovědi respondentek, patřící mezi záporné odezvy. Žena, 25 let, uvádí: „okolí mi nerozumělo, odsuzovali mě, tvrdili, že kdykoliv mohu se svým problémem přestat, ale nejsem dostatečně silná“.

Další častou reakcí okolí byla kritika vzhledu, jak jedna z odpovídajících napsala: „nejdříve jsem se jim líbila, říkali, že jsem krásná, později, že jsem moc hubená“.

Jiná negativní odezva, se kterou se dívky setkaly a často v dotazníku uváděly, byl nátlak okolí: „nutili mě, abych zvýšila hmotnost“ jak se svěřila 20ti-letá studentka trpící anorexií.

Otázka č. 11: Proč jste se začala léčit?

Na otázku odpovědělo všech 22 dotazovaných. Převážná většina respondentek uvedla jako důvod k léčení „špatný zdravotní stav“. Žena, 23 let, uvádí: „začínalo mi jít o život, objevovaly se komplikace“.

Druhou nejčastěji zaznamenanou odpovědí byla „touha být zdravá“, s doslovnou citací jedné výpovědi: „začala jsem se léčit, protože se chci uzdravit, být spokojená a šťastná“. Dále udávaly „strach ze smrti“ a „nátlak rodičů“. Pouze jedna respondentka uvedla svou rodinu: „mám čtyřletou dceru, to je důvod, proč být zdravá!“

Otázka č. 12: Jak dlouho trvá/trvala léčba?

Tabulka V: Délka léčby

Délka léčby	Léčící se	Léčící se (s recidivou)	Vyléčené (bez recidivy)[2]
2 - 6 týdnů	2	-	1
2 - 6 měsíců	2	3	-
1 - 3 roky	2	2	4
4 - 6 let	-	4	-
7 a více let	-	2	-

Následující otázkou jsme se snažili zjistit, jak dlouho probíhala léčba ve třech následujících situacích:

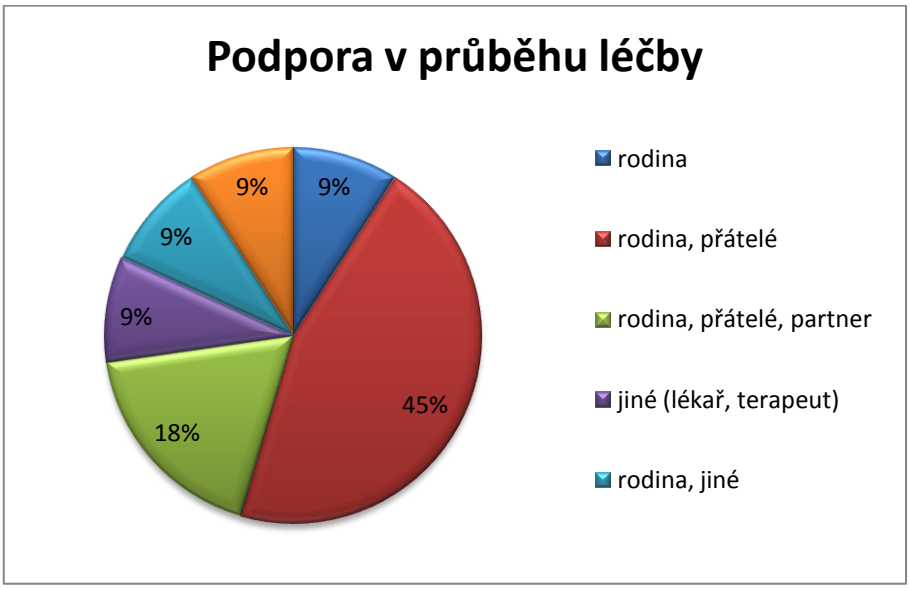
Respondentky, léčící se na Psychiatrické klinice FN Brno poprvé (bez recidivy) uvedly, že délka léčby se pohybovala v rozmezí od 2 – 6 týdnů do 1 – 3 let.

Doba trvání léčby u žen s recidivou, které se v době zadávání dotazníků léčily na stejnojmenné klinice FN Brno, se liší. Tři respondentky uvedly délku léčení na 2 – 6 měsíců, dvě ženy zvolily rozmezí 1 – 3 roky. Nejčastěji označenou odpovědí byly 4 – 6 let a dvě dotazované označily 7 let a více.

Pět žen z 22 se již z anorexie vyléčilo. Jedna z respondentek uvedla, že k uzdravení jí postačilo „pouhých“ 2 – 6 týdnů, u zbylých čtyř trvala léčba 1 – 3 roky.

[2] Vyléčené (bez recidivy) – vyléčené respondentky uvedly, že se žádná z nich s recidivou nesetkala

Otázka č. 13: **Kdo Vám v léčbě pomáhá/kdo Vás podporuje? (možnost i více odpovědí)**



Obrázek 5: Podpora v průběhu léčby

Na následující otázku, kdo respondentky při léčbě podporuje/podporoval, nám dává odpověď obr. 5. Z něj vyplývá, že přesně 10 žen (45 %) našlo podporu u své rodiny a přátel. Druhá nejčastěji zaznamenaná odpověď (18 %) spadá na rodinu, přátele a partnera. Zbylé možnosti se shodují v počtu odpovědí. Z toho vyplývá, že 9 % všech žen se v době nemoci mohlo obrátit na rodinu, další 9 % uvedlo rodinu a jiné, mezi které zahrnuly ošetřujícího lékaře a terapeuta. Stejné procentuální vyjádření (9 %) má i odpověď „rodina, přátelé, partner, jiné“ stejně tak odpověď „jiné“.

Otázka č. 14: Trpíte recidivou/opakovaným onemocněním?

Tabulka VI: Recidiva

Recidiva	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření
ano	11	50 %
ne	11	50 %

Výsledná tabulka k otázce č. 14 nám znázorňuje vyjádření respondentek, zda trpí/trpěly recidivou. Z 22 dotazovaných 11 (50 %) odpovědělo „ano“, stejný počet odpovědí byl zaznamenán u možnosti „ne“ (50 %).

4 DISKUZE

Praktická část bakalářské práce představuje výzkum provedený za pomoci dotazníků (viz Příloha č. 1). Dotazník byl rozdán 17ti pacientkám na oddělení Krizového centra Psychiatrické kliniky FN Brno a pěti již vyléčeným ženám. Dohromady se šetření zúčastnilo 22 respondentek.

Po vyhodnocení výsledků jsme dospěli k těmto závěrům: věkové rozmezí žen, které se osobně s anorexií setkaly, se pohybuje od 16 – 54 let. Z výsledků je možno vyčíst, že anorexie není nemocí postihující pouze mladé dívky, jak se lze dočíst v některých publikacích, ale nemocí všech věkových kategorií. Anorexie je typická pro období dospívání (13 – 20 let), ale velmi často se s ní můžeme setkat jak v dětství (u dětí mladších 10 let), tak rovněž ve stáří (Galová, 2013; Krch a kol., 1999).

Z tabulky vypovídající o současném stavu respondentek vyplývá, že devět žen stále studuje, sedm navštěvuje zaměstnání a šest žen z neuvedených důvodu nepracuje. Po prostudování dotazníků bylo zjištěno, že respondentky, které zvolily možnost c) nezaměstnaná, patřily mezi ty, které se s anorexií právě léčily. Lze tedy předpokládat, že je nemoc (dlouhotrvající léčba) o práci připravila nebo byly v pokročilejší fázi anorexie, která zaměstnání neumožňovala.

Třetí otázka podává přehled o tom, kolik respondentek v době sběru dat anorexií trpělo a kolik se již zdárně vyléčilo. Jak bylo zmíněno v úvodu diskuze, 17 odpovídajících žen bylo hospitalizováno ve FN Brno, pěti respondentkám se z anorexie podařilo vyléčit - u těchto žen však nevíme, jaký druh léčby podstoupily.

Léčba anorexie může trvat několik let a i přesto se ji vyléčit nepodaří. Vše závisí na věku postižené a na její skutečné možnosti spolupráce. Základním klíčem úspěšné léčby je pacientčina motivace (Galová, 2013).

Převážná většina odborníků věří, že za vznikem MA nestojí pouze jediný určitý faktor, spíše se hovoří o koexistenci různých faktorů způsobující toto onemocnění (Krch a kol, 1999). Respondentky byly tázány na hlavní příčinu a další možné důvody, které vedly k onemocnění. Jedním z uvedených důvodů bylo „odmítání ženské postavy“. S tímto problémem se dívky setkávají během puberty, v průběhu které dochází k zásadním

změnám v proporcích těla. Přibírají zejména na tukové hmotě a tím se vzdalují od svých představ o „ideální“ postavě (Marádová, 2007).

Uváděly také „snížení tělesné hmotnosti“. Nárůst váhy v období puberty má za následek, že se dívky stanou oběťmi nevhodných poznámek spolužáků a tím si vytvoří domněnku, že by měly zhubnout. Na druhou stranu jsou zde dívky, které i přes extrémní vyhublost žijí v domnění, že jsou tlusté a myslí si, že by měly zhubnout – trpí zkreslenou představou o vlastním těle (Kocourková a kol., 1997).

Další příčinou byl perfekcionismus, který se v kontextu poruch příjmu potravy projevuje především snahou o přísné dodržení jídelníčku. Pokud anorektičky selžou, přichází pocity viny a další zpřísnění jídelního režimu s cílem být co „nejštíhlejší“. (Švédová a Mičová, 2010).

Posledními nejčastěji udávanými důvody byly problémy v rodině (hádky, rozvod rodičů, vysoké nároky na dítě apod.) a rozchod s partnerem, které patří mezi stresující životní události často spojované se vznikem mentální anorexie.

Otázkou, zda se respondentky v minulosti setkaly s některou z poruch nervové soustavy, jsme chtěli zjistit možné psychické nestálosti, které se projevily již před propuknutím mentální anorexie. Mohlo poté dojít k silnější události, jež měla za následek vznik onemocnění. Z 22 dotazovaných se 17 respondentek s některou z uvedených poruch NS v minulosti setkalo. V důsledku větší psychické zátěže lze usoudit, že s příchodem nepříjemných událostí hrozí těmto pacientkám vyšší riziko propuknutí anorexie. Pouze u tří se žádná z poruch NS neprojevila, to však neznamená, že se nemohla dostavit v průběhu nemoci. Podle Claude-Pierre (2001) je jednou z psychických následků anorexie právě deprese, která vniká v důsledku dlouhotrvající podvýživy.

Vyhodnocením otázky, zda respondentky ovlivnila kritika postavy k rozhodnutí zhubnout, jsme dospěli k závěru, že právě nemístná poznámka zevnějšku patří mezi hlavní příčiny rozvoje mentální anorexie. Větší polovina odpovídajících se kritikou okolí ovlivnit nechala a začala hubnout, šest respondentek uvedlo, že jen částečně a stejný počet žen zvolilo možnost b) ne. U těchto žen není jasné, zda kritizovány byly, avšak kritika postavy nebyla hlavním důvodem, proč se rozhodly zhubnout či se s kritikou nesetkaly vůbec. Je zřejmé, že záleží na psychickém rozpoložení jednotlivce, zda se kritikou nechá ovlivnit nebo ne.

Další otázkou jsme zjišťovali názor respondentek na fakt, zda by mohly být vyřazeny např. z kolektivu přátel, známých kvůli své postavě. Jedna kritická poznámka postavy totiž stačí k tomu, aby se dívka rozhodla zhubnout a dosáhla tak nízké hmotnosti, aby jí byla diagnostikována anorexie. To je pravděpodobně případ všech 12ti žen, jež zvolily možnost a) ano, zbylých deset se přiklonilo buď k možnosti b) ne anebo k c) částečně. Proto by se okolí mělo držet případných kritických či posměšných poznámek a předejít tak možnému zapříčinění mentální anorexie.

U respondentek anorexie trvala v rozmezí 0,5 – 12 let a více, než byla nastolena léčba. Jeden z důvodů, proč anorexie trvá i několik let bez zásahu lékařů, je popsán tak, že nemoc je často zaměňována za snahu o zdravý životní styl, kdy se dívka zprvu vyhýbá sladkým a tučným jídlům až do stádia, kdy postupně zredukuje vše, z čeho by mohla ztloustnout (Krch, 2002). Dalším důvodem neléčení se je možnost, že si dívky a s nimi často i rodiče odmítají přiznat, že jsou nemocné (Anders, 2007).

V průběhu anorexie dochází k mnoha změnám jak na těle, tak na duši. Podle výsledků šetření mezi nejčastěji se vyskytující změny v chování patří: opakované vážení, ztráta chuti do života, stranění se společnosti, deprese a další. Většina těchto přeměn je způsobena zaměřeností anorektičky pouze na své tělo a jídlo. Začínají se stranit svému okolí, lžou jak sobě, tak ostatním, jsou náladové, podrážděné. V horším případě mohou upadnout do hluboké deprese (Douchová, 2014). Odpovědi respondentek nebyly překvapující - všechny zde uvedené změny v chování patří mezi typické důsledky anorexie a píše se o nich v teoretické části práce.

Podle Douchové (2014) jsou reakce okolí na anorexii různé, jednou mohou pomoci, podruhé ublížit. Mezi negativní odezvy se řadí vyčítání nemoci, kladení si anorexie za vinu, ignorování či zlehčování problému, nucení do jídla aj. Tímto chováním okolí reaguje na vlastní pocity zoufalství, bezmoci či hněvu. Po zhodnocení odpovědí respondentek je zjevné, že se téměř ve všech případech shodují s uvedenými reakcemi citovaného časopisu.

K pozitivním reakcím patřil zejména „strach“ a „snaha pomoci“. Jinak řečeno, reakce rodiny a známých jsou kladné v tom smyslu, že se snaží anorektickou dívku podporovat, dodávat jí motivaci a při léčbě stát po jejím boku.

Na otázku, proč se respondentky začaly léčit, nejčastěji odpovídaly: špatný zdravotní stav, touha být zdravá, strach ze smrti, nátlak rodičů. Mnohé publikace, zaměřující se na tuto problematiku uvádí, že dívky si ve velké většině případů nechtějí přiznat, že by

mohly být nemocné a k léčbě je donutí až špatný zdravotní stav. Z toho plyne, že převážná část respondentek se potýkala právě s tímto problémem. Především u mladších dívek má však hlavní slovo rodina, kdy až pod nátlakem anorektička svolí k první návštěvě lékaře.

Léčba MA je nesnadný a zpravidla dlouhotrvající proces. Podle celosvětového výzkumu anorexie v průměru trvá šest let, avšak vždy záleží na situaci a konkrétním jedinci. V případě časného zachycení může být zvládnuta i za krátkou dobu (Černá, 2008).

Délka léčení se u respondentek viditelně lišila. Důvodem byla skutečnost, že mezi zúčastněnými byly ženy, které se s anorexií léčily poprvé, některé z nich nemocí trpěly opakovaně (trpěly recidivou) a v neposlední řade se do šetření zapojily i ženy, které se z anorexie již vyléčily.

Z výsledků je zjevné, že nejkratší dobu léčby uvádí ženy, které se s anorexií setkaly poprvé. Předpoklad, že nejdéle se budou léčit ty ženy, které nemoci trpí opakovaně, se také potvrdil. U zmíněných dvou skupin respondentek léčba patrně stále pokračuje, proto jsou uvedená rozmezí pouze orientační.

K zamyšlení je odpověď již vyléčené ženy, která uvedla, že se s anorexie vyléčila za „pouhých“ 6 týdnů. Vzhledem k tomu, že u všech pěti vyléčených žen nevíme, kde léčba probíhala, můžeme pouze spekulovat, zda se jedná o skutečné uzdravení či jen o zkreslený náhled ženy na svůj dosavadní stav.

V průběhu léčby je pro postiženou velmi důležitá podpora okolí. Nás zajímalo, na koho se mohly respondentky obrátit během nemoci. Odpovědi nebyly překvapivé. Všechny respondentky uvedly svou rodinu, partnera, přátele, ošetřující lékaře a terapeuty. Nenašla se respondentka, kterou by v průběhu nemoci nikdo nepodporoval.

Poslední otázka dotazníku zjišťovala, zda respondentky trpí/trpěly recidivou (opakovaným onemocněním). Tím, že se pacientka vyléčí, neznamená, že se nemoc nemůže vrátit. V mnoha případech hrozí vysoké riziko recidivy – až 50 % (Mlčoch, 2012). To vysvětluje, proč 11 z 22 dotazovaných respondentek odpovědělo, že se s recidivou osobně setkalo.

5 ZÁVĚR

Mentální anorexie je zákeřná nemoc postihující zejména ženy toužící po štíhlé postavě téměř za jakoukoliv cenu.

Cílem práce bylo poskytnout ucelený popis příčin, fyzických a duševních změn v průběhu nemoci, způsobu léčby a prevence týkající se mentální anorexie žen.

Pro studium dané problematiky jsme využili odborné publikace a oficiální internetové zdroje poskytující cenné informace, které byly poté použity ke zpracování nejenom teoretické, ale i praktické části bakalářské práce.

Teoretická část práce se věnuje tématu mentální anorexie. Praktická část je realizována na základě dat získaných od dívek a žen, které se s anorexií setkaly na vlastní kůži. Informace získané pomocí dotazníkového šetření nám poskytly celkový náhled na průběh anorexie u současné ženské populace.

Za největší přínos práce je možné považovat informace získané z velké části od anorektických dívek léčících se na oddělení Krizového centra FN Brno a také dívek, které se již vyléčily.

S ohledem na výsledky dotazníkového šetření jsme došli k závěru, že mentální anorexie je nemocí postihující ženy všech věkových kategorií. Neexistuje jednoznačná příčina anorexie, ale podílí se na ní více faktorů. Někdy může trvat i několik let bez povšimnutí, protože je zaměňována například za zdravý životní styl. V průběhu onemocnění dochází ke změnám jak v oblasti psychiky, tak v oblasti těla. K úspěšnému vyléčení je velmi důležitá podpora rodiny a blízkého okolí. I po vyléčení však existuje riziko recidivy, pokud se objeví či zhorší některý z vnějších nebo vnitřních zátěžových faktorů.

Faktem je, že počet nemocných stále stoupá, proto je potřeba věnovat více pozornosti jakýmkoliv změnám v jídelním chování dětí v rodinách i ve školách a pokusit se tak předejít vzniku tohoto onemocnění.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

[1] ANDERS, Martin. Mentální anorexie. [online]. 2007 [cit. 2014-10-23]. Dostupné z:http://www.ordinace.cz/clanek/mentalni-anorexie-2/

[2] ANOREXIE. Příčiny anorexie. [online]. © 2009. [cit. 2014-10-25]. Dostupné z:http://www.anorekticka.cz/priciny-anorexie/

[3] ANOREXIE: Prevence anorexie. [online]. © 2009. [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: http:/www.anorekticka.cz/prevence-anorexie/

[4] BENSON, Nigel C. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2010. 175 s.

[5] BLÁHA, Pavel. Využití antropologických metod v obezitologii. [online]. 2002 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z:http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vyuziti-antropometrickych-metod-v-obezitologii-145102

[6] CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy.* Praha: Pragma, 2001. 264 s.

[7] COHEN, Robert. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. 190 s.

[8] ČERNÁ, Ria. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Anabell, 2008. 64 s.

[9] DOUCHOVÁ, Zuzana. Když se z hubnutí stane závislost aneb Jak reagovat na anorexii. [online]. 2014 [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: http://www.femina.cz/magazin/hubnuti/kdyz-se-z-hubnuti-stane-zavislost-aneb-jak-reagovat-na-anorexii.html

[10] GALOVÁ, Kristýna. *Mýty a omyly*. Brno: Anabell, 2013. 20 s.

[11] GAVORA, Petr. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 208 s.

[12] KOCOURKOVÁ, Jana a kol. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 156 s.

[13] KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a adolescenci*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004.

[14] KOUTEK, Jiří a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. 492 s.

[15] KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999. 240 s.

[16] KRCH, František David. *Medicína pro praxi: Poruchy příjmu potravy*. 2007, roč. 4, č. 10, s. 420-422.

[17] KRCH, František David. Mentální anorexie a mentální bulimie: Poruchy příjmu otravy jako cena za štíhlost. [online]. 1998, č. 77 [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: http://casopis.vesmir.cz/clanek/mentalni-anorexie-a-bulimie

[18] KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 240 s.

[19] KULHÁNEK, Jan. Hospitalizace nemocných mentální anorexií a bulimií. [online]. 2014 [cit. 2015-01-12]. Dostupné z:http://www.idealni.cz/clanek/hospitalizace-nemocnych-mentalni-anorexii-a-bulimii/

[20] KULHÁNEK, Jan. KBT – kognitivně behaviorální terapie. [online]. 2014 [cit. 2014-11-03]. Dostupné z:http://www.dobra-psychoterapie.cz/kbt-kognitivne-behavioralni-terapie/

[21] KULHÁNEK, Jan. Psychogenní přejídání. [online]. © 2014 [cit. 2014-10-23]. Dostupné z:http://www.idealni.cz

[22] LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. 140 s.

[23] MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy.* Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s.

[24] MLČOCH, Zbyněk. Léčba mentální anorexie u dětí a dospělých, příznaky, statistiky, hospitalizace. [online]. 2012 [cit. 2014-10-30]. Dostupné z:http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/lecba-mentalni-anorexie-u-deti-a-dospelych-priznaky-statistiky-hospitalizace

[25] NAVRÁTILOVÁ, Miroslava a Michaela HAMROVÁ. *New EU Magazine of Medicine: Realimentace u závažných poruch příjmu potravy.* 2009, č. 1-2, s. 22-36

[26] PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, co anorexií trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky.* Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. 76 s.

[27] PAPEŽOVÁ, Hana. *Remedia: Farmakoterapie poruch příjmu potravy*. 2007, roč. 17, č. 6, s. 557-559

[28] RŮŽIČKOVÁ, Dana. Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie, mentální bulimie a orthorexie. [online]. 2008 [cit. 2014-09-05]. Dostupné z:http://rodina-deti.doktorka.cz/poruchy-prijmu-potravy---mentalni-anorexie--mentalni-bulimie-a-orthorexie/

[29] ŠVÉDOVÁ, Jarmila a Lenka MIČOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy*. Brno: Anabell, 2010. 31 s.

[30] VÍCHOVÁ, Tereza. U maminky v bříšku, těhotenství s komplikacemi. [online]. 2008 [cit. 2014-09-05]. Dostupné z:http://static.prozeny.cz/images/pdf/anorexie_2008_10.pdf

[31] ZÁMEČNÍKOVÁ, Renata a Michal HRDLIČKA. *Psychiatrie pro praxi: Farmakoterapie u mentální anorexie*. 2003, roč. 4, č. 6, s. 263-266.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body Mass Index = Index tělesné hmotnosti
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
KC	Krizové centrum
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
NS	Nervová soustava
PPP	Poruchy příjmu potravy

SEZNAM TABULEK

Tabulka I: Tabulka tělesné hmotnosti podle BMI…….6

Tabulka II: Současný stav……..…….….31

Tabulka III: Poruchy nervové soustavy……..…….32

Tabulka IV: Možné vyřazení z kolektivu přátel kvůli postavě……..……..34

Tabulka V: Délka léčby…….……..…..36

Tabulka VI: Recidiva…….....…...37

SEZNAM GRAFŮ

Obrázek 1: Věk dotazovaných respondentek …….30

Obrázek 2: Trpící mentální anorexií (v době sběru dat)…….31

Obrázek 3: Reakce na kritiku postavy…….33

Obrázek 4: Délka nemoci před zahájením léčby……..34

Obrázek 5: Podpora v průběhu léčby……..37

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník zjišťující průběh mentální anorexie u současné ženské populace

Příloha č. 2: Vzor vyplněného dotazníku

Příloha č. 3: Žádost o sběr dat/poskytnutí informace pro studijní účely

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník zjišťující průběh mentální anorexie u současné ženské populace

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Renata Bednaříková a jsem studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník mi pomůže zjistit důležité informace, které následně využiju ve své bakalářské práci. Bez Vaší pomoci by můj výzkum nebyl možný, proto jsou pro mne Vaše odpovědí velmi cenné. Děkuji.

Dotazník je anonymní a slouží pouze pro studijní účely. Obsahuje 14 otázek, část s možností výběru, část otázek je otevřených.

1) **Kolik je Vám let?**

2) **Jaký je Váš současný stav?**
   A) student
   B) pracující
   C) nezaměstnaný

3) **Trpíte/trpěla jste mentální anorexií?**
   A) nyní
   B) v minulosti

4) **Jaká byla hlavní příčina + další možné důvody, které vedly k onemocnění?**

5) **Setkala jste se v minulosti s poruchou nervové soustavy? (možnost i více odpovědí)**
   A) úzkost
   B) deprese
   C) neuróza
   D) jiné

6) **Ovlivnila Vás kritika Vaší postavy v rozhodnutí, že musíte zhubnout?**
   A) ano
   B) ne
   C) částečně

7) **Myslela jste si, že kvůli Vaší postavě byste mohla být vyřazena např. z kolektivu Vašich přátel, známých?**
   A) ano
   B) ne
   C) možná

8) **Jak dlouho nemoc trvala, než došlo k léčbě?**

9) **K jakým změnám chování došlo v průběhu nemoci?**

10) **Jak reagovalo okolí?**

11) **Proč jste se začala léčit?**

12) **Jak dlouho trvala léčba?**

13) **Kdo Vám v léčbě pomáhá/ kdo Vás podporuje? (možnost i více odpovědí)**
   A) rodina
   B) přátelé
   C) partner
   D) jiné

14) **Trpíte recidivou/ opakovaným onemocněním?**
   A) ano
   B) ne

Příloha č. 2: Vzor vyplněného dotazníku

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Renata Bednaříková a jsem studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník mi pomůže zjistit důležité informace, které následně využiju ve své bakalářské práci. Bez Vaší pomoci by můj výzkum nebyl možný, proto jsou pro mne Vaše odpovědi velmi cenné. Děkuji.

Dotazník je anonymní a slouží pouze pro studijní účely. Obsahuje 14 otázek, část s možností výběru, část otázek je otevřených.

1) **Kolik je Vám let?**

   20

2) **Jaký je Váš současný stav?**

   A) studentka
   B) pracující
   C) nezaměstnaná

3) **Trpíte/trpěla jste mentální anorexií?**

   A) nyní
   B) v minulosti

4) **Jaká byla hlavní příčina + další možné důvody, které vedly k onemocnění?**

   ROZCHOD S PŘÍTELEM

5) **Setkala jste se v minulosti s nějakou z těchto poruch nervové soustavy? (možnosti i více odpovědí)**

   A) úzkost
   B) deprese
   C) neuróza
   D) jiné

6) **Ovlivnila Vás kritika Vaší postavy v rozhodnutí, že musíte zhubnout?**

   A) ano
   B) ne
   C) částečně

7) **Myslela jste si, že kvůli Vaší postavě byste mohla být vyřazena např. z kolektivu Vašich přátel, známých?**

   A) ano
   B) ne
   C) možná

8) **Jak dlouho nemoc trvala, než došlo k léčbě?**

   1 ROK

9) K jakým změnám chování došlo v průběhu nemoci?

PODRÁŽDĚNOST, STRANILA JSEM SE OKOLÍ

10) Jak reagovalo Vaše okolí?

NEGATIVNĚ – NECHÁPALI MĚ

11) Proč jste se začala léčit?

RODINA MĚ DONUTILA

12) Jak dlouho trvá/trvala léčba?

4 ROKY

13) Kdo Vám v léčbě pomáhá/ kdo Vás podporuje? (možnost i více odpovědí)

A) rodina
B) přátelé
C) partner
D) jiné

14) Trpíte recidivou/ opakovaným onemocněním?

A) ano
B) ne

Příloha č. 3: Žádost o sběr dat/poskytnutí informace pro studijní účely

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel: 532 231 111

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH VĚCÍ A PERSONALISTIKY (OOPVP)
Vedoucí útvaru:
JUDr. Alena Tobiášová, MBA
tel.: 532 232 108 , fax: 532 232 293
e-mail: atobias@fnbrno.cz

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY

v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: RENATA BEDNAŘÍKOVÁ

Datum narození: [redacted] Telefon: [redacted] E-mail: [redacted]

Adresa pro doručení d[redacted]

Přesný název školy/fakulty: Pedagogická fakulta JU

Obor studia: angličtina - přírodopis se zaměřením na redakční

Forma studia: ☒ prezenční ☐ kombinovaná

Žadatel ve FN Brno koná obornou praxi:

☐ ANO na útvaru: ..... v termínu od: ..... do: .....

☒ NE

Žadatel je zaměstnancem/osobou blízkou zaměstnance FN Brno:

☐ ANO Útvar/Jméno zaměstnance FN Brno: .....

☒ NE

Téma závěrečné práce: "Anorexie u současné ženské populace"

Požadavek na (zaškrtněte):

☒ **Dotazníková akce** ☒ pro pacienty FN Brno ☐ pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů: minimálně 40

Termín sběru dat: od: 1.4.2014 do: 31.1.2015

Útvar, kde bude dotazníková akce probíhat: Radiologická klinika FN Brno

☐ **Výpis ze zdravotnické dokumentace....**

Předpokládaný počet dat (počet prohlédnuté zdravotnické dokumentace):

.....

Termín sběru dat: od: ..... do: .....

Útvar, kde bude sběr dat probíhat: .....

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti): .....

.....

.....

.....

☐ **Ostatní (statistická data)**

Rozsah sledovaného období: .....

Termín sběru dat: od: ..... do: .....

Útvar, kde bude sběr dat probíhat: .....

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti): .....

.....

.....

5-292/13/3

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat" ve své práci?: ☐ ANO ☒ NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací", je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Datum:.. Podpis:...

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOŘ dne:......11.4.2014.........pod číslem:.........2014/57796/FNBRNO - 625.........

Návrh výše úhrady za sběr dat/poskytnutí informace .... Kč

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

☒ souhlas - útvar:...........PR...

☐ nesouhlas – útvar: ....

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne ....11.4.2014...................

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: .... útvaru:........................ na pozici:..............................

V Brně dne ......11.4.2014........ [redacted]..............

referent/vedoucí OOŘ

Vyjádření vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno

Vyjádření v elektronické dtb. Žádosti o sběr dat

Komentář vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno k žádosti:...

....

....

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Žadateli odeslána informace o (ne)schválení žádosti dne ....14.4.2014..........................

Medicínskému/nemedicínskému útvaru žádost postoupena dne ....14.4.2014..........................

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

☐ souhlas žadatele s placenou službou

☐ nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: ☐ na pokladně FN Brno

☐ fakturou na účet FN Brno

Částka .... připsána na účet FN Brno dne: ....

Požadovaná data medicínského/nemedicínského útvaru doručena na OOŘ ....

Požadovaná data ☐ postoupena

☐ převzal žadatel osobně dne .... v počtu ....

Převzal: ....
(podpis žadatele)

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Žádost uzavřena dne: ......14.4.2014.......... [redacted]..

podpis vedoucího/referenta OOŘ

5-292/13/3