

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Petra Tichá

**KVALITA ŽIVOTA ŽEN V OBDOBÍ REMISE
PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY**

Bakalářská práce

Praha 2014

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Richterová

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 27.6.2014

.....

Podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych velice ráda poděkovala Mgr. Evě Richterové za řadu cenných rad a připomínek, za její ochotu a čas, který mi věnovala při konzultacích této práce. Mé poděkování patří také všem informátorkám, které se zúčastnily mého výzkumu a poskytly mi důležité informace.

Obsah

| | | |
|--------|--|----|
| 1 | Teoretická část | 6 |
| 1.1 | Úvod do problematiky poruch příjmu potravy | 6 |
| 1.2 | Historické pozadí poruch příjmu potravy | 8 |
| 1.2.1 | Historie mentální anorexie | 8 |
| 1.2.2 | Historie mentální bulimie a přejídání..... | 10 |
| 1.3 | Poruchy příjmu potravy..... | 11 |
| 1.3.1 | Diagnostický systém..... | 11 |
| 1.4 | Jak lze rozpoznat poruchu příjmu potravy?..... | 17 |
| 1.5 | Příčiny vzniku poruch příjmu potravy..... | 18 |
| 1.6 | Dělení faktorů vzniku poruch příjmu potravy..... | 18 |
| 1.6.1 | Biologické faktory | 19 |
| 1.6.2 | Psychologické faktory..... | 21 |
| 1.6.3 | Sociální a kulturní faktory..... | 25 |
| 1.7 | Léčba poruch příjmu potravy..... | 25 |
| 1.8 | Pojetí zdraví | 30 |
| 1.9 | Pojetí kvality života | 33 |
| 1.10 | Rozdělení dimenzí kvality života pro potřeby měření a přístupy k měření kvality života 37 | |
| 1.11 | Pojetí remise | 38 |
| 1.12 | Dlouhodobý průběh poruch příjmu potravy..... | 41 |
| 1.13 | Somatické, psychické a sociální důsledky PPP..... | 47 |
| 1.13.1 | Zdravotní komplikace (fyzické zdraví)..... | 47 |
| 1.13.2 | Psychické důsledky | 53 |
| 1.13.3 | Společenské (sociální) důsledky | 55 |
| 2 | Praktická část | 58 |

| | | |
|-----|--|----|
| 2.1 | Úvod | 58 |
| 2.2 | Výzkumná otázka | 59 |
| 2.3 | Výzkumná strategie..... | 59 |
| 2.4 | Technika sběru dat | 59 |
| 2.5 | Strategie výběru vzorku..... | 60 |
| 2.6 | Kontakt s účastníky, prostředí výzkumu..... | 62 |
| 2.7 | Zpracování, analýza a interpretace získaných dat | 64 |
| 3 | Závěr..... | 73 |
| 4 | Diskuse..... | 75 |
| 5 | Použitá literatura a citované zdroje | 78 |

1 Teoretická část

1.1 Úvod do problematiky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy patří podle Nováka (2010) k jedněm z nejhůře uchopitelných psychiatrických diagnóz. Podle Krcha (1999) jsou „jedním z nejčastějších, a pro svůj chronický průběh, závažné somatické, psychické a sociální důsledky, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen“¹ a rovněž mívají velký a dlouhodobý vliv na sociální okolí postižených.

Přestože se poruchy příjmu potravy mohou objevit i u mužů či žen starších 40 let, nejčastěji postihují dospívající dívky a mladé ženy. K propuknutí mentální anorexie dochází zpravidla u dívek ve věku 12-18 let, u bulimie pak u dívek starších, tj. ve věku 15-24 let. Podle Leibolda (1995)² existuje několik možných důvodů, proč se tato problematika týká zpravidla podstatně více žen než mužů. Dnešní společnost obecně klade na ženy větší tlak než na muže, ženy by tak měly dbát o svůj vzhled a přibližovat se dnešnímu ideálu krásy štíhlé ženy. Uvádí se, že ženy se častěji uchylují k méně nápadné droze, tedy jídlu, na rozdíl od mužů, kteří mívají větší sklon ke zneužívání alkoholu a nikotinu. Ve srovnání s časopisy pro muže, jsou ty ženské časopisy plné dietních rad a návodů na to, jak zhubnout či vypadat štíhlejší. Ženy a dívky jsou v této společnosti vychovávány tak, aby potlačovaly hněv, vztek a agresi a dbaly nejen o sebe, ale také o ostatní. Neustále jsou nuceny jednat tak, jak jim ostatní, včetně rodičů, předkládají. Kontrola hmotnosti a držení diet se pak může stát „řešením“, které jim umožňuje dělat to, co samy chtějí, mít kontrolu alespoň nad svým jídlem a vlastní hmotností. Je také pravděpodobné, že chlapci své konflikty s rodinou řeší jiným způsobem než jídlem.

Z těchto důvodů je tato práce soustředěna pouze na ženy a dívky, nikoli na muže.

¹ KRCH, František David. Předmluva. In: *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, Psyché (Grada Publishing). 1999, s. 11.

² LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1995, s. 11-13

Jednotlivé poruchy příjmu potravy se od sebe v mnoha aspektech odlišují, avšak jedno mají společné, středem zájmu člověka se stává jídlo, diety, touha po štíhlém těle a neustálá, nekontrolovatelná snaha o snižování či alespoň udržování hmotnosti. Veškeré ostatní zájmy tak pomalu ustupují do pozadí a zájem o vlastní tělesnou hmotnost narušuje běžný, normální život jedince. Jídlo, obživa patří k základním potřebám každého člověka, neboť je nutným předpokladem pro samotné přežití a zajištění somatického a psychického zdraví. Každý občas řeší svou postavu, svou váhu či se někdy přejí, a proto se může být mezi poruchou příjmu potravy a normálním jídelním chováním velmi tenká hranice. O poruchách příjmu potravy pak můžeme hovořit tehdy, pokud jídelní chování ovlivňuje ostatní stránky života jedince, který s tím již sám nedokáže nic udělat. Diagnostika některé z poruch příjmu potravy také vyžaduje, aby bylo vyloučeno, že hladovění, nechutenství a vyhublost nejsou důsledkem jiného somatického či psychického onemocnění.

Počet pacientek s poruchou příjmu potravy v průběhu let stále roste, výzkumníci a odborníci hledají odpovědi na stále nezodpovězené otázky. Poruchy příjmu potravy jsou příčinou mnohých zdravotních, psychických, sociálních, finančních a jiných potíže, které obecně bývají ukazateli kvality života, a proto se ve své práci zaměřím na to, jak ženy v remisi poruchy příjmu potravy reflektují kvalitu svého života, jaké aspekty považují za důležité pro kvalitu života a jak jsou v s jednotlivými aspekty spokojené.

1.2 Historické pozadí poruch příjmu potravy³

Různé formy narušeného příjmu potravy jsou popisovány již po staletí a historie poruch příjmu potravy sahá až do starověku, kdy Hippokrates dává poruchám příjmu potravy označení *asithia*, což znamená odmítání potravy, které je zapříčiněno špatnými tělesnými tekutinami. Galén pak ve 2. století prvně použil termín anorexie. Nicméně až ve 20. století rapidně vzrostl zájem o zkoumání poruch příjmu potravy a základní formy těchto poruch byly samostatně zařazeny do terminologie mezinárodních klasifikačních systémů.

1.2.1 Historie mentální anorexie⁴

Samotný pojem anorexie, chápaný ve smyslu odporu či ztráty chuti k jídlu, byl tedy prvně používán lékaři jako Hippokrates či Galén. Přehnané půsty či odmítání jídla bylo po staletí součástí různých asketických praktik a rovněž patřilo k příznakům řady somatických i psychických onemocnění a známých jevů jako např. hysterie, zamilovanost či melancholie, avšak nebylo primárně chápáno jako patologický jev.

V období pozdního středověku se objevovaly „postící se světicé“ a poté „záračné panny“, jejichž chování bylo více či méně spojováno s náboženskými či nadpřirozenými jevy. „Řada lékařů byla tehdy ještě přesvědčena, že protrahovaná abstinence potravy je zázrak, způsobený božím přičiněním, a proto používali označení „*inedia prodigiosa*“ nebo „*anorexia mirabilis*“.“⁵ Teprve až v 19. století začali lékaři nahlížet na odmítání jídla jako na nemoc, veřejnost však považovala tyto ženy spíše za hysterické osoby se snahou ke zviditelnění. O dobrovolně hladovějící dívce (jež zemřela hladem), nacházíme zmínku ve

³ FALTUS, František. Historie poruch příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 20-24.

VAN DETH, Ron a Walter VANDEREYCKEN. Historie poruch příjmu potravy. In: *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, Psyché (Grada Publishing). 1999, s. 24-32.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 18 a 26-27

⁴ FALTUS, František. Historie poruch příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 20-24.

⁵ VAN DETH, Ron a Walter VANDEREYCKEN. Historie poruch příjmu potravy. In: *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Editor František David Krch. Praha: Grada, Psyché (Grada Publishing). 1999, s. 25

14. století a v 17. století se objevují první klinické obrazy podobající se mentální anorexii. Lékař Richard Morton popsal a nazval diagnózu vykazující příznaky podobné mentální anorexii jako „nervové opotřebení“.

S termínem nervová anorexie se setkáváme spíše ve francouzské literatuře. Francouz Fleury Imbert rozdělil anorexii na gastrickou (anorexie gastrique), která je založena na předpokladu poruchy trávení, a nervovou (anorexie nerveuse), jejíž hlavní příčinou je odmítání jídla způsobeného absencí pocitu hladu.

Později, v 19. století, se objevují mnohem důvěryhodnější důkazy o projevech mentální anorexie. William Stout Chipley popsal tzv. sitomani, tedy chorobné nechutenství u duševně nemocných, a podobně francouzský lékař Louis-Victor Marcé popsal formu hypochondrického deliria, když provedl výzkum s několika dívkami, které trpěly nechutenstvím a popsal tak první případy mentální anorexie. Jejich poznatky však nezaznamenaly u lékařské veřejnosti žádnou odezvu a diagnóze mentální anorexie nebyla věnována žádná větší pozornost.

Ve 2. polovině 19. století byly znovu objeveny poznatky Richarda Mortona a samotný termín anorexia nervosa byl poprvé použit v roce 1874 a to lékařem královny Viktorie, sirem Williamem Gullem. Tento lékař vystoupil před lékařskou veřejností se svou přednáškou o „hysterické apepsii“, kdy zdůraznil, že toto onemocnění nestojí na somatických příčinách, a následně byla jeho přednáška publikována už s použitím termínu anorexia nervosa. Ve stejné době, avšak nezávisle na Gullovi, podal i francouzský klinik Ernest-Charles Laségue své pojednání o této nemoci. *„Základní příznaky, které oba popsal, platí i dnes: velký hmotnostní úbytek, amenorea, zácpa, neklid a nepřítomnost jakýchkoliv známek organické etiologie.“*⁶

Na počátku 20. století se začaly objevovat pochybnosti o tom, zda je mentální anorexie vhodně zařazena mezi duševní poruchy, neboť hamburský patolog Morris Simmonds *„objevil i u některých vyhublých nemocných léze v hypofýze“*⁷ a anorexie začala

⁶ FALTUS, František. Historie poruch příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 21

⁷ Tamtéž, s. 21

být dáována do souvislostí se Simmondsovou chorobou (kachexií).⁸ Až o pár desítek let později byla anorexie zařazena mezi duševní poruchy a začal narůstat zájem o tuto problematiku. Publikováno bylo mnoho přednášek a studií zabývajících se tímto onemocněním. U nás se tímto problémem zabýval prof. Vratislav Jonáš či Otakar Janota. V roce 1983 byla na Psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze založena Františkem Faltusem první „*Jednotka specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladu*“. Na jeho práci pak navázala prof. Hana Papežová, která je autorkou mnoha odborných článků a publikací.

1.2.2 Historie mentální bulimie a přejídání

O projevech typických pro mentální bulimii v historickém kontextu existuje v odborné literatuře jen málo informací. Přejídání a zvracení však nebylo nic neobvyklého mezi vyššími společenskými vrstvami a to již v době starověku. Seneca pronesl: „*Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli*“.⁹ Plútarchos označoval pojmem bolimos zlého démona, který byl symbolem velkého hladu. O bulimii ve smyslu velkého, chorobného hladu, bychom našli určité náznaky již v díle řeckého básníka Timokla. Postupně se objevovaly různé charakteristiky a druhy bulimie. Přejídání a zvracení bylo také dáováno do souvislostí s různými onemocněními (např. hysterie, nervové gastrické poruchy). Na počátku 20. století však byla tato porucha považována za důsledek špatného trávení, v 50. letech pak byla spojována s mentální anorexií a teprve v roce 1979 britský psychiatr a profesor Gerald Russel, který popsal bulimii jako „*zlověstnou formu anorexie*“¹⁰, začal oficiálně užívat termínu „*bulimia nervosa*“, a to ve smyslu poruchy, jak ji chápeme dnes.

⁸ Kachexie – silná celková sešlost, chátrání a hubnutí, spojené s výrazným hubnutím. Je následkem závažných onemocnění. (<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/kachexie>)

⁹ FALTUS, František. Historie poruch příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 22

¹⁰ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 15.

1.3 Poruchy příjmu potravy

1.3.1 Diagnostický systém

Poruchy příjmu potravy jsou podle **Mezinárodní klasifikace nemocí – 10 (dále MKN – 10)**¹¹ zařazeny mezi *behaviorální syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*. Mezi nejčastější a nejzřetelněji vymezené poruchy potravy pak patří mentální anorexie a mentální bulimie.

F50 Poruchy příjmu jídla

F50.0 Mentální anorexie

F50.1 Atypická mentální anorexie

F50.2 Mentální bulimie

F50.3 Atypická mentální bulimie

F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

F50.8 Jiné poruchy příjmu jídla

F50.9 Poruchy příjmu jídla nespecifikovaná

1.3.1.1 Mentální anorexie

Termín anorexie pochází dle Leibolda (1995)¹² z řečtiny a sestává z předpony *a*, tedy *ne-*, *bez-* a ze slova *orbis*, které lze přeložit jako chuť k jídlu, žádostivost či snahu, což ve výsledku znamená nechutenství nebo ztráta chuti k jídlu. Nicméně je toto označení pro diagnózu mentální anorexie velice zavádějící, protože jedinci trpící touto nemocí primárně

¹¹ Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. - [Praha] : Psychiatrické centrum, 2006. - Nestr.;

¹² LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Vyd. 1. Překlad Lidia Běhounková. Praha: Svoboda, 1995, s. 64

nemusí trpět nechutenstvím, naopak mohou pociťovat silnou chuť k jídlu a své odmítání jídla mohou kompenzovat zvýšeným zájmem o jídlo ve formě sbírání receptů, vaření pokrmů pro ostatní apod. Oslabená chuť k jídlu může být až důsledkem dlouhotrvajícího hladovění.

Tedy, mentální anorexie (MA) je porucha, při které dochází k narušenému vnímání vlastní tělesné hmotnosti, kdy se jedinec omezuje v jídlu a úmyslně redukuje svou tělesnou váhu. Jeho život je značně ovlivňován strachem z tloušťky. Nemocná osoba si o sobě myslí, že je tlustá, a to i přesto, že má zjevně normální, často velmi nízkou (až život ohrožující) tělesnou hmotnost. „Vyskytuje se v 90-95% u dospívajících dívek a mladých žen, v 5-10% u mladých chlapců a mužů, nyní častěji u dětí před pubertou a starších žen.“¹³

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F50.0)¹⁴

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- C. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy).
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

¹³ PAPEŽOVÁ, Hana. Diagnostika poruchy příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 126

¹⁴ KRCH, František David. Předmluva. In: *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Editor František David Krch. Praha: Grada, Psyché (Grada Publishing). 1999, s. 14

- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení často dochází k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna.

Podobná kritéria pak uvádí **Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace (dále DSM-IV)**, který navíc definuje dva specifické typy anorexie:

1. Nebulimický (restriktivní) typ, kdy se u pacienta opakovaně neobjevuje záchvatovité přejídání.
2. Bulimický (purgativní) typ, kdy se naopak u pacienta opakovaně objevuje záchvatovité přejídání.

1.3.1.2 Mentální bulimie

Cooper (1995) uvádí, že název bulimie je odvozen od dvou řeckých slov *bous*, v překladu kráva nebo vůl, a *limos*, což znamená hlad nebo hladomor. Lidověji řečeno, že člověk má hlad, že by mohl sníst celého vola. Z toho vyplývá, že pro bulimii jsou charakteristické záchvaty přejídání, po nichž následují pocity viny, hanby a bulimičky se snaží přijatou potravu vyzvracet. Současně také tvrdí, že mentální bulimie je rozšířenější poruchou než mentální anorexie a zhruba z poloviny anorektiček se později stanou bulimičky.¹⁵ U bulimiček často dochází ke zneužívání diuretik a laxativ s představou, že tím sníží absorpci potravy. Jak však uvádí někteří autoři, např. Cooper (1995) či Maloney a Kranzová (1997), potrava je absorbována do organismu ještě předtím, než se dostane do střev. Dlouhodobé užívání laxativ vede k tomu, že vzniká závislost, je nutné zvyšovat dávky a dochází k narušení činnosti střev a zadržování tekutin v těle. Podobně jediným důsledkem diuretik je fakt, že napomáhají odvodnit, což se může projevit jako krátkodobé snížení hmotnosti, avšak jen do té doby, než budou tekutiny opět doplněny. Maloney a Kranzová (1997) dále uvádí, že muži většinou nezvrací, ale často nadměrně cvičí, a proto si své narušené chování nemusí uvědomovat.

¹⁵ MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Překlad Jana Krchová. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, s. 84. Linka důvěry.

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F50.0)¹⁶

- A. Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- B. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- C. Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
- D. Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než nemorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

Podobně, jako tomu bylo u mentální anorexie, uvádí **DSM-IV** dva specifické typy bulimie:

1. Purgativní typ, kdy pacient pravidelně zvrací, zneužívá laxativa nebo diuretika.
2. Nepurgativní typ, kdy pacient místo pravidelných purgativních metod drží přísné diety, hladovky nebo intenzivně cvičí.

Cooper (1995)¹⁷ vysvětluje rozdíl mezi MA a MB, který nemusí být vždy jednoznačný, neboť často může jedna porucha přecházet v druhou. Anorexie bývá provázena zvracením, užíváním laxativ a diuretik, což je charakteristické pro mentální bulimii. Od té se však liší jednak tím, že jednak anorektičky zkonsumují malé množství jídla a i to se následně snaží vyzvracet, jednak se jejich váha pohybuje na hranici podvyživenosti.

¹⁶ KRCH, František David. Předmluva. In: *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Editor František David Krch. Praha: Grada, Psyché (Grada Publishing). 1999, s. 17

¹⁷ COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995, s. 57.

1.3.1.3 Psychogenní přejídání

Záchvatové přejídání se vyznačuje dvěma hlavními faktory, tedy během jedné epizody je zkonsumováno obrovské množství jídla, které je doprovázeno ztrátou sebekontroly. Podobně jako u bulimických pacientů dochází k rychlé konzumaci, kdy jídlo ani nebývá řádně rozžvýkáno a jedinci doslova jedí jako „v transu“. První okamžiky pak přináší pocity uspokojení, které se však záhy vytrácejí a jedinci se cítí zoufale, znechuceně a ostudně. Podle Coopera (1995) jsou tyto pocity prohlubovány i souvisejícími fyzickými obtížemi, jako jsou např. bolesti podbřišku, hlavy, závratě či únava.

Diagnostická kritéria podle MKN-10 pro psychogenní přejídání¹⁸

- A. Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- B. Bez purgativní symptomatiky uvedené u bulimia nervosa.
- C. Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Problematická je snaha po dosažení nereálné (nižší než nemorbidní, optimální či zdravé cílové) váhy. Záchvaty přejídání jsou často spojeny s maladaptivním zpracováním stresových situací.

Cooper (1995)¹⁹ či Krch (2010)²⁰ však upozorňují, že pocity přejezení mohou být vnímány subjektivně či objektivně. V prvním případě dochází k tomu, že jedinec neovládá své jídelní chování a zkonsumuje větší množství potravin, než by si přál, a po kterém následují pocity plnosti, hanby a výčitky, avšak toto množství lze hodnotit jako přiměřené. Naproti tomu objektivní přejídání znamená, že jedinec zkonsumoval obrovské množství jídla, které však lze považovat za skutečně nepřiměřené. Během takového přejídání dochází ke konzumování různých potravin, podle Maloneyho a Kranzové (1997) jedinci konzumují během záchvatu i taková jídla, která by za normálních okolností nesnědli (dětská či velice tučná jídla nebo dokonce jídla neobvyklá, jako např. buchty v prášku).

¹⁸ PAPEŽOVÁ, Hana. Diagnostika poruchy příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 128

¹⁹ COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatové přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995, s. 23-24.

²⁰ KRCH, František D. Kognitivně-behaviorální terapie poruch příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 343.

1.3.1.4 Noční přejídání

Papežová (2003)²¹ uvádí, že v roce 1955 byl Stunkardem popsán také u obézních pacientů **syndrom nočního přejídání**, kterému však nebylo věnováno tolik pozornosti. Roku 1990 se tato porucha dostala na seznam klasifikace poruch spánku jakožto samostatná porucha bez dalších somatických či psychických obtíží.

Diagnostická kritéria pro syndrom nočního přejídání (Night rating symposium Minneapolis 2000).²²

Denní jídelní režim se signifikantním nárůstem příjmu potravy večer a/nebo v noci, který se manifestuje:

- A. nejméně 25% konzumace je po večeři
- B. nejméně 2 probuzení s konzumací jídla během týdne.

1.3.1.5 Atypické formy poruch příjmu potravy

O atypických formách AN (F 50.1) a BN (F50.3) se hovoří tehdy, jestliže pacient nevykazuje jeden či více příznaků typických pro tato onemocnění. Pro nemocné je důležité, aby si uvědomili, že se léčba těchto atypických forem neliší od těch typických a je pro ně neméně důležité, aby podstoupili odpovídající léčbu, neboť vykazují podobné somatické a psychologické obtíže. DSM-IV shrnuje tyto atypické formy pod zkratku **EDNOS** (rating disorders not otherwise specified) a patří sem například:²³

- jedinci, kteří pravidelně žvýkají a vyplivují velké množství jídla, a to bez toho, aniž by jej polykali

²¹ PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 18

²² PAPEŽOVÁ, Hana. Diagnostika poruchy příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 129

²³ Tamtéž, s. 127

- jedinci, kteří vykazují veškeré příznaky pro stanovení diagnózy mentální anorexie, avšak vzhledem k jejich počáteční váze (nemorbidní obezitě) se jejich váha pohybuje v mezích normy
- jedinci, kteří splňují všechna kritéria pro stanovení diagnózy mentální bulimie, avšak frekvence záchvatů přejídání či kompenzačních praktik je menší než 2x týdně pod dobu 3 měsíců
- jedinci, kteří trpí záchvaty přejídání, ale nekompensují jej postupy charakteristickými pro mentální bulimii.

1.4 Jak lze rozpoznat poruchu příjmu potravy?

Rozpoznat poruchu příjmu potravy nemusí být vždy tak jednoduché. Anorektičky a bulimičky jsou schopné svou nemoc poměrně zdárně skrývat před ostatními, stále přicházejí s novými a novými výmluvami, novými možnostmi a triky (např. nosí volné oblečení či jídlo schovávají). Anorexie často přichází pomalými krůčky, dívky nejprve vynechávají z jídelníčku určité druhy potravin, zaměřují se pouze na light výrobky, postupně se začnou vyhýbat společnému stolování s ostatními, jindy celý den hladoví a pro uklidnění ostatních se účastní společných večeří, které však bývají lehké a dietní. Během jídla mohou provádět různé rituály, například krájí jídlo na malé kousky, každé sousto několikrát násobně rozžvýkají apod. K záchvatům přejídání dochází u všech typů poruch příjmu potravy nejčastěji tajně, v ústraní. Některé anorektičky se svým „novým“ tělem chlubí, jiné jej naopak schovávají. U anorektiček dochází často k tomu, že z plaché, milé dívky se stává dívka bojovná, s pocity nadřazenosti, neboť podle vlastního hodnocení dosáhla toho, čeho chtěla. Některé mívají mnoho zájmů, jsou aktivní, jiné se pak zajímají o vaření, sbírají různé recepty a připravují pro své blízké různé pokrmy, ovšem s tím, že je samy nekonzumují. Rodina tak nemusí dlouhou dobu nic vědět, často až do té doby, než porucha s sebou přinese další zdravotní problémy. Na rozdíl od jiných poruch příjmu potravy nemá mentální bulimie takový vliv na hmotnost, proto také může být hůře

rozpoznatelná. Nemocné anorexií i bulimií často trpí výkyvy nálad, depresiemi, vztahovačností a přecitlivělostí.

Navenek se může dlouhou dobu vše jevit jako normální, ale ve skutečnosti je tomu úplně jinak. Je to tedy onemocnění, které může přicházet nepatrnými, nezpozorovatelnými krůčky a pro nemocného může skončit dokonce smrtí.

1.5 Příčiny vzniku poruch příjmu potravy

„Neexistuje jediná příčina, jde spíše o souhrn více okolností, které dávají vznik onemocnění nebo ho udržují.“²⁴

Mnozí odborníci se dnes přiklánějí k názoru, že narušení vztahu k jídlu obvykle nevzniká z jedné jediné příčiny, nýbrž je výsledkem působení několika faktorů. Hovoří se o multifaktoriálním, tedy bio-psycho-sociálně podmíněném onemocnění, kdy se na vzniku a rozvoji onemocnění podílejí nejen biologické faktory, ale také psychologické a sociální. Tyto faktory lze považovat za rizikové, tzn. „rizikovým faktorem může být charakteristika či událost, jejíž přítomnost zvyšuje pravděpodobnost (riziko) výskytu onemocnění“.²⁵ S tím následně souvisí i možnosti a průběh léčby. Leibold (1995) uvádí, že poruchy příjmu potravy vykazují určité shody s klasickými návykovými poruchami, a tudíž vyžadují odpovídající odbornou léčbu. Jelikož se jedná o bio-psycho-sociálně podmíněné nemoci, je obzvláště důležité léčit jak fyzické, tak psychické důsledky onemocnění.

1.6 Dělení faktorů vzniku poruch příjmu potravy

Dle Krcha (1999)²⁶ lze rizikové faktory rozdělit do několika skupin:

²⁴ PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 19.

²⁵ PAVLOVÁ, Barbora. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 36.

²⁶ Etiologie a komorbidita. In: KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, Psyché (Grada Publishing). 1999, s. 57-80.

1. **Sociální a kulturní faktory** – módní ideál, předpojatost vůči obézním, sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti, vyšší tlak na ženy v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění, kulturně podmíněný syndrom
2. **Biologické faktory** – ženské pohlaví, tělesná hmotnost, menstruační cyklus, puberta
3. **Životní události**
4. **Rodinné a genetické faktory**
5. **Emocionální faktory**
6. **Osobnost a další psychické charakteristiky**

Podobně pak Sladká-Ševčíková (2004)²⁷ dělí rizikové faktory do třech hlavních skupin:

1. **Biologické faktory** – ženské pohlaví, tělesná hmotnost, menstruační cyklus, puberta, biologicky podmíněná teorie vzniku mentální anorexie
2. **Psychologické faktory** – životní události, rodinné faktory, osobnost a další psychické charakteristiky, emocionální faktory, závislost na psychoaktivních látkách, somatické onemocnění spojené s úbytkem tělesné hmotnosti
3. **Sociální a kulturní faktory** – vliv médií, komerční reklama, módní ideál, dietující chování obecně, uměle vytvořený ideál ženské krásy, sociální diskriminace neštíhlých podle umělých ideálů.

1.6.1 Biologické faktory

²⁷ SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana. Tři PÉ aneb poruchy příjmu potravy od A do ZET. In: RIEDLOVÁ, Alena. *Občanské sdružení Anabell (poruchy příjmu potravy)* [online]. 2008 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>>

Významným rizikovým faktorem pro vznik poruch příjmu potravy je samotná příslušnost k **ženskému pohlaví**. V průběhu **puberty a dospívání** dochází k razantním tělesným i psychickým změnám, což mimo jiné znamená **přibírání na váze** a tvarování postavy. Dochází k rychlejšímu tělesnému růstu a tím i k růstu hmotnosti a tukových zásob. Ze štíhlé dívky se postupně stává žena, křivky se zaoblují a její postava se pomalu začíná rozcházet se společenskou představou ideálu krásy. V důsledku toho jsou pak mnohé dívky nespokojené se svým tělem a vydávají se na nebezpečnou cestu redukčních diet s tím, že zhubnutí jim pomůže s jejich sebevědomím a postavením ve společnosti. Naopak tomu bývá u chlapců, kteří se v průběhu dospívání mění a jejich tělo se spíše přizpůsobuje žádanému ideálu. Neméně důležitým aspektem spojeným s ženským pohlavím je podle Krcha (1999) také „**biologie býtí ženou**“ a s tím spojené společenské a kulturní požadavky na ženskou roli. Někteří autoři se domnívají, že **poruchy menstruačního cyklu** mohou předcházet vzniku anorexie, jiní pak zastávají názor, že amenorea je až jejím důsledkem. Zvýšená frekvence bulimických záchvatů pak byla dávána do souvislostí s hormonálními změnami během „premenstruačního syndromu“. Co se týče biologicky podmíněné teorie vzniku mentální anorexie, Sladká-Ševčíková (2004)²⁸ uvádí poznatky dr. Russella, podle kterých je základem pro anorexii porucha hypotalamu neznámé etiologie. Avšak i zde panují dohady, zda se jedná spíše o příčinu či důsledek hladovění a ztrátu tělesné hmotnosti. „Závěry mezinárodní konference o poruchách příjmu potravy v Praze v březnu 2003 zdůrazňovaly rovněž pravděpodobnou mozkovou poruchu jako jednu z hlavních příčin vzniku psychogenního onemocnění příjmu potravy.“²⁹

Podle Pavlové (2010)³⁰ může být jedním z rizikových faktorů i **etnický původ**. Ve svém příspěvku uvádí, že Afroameričanky, navzdory svému vyššímu BMI, vykazují oproti „bílým“ ženám větší spokojenost se svou postavou. Na druhou stranu se u nich častěji projevují záchvaty přejídání. Jiné výzkumy naopak ukazují, že dochází k vyrovnání četnosti výskytu poruch příjmu potravy u dívek a žen jiné pleti s ženami a dívkami bílé pleti. Upozorňuje tedy, že i v této otázce panují mnohé dohady a problematika etnického původu zůstává

²⁸ Tamtéž

²⁹ Tamtéž

³⁰ PAVLOVÁ, Barbora. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 37-38

stále nezodpovězena. Nabízí se však otázka, zda na vině není spíše vliv západního ideálu štíhlé krásy.

1.6.2 Psychologické faktory

Životní situace a události mohou předcházet vzniku poruch příjmu potravy. Papežová (2003) říká, že poruchy příjmu potravy mohou být pro někoho způsobem, jak utéct od tíživých problémů, stresu, mohou pomoci zmírnit tíživou situaci. Zároveň však dodává, že úleva bývá pouze krátkodobá, potíže neustupují, ale naopak se objevují další nepříjemné následky. Krch (1999) uvádí, že nejčastějšími spouštěcími událostmi jsou narážky na váhu či postavu nemocné, sexuální či jiné konflikty, významné životní změny (mezi ně lze počítat i nějaký velký úspěch, se kterým si jedinec není schopen poradit), osobní či rodinné problémy, odloučení od rodiny či léčba z nějakých onemocnění.

Krch (1999) tvrdí, že v současné době neexistují žádné studie, které by jasně definovaly modely „typické“ bulimické či anorektické rodiny. Nicméně určité **rodinné a genetické faktory** mohou významně přispívat k rozvoji onemocnění. Podle Papežové (2003) „tvoří genetický podíl 50-90% při vzniku anorexie a 35-83% u bulimia nervosa. U geneticky zranitelnějších lidí může rodinná dispozice spočívat v dědění některých povahových rysů, které jsou pro vznik onemocnění rizikové.“³¹ Také samotný výskyt onemocnění či existence nesprávných, narušených a chaotických postojů k jídlu, depresí či závislostí v rodině považujeme za významné rizikové faktory.

Maloney a Kranzová (1997)³² přesto uvádí, že anorektičky paradoxně pocházejí z navenek dobrých, příkladných a často dobře situovaných rodin, naopak se příliš neobjevuje u nemajetných rodin. „*Zdá se, že v oblastech, kde je skutečná bída, ať už je to nedostatek peněz nebo faktický nedostatek potravin, se dívky neuchylují k sebehladovění.*“³³ Otcové, pokud nemají syna, mohou určitým způsobem cítit zklamání,

³¹ PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 21.

³² MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, s. 69-72. Linka důvěry.

³³ Tamtéž, s. 70

a proto mívají vůči svým dcerám velká očekávání. Matky jsou starostlivé, pečlivé, jiné pak kladou důraz na svůj vzhled. Dívky, u kterých propuká anorexie, bývají hezké, poslušné, pečlivé, dobře se učí. Rodiče však na ni mohou mít vysoké nároky, aby dcera měla vysoké cíle, vykazovala dobré výsledky v různých sférách života a zároveň byla milá k ostatním, nikoli agresivní a nepřístupná. Dívka z takové rodiny může mít pocit, že se rodiče spíše zajímají o její výsledky, než o ni samotnou. Takové rodiny se snaží navenek působit jako dokonalé a bezproblémové, neúspěchy jsou ve své podstatě nepřijatelné, což však může mít negativní vliv na její členy. „Pokud založíte měřítko hodnot pouze na srovnávání, pak budete dost často „horší“ než někdo jiný.“³⁴ To pak může vést k tomu, že si dívka zvolí cestu anorexie, neboť má pocit, že v této oblasti může být lepší než ostatní. Podobně může mít pocit, že se rodiče snaží řídit její život a jejich přání mají přednost před těmi jejími, avšak z poslušnosti k nim se jejich přáním podvolí. To opět může vést k získání pocitu, že jediné, co dokáže absolutně řídit a kontrolovat, je její vlastní tělo. Dospívání rovněž přináší řadu změn, nových rozhodnutí, zvyšují se nároky na život, což bývá přirozeně doprovázeno zklamáním a smutkem, a pokud je dívka vedena k tomu, že nesmí „selhat“, může dojít k rozvoji mentální anorexie.

Autoři (1997)³⁵ dále popisují bulimičky jako atraktivní, sebevědomé a úspěšné osoby. Mentální bulimie se oproti mentální anorexii vyskytuje v rodinách středních a nižších vrstev. Podobně, jako je tomu u anorexie, i zde platí, že období dospívání s sebou přináší mnohé změny, které mohou být doprovázeny pocitem úzkosti, jedinci se musí vyrovnat s novými úkoly a čelit novým problémům. Dívky, u kterých propuká bulimie, jsou v rodině vedeny k tomu, aby se s těmito změnami patřičně vyrovnaly a zůstaly veselé, pozitivně naladěné, soustředěné, vyrovnané, samostatné a navenek dobře působily. Pocity, které v této souvislosti prožívají, se mohou snažit maskovat tím, že se začnou přejídat a následně očišťovat.

Štichová (2002)³⁶ uvádí několik společných vlastností typických pro rodiny s výskytem poruchy příjmu potravy:

³⁴ Tamtéž, s. 71

³⁵ Tamtéž, s. 93-97

³⁶ ŠTICHOVÁ, Zdena. *Krise ve vztahu k poruchám příjmu potravy*, In VODÁČKOVÁ, D. a kol.: Krizová

- jednotliví členové těchto rodin o sebe navzájem přehnaně pečují, starají a ochraňují a tím nerespektují osobní hranice ostatních jedinců
- rodiny, které se izolují od ostatních, jakoby zvenku přicházelo nějaké nebezpečí
- rodiny rigidní, které se nepřizpůsobují vývojovým změnám v rodině (udržování dospělého v roli dítěte)
- rodiny, které nedávají průchod svým emocím, zvláště pak negativním, a tak nedostatečně řeší konflikty
- vztahy rodičů jsou méně významné partnersky („my jsme především rodiče“, nebo skrytý partnerský problém)
- matky jsou většinou hyperprotektivní, dominantní, ale málo empatické ke skutečným potřebám dítěte; matky, které samy trpí poruchou příjmu potravy, otcové jsou nevýznamní, vzdálení, ať pro přílišnou zaměstnanost, nepřítomnost, či neschopnost navázat s dítětem pevný vztah.

Dále pak Papežová (2003)³⁷ uvádí následující **osobnostní vlastnosti**, které mohou zvyšovat riziko rozvoje nemoci:

- **Perfekcionismus**, kdy si dívka klade vysoké cíle, má nerealistická očekávání a chce být ve všem nejlepší; riziko rozvoje poruch příjmu potravy³⁸ roste, pokud má daná dívka také nízké sebevědomí; Pavlová (2010) upozorňuje, že dlouhodobé studie nepotvrdily přímý vztah mezi perfekcionismem a PPP, a je tedy nutné jej považovat spíše za korelát;
- **Úzkostnost a depresivnost**, kdy dívky častěji mívají pocity nejistoty, úzkosti, bezmoci, bezcennosti a ohrožení, Krch (1999) k tomu dále uvádí, že „většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a

intervence, 1.vydání. Praha : Portál 2002. s.451-452, In: ČERNÁ, Ria. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery: Rodinný systém.* [online]. 2008, s. 19 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/images/stories/dokumenty/oporuchachprijmupotravy3.pdf>>

³⁷ PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie).* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 24-26.

³⁸ Poruchy příjmu potravy – dále jen PPP

tělesnou hmotnost“.³⁹ Poruchy příjmu potravy mohou vykazovat určité společné znaky s **obsedantně-kompulzivní poruchou**. Selhání obsedantní rituálu prohlubuje pocity deprese, úzkosti, neschopnosti, což má zase následek zvýšení sebekontroly. Podobně se u nemocných PPP častěji objevuje **hraniční porucha osobnosti**, která se projevuje impulzivním chováním, poruchami nálad, poruchami identity, u dotyčné se opakovaně objevují sebevražedné myšlenky či chování, má za následek nestabilní a intenzivní vztahy.

- **Zranitelnost**, dívka trpí pocity nejistoty ohledně sebe samé;
- **Puritánství a asketismus**;
- **Přílišná sebekritičnost, nízké sebevědomí**, kdy dívka sama sebe vnímá jako neschopnou a bezmocnou, nevěří sama v sebe, s čímž se pojí i přehnaná závislost na ostatních, na jejich názorech a vedení;
- **Nestálost**;
- Nedostatečná kontrola nad impulsy, tedy **impulzivita**, která má za následek záchvaty přejídání či uchýlení se k dalším problémům jako např. alkohol, drogy, apod.

Podle Kocourkové a kol. (2001)⁴⁰ zůstává však otázkou, zda jde o nemorbidní osobnostní charakteristiky či o změny osobnosti v důsledku trvajících poruchy.

Porucha příjmu potravy se také může u některých dívek projevit jako **důsledek jiného onemocnění**, které způsobilo výraznější úbytek váhy, například dodržováním určité diety (např. při mononukleóze či celiakii). Dívka zhubne pár kilogramů, což se odrazí v kladném hodnocení okolí a sama nabude většího sebevědomí a společenského uznání. V hubnutí se rozhodne pokračovat, to však může velice snadno přejít v PPP.

³⁹ KRCH, František David. Předmluva. In: *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Editor František David Krch. Praha: Grada, Psyché (Grada Publishing). 1999, s. 70

⁴⁰ KOCOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů - diagnostické a terapeutické otázky. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2011, č. 3, s. 109-111 [cit. 2014-06-11]. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/03/03.pdf>

1.6.3 Sociální a kulturní faktory

„Teorie vlivu kultu štíhlosti na vznik PPP je tato: Poselství médií je jasné: „Kdo není hubený, je nejen šeredný, ale i celkově méně hodnotný“.“⁴¹

Každý jedinec se rodí a vyrůstá v určité společnosti, kultuře a snaží se přizpůsobit jejím požadavkům. V naší společnosti je prosazován přehnaný **ideál štíhlosti**. Zejména na ženy a dívky je vyvíjen tlak, aby zůstaly štíhlé, neboť **hodnota člověka bývá spojována se štíhlostí**. Neustále jim jsou předkládány nereálné cíle a nevhodné vzory. Zároveň panuje obecná představa, že obézní lidé jsou oproti těm štíhlým líní, hloupí a oškliví. Štíhlá žena je naopak považována za sebevědomou, přitažlivou a úspěšnou (a to jak v pracovním i osobním životě). Její štíhlost je *považována „za výsledek úspěšné sebekontroly, bez ohledu na to, jak jí bylo dosaženo“*.⁴² Tato **představa je ještě více prohlubována médii**, která nám předkládají řadu „zaručených“ receptů a přípravků na hubnutí, a které jsou nejčastěji prezentovány štíhlými, ba až vychrtlými modelkami (o vhodnosti a účincích těchto diet a přípravků lze ale často pochybovat). Časopisy, módní katalogy, billboardy, reklamy jsou plné fotografií s prepubertálně štíhlými modelkami. V obchodech se většinou vyskytují oděvy pouze malých velikostí. Mnozí si však neuvědomují, že dosažení tohoto propagovaného ideálu krásy je často nereálné a lze jej dosáhnout pomocí techniky či plastických operací.

1.7 Léčba poruch příjmu potravy

Jak již bylo řečeno v kapitole týkající se příčin vzniku poruch příjmu potravy, jedná se o bio-psychosociálně podmíněné onemocnění, a tudíž je nutné se zaměřit na léčbu fyzických i psychických důsledků onemocnění. Krch (1999) uvádí, že léčba musí spočívat ve všestranném přístupu, který zahrnuje biologické, psychické a sociální potřeby. Podobně pak Papežová (2001) zdůrazňuje, že s ohledem na multifaktoriálně podmíněné

⁴¹ PAVLOVÁ, Barbora. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 46.

⁴² PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, s. 19.

onemocnění, je třeba k léčbě přistupovat komplexně. Léčba poruch příjmu potravy bývá zpravidla velice obtížná a dlouhodobá, neexistuje žádný univerzální lék, který by je snadno a rychle vyléčil. Obecně však lze říci, že čím dříve je nemoc podchycena a léčba zahájena, tím má žena větší šanci na rychlejší uzdravení. Poruchy příjmu potravy nelze zjednodušit pouze na „jídelní problém“ a často nestačí si o problému s nemocnou pouze povídat. Je důležité vzít v potaz fakt, že toto onemocnění vyžaduje odbornou lékařskou pomoc.

V této kapitole bych tak ráda zmínila několik způsobů a možností léčby PPP, které se však podle Papežové (2001)⁴³ rychle vyvíjejí (psychoterapeutické přístupy). Důvodem je fakt, že se zvyšuje procento výskytu onemocnění, pestrost klinických obrazů a komorbidit. Současně přes úspěšnost kognitivně-behaviorální terapie vzrůstá procento pacientů s chronickým průběhem a rovněž se zvyšuje počet případů úmrtí. Většinu zmíněných možností pomoci nabízí Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy na psychiatrické klinice, 1. LF a UK a VFN v Praze.

Pobytová péče neboli hospitalizace na oddělení v nemocnici bývá zpravidla doporučována tehdy, pokud nebyla ambulantní nebo stacionární péče účinná, „pacient jasně nereagoval na dosavadní psychologickou léčbu“⁴⁴ a dále v těžších případech, kdy je pacientka svou podvýživou ohrožena na životě a je tedy nutný návrat k normální hmotnosti. Rovněž také v případech, kdy je potřeba přerušit záchvaty přejídání a zvracení či se objevují vážné zdravotní komplikace a přidružené stavy jako těžká deprese nebo suicidální chování. Tedy tehdy, kdy stav pacienta je natolik vážný, že vyžaduje nemocniční péči a není třeba příslibu pacientky k aktivní spolupráci. Na druhou stranu, jak uvádí Garner (1999), tato spolupráce pacientky je důležitá, jestliže má být hospitalizace dalším krokem v procesu uzdravování. Hospitalizace může být krátkodobá i dlouhodobá, délka pobytu bývá obvykle předem jasná, neboť se počítá s váhovým přírůstkem 0,5 – 1 kg týdně s cílem dosažení min. 90% cílové hmotnosti. „*System péče je založen na režimové*

⁴³ PAPEŽOVÁ, Hana. Nové terapeutické přístupy na 3. mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2001, č. 4, s. 177-178 [cit. 2014-05-20]. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/09.pdf>

⁴⁴ GARNER, David M. Přehled léčby poruch příjmu potravy. In: KRCH, František D. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, s. 120. Psyché (Grada Publishing).

*léčbě, při které jsou pacientky zařazeny do terapeutického, jídelního, pracovního a sociálního programu.*⁴⁵ Tento typ léčby je v mnoha ohledech dražší, nicméně účinný.

Dále se setkáváme s **částečnou hospitalizací či možností docházení na denní stacionář**.⁴⁶ Pacientky dochází do nemocnice každé ráno pracovního dne a na večer se vracejí domů. Dodržují režimový program léčby, včetně stravování a terapie, avšak přitom nejsou odtrženy od běžného života.

Specializovaná ambulantní lékařská péče, která bývá poskytována psychology, psychoterapeuty či psychiatry, je pak podle Garnera (1999)⁴⁷ vhodná pro pacientky, u kterých přešlo onemocnění do chronického stavu. Je zvláštním typem „lékařské péče“, který je odlišný od psychoterapie. Cílem totiž není překonání poruchy příjmu potravy, avšak má pomoci navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability. V některých případech je nutné sledovat tělesnou hmotnost, elektrolyty a další důležité aspekty zdravotního stavu. Tato ambulantní péče může probíhat individuálně či ve skupině. Podpora v těchto skupinách může mít nejen pozitivní účinky, ale také negativní, neboť mohou některé pacientky motivovat k tomu, aby se znovu aktivně zabývaly symptomy poruchy příjmu potravy. Zahrnuje psychologické poradenství, řešení psychosomatických obtíží, terapie a také prevenci vzniku relapsu.

Stav některých pacientek není tak vážný a mohou se rozhodnout pro léčbu **svépomocí, řízenou svépomocí a psychoedukací** (poučení o nemoci, důsledcích hladovění, nevhodných diet atp.). Efektivita těchto metod se často stává předmětem výzkumů. V rámci těchto metod se využívá různých příruček (nejčastěji bývají založeny na kognitivně-behaviorálním programu a jsou rozpracovány do několika bodů), poradenství (např. nutriční poradenství), speciálních internetových diskuzí vedených odborníkem či diskuzí s jinými nemocnými, kontrolu nad nemocnými mohou být rodiče. Různá občanská sdružení, svépomocné či jiné organizace pro nemocné PPP a jejich blízké pomáhají nemocným získat informace o daném problému, nabízejí různá sezení, kde se schází lidé

⁴⁵ Centrum pro poruchy příjmu potravy. In: *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN* [online]. 2013 [cit. 2014-06-10]. Dostupné z: <http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecibu-poruch-prijmu-potravy>

⁴⁶ Tamtéž

⁴⁷ GARNER, David M. Přehled léčby poruch příjmu potravy. In: KRCH, František D. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, s. 130. Psyché (Grada Publishing).

se stejným problémem a mohou přispět k tomu, aby nemocný vyhledal pomoc odborníků. Nejznámější zařízením tohoto typu v České republice je Občanské sdružení Anabell, které má svá kontaktní centra poskytující sociální a zdravotnické služby v Praze, Brně, Ostravě, dále také v Plzni, Kladně a Zlíně. Černá (2005) charakterizuje svépomocnou skupinu takto: „*svépomocná skupina nenahrazuje léčbu u psychologa, terapeuta či psychiatra, nefunguje jako terapeutická skupina, i když je moderována koordinátory. Představuje můstek na cestě klientek za odbornou pomocí, je tedy jakýmsi mezistupněm v léčbě. Svépomocná skupina se tedy nestaví do role alternativní pomoci, je doplňkem a vlastně předstupněm odborné pomoci*“.⁴⁸

Farmakoterapie nebývá primárním a jediným způsobem léčby poruch příjmu potravy a to z několika důvodů, které Garner (1999) vymezuje takto:⁴⁹ účinnost psychologických intervencí, vysoký poměr pacientek, které od léčby upustily, riziko vedlejších účinků a vysoké procento relapsů po vysazení léku. Předepisována bývají hlavně antidepressiva, neuroleptika, anxiolytika a antikonvulziva.

Mezi hlavní **psychoterapeutické metody** pak podle Uhlíkové (2010)⁵⁰ patří kognitivně-behaviorální terapie (KBT), rodinná a individuální psychoterapie, nutriční poradenství a psychoedukace. „*Kvalitní terapie by měla být v rukou školených psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů, kteří mají klinické zkušenosti i se závažnějšími formami onemocnění, dokáží adekvátně pacienty předat do jiné péče (ambulantní KBT, k hospitalizaci nebo denního stacionáře s komplexním programem), nebo léčbu kombinovat (psychoterapie a psychofarmaka) při neúspěchu jedné terapeutické nebo psychoterapeutické formy*“.⁵¹

Podstata **kognitivně behaviorální terapie** spočívá v potlačení faktorů udržujících poruchu příjmu potravy, získání kontroly nad svými pocity a chováním a současně v odstranění nevhodných návyků. Tato metoda pozitivně působí na psychologické aspekty

⁴⁸ ČERNÁ, Ria. VÝZNAM SVĚPOMOCNÝCH SKUPIN NA CESTĚ K MOTIVACI A PARTICIPACI NA LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY. Pardubice, 2005. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/375-vyznam-svepomocnych-skupin>. Univerzita Karlova v Praze.

⁴⁹ GARNER, David M. Přehled léčby poruch příjmu potravy. In: KRCH, František D. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, s. 136. Psyché (Grada Publishing).

⁵⁰ UHLÍKOVÁ, Petra. Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 139.

⁵¹ PAPEŽOVÁ, Hana a Petra NOVOTNÁ. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 306.

PPP a zlepšení bývá dlouhodobé. Současně ve srovnání s interpersonální terapií také rychleji přispívá k ústupu příznaků. „Významnou roli proto v terapii zaujímá *sebemonitorování (zejména jídelní záznamy), aktivní nácvik, konfrontace se zúskotňujícími podněty a situacemi a domácí cvičení.*“⁵² Součástí této terapie bývá rovněž psychoedukace a prevence relapsu. Papežová a kol. (2010) uvádí, že tato terapie v rámci psychoterapeutických metod vede k úplné či částečné remisi hlavně u bulimických pacientek a to v 40-60%

Interpersonální terapie byla původně vytvořena Kearmanem, Weissmanem, Rounsavillem a Chevronem jako terapie vhodná ke krátkodobé léčbě depresí a rozdělena může být do třech fází.⁵³

V první fázi dochází k identifikaci problémů, které byly příčinou vzniku, rozvoje a udržování problémů spojených s poruchou příjmu potravy. Ve druhé fázi bývá uzavřena terapeutická smlouva o řešení těchto interpersonálních problémů. Třetí fáze je pak věnována řešení otázek spojených s ukončením terapie. Tato terapie je vhodná pro pacientky trpící mentální bulimií, tak pro pacientky s mentální anorexií, které vykazují dlouhodobější příznaky.

Pro pacienty a jejich rodiče bývají poskytovány výše zmíněné **rodinné a vícerodinné terapie**, kde se mohou dozvědět o vhodnosti zacházení s pacientem, vyjasnit si určité problémy v rodině, a proto bývají vhodným doplněním léčby. Rodiče (či partneři) také mohou diskutovat s odborníky o problémech svých dětí v internetových diskuzích, poradnách či docházet na setkání vedená odborníkem a informovat se o projevech, průběhu, následcích a možnostech léčby nemoci.

Cílem **psychoanalytické terapie** je nalézt „*odpovědi na otázky v nitru člověka, v jeho nevědomí a raných zážitcích*“.⁵⁴ Napomáhá hlubšímu porozumění nemoci a zaměřuje se na osobnostní projevy nemocné.

⁵² KRCH, František D. Kognitivně-behaviorální terapie poruch příjmu potravy. In: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 345.

⁵³ GARNER, David M. Přehled léčby poruch příjmu potravy. In: KRCH, František D. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, s. 134. Psyché (Grada Publishing).

Gestalt terapie se „soustředí na prožívání vlastního těla a pocitů „ted' a tady“.⁵⁵

Terapie orientovaná na tělo se snaží o propojení myšlení a tělesných projevů člověka.

Dále existuje ještě celá řada terapií a doplňujících metod k překonání poruch příjmu potravy, v krátkosti zmíním některé z nich, patří sem například fyzioterapie, relaxační a dechová cvičení, jóga, aromaterapie, masáže, ergoterapie či techniky založené na tvořivosti,⁵⁶ jako je arteterapie či muzikoterapie a mnohé další. „Kombinace režimové terapie, psychoterapie a rehabilitace zaměřené na vnímání vlastního těla (BOT) tvoří nezbytný komplexní program pro léčbu PPP i prevence relapsu.“⁵⁷

1.8 Pojetí zdraví

Jak říká Křivohlavý (2001), abychom se mohli zabývat otázkami týkajícími se kvality života a zdraví a vést kvalitní rozhovor, je nutné si tyto základní pojmy definovat a osvětlit.

Zdraví

„Zdraví znamená různým lidem dosti odlišnou věc. Existuje totiž mnoho různých teorií zdraví a idejí, které se k tomuto pojmu vztahují.“ (D. Seedhouse)⁵⁸

Podle Křivohlavého (2001) přineslo dvacáté století změnu v pojetí zdraví, kdy je chápáno nejen jako nepřítomnost nemoci a je hodnocena stránka biologická, ale také psychická a sociální. Brannonová a Feist uvádí, že „fyzické (tělesné) nemoci mají své emocionální a psychické složky (komponenty) a že psychologické a somatické faktory jsou spolu v interakci tam, kde vznikají nemoci“.⁵⁹ Každá vědní disciplína, každý obor, chápe pojem zdraví různým způsobem, tedy např. medicína staví těžiště zájmu do nepřítomnosti

⁵⁴ ČERNÁ, Ria, Ondřej STÍSKAL a Patricia ARLETHOVÁ. O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery. In: ČERNÁ, Ria. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery* [online]. 2. vyd., 2008, s. 44 [cit. 2014-06-05]. Dostupné z: <http://www.herial.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf>

⁵⁵ Tamtéž, s. 10

⁵⁶ KEJVAL, Jan. *Poruchy příjmu potravy*. 2004. Dostupné z: <http://www.pvsps.cz/data/document/20100505/ppf-zp-kejval.pdf?id=255>. Závěrečná práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

⁵⁷ PAPEŽOVÁ, Hana. Poruch vnímání vlastního těla a hyperaktivita. In: PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 368.

⁵⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, s. 27.

⁵⁹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, s. 22.

nemoci, bolesti či úrazu a sociolog může považovat za zdravého člověka toho, kdo se dokáže dobře vypořádat s jednotlivými sociálními rolemi.

Křivohlavý (2001)⁶⁰ dále hovoří o dvou dimenzích teorie zdraví, tedy o zdraví, které je prostředkem k dosažení určitého cíle nebo je cílem samo o sobě, a teorie zdraví dělí do následujících sedmi skupin, které vymezil na základě prací D. Seedhouse (1995).

1. Zdraví jako **zdroj fyzické a psychické síly** – Williams zjistil, že různé kultury chápou zdraví různými způsoby, hovoří o holistickém pojetí zdraví a mnohé primitivní společnosti považují „*zdraví za určitý druh síly, která člověku pomáhá v životě zdolávat přerůzné těžkosti.*“⁶¹
2. Zdraví jako **metafyzická síla** – humanisté chápou zdraví jako něco, „*co člověku napomáhá dosahovat vyšších cílů, než je samo zdraví*“⁶² a vypořádávat se starostmi lidského života. Tedy o jakési vnitřní síle člověka, kterou podle Vaďurové a kol. (2005) autoři definují například jako elán. Skrze zdraví lze dosahovat vyšších cílů a vyšších hodnot.
3. **Salutogeneze – individuální zdroje zdraví** – Antonovsky na základě svého výzkumu dvou skupin Židů, kteří přežili pobyt v koncentračním táboře, definoval pojem smysl pro integritu, který spočívá v tom, že „*nejde o dílčí psychické schopnosti, ale o celkovou – holistickou – charakteristiku postoje k životu*“,⁶³ která napomáhá člověku zvládat problémy v životě. Zjistil totiž, že rozdíly mezi těmito dvěma skupinami nespočívaly ve fyzickém zdraví, nýbrž v psychickém stavu a postoji k životu. A následně stanovil její tři základní aspekty holistického zdraví, totiž smysluplnost, vidění zvládnutelnosti úkolů a schopnost chápat a orientovat se v okolním dění jedince, které byly považovány za zdroje zdraví.
4. Zdraví jako **adaptace** – teorie spočívající ve schopnosti jedince přizpůsobit si či přizpůsobit se okolnímu prostředí. „*Zdraví je schopností pozitivně reagovat na*

⁶⁰ Převzato z: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 33-39.

⁶¹ Tamtéž, str. 33

⁶² Tamtéž, str. 33

⁶³ Tamtéž, str. 34

různé výzvy životního prostředí (života), tj. na nepříznivé situace, s nimiž se člověk v životě setkává.⁶⁴

5. Zdraví jako **schopnost dobrého fungování** – teorie, kterou Parsons definoval slovy: „Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individu) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován“.⁶⁵ V dnešní době se hovoří o udržování se v dobré kondici.
6. Zdraví jako **zboží** – poměrně neobvyklý přístup založený na myšlence, že zdraví je obchodovatelným zbožím, lze si jej koupit či ztratit (např. léky, zdravotní úkony). Seedhouse tuto myšlenku popisuje takto: „*Lidé jsou od přirozenosti zdraví a zůstávali by zdraví, kdyby nebylo vnějších okolností, které vytvářejí fyzické problémy. Když má člověk štěstí a okolnosti jsou normální, je zdravý. Avšak obdobně jako může někdo ztratit peněženku, může ztratit i zdraví, nastanou-li mimořádné okolnosti*“.⁶⁶ Kebza (2005) dodává, že zdraví by nemělo být dáváno do souvislosti se zbožím, neboť je jedinečnou hodnotou, kterou nelze tak jednoduše získat, tedy koupit.
7. Zdraví jako **ideál** – toto pojetí je založeno na často užívané (a již zmíněné) definici, která byla publikována WHO. Tato definice poukazuje na zdraví jako na obecně žádoucí hodnotu a chápe zdraví v širším smyslu, totiž neopomíjí psychické a sociální aspekty zdraví. Na druhou stranu se nezabývá duchovní stránkou člověka.

Tyto definice společně směřují mj. k tomu, že zdraví je považováno za obecně žádoucí hodnotu, je nutné k uskutečňování životních cílů a úzce se pojí s kvalitou života. Křivohlavý (2001) pak na základě svých poznatků uvádí svou vlastní definici zdraví, totiž „*zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí*“.⁶⁷

⁶⁴ Tamtéž, str. 35

⁶⁵ Tamtéž, str. 35

⁶⁶ Tamtéž, str. 36

⁶⁷ Tamtéž, str. 40

1.9 Pojetí kvality života

Kvalita života je dle mnoha autorů velice obsáhlým a jen těžko definovatelným pojmem. Existuje mnoho definic kvality života, nicméně se doposud neobjevila žádná, která by byla všeobecně přijata a upřednostňována. Kvalita života je ovlivňována mnoha různými skutečnostmi a obecně lze říci, že je „důsledkem interakce mnoha různých faktorů“.⁶⁸ Současně se stále častěji stává předmětem zkoumání mnoha vědních oborů, jako je psychologie (se zaměřením na subjektivní pohodu jedinců), sociologie, medicína, antropologie či ekologie. Přes svou nejednoznačnost, komplexnost a multidimenzionalitu panuje obecná shoda týkající se třech hlavních oblastí, totiž fyzického prožívání, psychické pohody, sociálního postavení jedince a jeho vztahů k druhým lidem. Podle Kebzy (2005)⁶⁹ došlo v poslední době k přesvědčení, že je nutné zkoumat a zhodnotit nejen fyzické, ale i psychické, sociální a behaviorální determinanty života jedince, které se vztahují ke zdraví. Dále tvrdí, že na základě mnohých poznatků a výzkumů různých autorů, lze podstatu kvality života vymezit jako „jedincem vytvářený mnohaúrovňový pohled na možnosti jeho fyzického, psychického a sociálního uplatnění v životě“⁷⁰ s tím, že někdy bývají zahrnuty i další roviny, jako např. spiritualita či tělesné pocity. „*Téma kvality života je svou povahou interdisciplinární, má historický, politický, ekonomický, filozofický kontext, jakož i kontext medicínský, sociální, psychologický a v neposlední řadě i etický a vzhledem k rozsáhlosti publikačních aktivit a empirických šetření na tomto poli se jedná o téma obtížně přehlédnutelné a uchopitelné.*“⁷¹ Dragomirecká a kol. (2006) uvádí, že kvalita života je považována za vhodný ukazatel fyzického, psychického a sociálního zdraví a zdůrazňují, že kvalita života nespočívá na životním postavení jedince, nýbrž na hodnocení jeho vlastní situace. Podle Křížové (2005)⁷² vyjadřuje kvalita života individuálně zakotvenou a subjektivně prožívanou skutečnost. Tato autorka dále charakterizuje jednotlivé oblasti následujícím způsobem:

⁶⁸ HNILICOVÁ, Helena. Sociologické podmínky kvality života. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, s. 207.

⁶⁹ KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005, s. 57.

⁷⁰ Tamtéž

⁷¹ GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, s. 25. Psyché (Grada).

⁷² KŘÍŽOVÁ, Eva. Sociologické podmínky kvality života. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, s. 351-352.

1. **Oblast fyzického prožívání** – zahrnuje přítomnost zdravotních potíží, zda vyžadují léčbu, nakolik jedince omezují a zda jsou doprovázeny bolestmi či jinými nepříjemnými pocity.
2. **Oblast psychického prožívání** – je vyznačována přítomností pozitivních a absencí negativních emocí, pocitem svěžesti, vitality, apod.
3. **Oblast sociologické proměnné** – zahrnuje mimo jiné vzdělání, rodinný stav, partnerství, rodičovství a dále zkoumá úroveň sociálních služeb, včetně sociálního zabezpečení.

Hnilicová (2005) konstatuje, že v rámci všech přístupů lze kvalitu života zjednodušeně rozdělit do dvou dimenzí, totiž na **objektivní a subjektivní**. První z nich zahrnuje splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Druhý pak řeší otázku lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Podobné vysvětlení pak podává i Vaďurová a kol.(2005), kteří rovněž uvádí tyto dvě dimenze kvality života – totiž objektivní a subjektivní s tím, že v současné době se odborníci přiklánějí spíše k subjektivnímu hodnocení kvality života „*jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka*“.⁷³

Světová zdravotnická organizace (WHO) hodnotí pojetí zdravotního stavu nejen z hlediska nepřítomnosti nemoci, ale definuje kvalitu života jako „*to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům* (WHO, 1994).“⁷⁴ Je tedy důležité, jak samotný jedinec vnímá sám sebe a svůj život. Hnilicová (2005) dále uvádí, že ve své podstatě rozlišujeme tři přístupy ke zkoumání kvality života, jiné stanovisko zaujímá sociologie, jiné medicína a odlišné pak i samotná psychologie. **Psychologie** si klade za cíl zmapovat „subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. V psychologii lze vysledovat tři podoby konceptualizace toho, co se pod pojmem „kvalita života skrývá.“⁷⁵ Hovoří o:

⁷³ VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, s. 17.

⁷⁴ DRAGOMIRECKÁ, Eva. *SQUALA: Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, s. 10.

⁷⁵ HNILICOVÁ, Helena. Sociologické podmínky kvality života. In: PAYNĚ, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, s. 209.

1. **Spokojenosti se životem** – totiž o „zjišťování životní spokojenosti, kdy se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají, a také jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí“.⁷⁶
2. **Prožívání subjektivní pohody** – (subjective well-being,⁷⁷ štěstí - happiness, flow), kdy je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takového“.⁷⁸

Často užívaný termín **subjektivní pohoda**, který rovněž nemá jednoznačné vymezení, je podle Hnilicové (2005) tvořen kognitivní dimenzí, tedy racionální hodnocení vlastního života, a emocionální dimenzí, která zahrnuje emoční prožívání jedince, zda je spíše pozitivní či negativní. Ta dále uvádí, že někteří autoři hovoří o aktuální subjektivní pohodě, sestávající z aktuálního prožívání jedince, jež je postaveno na krátkodobě působících faktorech, a dále na habituální subjektivní pohodě, která se opírá o „výpovědi, které vznikly primárně na základě kognitivních úsudků“⁷⁹, a vztahují se k delšímu časovému období. Slováček a kol. (2003) popisují kvalitu života právě jako „*subjektivní posouzení vlastního života, což zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty*“⁸⁰. Celkovou kvalitu života pak lze posuzovat na základě mnohých fyzických, psychických a sociálních faktorů a subjektivní hodnocení jedince považují za nejdůležitější.

Engel a Bergsma (1988)⁸¹ rozlišují několik odlišných rovin kvality života – makro rovinu, mezo-rovinu, rovinu fyzické existence a personální rovinu. Právě personální rovina si klade do středu zájmu jednotlivce a dochází ke zjišťování subjektivního hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí apod., a do tohoto hodnocení se promítají

⁷⁶ Tamtéž

⁷⁷ Kebza (2005) popisuje pojem „well-being“ jako stav osobní pohody, ve kterém je zakotvena tělesná, duševní, sociální a spirituální rovina.

⁷⁸ HNILICOVÁ, Helena. Sociologické podmínky kvality života. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, s. 209.

⁷⁹ Tamtéž, s. 210

⁸⁰ SLOVÁČEK, Ladislav, Brigita SLOVÁČKOVÁ, Ladislav JEBAVÝ, Martin BLAŽEK a Jaroslav KAČEROVSKÝ. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In: *Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby* [online]. 2004 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf, s. 6

⁸¹ In KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005, s. 57.

i představy, osobní hodnoty, plány, cíle, zájmy, emoce, očekávání a představy jednotlivce, které mohou mít na vnímání kvality svůj značný vliv.

Vaďurová a kol. (2005) zdůrazňují, že je rozdíl mezi tím, jaký je skutečný stav jedince a tím, jak jej daný jedinec vnímá. Totiž, lidé, kteří se svým zdravotním stavem vyrovnají a současně tak uzpůsobí svůj život, nabudou větší životní spokojenosti a kvality života. Podobně je tomu s plány a očekáváním, kdy *„Calman definuje QOL (Quality of Life) jako rozdíl mezi pacientovým očekáváním a tím, čeho ve skutečnosti dosáhne. Čím menší je tento rozdíl, tím vyšší je kvalita života“*.⁸²

Psychologický přístup si tak podle Vaďurové a kol. (2005) klade za oblast svého zájmu prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby, plány, přání, očekávání, hodnoty, sebehodnocení, *seberealizaci, sebeaktualizaci a negativní indikátory (životní trauma, krize, deprese či poruchy nálad)*. *„Psychologický přístup operuje s termínem „well being“ neboli spokojenost, pohoda. Subjektivní pohodu lze popsat jako výskyt pozitivních emocí v delším časovém úseku – absenci nepříjemných tělesných pocitů, pozitivní sebehodnocení – mít se rád a mít rád ostatní lidi.“*⁸³

Sociologie pak zkoumá vztah mezi aspekty sociální úspěšnosti (např. status, majetek) a kvalitou života.

V oblasti **zdravotnictví a klinických studiích** se pojem kvality života objevil v 70. letech, od 80. let pak byl stále častěji používán. Oblast výzkumu je zde soustředěna do oblasti somatického a psychosomatického zdraví. „Nejčastěji se potom operuje s pojmem „health related quality of life (HRQOL)“, tj. kvalita života ovlivněná zdravím. Tento pojem je možné specifikovat jako *„subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky.“*⁸⁴ Mimo účinnosti léčby jsou mapovány i subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu (bolesti, emoce atd.)

⁸² VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, s. 29.

⁸³ DOLEŽALOVÁ, Pavla. Sociálně léčebné aspekty kvality života klientů terapeutických komunit. Rigorózní práce. Brno : Masarykova univerzita, 2003. In: VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, s. 29.

⁸⁴ HNILICOVÁ, Helena. Sociologické podmínky kvality života. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, s. 212.

pacienta a tento přístup se uplatňuje mj. zvláště u psychiatrických pacientů, pro které (a nejen pro ně) byl u nás validizován dotazník SQUALA.

1.10 Rozdělení dimenzí kvality života pro potřeby měření a přístupy k měření kvality života

Měření kvality může být prováděno ze široké perspektivy nebo zúženo na určitou oblast. Jak již bylo řečeno, pojem kvality života můžeme považovat za multidimenzionální, a proto je dle Balcara (2005)⁸⁵ třeba si určit tyto dimenze, podle kterých budeme pojmově a operacionálně kvalitu života zjišťovat. Vaňurová a kol. (2005)⁸⁶ říká, že podle WHO můžeme rozlišit následující čtyři základní oblasti, které se týkají dimenzí lidského života a to bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum či postižení:

1. **Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – energie a únava, bolest, odpočinek, schopnost pohybu, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.
2. **Psychické zdraví a duchovní stránka** – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.
3. **Sociální zdraví** – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.
4. **Prostředí** – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost, zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima) atp.

⁸⁵ BALCAR, Karel. Životní smysl a kvalita života. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, s. 253-256.

⁸⁶ VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, s. 18-19.

Kirby⁸⁷, který do kvality života započítává spokojenost se životní úrovní, uvádí tři možná stanoviska pro měření kvality života:

1. **Objektivní měření sociálních ukazatelů (v termínech možností, bariér a zdrojů okolí)**, které se spíše používá při měření kolektivní kvality života. Toto stanovisko zahrnuje aspekty jako bezpečnost, vzdělání, stabilita rodiny, zdraví a je vhodné pro měření kolektivní kvality (např. pro mezikulturní srovnání).
2. **Subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem**, která je výsledkem osobních hodnot jedince, kterých se snaží dosáhnout pomocí svého životního stylu.
3. **Subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi**, kterých existuje značné množství.

Podle Vaňurové a kol. (2005) je důležité si v úvodu zvolit vhodný nástroj měření pro danou problematiku, zodpovědět si některé základní otázky a stanovit jasné cíle měření. Křivohlavý (2003)⁸⁸ dělí metody měření kvality života do tří skupin:

1. **Objektivní metody**, kdy je kvalita života posuzována někým druhým.
2. **Subjektivní metody**, kdy je kvalita života hodnocena daným jedincem.
3. **Smišené metody**, které jsou kombinací prvního a druhého typu metod měření.

1.11 Pojetí remise

S touto prací se dále pojí termín remise, který je v lékařském slovníku definován jako „vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv nemoci samé“.⁸⁹ Nedochází tedy k úplnému vyléčení či k plné úzdavě, ale vyvstává zde předpoklad, že porucha příjmu potravy je stále přítomna bez zjevných symptomů. Ke spontánní remisi dochází v případě,

⁸⁷ Tamtéž, s. 39

⁸⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, s. 165.

⁸⁹ Remise. In: *Velký lékařský slovník* [online]. 2008 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/remise>

že příznaky odezní bez specifické léčby či užívání léků.⁹⁰ S pojmem remise se však pojí pojem relaps (recidiva), který lze vysvětlit jako návrat příznaků nemoci a je užíván v souvislosti s onemocněními, u kterých lze na základě zkušeností předpokládat, že je nelze jednou provždy odstranit, ale může dojít k úplnému odstranění příznaků onemocnění.⁹¹ Ackard et al. (2013)⁹² tvrdí, že jednotliví autoři definují pojem remise různými způsoby, neboť neexistuje shoda v tom, jak v oblasti poruch příjmu potravy definovat dobrý výsledek. Vystala tak otázka, zda popsat jedince, který trpěl poruchou příjmu potravy a v současné době se mu daří lépe pojmy jako „v zotavení“, v „remisi“, „mající minimum či žádné relapsy či recidivy“ nebo „s dobrým výsledkem“. Ve své srovnávací studii došli k závěru, že několik definicí vykazuje jisté podobnosti. Remise se tak úzce pojí s kvalitou života a ženy v remisi poruchy příjmu potravy vykazují podobné výsledky jako ženy bez onemocnění. Současně zjistili, že stav remise bývá oproti akutní fázi doprovázen vyšší kvalitou života v oblasti psychické, fyzické, dále v oblasti finanční, pracovní a studijní.

Pike (1998)⁹³ vysvětluje pojmy **relaps (recidiva)**, **remise a úzdrava** u problematiky mentální anorexie. K **recidivě** může dojít až po prvotním dosažení uspokojivých výsledků. Je to tedy stav, kdy dochází k úbytku váhy a postupnému zhoršování základních příznaků. Problémem studií orientovaných na dlouhodobý průběh nemoci spočívá v tom, že není zaznamenána prvotní odpověď na léčbu, což je překážkou v tom určit, nakolik udávaná symptomatologie souvisí s recidivou či s chronickým průběhem poruchy. Dále uvádí, že Eckert et al. (1995)⁹⁴ navrhoval, aby byla fáze relapsu operativně definována jako snížení hmotnosti pod optimální úroveň s opakující se amenoreou, zkresleným vnímáním

⁹⁰ Remise. In: *Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 23.04.2003, 04.10.2005 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/remise

⁹¹ Relaps a remise. In: *Fakultní nemocnice Brno* [online]. 2014 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/interni-hematologicka-a-onkologicka-klinika/slovnicek-pojmu/t1278>

⁹² ACKARD, Diann M., Sara A. RICHTER, Amber M. EGAN a Catherine L. CRONEMEYER. What does remission tell us about women with eating disorders? Investigating applications of various remission definitions and their associations with quality of life. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. 2014, vol. 76, issue 1, s. 12-18 [cit. 2014-06-15]. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.10.002.

Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399913003668> (přeloženo autorkou)

⁹³ PIKE, Kathleen M. Long-term course of anorexia nervosa. *Clinical Psychology Review* [online]. 1998, vol. 18, issue 4, s. 462-466 [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00014-2.

Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735898000142> (přeloženo autorkou)

⁹⁴ Eckert, E. D., Halmi, K. A., Marchi, P., Grove, W., & Crosby, R. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, 25, 143–156. In: PIKE, Kathleen M. Long-term course of anorexia nervosa. *Clinical Psychology Review* [online]. 1998, vol. 18, issue 4, s. 462-466 [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00014-2. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735898000142>

vlastního těla a nadměrnou kontrolou hmotnosti poté, co došlo k vymizení a udržení základních příznaků po dobu delší než jeden rok. Tato definice však nebyla všeobecně přijata, protože ostatní studie s touto podmínkou zotavení nepracovaly. Sám Eckert této přísné definice neužívá a termín relaps užívá tehdy, jakmile dojde po ukončení léčby ke snížení hmotnosti pod optimální úroveň. Tedy, Pike (1995)⁹⁵ dále uvádí, že došlo k obecnému ustanovení, aby pojmu recidiva bylo užíváno tehdy, kdy po dosažení uspokojivých výsledků došlo k následujícím změnám: ke snížení hmotnosti pod normální úroveň, ke změnám v oblasti stravování typických pro poruchy příjmu potravy, dále je recidiva spojena s opakovaným nárůstem zaujetí jedince o hmotnost a postavu, opakovanou ztrátou menstruace a za určitých podmínek je bráno v úvahu zhoršení zdravotních komplikací. Termín **remise** je rovněž v jednotlivých studiích nejednoznačně definován. Obecně lze stav remise popsat tak, že dochází k částečnému či úplnému vymizení příznaků po určitou dobu, kdy jedinec nevykazuje příznaky typické pro mentální anorexii. Nicméně je obtížné tento pojem jednoznačně definovat, neboť v období remise může docházet k přetrvávání určitých fyzických a psychických příznaků, a proto je obtížné určit hranici, kdy lze hovořit o remisi.

Pike (1995) dále uvádí určitá kritéria pro stanovení stavu remise: udržování optimální hmotnosti, snížení zaujetí jedince o vlastní hmotnost, optimální příjem potravy, obnova menstruace (pokud amenorea není důsledkem dlouhodobé menstruační dysfunkce), absence přidružených zdravotních komplikací v případě, že nejsou důsledkem předchozího chování spojeného se stravováním. Poslední pojem, který autorka osvětluje, je pojem **úzdavy či zotavení**. Uvádí, že je těžké odhadnout, podíl jedinců, kteří dosáhnou dlouhodobé úzdavy. Rovněž dodává, že údaje z dlouhodobých studií se od sebe navzájem liší podle stanovených kritérií, a proto definice úzdavy musí být stanovena napříč studii. Pike uvádí, že Strober, Freeman a Morrell navrhli, aby byl tento termín definován jako absence všech symptomů po dobu více než osmi po sobě jdoucích týdnů. Navrhuje, aby hlavní rozdíl mezi remisí a úzdavou spočíval v délce trvání stavu dobré nálady a zdraví nutného k dosažení každé fáze úzdavy. Tedy, posuzovat zotavení jedince podle kritérií remise, a současně úzdavu jako stav, kdy jedinec s dříve diagnostikovanou

⁹⁵ Tamtéž, s. 462

mentální anorexií nevykazuje žádné příznaky a riziko těchto symptomů je srovnatelné s kontrolní skupinou populace. Nilsson (2007)⁹⁶ se domnívá, že může být dobré vědět, jak bývalí pacienti chápou pojem úzdravy a dodává, že Noordenbos a Seubring (2006) provedli studii, kdy tito bývalí pacienti uváděli kritéria, která považují za důležitá na cestě k uzdravení. Zjistili, že mezi důležitá kritéria patří nejen dobré stravovací návyky a hmotnost, ale také spokojenost v oblasti psychické, emocionální a sociální. Pettersen a Rosenvige (2002) pak došli k závěru, že úzdrava nespočívala pouze v absenci příznaků, ale ženy často zmiňovaly, že je také nutné zlepšení v oblasti přijetí sebe sama, spokojenosti s vlastním tělem, v oblasti vztahů atd.

1.12 Dlouhodobý průběh poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mohou mít závažné dopady na různé oblasti života, jak pacienta, tak často i jeho okolí. Významným způsobem zasahují do mnoha oblastí života nemocného jedince, negativním způsobem ovlivňují nejen jeho fyzické zdraví, ale také jeho psychický, sociální, sexuální a profesní život, a tím mohou negativně ovlivnit jeho kvalitu života. Tyto poruchy ovlivňují kvalitu života nejen samotných pacientů, ale také jejich nejbližších, tj. rodin, partnerů či přátel, dále mají vliv i na spolužáky či zaměstnavatele. Proto se téma kvality života a prožívání v souvislosti s poruchami příjmu potravy stává předmětem výzkumných šetření či klinických studií, a to jak v České republice, tak v zahraničí. Studie ukazují, že kvalita života se ve většině případů v období remise zlepšuje.

Podle Zipfela et al. (2000)⁹⁷ bývají poruchy příjmu potravy často doprovázeny chronickým průběhem, vysokou mortalitou a průběh a výsledek tohoto onemocnění lze jen těžko předvídat. Autoři se shodují na tom, že v případě poruch příjmu potravy lze hovořit o úplném vyléčení tehdy, je-li období remise v průměru delší jak 5-6 let. Stárková

⁹⁶ NILSSON, Karin. *Recovery from adolescent onset anorexia nervosa: a longitudinal study*. Umeå: Univ, 2007. s. 8 . Dostupné z: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:140263/FULLTEXT01.pdf>

⁹⁷ ZIPFEL, Stephan, Bernd LÖWE, Deborah Lynn REAS, Hans-Christian DETER a Wolfgang HERZOG. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet* [online]. 2000, vol. 355, issue 9205, s. 721-722 [cit. 2014-06-27]. DOI: 10.1016/S0140-6736(99)05363-5. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673699053635>

(2005)⁹⁸ dále dodává, že u nezlepšených pacientek trpících anorexií může dojít ke zlepšení ještě v letech následujících. Pike (1998)⁹⁹ uvádí, že znalost v oblasti odezvy pacientů na léčbu mantální anorexie může výrazně napomoci k předvídání pozdějších fází relapsu (recidivy), remise a zotavení.

Papežová (2010)¹⁰⁰ konstatuje, že mnozí autoři (např. Stárková, 2005)¹⁰¹ se shodují v tom, že poruchy příjmu potravy mají multifaktoriální charakter a dotýkají se jak vnitřního, tak vnějšího světa jedince. Léčba bývá velice náročná a často také neúspěšná. Hosák a kol. (2007) zjistili, že během dlouhodobého onemocnění zemře 15 – 20% jedinců a u dalších 25% přejde onemocnění do chronického stádia. Podle Papežové (2010)¹⁰² nelze jednoznačně určit průběh a vyústění PPP, neboť disponují výraznou různorodostí. „Průběh PPP může být velmi variabilní, od krátké jediné epizody v životě s plnou úzdavou bez léčby, přes subklinické celoživotní potíže, zaujetí zevnějškem s dietním a/nebo purgativním chováním až po chronické celoživotní onemocnění s postupně narůstajícími zdravotními, psychickými i sociálními následky přerušovanými „paliativními intervencemi“ na jednotkách intenzivní metabolické péče a invalidizací, eventuálně předčasnou smrtí.“¹⁰³ Dále podle Papežové (2004)¹⁰⁴ dochází u 44 % pacientek trpících mentální anorexií k dobré remisi, u 28 % k remisi částečné, u 24 % došlo ke chronickému průběhu, kdy pacientky trvale nemají zdravou váhu, mají narušené postoje k jídlu a své váze, nadále je sužují somatické a psychosociální komplikace a byla u nich zjištěna zvýšená mortalita (5-20 %). U bulimických pacientek, které absolvovaly hospitalizační péči, bylo popsáno dosažení dobré remise u 27 %, dále u 40 % neúplné remise a 33 % se stále potýkalo s nepříznivým průběhem, doprovázeným častými záchvaty přejídání, zvracení a jiným

⁹⁸ STÁRKOVÁ, Libuše. Poruchy příjmu potravy - psyché a soma. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 1, s. 15 [cit. 2014-06-01]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/01/03.pdf>

⁹⁹ PIKE, Kathleen M. Long-term course of anorexia nervosa. *Clinical Psychology Review* [online]. 1998, vol. 18, issue 4, s. 448 [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00014-2.

Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735898000142> (přeloženo autorkou)

¹⁰⁰ PAPEŽOVÁ, Hana. Průběh a vyústění onemocnění poruch příjmu potravy od remise k invalidizaci. In: PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 392-399.

¹⁰¹ STÁRKOVÁ, Libuše. Poruchy příjmu potravy - psyché a soma. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 1, s. 15 [cit. 2014-06-01]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/01/03.pdf>

¹⁰² PAPEŽOVÁ, Hana. Průběh a vyústění onemocnění poruch příjmu potravy od remise k invalidizaci. In: PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 392-397.

¹⁰³ Tamtéž, str. 392

¹⁰⁴ PAPEŽOVÁ, Hana. Poruchy příjmu potravy: Průběh a prognóza. In: *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS, 2004, s. 615.

snížením váhy. Steinhausen et al. (2005)¹⁰⁵ zjistili, že 46,9% pacientů s mentální anorexií dosáhne plné remise, 33,5% částečné remise, u 20,8% přejde nemoc k chronickému průběhu a 5% pacientek zemře. U bulimických pacientů dosáhne plného zlepšení 47,5%, 26% zaznamená částečné zlepšení a u 26% byl zjištěn chronický průběh onemocnění. Pike (1998)¹⁰⁶ rovněž uvádí, že nelze předpovědět dlouhodobý průběh a výsledky mentální anorexie, neboť pro to neexistuje dostatek informací. Průběh onemocnění závisí na mnoha okolnostech, například na výskytu symptomů, délce trvání, stabilitě, závažnosti a obecně výskytu dopadů na jedince. Zdůrazňuje, že je důležitá predikce každého klinického syndromu, avšak v případě mentální anorexie je stanovení prognózy velice náročné. Polanská a kol. (2007) pak ve svém příspěvku uvádí, že „U poruch příjmu potravy dochází až v 50% k relapsu, kdy může dojít ke znovuoživení některých příznaků a je přirozenou fází léčby, během které je nutné se na něj připravit.“¹⁰⁷

Papežová a kol. (2006)¹⁰⁸ se pokusili zmapovat dopad poruch příjmu potravy na kvalitu života a výsledky šetření pak srovnali s ostatními psychiatrickými onemocněními. Nástrojem měření se stal dotazník SQUALA,¹⁰⁹ který je vhodný i pro sledování dlouhodobých průběhů, které poruchy příjmu potravy často doprovázejí. Testována byla hypotéza, zda se kvalita života u všech souborů po léčbě trvající zhruba 3 měsícelepší a toto zlepšení přetrvává během následujícího roku. Závěrem bylo zjištěno, že se zlepšilo nejen fyzické a psychické zdraví, ale rovněž došlo ke zlepšení mezilidských vztahů, položek svobody a jídla.

Hosák a kol. (2007) rovněž prováděli výzkum týkající se hodnocení efektivity šestitýdenního léčebného programu poruch příjmu potravy na Psychiatrické klinice v Hradci Králové v letech 1999-2005. Do výzkumu byly zařazeny všechny pacientky, které

¹⁰⁵ Steinhausen et. Al. In: RIE, S. M., G. NOORDENBOS a E. F. FURTH. Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research* [online]. 2005, vol. 14, issue 6, s. 1511-1521 [cit. 2014-06-05]. DOI: 10.1007/s11136-005-0585-0. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-005-0585-0> (přeloženo autorkou)

¹⁰⁶ PIKE, Kathleen M. Long-term course of anorexia nervosa. *Clinical Psychology Review* [online]. 1998, vol. 18, issue 4, s. 447-475 [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00014-2. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735898000142> (přeloženo autorkou)

¹⁰⁷ POLANSKÁ, Michaela, Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ a Jarmila ŠVÉDOVÁ. Prevence relapsu poruchy příjmu potravy. In: *Prevence relapsu poruchy příjmu potravy* [online]. 2007 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/stories/dokumenty/prevence_relapsu.pdf

¹⁰⁸ DRAGOMIRECKÁ, Eva. SQUALA: Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, s. 10, 32.

¹⁰⁹ SQUALA – Subjective Quality of Life Analysis

se v tomto období účastnily léčebného programu a porovnávány byly výsledky před zahájením léčby pacientek s jejich současným stavem v roce 2006. Výsledkem bylo zjištění, že současný stav zahrnující hmotnost a BMI byl dobrý, jedna pacientka zemřela. S dobrým výsledkem se pak pojí zachované vztahy přáteli, podpora rodiny, koníčky, záliby a vlastní uvědomění si nemoci a ochota spolupráce při léčení.

De la Rie a kol. (2005)¹¹⁰ ve své studii porovnávali kvalitu života pacientů s poruchou příjmu potravy a bývalých pacientů s poruchou příjmu potravy s kvalitou života běžné referenční skupiny a kvalitou života a kvalitou života pacientů s poruchami nálady. Zaměřili se na rozdíly mezi diagnostickými skupinami poruch příjmu potravy a rovněž na to, jaké faktory přispívají ke kvalitě života. Ve výsledku došli ke zjištění, že pacienti s poruchou příjmu potravy vykazují horší kvalitu života než běžné referenční skupiny. Podobně tomu bylo i u bývalých pacientů ve srovnání s běžnou referenční skupinou a dále pacienti s poruchou příjmu potravy prožívaly horší kvalitu života než pacienti s poruchami nálad. Mezi jednotlivými diagnostickými skupinami nebyly zjištěny žádné rozdíly. Sebevědomí bylo zásadním faktorem, který často přispíval ke zlepšení kvality života.

Jäger et al. (1994)¹¹¹ provedli studii, ve které porovnávali skupinu 27 žen v období remise mentální bulimie, a které se nikdy s tímto onemocněním neléčili, se skupinou dalších 27 žen, které v té době trpěly mentální bulimií a nakonec se skupinou 40 žen bez onemocnění. První skupině žen se dařilo lépe než ženám, které byly v akutní fázi nemoci, ale v porovnání se „zdravou“ kontrolní skupinou stále vykazovaly určité psychosociální poruchy.

¹¹⁰ RIE, S. M., G. NOORDENBOS a E. F. FURTH. Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*[online]. 2005, vol. 14, issue 6, s. 1511-1521 [cit. 2014-06-05]. DOI: 10.1007/s11136-005-0585-0. Dostupné z:<http://link.springer.com/10.1007/s11136-005-0585-0> (přeloženo autorkou)

¹¹¹ Jäger, B., Klapper, A., & Liedtke, R. (1994). Psychosomatik und Salutogenese der spontanremittierenden Bulimia nervosa [Psychosomatics and salutogenesis of spontaneously remitting bulimia nervosa]. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 145–153. In: VANDEREYCKEN, Walter. Self-Change in Eating Disorders: Is “Spontaneous Recovery” Possible?. *Eating Disorders* [online]. 2012, vol. 20, issue 2, s. 87-98 [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1080/10640266.2012.653942. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10640266.2012.653942>

Pike (1998)¹¹² dále ve své studii týkající se dlouhodobým průběhem, relapsy, remisí a zotavením u anorexie, uvedla, že během 75 let bylo zhodnoceno 150 studií¹¹³ zabývajících se průběhem a výsledky anorexie s cílem popsat její komplexní a dlouhodobý průběh. Již Lasegue ve své době upozornil na nedostatek kvalitní léčby a upozornil, že během dobrovolného hladovění dochází v průběhu několika týdnů k dlouhodobému patologickému stavu. Naopak Gull se domníval, že dostatek potravin může postupně přispívat k postupnému zotavení. Bruch, Crisp a Russel poukázali na nepříznivý průběh a výsledky onemocnění a zdůraznili, že anorexie může mít smrtelné následky, doufajíce v to, že lze dosáhnout i plné úzdravy. Studie dále ukázaly, že pacienti, kteří podstoupili hospitalizaci, dosahovali dobrých výsledků, ačkoli u mnohých došlo po ukončení léčby ke zhoršení příznaků a musí být opakovaně hospitalizováni, někteří pacienti pak na následky nemoci umírají.

S ohledem na potíže se zhodnocením výsledků lze dle Pike (1998) konstatovat, že přibližně 50 až 70% jedinců s diagnózou mentální anorexie dosahuje průměrného výsledku, přičemž u 25% došlo k chronickému průběhu onemocnění. Studie publikovaná Stroberem, Freemanem a Morrellem¹¹⁴ ukázala, že 75,8% dosáhlo plné úzdravy a 10,5% částečné úzdravy. Není však jasné, proč se ve srovnání s jinými studii dařilo daným pacientům lépe. Jedním z možných vysvětlení je fakt, že studie se účastnili mladší pacienti s lepší prognózou. Nicméně, jedním z nedostatků studie je to, že nespécifikuje přetrvávající příznaky. Přestože většina pacientů dosáhne částečné úzdravy, stále se potýká s přetrvávajícími příznaky. Mezi hlavní důsledky, které byly zkoumány, patří míra úmrtnosti, váha, menstruace, chování v oblasti jídla, komorbidní psychopatologie a psychosociální fungování.

¹¹² PIKE, Kathleen M. Long-term course of anorexia nervosa. *Clinical Psychology Review* [online]. 1998, vol. 18, issue 4, s. 447-475 [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00014-2. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735898000142> (přeloženo autorkou)

¹¹³ Zhodnocení studií se potýkalo s problémy v souvislosti s použitím široké škály metodologií, jako je výběr vzorku, diagnostická kritéria, délka sledování, úspěšnost léčby, délka pozorování, předčasné ukončení ve výzkumu, atp. V důsledku toho je velmi těžké dosáhnout kvalitního zobecnění napříč studii.

¹¹⁴ Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (In press) In: PIKE, Kathleen M. Long-term course of anorexia nervosa. *Clinical Psychology Review* [online]. 1998, vol. 18, issue 4, s. 452 [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00014-2. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735898000142> (přeloženo autorkou)

Úmrtnost

Pike (1995)¹¹⁵ dále uvádí výsledky studií v souvislosti s úmrtností s tím, že úmrtnost je odhadována v rozmezí 0-21% (Steinhausen & Glaville, 1983) a nejčastější příčinou jsou sebevraždy a hladovění (Hsu, 1988).

Hmotnost a menstruace

U pacientů, kteří v důsledku nemoci nezemřeli, často dochází během sledování k chronické podváze a amenoree. Současně se uvádí, že optimalizace hmotnosti výrazně koreluje obnovením menstruace (25-97%).

Vztah k jídlu

Na rozdíl od předešlé skupiny, jsou výsledky v oblasti vztahu k jídlu a stravování velice nejednoznačné. Nicméně bylo prokázáno, že přílišné zaujetí a omezování v jídlu přetrvává u většiny jedinců, včetně těch, kteří během výzkumu dosáhli optimální hmotnosti. Restriktivní chování se i nadále objevuje u 25 až 75 % jedinců (Garfinkel a Garner, 1982, Herpertz-Dahlmann, Wetzer, Schultz, a Remschmidt, 1996; Windauer, Lennerts, Talbot, Touyz, a Beumont, 1993).¹¹⁶

Komorbidity psychických poruch

Mezi nejčastěji doprovázené choroby u mentální anorexie, jsou přetrvávající úzkosti a afektivní poruchy (Herpertz-Dahlmann et al., 1996). Úzkostné poruchy představují hlavně sociální fobie (20 až 45%) a obsedantně-kompulzivní porucha (12 až 24% , Halmi et al., 1991; Herpertz-Dahlman et al., 1996). Další studie ukazují míru výskytu příznaků deprese u 45% a příznaků deprese u 23% (Santonastaso, Pantaro, Panarotto, & Silvestri, 1991).

¹¹⁵ PIKE, Kathleen M. Long-term course of anorexia nervosa. *Clinical Psychology Review* [online]. 1998, vol. 18, issue 4, s. 453 [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00014-2. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735898000142>

¹¹⁶ Tamtéž, s. 447-475

Psychosociální fungování

Většina studií definuje psychosociální fungování v souvislosti s manželstvím, dětmi, zaměstnáním či studijními výsledky, ačkoli vyvstává otázka, zda se vůbec tyto kategorie staly předmětem kvalitativních studií. Nicméně, potíže v psychosociální oblasti vykazovalo zhruba 50% pacientů (Gillberg, Rastam, & Gillberg, 1994; Ratnasuriya et al., 1991; Schwartz & Thompson, 1981).¹¹⁷ Je patrné, že potíže v této oblasti mohou přetrvávat i po úzdavě a to zvláště v oblasti partnerských vztahů. V oblasti rodinných vztahů může naopak dojít ke zlepšení (Windauer et al., 1993).

1.13 Somatické, psychické a sociální důsledky PPP

1.13.1 Zdravotní komplikace (fyzické zdraví)¹¹⁸

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat mnohé zdravotní komplikace, jak somatické, tak psychické. Mnohé z nich souvisí s chováním, které jednotlivé poruchy doprovází, zvláště pak, když přechází jedna porucha ve druhou. Nepříznivé jsou pak výsledky výzkumů, které dle Krcha (1999) ukazují, že až 18% postižených jedinců umírá na následky poruch příjmu potravy. Podle Charváta a kol. (2010) je „mortalita pacientek s mentální anorexií jednou z nejvyšších u psychiatrických onemocnění a je 30x vyšší oproti zdravým ženám shodného věku“.¹¹⁹ **Papežová (2012) říká, že nelze jednoznačně určit, jaké zdravotní důsledky mohou u pacientů přetrvávat poté, co dojde k úpravě jejich hmotnosti. Přestože uvádí, že se většina zdravotních problémů může upravit, záleží však na mnoha faktorech, které na to mohou mít vliv, totiž věk, kdy se nemoc objevila, délka trvání nebo jaké základní složky ve stravě chyběly (obvykle bývá snížen příjem tuků a**

¹¹⁷ PIKE, Kathleen M. Long-term course of anorexia nervosa. *Clinical Psychology Review* [online]. 1998, vol. 18, issue 4, s. 458 [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00014-2. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735898000142>

¹¹⁸ *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Editor Hana Papežová. Praha: Grada, 2010, 424 s. FREEMAN, Christopher P. Zdravotní komplikace mentální anorexie a bulimie a jejich léčba. In: KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, Psyché (Grada Publishing). 1999, s. 95-105. PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012

¹¹⁹ PÁLOVÁ, Sabina a Jiří CHARVÁT. Kardiovaskulární komplikace. In: PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 170.

sacharidů, naopak v dostatečném množství mohou být přijímány bílkoviny a vitamíny).
„U třetiny až poloviny postižených přetrvávají některé potíže, i když dosáhnou optimální váhy.“¹²⁰

Následující zdravotní komplikace se objevují jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie. Tyto komplikace jsou primárně důsledkem dlouhodobého hladovění, ztráty tělesné hmotnosti nebo se mohou objevit v důsledku určitého chování typického pro poruchy příjmu potravy (zvracení, užívání přípravků potlačujících chuť k jídlu, laxativ, diuretik atd.).

1.13.1.1 Kardiovaskulární komplikace

Nejčastější příčinou úmrtí bývají vedle sebevraždy velice závažné kardiovaskulární komplikace. Ty se projevují až u 90% postižených. Nejzávažnější a častou poruchou je srdeční arytmie v důsledku narušení elektrolytové rovnováhy, která může způsobit i náhlou srdeční smrt. Dále se objevují komplikace jako bradykardie (snížená tepová frekvence pod 60 tepů/minutu), hypotenze (nízký krevní tlak 90/60 mmHg), EKG změny a echokardiografické abnormality, dochází i k úbytku hmoty myokardu. EKG změny často velice zmizí při úpravě elektrolytové rovnováhy doplněním tekutin a živin. Bradykardie však může být maskována při dehydrataci, zvýšené fyzické aktivitě, kouřením cigaret nebo zvýšenou úzkostlivostí. Ačkoli tato porucha vzniká převážně v důsledku hladovění, objevuje se i u pacientek s mentální bulimií, což zřejmě upozorňuje na existenci i jiného mechanismu zapříčiňujícího snížení tepové frekvence. Je velice nutné sledovat krevní tlak a často provádět kontrolu EKG.

Papežová (2012) uvádí, že není dostatečně znám dlouhodobý vliv na srdce, ale jeho efekt může být příčinou zvýšeného rizika kardiovaskulárních chorob a smrti.

1.13.1.2 Gastrointestinální komplikace

K obvyklým komplikacím trávicí soustavy, které se projevují převážně u bulimiček, je benigní zduření slinných žláz, citlivost zubů (pro zvýšenou kazivost zubů v důsledku

¹²⁰ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 65.

zvracení nejsou jednoznačné důkazy), ztráta dávicího reflexu, gastroezofageální reflux,¹²¹ záněty jícnu, jícnových erozí a vředů. Výjimečně se mohou objevit závažné komplikace jako ruptura jícnu či perforace žaludku. „I když žaludeční vředy byly ve vybraném souboru hospitalizovaných anorektiček zjištěny v 16% případů (Hall et al., 1989), všeobecně platí, že žaludeční komplikace nejsou příliš časté.“¹²² Na druhou stranu však může docházet ke zpomalení procesu vyprazdňování žaludku, což vyvolává nepříjemné pocity sytosti, plnosti, nadmutosti a bolesti. Vzácně může dojít i k dilataci žaludku, která se objevuje v důsledku rychlé realimentace po dlouhodobém hladovění. „K úpravě motility dochází do 2 týdnů od postupného navyšování množství potravy.“¹²³

Poměrně častým jevem je porucha motility tenkého střeva, poruchy tlustého střeva jsou pak (kromě zácpy) následkem nadměrného užívání projímadel, (krvácení tlustého střeva, poškození nervových plexů, střídání průjmu a zácpy, porucha vstřebávání bílkovin atd.). Je důležité, že některá laxativa jsou vhodná pouze pro krátkodobé používání, v opačném případě mohou oslabit peristaltiku střev, zhoršovat zácpu, případně ovlivnit vstřebávání užívaných léků. U pacientů s PPP dochází i abnormalitám funkcí jater a pankreatu.

Podle Papežové (2012) se mohou střevní potíže, pálení žáhy a žaludeční vředy objevovat i po uzdravě.

1.13.1.3 Kosterní komplikace

Mentální anorexie, která se projeví v období dětství a dospívání (tedy v období růstu), může mít za následek „závažné a v dospělosti již nenapravitelné následky v podobě nízké vrcholové kostní hmoty a zvýšeného rizika zlomenin“.¹²⁴ Dochází ke zpomalení vyhrávání a vývoje kostí, „ohroženo je dosažení geneticky determinovaného maxima kostní hmoty“¹²⁵. Nejen u anorektiček, ale také u bulimiček se může objevit snížení

¹²¹ Tzn. zpětný tok žaludečního obsahu do jícnu.

¹²² FREEMAN, Christopher P. Zdravotní komplikace mentální anorexie a bulimie a jejich léčba. In: KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, Psyché (Grada Publishing). 1999, s. 98.

¹²³ NOVOTNÝ, Aleš. Gastrointestinální komplikace při poruchách příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 229.

¹²⁴ ZIKÁN, Vít. Mentální anorexie a kostní metabolismus. In: PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 242.

¹²⁵ Tamtéž, s. 235.

minerální denzity kostí, osteoporóza, osteopenie, osteomalácie. „Prokazatelná osteoporóza vzniká už během prvních dvou let mentální anorexie a významně koreluje s délkou choroby a s indexem tělesné hmotnosti.“¹²⁶

Studie z Dánska publikovaná v odborném časopise *Journal of Eating Disorders*¹²⁷ ukazuje, že poškození kostí v důsledku PPP může mít trvalé následky v podobě oslabení kostí a hrozí dvakrát větší riziko zlomenin. „*Badatelé se domnívají, že anorexie může způsobit stálé poškození kostry, které později doprovází ztráta kostní hmoty v důsledku stárnutí. Na druhé straně vědci poukázali na to, že ani po diagnostikování a léčbě nemusí být tato porucha zcela odstraněna, což způsobí trvalý deficit důležitých látek v těle.*“¹²⁸

Papežová (2012)¹²⁹ pak tvrdí, že není známo, nakolik se u dlouhodobě nemocných spraví hustota kostní tkáně. Zeslabené kosti zvyšují riziko zlomenin, poškozené obratle pak způsobují malý vzrůst, dynamiku páteře a s tím spojené bolesti.

1.13.1.4 Metabolické komplikace

U anorektických pacientů dochází ke zhoršení regulace tělesné teploty, trpí sníženou teplotou a pocity chladu i přes poměrně vysoké teploty v okolním prostředí. Dochází k narušení metabolismu glukózy a vápníku (zpomalení tvorby kostí a zvýšení kostní resorpce). V krvi se může objevit zvýšená hladina cholesterolu. Reakcí na hladovění je také zpomalení bazálního metabolismu. Někdy se mohou objevit, zvláště u podvyživených anorektiček, poruchy spánku. Ty se však vytrácí při úpravě tělesné hmotnosti.

1.13.1.5 Renální komplikace

Postižení ledvin a metabolické odchylky patří k závažnějším komplikacím, které vznikají v souvislosti s PPP a jejich nejčastější příčinou bývá dehydratace způsobená

¹²⁶ FREEMAN, Christopher P. Zdravotní komplikace mentální anorexie a bulimie a jejich léčba. In: KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, Psyché (Grada Publishing). 1999, s. 100

¹²⁷ Výzkum v oblasti poruch příjmu potravy, Převzato z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/14-vyzkum-v-oblasti-poruch-pijmu-potravy/184-anorexie-ovlivuje-silu-kosti-i-po-letech>

¹²⁸ Tamtéž

¹²⁹ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, s. 85

zvracením, zneužíváním diuretik a laxativ. Dehydratace pak zvyšuje riziko vzniku močových kamenů. Freeman (1995)¹³⁰ dále uvádí, že u pětiny anorektiček se může objevit během realimentace mírný otok končetin, těžké otoky se pak objevují v souvislosti s nadužíváním laxativ, což může vést k hypoproteinémii a následně k hypovolemickému šoku, ledvinovému či srdečnímu selhání.

1.13.1.6 Komplikace spojené s ženským reprodukčním systémem

Jedním z častých a typických příznaků anorexie bývá u žen vynechávání menstruace, na kterém se podílí nejen úbytek tělesné hmotnosti, ale podle Leibolda (1995) také psychicko-nervovými vlivy na systém žláz s vnitřní sekrecí (hormonální systém, dysfunkce hypothalamu). Ten dále uvádí, že některé pacientky takové následky vítají, neboť odmítají dospět a menstruace je právě jedním ze znaků pohlavní zralosti. Až u poloviny anorektiček ještě nějakou dobu po dosažení normální tělesné hmotnosti amenorea přetrvává. Dochází také k poklesu produkce pohlavních hormonů a tím i k poklesu zájmu o sexuální život. PPP mají závažný vliv na plodnost, problémy během těhotenství i mateřství ženy. „Bylo popsáno snížení porodní váhy u dětí matek s AN a zvýšení u BN a častější spontánní potraty a perinatální komplikace. Po porodu ženy s PPP mohou mít problémy s krmením a ovlivnit negativně i vývoj dítěte.“¹³¹ Papežová (2012) udává, že je někdy potřebná hormonální léčba.

1.13.1.7 Neurologické komplikace

Poměrně časté neurologické komplikace vznikají v důsledku malnutrice, elektrolytové dysbalance (způsobené zvracením, nadužíváním projímadel a diuretik) a nedostatku vitaminů. Nejčastěji se objevují neurologické komplikace jako křeče, celková svalová slabost, stavy akutní zmatenosti, vymizení reflexů, tetanie (např. mravenčení,

¹³⁰ FREEMAN, Chistopher P. Zdravotní komplikace mentální anorexie a bulimie a jejich léčba. In: KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, Psyché (Grada Publishing). 1999, s. 97.

¹³¹ PAŘÍZEK, Antonín, Hana PAPEŽOVÁ a Petra UHLÍKOVÁ. Poruchy příjmu potravy a ženský reprodukční systém. In: PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, s. 222.

svědění, pálení, křeče) a paralýza. Poměrně často se objevují následky hyponatremie, což je snaha zahnat hlad pitím může mít, totiž bolesti hlavy, myoklonii záškuby, zmatenost, neklid, špatnou koordinaci pohybů, dezorientací, nevolnosti, zvracení, křeče svalů, záchvaty i kóma. Objevit se mohou i strukturální změny na mozku, které souvisí s váhovým úbytkem a při návratu k normální hmotnosti jsou částečně reverzibilní.

1.13.1.8 Dermatologické a orální komplikace

Dermatologické komplikace vznikají nejčastěji z několika důvodů, jako je **nedostatečná výživa, vyvolané zvracení, a potíže vyplývající z užívání laxativ a diuretik.** Hladovění či nedostatečná výživa bývá příčinou suché, šupinaté kůže, dochází ke ztenčování kůže (až u čtvrtiny pacientek), na které se objevuje drobné, lanuginózní ochlupení, a to hlavně na zádech, trupu, končetinách a v obličeji. Na druhou stranu však dochází k řídnutí vlasů, které jsou suché, lámavé a třepí se.

Nehty anorektiček bývají křehké, lámavé, na povrchu deformované, což je způsobeno vyhublostí, nedostatkem vitamínů a minerálů a současně také mechanickou manipulací s nehty.

Nejčastějšími změnami v oblasti úst jsou pak červené praskající koutky, které mohou vznikat z nedostatku vitamínů, dále afty, záněty dásní, krvácení dásní (hl. u MA), záněty sliznice jazyka a zašednutí povrchu jazyka. Zvracení (regurgitace kyselého žaludečního obsahu) je příčinou zvýšené kazivosti, eroze zubů (nebo dokonce jejich ztráty), zuby mohou být kratší, citlivější, jinak zbarvené a s nerovnými okraji. Míra kazivosti zubů a poškození parodontu však není typickým příznakem pro nemocné PPP, ale závisí na mnoha faktorech, totiž na hygienických návycích, genetických dispozicích, preventivních kontrolách, fluoridaci a délce trvání absence důležitých vitamínů a minerálů. **Dále je zvracení také příčinou zbytnění slinných žláz (oteklý obličej)** a chronické či násilné dráždění zvracením žaludečním obsahem může způsobit jícnové varixy, v nejhorším případě může dojít k ruptuře jícnu. Vyvolávání dávicího efektu prstem či jinými předměty může způsobit změny v oblasti měkkého patra, dále také mohou

vznikat modřiny či mozoly na rukou a purpura v oblasti očí, úst či spojivek. Užívání projímadel a diuretik může způsobovat kožní vyrážky. Jednostranná výživa složená ze zeleniny se může až u 72% anorektiček projevit žlutooranžovým zabarvením (karotenodermie).

1.13.2 Psychické důsledky

„Strach z tloušťky je nejrezistentnějším příznakem PPP, se kterým se lze setkat ještě dlouho po odeznění základní symptomatologie.“

„Bulimický kolotoč může vést postupně ke sníženému sebevědomí a kritickému sebehodnocení, poruchám nálady, úzkostným stavům, nejistotě v osobních vztazích, sociální izolaci. Samotné zaujetí různými dietními opatřeními často vede do začarovaného kruhu výrazného kolísání váhy, nestabilitě nálad i depresivním poruchám.“¹³²

Jak uvádí například Cooper (1995), poruchy příjmu potravy mohou výrazně narušovat psychický stav postižených a současně mohou poznamenat jejich společenský život. Nejčastěji se u bulimiček objevují **symptomy deprese** (pocity viny, špatná koncentrace pozornosti, pocity vlastní bezcennosti, podrážděnost, nedostatek energie, ztráta sebedůvěry, depresivní nálada, vyhýbání se společnosti, pocity beznaděje), symptomy **úzkosti** (obavy, bolesti z napětí, nervové napětí, vyhýbání se situacím vyvolávajícím úzkost, úzkost v kontaktu s lidmi či ve specifických situacích a záchvaty paniky).¹³³ U některých bulimiček se mohou projevovat záchvaty vzteku a pocity odporu k sobě samé, což má za následek sebetrestání a sebepoškozování, některé užívají laxativa, jiné samy sebe bijí, způsobují si řezné rány, vytrhávají si vlasy, koušou nehty, atd. Autor dále uvádí, že *„u naprosté většiny pacientek, které se přejídání, symptomy deprese zmizí, jakmile se jim podaří znovu získat kontrolu nad příjmem potravy. U malé části bulimiček se*

¹³² ČERNÁ, Ria, Ondřej STÍSKAL a Patricia ARLETHOVÁ. O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery. In: ČERNÁ, Ria. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery* [online]. 2. vyd., 2008, s. 10 [cit. 2014-06-05]. Dostupné z: <http://www.heria.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf>

¹³³ COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995, s. 39.

však depresivní symptomy vyskytují nezávisle na poruše příjmu potravy a přetrvávají u níž vážné ochromující symptomy deprese i poté, kdy se zlepšila porucha příjmu potravy“.¹³⁴

Hosák a kol (2007)¹³⁵ uvádí, že některé osobnostní rysy či specifické poruchy bývají už samotnou příčinou vzniku poruch příjmu potravy. Jejich pacientky se potýkaly hlavně s emočně nestabilní a histriónkou poruchou osobnosti. „Emočně nestabilní osobnost bývá nacházena až u 42 % pacientek s poruchou příjmu jídla, nejvyšší výskyt je u hospitalizovaných nemocných. U bulimie je mírně vyšší výskyt emočně nestabilní poruchy osobnosti než u anorexie.“¹³⁶ Suicidální chování se projevuje u 3 až 20% anorexií a 25 až 35% bulimií, jejich příčinou bývá hlavně komorbidní deprese, zneužívání návykových látek a zneužívání pacientky v dětství.

Rovněž Braun et al. (1994)¹³⁷ se zabývali komorbiditou psychiatrických poruch a u 86% hospitalizovaných pacientek zjistili výskyt další psychiatrické poruchy, kterými byly nejčastěji deprese, úzkosti a závislost na návykových látkách. Poruchy osobnosti se objevily u 69% pacientek a u pacientek s alespoň jednou poruchou osobnosti byl zaznamenán výrazně vyšší výskyt afektivní poruchy či zneužívání návykových látek

Blinder et al. (2006)¹³⁸ došli také ve své studii k závěru, že 97% hospitalizovaných pacientek vykazovalo některou z přidružených psychiatrických poruch. V 94% se jednalo o poruchu nálady (zvláště o unipolární deprese), v 56% o úzkostné poruchy a u 22% se vyskytovalo zneužití návykových látek. Zaznamenali také rozdíly mezi jednotlivými typy poruch příjmu potravy. Zneužívání alkoholu a jiných látek, se projevuje častěji u pacientek s bulimií, obsedantně kompulzivní porucha pak u pacientek s restriktivní i purgativní anorexií. Výskyt posttraumatické stresové poruchy je častější u pacientek s purgativní formou anorexie, schizofrenie a jiné psychotické poruchy pak u pacientek s restriktivní formou mentální anorexie.

¹³⁴ Tamtéž, s. 40.

¹³⁵ HOSÁK, Ladislav, Dana PODZIMKOVÁ, Libuše SLABÁ, Hana VOJTÍŠKOVÁ, Hana KOSOVÁ a Eva ČERMÁKOVÁ. Léčba poruch příjmu jídla na psychiatrické klinice v Hradci Králové. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, č. 2, s. 90 [cit. 2014-06-08]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/10.pdf>

¹³⁶ Tamtéž

¹³⁷ BRAUN, D. L., S. R. SUNDAY a K. A. HALMI. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine* [online]. 1994, vol. 24, issue 04, s. 859- [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1017/S0033291700028956. Dostupné z: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291700028956 (přeloženo autorkou)

¹³⁸ BLINDER, Barton J., Edward J. CUMELLA a Visant A. SANATHARA. Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine* [online]. vol. 68, s. 454-462 [cit. 2014-06-23]. DOI: 10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage> (přeloženo autorkou)

De la Rie et al. (2005)¹³⁹ konstatuje, že duševní poruchy, které se v souvislosti s poruchami příjmu potravy objevují, se liší v závislosti na typu onemocnění. Komorbidita s afektivní poruchou se vyskytuje převážně u anorektiček. Afektivní porucha, úzkostná porucha, zneužívání návykových látek a poruchy osobnosti se projevují u bulimiček. Kognitivní porucha u pacientů s poruchou příjmu potravy se projevuje přílišným zaujetím vlastního těla, hmotnosti, přehnaným zájmem o jídlo, nízkým sebevědomím, depresemi a úzkostmi.

Sladká Ševčíková (2008)¹⁴⁰ rovněž uvádí několik nejčastějších psychických důsledků mentální anorexie a mentální bulimie. Mentální anorexie může být spojena s pokleslou, depresivní náladou, podrážděností, problémy se spánkem, dále může vyvolávat poruchy koncentrace, namísto posílení sebevědomí přibývá nejistoty a úzkostných prožitků, dotyčná má neustálé myšlenky na jídlo, sebevražedné sklony a dochází k sebepoškozujícímu chování, dále narušuje vztahy s rodinou, přáteli a tím dochází ke společenské a sociální izolovanosti. Mezi psychické důsledky mentální bulimie řadí obavy ze ztloustnutí nezávislé na skutečné hmotnosti, poruchy spánku, časté výkyvy nálad a deprese, pocity vlastního nezvládnutí situace, smutku, viny a nenávisti k sobě samé, pacientky jsou velice sebekritické, vyhýbají se společenským událostem a mohou se u nich projevovat sebevražedné sklony a sebepoškozující chování.

1.13.3 Společenské (sociální) důsledky

„Mé problémy s jídlem ovládly celý můj život. Přátelské vztahy se narušily kvůli náhlým výkyvům mých nálad. Nemluví s rodiči, protože oni nikdy nepochopili, čím procházím, přestože jsme si bývali velmi blízcí. Nedokážu se stýkat s lidmi.“¹⁴¹

„Nejhorší je lhaní. Je to vlastnost, kterou nesnáším. Ale v případě anorexie jsem jí podlehla. Jinak to nešlo. Jak můžu říci pravdu, když v tom lítám a nejsem sama sebou?!

¹³⁹ RIE, S. M., G. NOORDENBOS a E. F. FURTH. Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*[online]. 2005, vol. 14, issue 6, s. 1511-1521 [cit. 2014-06-05]. DOI: 10.1007/s11136-005-0585-0. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-005-0585-0>

¹⁴⁰ SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana. Tři PÉ aneb poruchy příjmu potravy od A do ZET. In: RIEDLOVÁ, Alena. *Občanské sdružení Anabell (poruchy příjmu potravy)*. [online]. 2008 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>>

¹⁴¹ COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995, s. 42.

*Nesplnila bych očekávání a představy svých blízkých. A tak se vymlouvám. Hrozné je, že nevěřím. Nikomu. Sama sobě ani svým nejbližším.*¹⁴²

Mnozí jedinci s poruchami příjmu potravy nejsou schopni vést normální, společenský život. Jelikož je jídlo součástí společenského života, kdy se rodina schází u jídla, přátelé v restauracích či na různých oslavách a mnohé postižené se snaží své narušené chování utajit, může to být pro ně problém, který má za následek to, že se raději izolují od okolí. „Důsledkem pak je odříznutí od normálního společenského života.“¹⁴³ Zhoršení v oblasti sociálního zdraví negativním způsobem ovlivňuje profesní a rodinný život, působí problémy na poli vzdělávání, narušuje mezilidské vztahy a schopnost jedince přizpůsobit se sociálnímu okolí.

Sociální důsledky jdou rovněž ruku v ruce s důsledky fyzickými i psychickými. Postižené mentální anorexií, které jsou pyšné na to, jakou mají vůli, díky které se jim podařilo zhubnout, své okolí od sebe odhánějí. Neboť se domnívají, že ti, kteří se snaží nemocným pomoci, jim závidí jejich vůli nebo štíhlou postavu a snaží se z nich udělat tlusté, bezmocné, závislé bytosti. Napjaté vztahy se objevují také v rodinách či mezi partnery, neboť dochází k hádkám okolo jídla, ostatní příslušníci domácnosti jsou vystaveni náladám, podrážděnosti a sobeckosti. Jedinci, kteří mívají záchvaty přejídání, pak velice často přepadají pocity hanby, zoufalství, nejsou schopni se ovládat. V takovém záchvatu jsou schopni sníst jídlo svým přátelům, lhát, krást potraviny, finančně se zadlužit či hledat potraviny vyhozené do odpadu (Cooper, 1995), což k rodinné pohodě rovněž nepřispívá. Situace v rodině může být o to horší, jestliže jednotliví členové začnou hledat „viníka“, který je zodpovědný za tyto problémy. Studie Perkins a kol. (2004)¹⁴⁴ potvrzuje, že někteří pečující si stěžovali na finanční dopady mentální bulimie. Dále Perkins (2004)¹⁴⁵ ve své kvalitativní studii uvádí, že většina matek, které se zúčastnily výzkumu, cítí

¹⁴² JENDRUCHOVÁ, Michala. *Už je to za mnou: osobní zpověď (bývalé?) anorektičky : anorexie a jak se s ní vyrovnat*. Vyd. 1. V Praze: Vyšehrad, 2013, s. 70.

¹⁴³ COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995, s. 43.

¹⁴⁴ PIKE, Kathleen M. Long-term course of anorexia nervosa. *Clinical Psychology Review* [online]. 1998, vol. 18, issue 4, s. 447-475 [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00014-2. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735898000142>

¹⁴⁵ PERKINS, Sarah, Suzanne WINN, Joanna MURRAY, Rebecca MURPHY a Ulrike SCHMIDT. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2004, vol. 36, issue 3, s. 256-268 [cit. 2014-06-12]. DOI: 10.1002/eat.20067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20067>, (přeloženo autorkou).

zodpovědnost, že by mohlo mít nějaký vliv na stravovací návyky a postoje k jídlu svých dcer, ačkoli v konečném výsledku připustili, že to nebyla jejich chyba. Negativní emoce (vyčerpání, frustrace, stres, naštvanost), které pečující prožívali při zjištění onemocnění, je provázely po celou dobu péče. Někteří pečující připustili, že bulimie měla negativní vliv na všechny členy rodiny, objevovaly se problémy v komunikaci a bulimie rovněž postavila „emocionální hranice“ mezi nimi a nemocnou ženou. Někteří pečující vyjádřili lítost nad svými ztracenými možnostmi. Bylo zjištěno, že mentální bulimii provázejí potíže ve vztazích a psychické poruchy jako deprese, úzkost a impulzivní chování jako sebepoškozování.¹⁴⁶ Únava, podrážděnost, emocionální výkyvy a špatná nálada mohou úzce souviset s ústupem zájmu vídat se s přáteli a spokojenosti v partnerském vztahu. Na druhou stranu, studie ukázala, že většina pečujících dokáže vnímat i pozitivní vlivy nemoci, podle nich došlo k upevnění vztahů, osobnímu rozvoji, k získání schopnosti porozumět a pomoci druhým lidem atd.

¹⁴⁶ Tamtéž, s. 265

2 Praktická část

2.1 Úvod

Jak je patrné, poruchy příjmu potravy představují v dnešní společnosti velice rozšířený a závažný problém. Totiž zásadním způsobem ohrožují fyzické zdraví, psychické zdraví a psychický vývoj jedince, mají vliv na předčasné úmrtí, dále na sociální, rodinný a pracovní život, a tudíž na kvalitu života. Proto se domnívám, že je velice důležité věnovat tomuto onemocnění pozornost. Z uvedených důvodů se pak poruchy příjmu potravy stávají předmětem mnohých výzkumů a rozsáhlých studií, prostřednictvím kterých se hledají odpovědi na dosud dostatečně neobjasněné otázky týkající se této problematiky.

Poruchy příjmu potravy jsou tedy multifaktoriálně podmíněným onemocněním, jasně není vymezena klíčová příčina a podle Papežové (2010) či Krcha (2004) nelze ani jednoznačně určit, zhodnotit a zmapovat jejich heterogenní průběh a vyústění. Dále z předešlého textu vyplývá, že zdraví, životní spokojenost a kvalita života bývají obecně žádanými hodnotami.

Cílem mé práce proto bylo zmapovat subjektivní vnímání kvality života žen, které se nacházejí v období remise poruchy příjmu potravy. Dále zjistit, jaké je její pojetí kvality života, jaké aspekty považují za zásadní a důležité pro kvalitu života, nakolik jejich současná situace odpovídá jejich představám a částečně také to, do jaké míry u nich přetrvávají důsledky poruchy příjmu potravy a jak ovlivňují kvalitu jejich života. Tedy, praktická část mé bakalářské práce je zaměřena na analýzu jednotlivých oblastí důležitých pro kvalitu života, na pocity, prožívání a hodnocení života v období remise poruchy příjmu potravy.

2.2 Výzkumná otázka

Výzkumnou oblastí této práce se tedy stává oblast poruch příjmu potravy s tím, že jsem se zaměřila na subjektivní výpovědi žen v remisi poruchy příjmu potravy. Ústřední výzkumnou otázkou jsem tedy stanovila takto:

Jak ženy reflektují kvalitu života v období remise poruchy příjmu potravy?

Specifická otázka byla dále stanovena takto:

Jaké aspekty ženy tematizují jako nejdůležitější pro kvalitu života?

2.3 Výzkumná strategie

Vzhledem k výzkumnému problému jsem zvolila kvalitativní přístup, jelikož mým záměrem nebylo soustředit se na statistické údaje, nýbrž prozkoumat daný problém do hloubky, získat podrobné, bohaté informace, hlubší vhled do dané problematiky a utvořit si tak celkový obraz o daném jevu. Kvalitativní přístup by měl napomoci získat subjektivní výpovědi informátorek týkající se jejich prožívání, hodnocení kvality života a životní spokojenosti.

2.4 Technika sběru dat

Jak již bylo zmíněno, mým záměrem bylo porozumět tomu, jak ženy mapují kvalitu života v období remise poruchy příjmu potravy, porozumět jejich názorům, postojům zkušenostem, pocitům, a proto připadala v úvahu technika sběru dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Jejich podstata spočívá v sestavení seznamu otázek, který má zajistit, že budou probrána všechna důležitá témata. Samotná příprava tedy spočívala v tom, že jsem si tedy stanovila určitá témata, okruhy a převážně otevřené otázky, které jsem měla v plánu probrat. Jejich pořadí a podobu jsem během rozhovoru mohla upravovat dle vlastního uvážení. Pracovala jsem s tezí, že dobře formulované otázky výzkumu mohou značně ovlivnit kvalitu výzkumu. Výhodou tohoto sběru dat je to,

že informátorka lépe porozumí zadané otázce a v případě osobního setkání se nabízí možnost pozorovat samotné informátorky a jejich neverbální projevy. Pro následné doplnění a ujasnění získaných informací jsem využila emailové či telefonické konverzace.

Odpovědi na výzkumné otázky jsem zjišťovala pomocí následujících okruhů otázek:

1. Otázky týkající se Identifikačních a demografických informace o účastnici (např. věk, nejvyšší dosažené vzdělání, odkud pocházejí, období počátku poruchy příjmu potravy, období remise atd.)

2. Jaké aspekty ženy považují za nejdůležitější a nejzásadnější pro kvalitu života? (dále např. Proč považujete právě tyto aspekty za důležité?)

3. Spokojenost s uvedenými aspekty pro kvalitu života (např. Jak jste spokojená v dané oblasti? Co pro Vás znamená spokojenost v této oblasti? Co podle Vás sytí spokojenost v této kategorii? Co byste případně změnila?)

4. Dopady poruchy příjmu potravy na jednotlivé kategorie (např. Může mít porucha příjmu potravy vliv na Vaši nespokojenost v dané oblasti? Přičítáte nespokojenost v dané oblasti svému onemocnění?)

5. Plány do budoucna (např. Jaké jsou Vaše plány do budoucna, sny, očekávání? Jste v současné době spokojená s naplňováním Vašich cílů?)

2.5 Strategie výběru vzorku

Dalším důležitým faktorem ovlivňujícím kvalitu výzkumu je výběr vzorku. Jelikož jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, nemohl být výběr účastníků náhodný, nýbrž záměrný, neboť jsem pracovala s předpokladem, že se daný problém u dotazovaných vyskytuje. *„Za záměrný (někdy také účelový) výběr výzkumného vzorku označujeme takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost (či projev této vlastnosti) nebo stav. Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium*

(nebo soubor kritérií) splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Patton, 1990).¹⁴⁷ S ohledem na výzkumný problém jsem stanovila základní kritéria pro výběr vzorku. Vhodným informátorem se tedy mohla stát žena, u které byla v minulosti diagnostikována porucha příjmu potravy a nachází se v období remise.

Předpokladem pro uskutečnění výzkumu byla účast zhruba deseti žen. Při zvažování volby tématu práce jsem se pokusila zkontaktovat potenciální informátorky, abych zjistila, zda je vůbec možné získat dostatečný počet informátorek a výzkum zrealizovat. Domnívám se, že jsem se setkala s jistým úspěchem a přislíbena mi byla spolupráce od sedmi informátorek. Stále jsem pracovala s předpokladem, že se jedná o citlivé téma, a je tedy možné, že některé z nich mohou svou účast na výzkumu předčasně ukončit a to bez udání důvodu. K této situaci v průběhu realizace výzkumu došlo a bylo nutné doplnit zbývající počet informátorek. V tomto případě mi přislíbilo účast 9 žen, avšak opět došlo k přerušení kontaktů se dvěma z nich.

Výběr vhodných informátorek probíhal na několika úrovních a několika způsoby. V první řadě jsem se pokusila zkontaktovat pracovníky Občanského sdružení Anabell s prosbou o doporučení informátorek. Zde jsem se setkala s neúspěchem, neboť nikdo z nich mi nemohl pomoci. Odkázali mě však na odpovídající internetové diskuse. Právě tyto internetové diskuse byly mou druhou volbou při shánění informátorek. Do těchto diskusí¹⁴⁸ jsem umístila svou výzvu s podrobnějšími informacemi o připravovaném výzkumu a svůj emailový kontakt. Podobně jsem využila zveřejněných emailových kontaktů účastnic v diskusích a rovněž je požádala o spolupráci ve výzkumném šetření. Dále jsem umístila výzvu na sociální síť, avšak zde jsem se nesečkala s žádným úspěchem. V neposlední řadě jsem získala kontakty s pomocí lidí ze svého okolí, kteří mi buď sami byli informátory, nebo mi s nimi zprostředkovali kontakt. Mým záměrem bylo rovněž využít metody nazývané „technika sněhové koule“ (angl. snowball sampling), což znamená, že by mě účastnice výzkumu mohly odkázat na další vhodné informátorky. Této techniky jsem využila pouze v jednom případě, avšak potenciální účastnice nesplňovala

¹⁴⁷ MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, s. 135.

¹⁴⁸ Výzva byla umístěna do diskusí internetových stránek <http://idealni.cz> a <http://anabell.cz>

požadovaná kritéria. Otázkou zůstává, kolik potenciálních informátorek výzvu zahlédlo, ale z různých důvodů se rozhodlo výzkumného šetření neúčastnit.

Tabulka 1 Základní informace o informátorkách

| | Věk | Dosažené vzdělání | Období počátku PPP | Druh PPP |
|--------------------------|--------|-------------------|--------------------|----------|
| Informátorka č. 1 | 23 let | SŠ s maturitou | 14 let | MB |
| Informátorka č. 2 | 22 let | SŠ s maturitou | 12 let | MA |
| Informátorka č. 3 | 20 let | SŠ s maturitou | 13 let | MA |
| Informátorka č. 4 | 30 let | SŠ s maturitou | Zhruba na SŠ | MB |
| Informátorka č. 5 | 23 let | SŠ s maturitou | 18 let | MA |
| Informátorka č. 6 | 35 let | VŠ | 16 let | MA |
| Informátorka č. 7 | 24 let | SŠ s maturitou | 15 let | MB |

PPP – porucha příjmu potravy, MA – mentální anorexie, MB – mentální bulimie

Pro přehlednost jsem výše umístila tabulku se základními informacemi o účastnicích výzkumu. Průměrný věk účastnic byl 25 let, nejmladší účastnici bylo 20 let, nestarší pak 35 let. Všechny měly dosažené středoškolské vzdělání s maturitou, jedna z nich vzdělání vysokoškolské a 5 účastnic pokračuje ve studiu na vysoké škole. Průměrný věk informátorek v době počátku poruchy příjmu potravy byl 17 let. Průměrná doba trvání nemoci pak 7 let.

2.6 Kontakt s účastníky, prostředí výzkumu

Poté, co se mi podařilo získat kontakty na potenciální účastníky výzkumu, jsem je opět telefonicky či emailem kontaktovala, znovu jsem jim představila sebe, seznámila je se svým záměrem, průběhem a podmínkami výzkumného šetření, k jakým účelům budou sloužit výsledky výzkumu a jakým způsobem bude zajištěna jejich anonymita. Rovněž jsem je informovala o nutnosti jejich souhlasu k použití poskytnutých informací za účelem zpracování bakalářské práce. V neposlední řadě jsem nabídla možnost zeptat se na

jakoukoliv otázku týkající se tohoto výzkumu. V případě, že i nadále informátorky souhlasily s účastí, domluvily jsme si místo a čas schůzky, přičemž obojí jsem nechala zcela na jejich uvážení a snažila jsem se těmto požadavkům maximálně přizpůsobit. Vzhledem k citlivosti tématu jsem se přikláněla k setkání tváří v tvář, avšak v některých případech jsem byla ochotná přistoupit na rozhovor prostřednictvím telefonického rozhovoru a to i přes rizika, která tento způsob komunikace nese. Sturgessová a Hanrahanová (2004) pak tvrdí, že „u témat, která jsou pro účastníky emočně bolestivá je výhodnější užití metody interview tváří v tvář“.¹⁴⁹ Rovněž si myslím, že osobní kontakt může v informátorech vzbuzovat větší důvěru a neverbální komunikace může rovněž sehrát podstatnou roli.

Uvědomovala jsem si, že navázání kontaktu může být dalším ze základních předpokladů úspěchu. Na úvod našeho setkání jsem informátorky znovu seznámila se všemi důležitými informacemi a průběhem rozhovoru. Ve většině případů jsem je požádala o možnost zvukového záznamu rozhovoru, kdy všechny dotázané informátorky se záznamem souhlasily, v jednom případě jsem si však vedla podrobnější poznámky. Zvukový záznam mi měl umožnit zachytit veškeré podstatné informace, nic důležitého neopominout a současně jsem získala prostor věnovat se informátorce, tomu, co říká, plně se soustředit na její výpověď. Zvukový záznam také zachybuje veškeré kvality mluveného slova, jako sílu hlasu, odmlky, reakce, pocity atp. Současně jsem si během rozhovoru zaznamenávala písemně určité informace a údaje, které mi napomohly k lepší orientaci v rozhovoru a některé neverbální projevy.

S ohledem na citlivost zvoleného tématu, jsem se snažila získat důvěru informátorky, uvolnit napjatou atmosféru a to prostřednictvím nezávazné konverzace, působit příjemně a optimisticky. Předem jsem si připravila okruh otázek, které jsem měla v úmyslu probrat a zodpovědět. Na úvod jsem zjišťovala základní informace týkající se jejich věku, místa, odkud pocházejí, vzdělání, případně zaměstnání, diagnostikované poruchy a délky období remise. A to i přesto, že Hendl (2012)¹⁵⁰ doporučuje, aby odpovědi na tyto otázky byly zjišťovány nenápadně v průběhu rozhovoru. Na závěr každého rozhovoru jsem účastnici

¹⁴⁹ STURGES, J. E., HANRAHAN, K. J. (2004). Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative Research* 4 (1), 107-118. In: MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, s. 156.

¹⁵⁰ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 169.

poděkovala za její čas, ochotu a spolupráci a požádala ji o případné budoucí doplnění či prohloubení některých získaných informací.

2.7 Zpracování, analýza a interpretace získaných dat

Jelikož jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, postupovala samotná analýza celým výzkumným šetřením. V první řadě bylo nutné převést data netextového rázu do podoby textové, tedy provést tzv. transkripci, kterou jsem provedla v nejbližší možné době od uskutečnění rozhovoru, dokud byl ještě v „živé paměti“. Zvolila jsem techniku doslovné transkripce, která je sice náročnější, ale nechtěla jsem nic opomenout. Následně byl text částečně upraven do spisovného jazyka, editován a systematizován podle mých potřeb, odstranila jsem nedokončené věty a přerušení (redigovaná transkripce)¹⁵¹. Tento přepis rozhovoru jsem doplnila o komentovanou transkripci (intonaci, zdůraznění, nesrozumitelnost, smích, apod.) a rovněž o tzv. pasportizaci – tedy o identifikační a demografické informace o účastnících výzkumu, dále byl zaznamenán samotný průběh, místo, čas konání a délka trvání rozhovoru.

Dalším krokem pak bylo několikanásobné pročitání takto přepsaných a upravených rozhovorů s cílem organizovat a klasifikovat získaná data a najít pravidelnosti mezi jednotlivými případy. Analýza sesbíraného materiálů probíhala prostřednictvím tří navzájem provázaných postupů a to následujícím způsobem. V první části jsem provedla segmentaci textu na jednotlivé tematické jednotky, které byly různě dlouhé, a barevně jsem je označila. Následně jsem přistoupila k otevřenému kódování, kdy jsem jednotlivým úsekům, částem textu, větám, přiřazovala „kódy“ za účelem podrobnějšího rozpracování, rozřídění, rozkrytí, zestručnění, klasifikace textu a lepší orientace v něm. "

¹⁵¹ VAŇKOVÁ, Markéta. *Úvod do sociálněvědných metod: Verbální techniky dotazování* [online]. Praha : FHS UK, 2009-2010 [cit. 2014-06-12]. Dostupné z: <http://moodle.fhs.cuni.cz>

Výše uvedeným způsobem jsem došla k následujícím kategoriím:

1. Pojetí kvality života
2. Aktuální spokojenost v oblasti fyzického zdraví
3. Aktuální spokojenost v oblasti psychického zdraví a psychické pohody
4. Aktuální spokojenost v oblasti sociálních vztahů
5. Aktuální spokojenost v oblasti financí
6. Vyhlídky do budoucnosti

Následně jsem využila metody **rámčové analýzy**, která bývá používána jednak jako samostatný analytický nástroj, jednak bývá prostředkem k další organizaci dat a utvoření základního přehledného obsahu. Dalším důkladným a pozorným pročitáním velkého množství textu přepsaných rozhovorů jsem si tedy sepsala základní seznamy témat, které byly potřebné pro základní klasifikaci a pomocí kterých jsem v následujícím kroku barevně označovala jednotlivé pasáže v textu. Následovalo vytvoření přehledné tabulky za účelem uspořádání dat. Do levého sloupce byla zapsána jednotlivá témata, kódy či motivy, a do horního řádku pak zaneseny jednotlivé případy (v tomto případě informátorky). Opakovaným čtením jsem do tabulky zasazovala relevantní data. Současně jsem si během celého průběhu sběru dat zapisovala poznámky, které se týkaly úvah, předběžných závěrů, vyvstávajících otázek a komentářů k získaným kódům.

1. Pojetí kvality života

Z výzkumného šetření vyplynulo, že každá z žen pojímá kvalitu života různým způsobem, což potvrzuje teorii, že nelze stanovit jednu obecně platnou definici. Některé informátorky tato otázka zpočátku zaskočila, jedna z nich například vypověděla: „*To je tak široký. Je to subjektivní záležitost a dokážu si představit, že pro někoho bude kvalitní život takový, který mně kvalitní připadat nebude.*“ (informátorka č. 6) Každá účastnice přikládala jednotlivým oblastem větší či menší váhu. Ze získaných dat lze definovat aspekty, které většina žen považuje za zásadní a důležité pro kvalitu života, neboť jejich

odpovědi se názorově shodovaly v několika následujících kategoriích. Informátorky nejčastěji hovořily o důležitosti **přítomnosti blízkých lidí v životě, harmonických rodinných vztahů, partnerských vztahů a udržování kontaktů s přáteli**. Dále většinou poukazyvaly na to, že zásadním ukazatelem pro kvalitu života je oblast **dobrého fyzického i psychického zdraví**. Některé informátorky zmínily, že je pro ně důležité mít **dostatek peněz**. „*Určitě jsou u všech lidí důležité finance, zvláště dnešním světem. A důležité jsou taky osoby, které mi jsou blízko. Samozřejmě také zdraví, ale poslední dobou je to s ním čím dál horší, takže už ho raději moc nevzpomínám. A také potřebuji v životě nějaký úspěch, aby mi vycházely plány, abych byla spokojená.*“ (informátorka č. 3)

„*Ukazatelem kvality života je pro mě to, jestli je člověk spokojený nebo ne. Je to míra spokojenosti s jednotlivými prvky v životě, jak mu funguje soukromí, rodina, jak jsem spokojená s tím, jak vedu svůj sociální život, jestli je pro mě dostatečné vídání se s lidmi, kteří jsou pro vás důležití. Ta první je tedy to zdraví a nějaké individuální nastavení, pak je to rodina, tedy ta bližší a pak i společnost. Je to pro mě také o tom, do jaké míry se mi daří vybalancovat moji rodinu a profesionální stránku, když je to v nerovnováze, není to pro mě ta kvalita života.*“ (informátorka č. 6) Dále vyvstala otázka, proč právě dané oblasti považují za důležité ukazatele pro kvalitu života. Zdraví, které je dle Křivohlavého (2001) obecně žádanou hodnotou, informátorky považují za důležitý faktor, který člověku umožňuje prožívat život naplno. Uváděly, že určitá porucha zdraví, nemoc, případně doprovázená bolestí či například poruchou spánku, je limituje v možnosti vykonávat činnosti, které musí či chtějí vykonávat. Narušení této oblasti fyzického zdraví s sebou nese nepříjemné pocity a úzce se pojí a odráží v psychické a sociální rovině života. „*Zdraví je moc důležité, nemůžu dělat moc věcí z toho, co bych chtěla. Limituje mě, omezuje, dělá překážky a zavazí.*“ (informátorka č. 3) Potíže se zdravím tak mají vliv na snížení kvality života. Některé informátorky uvedly, že zdraví je důležité nejen pro ně samotné, ale chtějí, aby byli zdraví i jejich blízcí. „*Ke spokojenosti potřebuji rodinu, která je zdravá...pokud se to neděje, ani já nejsem spokojená.*“ (Informátorka č. 5) „*Důležité je zdraví a to i pro mé blízké.*“ (Informátorka č. 1) Přítomnost blízkých lidí, tedy rodiny nebo partnerů, je důležitá, neboť jsou pro informátorky zdrojem podpory, pomoci, lásky, možností realizace, s partnerem mohou prožívat důležité chvíle v životě atp. „*Partner, ten je pro mě opravdu důležitý, to je pro mě člověk, který celého 1,5 roku tu anorexii*

soustavně řešil.“ (Informátorka č. 5) Partner toleruje moje zájmy a vůbec všechny ty moje výstřednosti... Byl mi oporou u přijímaček a maturit, já se snažím být jemu oporou u zkoušek, takže jsme si tak nějak blízko.“ (Informátorka č. 3) Vztahy s přáteli jsou pro některé informátorky důležité, protože s nimi rády tráví čas, cítí se dobře ve společnosti lidí, dále s nimi mohou sdílet své zájmy, odreagovat se, bavit atp. Některé informátorky uvedly, že jsou důležité finance, neboť jsou potřebné pro běžné fungování v životě, slouží jako prostředek k dosahování cílů a tedy ke spokojenému životu.

2. Aktuální spokojenost v oblasti fyzického zdraví

Dvě informátorky uvedly, že jsou se svým zdravotním stavem spokojené a nepotýkají se s žádnými obtížemi. *„Já bych řekla, že v podstatě jsem spokojená jako na 100%.“ (Informátorka č. 6) Další ženy vypověděly, že přes některé zdravotní potíže, se cítí dobře. „Ty bolesti nejsou nijak hrozný, dřív jsem měla problém dřepnout si, nebo sejít schody, ale co chodím na ortopedii, mám kloubní výživu a krém proti bolesti, tak to bolí jen trochu. Je to nepříjemný, ale neomezuje mě to nijak.“ (Informátorka č. 4) „V rámci možností jsem s tím spokojená.“ (Informátorka č. 7) Informátorky se během akutní fáze nemoci potýkaly s některými zdravotními problémy, které považovaly za důsledek poruchy příjmu potravy, a které však postupem času vymizely. Nejčastěji se jednalo o gastrointestinální komplikace (např. poruchy trávení, zduření slinných žláz), dermatologické komplikace (vypadávání vlasů, třepení a lámání nehtů) a metabolické komplikace (zhoršení regulace teploty). Další ženy však trpí různými obtížemi, které z velké části přisuzují poruchám příjmu potravy a vyjádřily v této oblasti svou nespokojenost. *„Tam toho bylo víc. Vypadávání nehtů, vlasů, trávicí potíže, vyhubla jsem, něco s ledvinama, momentálně mám teda z toho diagnostikovanou osteoporózou třetího stupně, revmatickou artritidu a poruchu imunity... Všechno je to tak nějak důsledek. Byla to dost hnusná zkušenost, neuniklo to.“ (Informátorka č. 3) Informátorka si také stěžovala na bolesti, které ji omezují v běžném životě a její zdravotní obtíže mají svůj vliv i na jiné oblasti v životě, ovlivnily její studium, vztahy atp. *„Ke spokojenosti by mi stačilo, kdybych se ráno nebudila bolestí, nemusela brát hrsti prášků, mohla usnout v noci i když se mění počasí a vstát bez 30 minut rozhýbávání kostry.“ (Informátorka č. 3) „Ted’ se cítím***

nespokojená, vím, že potřebuju přibrat a ty žíly mě štvou, ale vím, že kdyby mi nebyly vidět žíly, tak jsem spokojená. Taký nemám menstruaci, protože nemám podkožní tuk.“ (Informátorka č. 2) Rovněž se však ukázalo, že aspekt fyzického zdraví nemusí být nutně ukazatelem kvality života pro každého, jedna z informátorek i přes své zdravotní obtíže, které ji omezují v životě, uvedla, že své fyzické zdraví neřeší. *„Ale asi to není dobře, ale já to zase neřeším, že by to bylo špatně. Je mi to úplně jedno, je to na 100% ze 100, takže je mi to úplně šumák.“* (Informátorka č. 5) Ze zjištěných dat vyplývá, že většina žen je spokojena se svým aktuálním zdravotním stavem a čtyři z nich se nepotýkají s dopady poruch příjmu potravy.

3. Aktuální spokojenost v oblasti psychického zdraví a psychické pohody

Domnívám se, že spokojenost v oblasti psychického zdraví a psychické pohody je určována spokojeností v jiných oblastech života. Téměř všechny informátorky vyjádřily nespokojenost se svým současným psychickým stavem a jejich nálada za poslední dobu byla spíše negativně naladěná. Postupně se ukázalo, že psychický stav a aktuální nálada některých informátorek souvisí s jejich aktuálním postojem k vlastnímu tělu a rovněž k jídlu. U většiny z nich se objevují obavy z potenciálního ztloustnutí, což má vliv na jejich psychické rozpoložení. *„Jak kdy, prostě se to střídá, je to jak na dráze. Někdy jsem strašně šťastná, protože jsem hubená, všechno funguje a jím jako dostatečně. Já jím, opravdu, ale prostě nízkokalorický věci. A pak mám jako deprese no.“* (Informátorka č. 2) *„Svoje tělo se učím mít ráda. Ještě nejsem spokojená, pořád mám nadváhu a občas se stydím vyjít ven v tričku. Ale lepší se to, začínám se mít ráda díky cvičení, díky tomu, co moje tělo zvládne, jak mi rostou svaly atd.“* (Informátorka č. 4) *„Určitě bych byla ráda, kdybych se nemusela kontrolovat, přemýšlet, jak vypadám, takové to přemýšlení furt dokola, co smím a co nesmím, kolik čeho můžu. Co udělat pro to, abych byla o velikost menší. To by bylo hrozně fajn, kdybych měla nějaký psychický pohov, nějakou pauzu.“* (Informátorka č. 5) Tato informátorka dále uvedla, že anorexie ji připravila o psychickou pohodu a pozitivní myšlení, *„kdy neustále do tebe lavíruje, že by to mohlo být v pohodě.“* V souvislosti s tím se ukázalo, že ačkoli se u všech informátorek zlepšil postoj k jídlu a postavě oproti situaci v akutní fázi nemoci, většina z nich stále více či méně řeší otázky týkající se jejich

jídelníčku, což rovněž může ovlivňovat jejich psychiku. „*Takže vlastně myslím, že jím tak normálně, ne třeba tolik. Jím 5x denně, zdravě, jako někdy se nad tím ještě trochu víc pozastavím než jiní lidi, více se kontroloju, ale přijde mi, že už je to normální.*“ (Informátorka č. 1) „*Já jím třeba osmkrát denně, ale mini porce, protože mám furt hlad. Ten metabolismus je rychlejší. A jediný z čeho mám deprese je, že budu dvě nebo tři hodiny bez jídla.*“ (Informátorka č. 2) „*Myslím, že díky poruše příjmu potravy jsem se začala víc zajímat o to, co jím. Až to dostanu do nějaké "zdravé" fáze, až se nebudu jídlem zabývat přehnaně, bude to velká výhoda.*“ (Informátorka č. 4) Jejich vnímání a spokojenost se svým tělem může mít i nadále vliv na kvalitu života.

Informátorky dále podrobněji hovořily o dalších psychických obtížích, které souvisely i s jinými životními aspekty. Potýkají se s nedostatečným sebevědomím, úzkostmi, depresemi. Dvě informátorky vyjádřily nespokojenost, úzkosti a deprese v souvislosti s nezaměstnaností, studiem, obavami z budoucnosti a narušenými vztahy s rodinou. Jedna informátorka uvedla, že nikdy není šťastná, trpí úzkostmi kvůli osobnímu přesvědčení, že není dostatečně dobrá v tom, co dělá a současně necítí dostatečnou podporu od svých rodičů. „*Psychicky mi není moc dobře. Záleží dost na dnu... Někdy mám pocit, že je všechno špatně a raději bych se vrátila k anorexii, protože to byla jistota, věděla jsem, kolik můžu sníst, jak musím cvičit a tak dále. Ale někdy je mi fajn a říkám si, že jsem ráda, že je to docela teď dobrý. Mám ale obavy, abych všechno zvládla.*“ (Informátorka č. 3) U žen s poruchou příjmu potravy se objevuje obsedantně kompulzivní porucha, kterou trpí jedna z informátorek. Avšak Postupem času si uvědomila, že tento problém se u ní vyskytuje již od dětství. Ukázalo se, že má vliv nejen v souvislosti s postojem k jídlu, tedy například na závislosti plánování jídla, ale ovlivňuje její běžný život. „*Dnes mě to ovlivňuje tak, že když mám poslouchat svoje tělo, vyčítám si, že nejím podle plánu. Chtěla bych si naplánovat, že každý den budu jíst v tolik a tolik hodin, což samozřejmě není možné. Často nám do toho něco vlez, například musím s malým k lékaři, nebo zkrátka nestihnu něco uvařit a navíc každý den mám hlad jinak, to nejde naplánovat dopředu, jak budu, nebo nebudu mít hlad a to mě štve. Omezení obsedantní poruchy vidím v tom, že mi často nedovolí jít dál, než něco udělám dokonale. Myslím, že můj život by mohl být kvalitnější, že ho ovlivňuje sice bulimie, do které mě ale nutí ta porucha osobnosti.*“ (Informátorka č. 4)

4. Aktuální spokojenost v oblasti sociálních vztahů

Jak již bylo řečeno v úvodní části této kapitoly, zásadním aspektem určujícím kvalitu života, na kterém se shodly všechny dotazované ženy, je oblast sociálních vztahů. Každá žena však spokojenost v této kategorii pojímá různým způsobem a na různé úrovni. Většina informátorek se považuje za nutné, aby byly spokojené nejen ony samy, ale také jejich blízcí. Jestliže tomu tak není, pak samy nejsou spokojené. Tři z nich uvedly, že jsou se svými vztahy spokojené. Dále z uvedených dat vyplynulo, že spokojenost ve vztazích zahrnuje dostatečné vídání se s blízkými lidmi, čas na rodinu, dostatečnou oporu a lásku hlavně v partnerském vztahu, sdílení společných zájmů a nepřítomnost konfliktů. Některé ženy také uvedly, že porucha příjmu potravy ovlivnila jejich vztahy s partnery, rodiči i přáteli. Dvě informátorky vypověděly, že jejich onemocnění přispělo k rozchodu s partnerem, u jedné informátorky došlo vlivem onemocnění k úplné změně okruhu přátel a navázání nových kontaktů. V současné době jsou však po této stránce spokojené.

„V době anorexie jsem neměla přátele a najednou prostě, když mi bylo dobře, jsem zase začala komunikovat s lidmi a on strašně žáril. Byl schopen se mnou překonat tu anorexii po tělesné stránce, ale ne po té socializační.“ (Informátorka č. 3)

„Ten partnerský život byl předtím špatný, rozložený, to nešlo po žádné stránce. Bylo to špatné a došlo to k rozchodu. Rozkládalo mně to výlety, soukromý život doma, intimní život, který byl vlastně nulový, jelikož mě to absolutně nezajímalo a bylo mi to vlastně úplně jedno, a neustálé stresy kvůli něčemu. Pořád nějaké problémy Nezvládali jsme to takhle doma, i když jsme se snažili.“ (Informátorka č. 5)

„V rodině to ale vůbec nebylo dobré, táta tomu vůbec nechtěl uvěřit. A mamka, jelikož mi tvrdila, že asi ve dvaceti měla podobný problém, tak věděla asi, o co se jedná. Jednou jsem za nimi přišla a byla jsem poloviční než dnes, na moji výšku to bylo zlé. Byla jsem strašně uštěpačná, protivná, emotivní, nedokázala jsem se ovládat, takže když jsem za nimi přišla, tak plakali, rozbrečeli se, že to nejde takhle dál. A proč to dělám a ať to vyřeší můj partner, přičemž on to řešit nechtěl, proč, když mám rodiče, takže tam to bylo v tomhle velice těžké.“ (Informátorka č. 5)

Onemocnění poruchou příjmu potravy nijak výrazně vztahy mezi informátorkami a rodiči neovlivnilo. Nemoc si buď nepřipouštěli, nebo vždy převládaly dobré vztahy, pouze v jednom případě došlo vlivem nemoci k výraznějšímu narušení vztahu jejího vztahu s rodiči, dnes je však jejich vztah znovu v pořádku. Každá z informátorek kladla jinou důležitost vztahům na různých úrovních, pro některé jsou důležitější vztahy s užší rodinou, tedy partnery, dětmi nebo rodiči, jiné kladou do popředí spíše vídání se s přáteli. „*Ráda se obklopuju lidmi. Být ve společnosti přátel mě naplňuje. Tak se cítím důležitá, že mám pro koho se předvádět. Chci se bavit mezi lidmi, a bavit lidi! Chci být středem pozornosti, tak proto.*“ (Informátorka č. 2) Naopak informátorka č. 4 vyjadřuje jiný postoj, na první místo v důležitosti klade svou nejbližší rodinu a nedostatek přátel v jejím životě ji příliš netrápí, neboť sama sebe považuje spíše za samotáře. „*Rodina, to jsem hlavně já, manžel a syn. Chtěla bych, abychom byli co nejvíc spolu a co nejvíce se do nás "pletli" příbuzní, ať už manželovi rodiče, se kterými si nerozumím, nebo naši, proti kterým nic nemám, ale přesto manžel a syn jsou pro mě důležitější, než oni. Ke štěstí a spokojené rodině z mého hlediska, mi chybí peníze na vlastní bydlení.*“ (Informátorka č. 4)

Téměř všechny informátorky jsou dnes se vztahy s rodiči a partnery spokojené, avšak jedna vyjádřila nespokojenost v rámci své rodiny, naopak je spokojená v partnerském vztahu. Důvodem, který uvádí, je nedostatek podpory a ocenění ze strany otce. „*Můj otec na mě vždycky kladl nároky a já jim nikdy nebyla schopna vyhovět, proto mám pocit, že musím být lepší. Že mě třeba docení, ale nikdy se to nestalo.*“ (Informátorka č. 3) Od partnera se jí však dostává požadované podpory, a proto se cítí spokojená. Současně uvedla, že se rodiče velice často hádají, což jí k psychické pohodě vůbec nepřispívá.

Jedna z žen cítí určitou nespokojenost v nedostatečné míře vídání se s přáteli. „*Tak to je něco, co se změnilo, ale to nesouvisí s poruchou příjmu potravy, to souvisí s tím, že mám dítě a je to trochu jinak. Takže to je něco, kdy já nejsem někdy úplně spokojená, protože mám pocit, že bych to měla dělat jinak, že mě to vždycky bavilo, věděla jsem, co kde hrajou...*“ (Informátorka č. 6)

5. Aktuální spokojenost v oblasti financí

Pět informátorek uvedlo, že dalším zásadním aspektem pro kvalitu jejich života je dostatek financí. Finance jsou podle nich důležité pro běžné fungování v životě, tedy pro spokojený rodinný, partnerský a osobní život.

„Peníze jsou pro mě důležité, chci studovat vysokou školu a to máš hodně o penězích. V tuhle chvíli jsem po finanční stránce docela spokojená, samozřejmě, že by to mohlo být lepší, ale uvidím, jak to bude na VŠ.“ (Informátorka č. 3)

„Někdy mi vadí, že si rodiče mého manžela často berou syna, to by se vyřešilo tím, kdybychom se od nich odstěhovali. Ale na to nemáme peníze. Ke štěstí a spokojené rodině z mého hlediska, mi chybí peníze na vlastní bydlení. Rádi bychom se odstěhovali, ale nemáme na to peníze.“ (Informátorka č. 4)

„Všechno dnes stojí peníze, a když nejsou peníze, přináší to s sebou stres a to ke kvalitnímu životu nepřispívá.“ (Informátorka č. 7)

Jedna z žen se pak vlivem poruchy příjmu potravy dostala do finančních problémů, což má pochopitelně dopad na její aktuální životní spokojenost.

„Dluhy mám z velké části způsobené přejídáním. Brala jsem si úvěry pořád dokola, abych se mohla pořádně "naposledy" přežrat a pak si nakoupit zdravé jídlo a začít "od zítřka" už bez bulimie. Taky jsem si na přejídání půjčovala od kamarádek, kolegyně a i proto jsem si brala úvěry od banky, abych to mohla splácet. V současné době mě dluhy a nedostatek peněz omezují.“ (Informátorka č. 3)

Jiná informátorka dále vypověděla, že zdravá výživa, kterou se snaží preferovat, jí vzala dost peněz, neboť to vyžaduje dostatek financí a dodává, že *„ted' mám novou práci a chci si vydělat, abych měla na ty svoje mořský řasy a čajičky“*. (Informátorka č. 2) Nedává to však do souvislosti s nějakými finančními obtížemi. Další pak hovořila v podobném smyslu *„když nemůžeme jet před výplatou nakoupit a já se nedokážu smířit s tím, že jsme bez peněz, máme doma jen levné obyčejné jídlo a já si nemůžu naplánovat svůj "dokonalý" jídelníček.“* (Informátorka č. 3)

6. Vyhledky do budoucnosti

Všechny informátorky měly představu o svém budoucím životě, hovořily o svých plánech, cílech a snech. Některé považují za důležité úspěšné ukončení studií, budování partnerských vztahů, přátelství, založení rodiny, získání dobrého pracovního místa a dosahování úspěchů v kariéře, užívat si života naplno. Všechny informátorky jsou v dosahování svých cílů spíše spokojené než nespokojené, ačkoli tyto cíle jsou spíše dlouhodobou záležitostí. S vyhlídkami do budoucnosti souvisí i obavy z možného relapsu onemocnění. Všechny informátorky připouští, že porucha příjmu potravy u nich není stále zcela vyřešena nebo není zcela uzavřenou kapitolou, byť v tuto chvíli to není zcela aktuální, a některé si dokážou představit, že by se nemoc mohla vrátit. V určitých případech se stále objevuje výraznější zájem o jídlo, o postavu a je zde potenciálně možné riziko relapsu.

„V tuhle chvíli je to za mnou, ale může se to kdykoliv vrátit. To nikdy nevíš u té anorexie. Rozhodně ale vím, že vrátit se k tomu by byl ztracený čas, protože v té době nedošlo u mě k žádnému vývoji, třeba ani znalostí a tak, všechno se točilo jen kolem jídla. To už tak bude celý život, pořád budu viset na nějakém vlasci nad propastí, zatímco jiní budou zavěšeni na pevném laně.“ (Informátorka č. 3)

3 Závěr

Ve své práci jsem se pokusila zmapovat kvalitu života žen, které se ve své minulosti potýkaly s poruchami příjmu potravy, a rovněž jsem se snažila určit, jaké aspekty tematizují jako nejdůležitější pro kvalitu života. V teoretické části jsem se pokusila nabídnout pohled na samotnou problematiku poruch příjmu potravy, jejich typy, příčiny vzniku, možnostech léčby, dopadech na fyzické, psychické i sociální zdraví jedince. Rovněž jsem se pokusila o osvětlení pojmů kvalita života, remise, relaps atp. a zmínit i výsledky některých českých i zahraničních studií. V praktické části jsem pomocí polostrukturovaných rozhovorů zjišťovala subjektivní výpovědi žen, jejich zkušenosti, postoje a názory týkající se dané problematiky. Potvrdilo se, že pojem kvalita života může

být chápán různými způsoby a jednotlivé informátorky se ve svých výpovědích lišily. V konečném výsledku však lze říci, že za nejdůležitější aspekty určující kvalitu života považují spokojenost v oblasti fyzického a psychického zdraví, přítomnost blízkých lidí v životě, harmonické rodinné a partnerské vztahy a udržování kontaktů s přáteli. Dalším ukazatelem kvality života je i dobré finanční zajištění. Ze zjištěných dat vyplynulo, že kvalita života je spíše dlouhodobou záležitostí, informátorky tak hovořily o svých postojích a názorech z hlediska dlouhodobější perspektivy. Poruchy příjmu potravy s sebou přináší mnohé fyzické, psychické a sociální důsledky a podle některých autorů nelze jednoznačně určit, jaké dopady budou mít na budoucí život a životní spokojenost. V oblasti fyzického zdraví jsou informátorky s kvalitou života spokojené a to i přes některé přetrvávající důsledky onemocnění, pouze jedna informátorka vyjádřila nespokojenost se svým zdravotním stavem a cítí se jimi omezena ve svém každodenním životě. V oblasti psychického zdraví byly názory žen poněkud skeptičtější, neboť se potýkaly s dlouhodobější negativní náladou, vnímaly dopady z jiných oblastí na svou psychickou pohodu, která je zároveň stále ovlivňována jejich postoji k jídlu a sobě samé. V oblasti sociálních vztahů se ženy cítí spíše spokojené vzhledem ke své aktuální situaci, vlivem onemocnění došlo v několika případech k narušení partnerských, rodinných a přátelských vztahů, nicméně se tato situace s postupem času ve většině případů zlepšila. Některé informátorky hovořily o nutnosti finančního zajištění, aby mohly ve svém běžném životě fungovat, tedy studovat, platit nájem, finančně se podílet na svých životních nákladech atp. Tři ženy tedy vyjádřily spíše svou spokojenost, jedna však měla obavy do budoucnosti, neboť ji čeká studium na vysoké škole. Na závěr se rovněž potvrdila teorie, že bulimické pacientky se mohou v důsledku své nemoci dostat do finanční tísně a tuto nepříznivou finanční situaci považuje za příčinu potíží v jiných kategoriích, což snižuje kvalitu jejího života. Všechny ženy však bez ohledu na svou aktuální situaci, měly představu o svém budoucím životě, respektive o svých plánech, cílech a rovněž i prostředcích, jak jich dosáhnout. Na základě uvedených zjištění se domnívám, že život těchto žen v období remise poruch příjmu potravy lze považovat spíše za spokojený než nespokojený.

4 Diskuse

Ve své práci jsem se snažila důkladně popsat postupy, které jsem využila při realizaci svého výzkumu. Vzhledem k povaze a zvolení strategie výzkumu, je jedním z prostředků, které ovlivňují kvalitu výzkumu, sám výzkumník, a proto jsem pracovala s tezí, že mé počínání může ovlivnit jeho reliabilitu. Sama jsem vybírala vzorek pro výzkumné šetření, techniku sběru dat i formulaci otázek. Uvědomuji si, že otázka výběru vzorku může být poněkud problematická. Účastnice byly vybírány podle určitých kritérií, která měla zajistit určitou homogenitu vzorku, tedy bylo nutné, aby u nich v minulosti byla diagnostikována porucha příjmu potravy a nacházely se ve stádiu remise. Na druhou stranu se domnívám, že může záležet na určitých faktorech, jako je období počátku poruchy příjmu potravy, průběh, závažnost a délka trvání onemocnění. Současně mohou pocházet z odlišného prostředí, rodinné situace, mohou být různě emotivně založeny. Jejich postoje může ovlivnit i jejich věk a současná psychická vyrovnanost. To vše může tuto homogenitu částečně narušovat. Mým záměrem však nebylo srovnání, nýbrž získání celistvých odpovědí na výzkumné otázky a danou problematiku.

Poruchy příjmu potravy jsou dle mého názoru velice aktuální téma, které se navíc dotýká žen a dívek přibližně mé věkové skupiny. Výběr tématu byl dále podpořen osobními zkušenostmi, neboť jsem s tímto problémem ve svém okolí setkala. Současně jsem po dlouhou dobu sledovala související internetové diskuse a příspěvky od žen a dívek se zkušenostmi s poruchami příjmu potravy. Zprvu jsem považovala za výhodu, že budu schopna svým informátorkám lépe porozumět, pochopit jejich situaci, pocity a prožívání. Pro zachování hodnověrnosti a objektivity jsem se tak snažila o zachování neutrálního postoj. Rozhovor je totiž subjektivní a je důležité účastnicím, byť podvědomě, nepodsouvat jim své názory či je soudit a hodnotit. Již při první kontaktu bylo důležité s nimi navázat dobrý a důvěrný kontakt, což může zmírnit rizika zatajování informací, podávání informací, o kterých samy usoudí, že si je „přeji“ já či společnost slyšet.

Výběr vzorku, jak již bylo řečeno, byl doprovázen jistými problémy, kdy některé potenciální účastnice přerušily kontakt a z výzkumného šetření musely být odebrány. Přestože jsem s tímto problémem dopředu počítala, pro další výzkumné šetření by bylo znovu nutné tuto zkušenost zohlednit a počet potenciálních účastnic ještě zvýšit. Sběr dat

tedy probíhal především prostřednictvím osobních rozhovorů, avšak v některých případech jsem i přes možná rizika přistoupila na sběr dat pomocí telefonické konverzace. Miovský (2006) uvádí, že telefonní interview je výhodné z hlediska nízkých nákladů a současně Miller (1995)¹⁵² hovoří o tom, že se tak může objevit příležitost získat data od informátora, který by se jinak výzkumu neúčastnil. V neposlední řadě pak tento způsob komunikace zajišťuje i jistou ochranu výzkumníka. Na druhou stranu není dle mého názoru zcela možné navázat důvěryhodný kontakt či zachytit neverbální projevy informátora a je třeba vzít v úvahu možné technické potíže. Validita výzkumného šetření je také závislá na sběru, analýze a interpretaci dat, a proto jsem použila techniku doslovné transkripce přepisu, kdy byl text následně editován, systematizován a doplněn o vlastní poznámky. Získaná data tak lze jistě uplatnit na podobnou skupinu lidí, jejich validita je jistě vyšší než reliabilita.

Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že poruchy příjmu potravy mohou mít vliv na kvalitu života nemocné ženy, její rodiny a blízkého okolí. V několika případech došlo k narušení rodinné harmonie a rodinných vztahů, k rozpadu dvou partnerských vztahů, přerušeni kontaktů s přáteli či k jejich úplné ztrátě, což se však v období remise zlepšilo a informátorky jsou v těchto oblastech převážně spokojené, což potvrzuje výsledky studií, že se kvalita života v období remise obvykle zlepšuje.

Rovněž se potvrdila teorie, že přílišné zaujetí a omezování v jídle přetrvává u většiny jedinců, včetně těch, kteří během výzkumu dosáhli optimální hmotnosti a restriktivní chování se i nadále objevuje u 25 až 75 % jedinců (Garfinkel a Garner, 1982, Herpertz-Dahlmann, Wetzler, Schultz, a Remschmidt, 1996; Windauer, Lennerts, Talbot, Touyz, a Beumont, 1993).¹⁵³ Většina informátorek totiž nadále řeší otázky týkající se jejich skladby jídelníčku, postavy atp. Rovněž se ukázalo, že některé ženy se potýkají psychosociálními obtížemi (Jäger et al., 2012).

¹⁵² MILLER, C. *In-depth Interviewing by Telephone: Some Practical Considerations. Evaluation and Research in Education* 9 (1), 29-38 In: MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006,

¹⁵³ Tamtéž, s. 447-475

Domnívám se, že by bylo velice zajímavé provést podobný výzkum s větším množstvím účastnic, zajistit vyšší homogenitu vzorku (délka trvání a závažnost onemocnění, věk v období počátku poruchy) a výsledky poté porovnat.

5 Použitá literatura a citované zdroje

1. COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Překlad Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 1995, 207 s. ISBN 80-858-8597-2.
2. DRAGOMIRECKÁ, Eva. *SQUALA: Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 68 s. ISBN 80-851-2147-6.
3. DRAGOMIRECKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ Jitka . *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-851-2182-4.
4. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. - [Praha] : Psychiatrické centrum, 2006. - Nestr.;
5. GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 256 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4727-981.
6. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Editor Hana Papežová. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
7. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-802-6202-196.

8. JENDRUCHOVÁ, Michala. *Už je to za mnou: osobní zpověď (bývalé?) anorektičky : anorexie a jak se s ní vyrovnat*. Vyd. 1. V Praze: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-807-4293-351.
9. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Editor Hana Papežová. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
10. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 235 s. ISBN 978-807-1785-989.
11. KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000, 120 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9946-2.
12. KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Editor František David Krch. Praha: Grada, 1999, 238 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9627-7
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, s. 22. ISBN 80-7178-551-2.
15. LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Vyd. 1. Překlad Lidia Běhounková. Praha: Svoboda, 1995, 140 s. ISBN 80-205-0499-0.
16. MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. 1. vyd. Překlad Jana Krchová. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, 153 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6248-0.

17. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
18. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Cerm, 2010, 105 s. ISBN 978-807-2046-577.
19. PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 76 s. ISBN 80-851-2132-8.
20. PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, 109 s. ISBN 80-851-2181-6.
21. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Editor Hana Papežová. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-802-4724-256
22. PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9
23. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-725-4657-0.
24. ŠTICHOVÁ, Zdena. Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy, In VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence*, 1.vydání. Praha : Portál 2002. s.451-452

25. VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MŮHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, s. 17. ISBN 8021037547.

Elektronické zdroje:

1. ACKARD, Diann M., Sara A. RICHTER, Amber M. EGAN a Catherine L. CRONEMEYER. What does remission tell us about women with eating disorders? Investigating applications of various remission definitions and their associations with quality of life. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. 2014, vol. 76, issue 1, s. 12-18 [cit. 2014-06-15]. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.10.002. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399913003668>
2. BLINDER, Barton J., Edward J. CUMELLA a Visant A. SANATHARA. Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine* [online]. vol. 68, s. 454-462 [cit. 2014-06-23]. DOI: 10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
3. BRAUN, D. L., S. R. SUNDAY a K. A. HALMI. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine* [online]. 1994, vol. 24, issue 04, s. 859- [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1017/S0033291700028956. Dostupné z: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291700028956
4. ČERNÁ, Ria. *VÝZNAM SVÉPOMOCNÝCH SKUPIN NA CESTĚ K MOTIVACI A PARTICIPACI NA LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY*. Pardubice, 2005. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/375-vyznam-svepomocnych-skupin>. Postupová práce. Univerzita Karlova v Praze.

5. ČERNÁ, Ria, Ondřej STÍSKAL a Patricia ARLETHOVÁ. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery* [online]. 2. vyd., 2008, s. 10 [cit. 2014-06-05]. Dostupné z: <http://www.herial.sk/files/anabell-o-poruchach-prijmu-potravy.pdf>
6. HEŘMANSKÝ, Martin. *Úvod do společenskovedních metod* [online]. Praha : FHS UK, 2009-2010 [cit. 2014-06-12]. Dostupné z: <http://moodle.fhs.cuni.cz>
7. HOSÁK, Ladislav, Dana PODZIMKOVÁ, Libuše SLABÁ, Hana VOJTÍŠKOVÁ, Hana KOSOVÁ a Eva ČERMÁKOVÁ. Léčba poruch příjmu jídla na psychiatrické klinice v Hradci Králové. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, č. 2, s. 90 [cit. 2014-06-08]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/10.pdf>
8. KEJVAL, Jan. *Poruchy příjmu potravy*. 2004. Dostupné z: <http://www.pvsps.cz/data/document/20100505/ppf-zp-kejval.pdf?id=255>. Závěrečná práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
9. KOCOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů - diagnostické a terapeutické otázky. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2011, č. 3, s. 109-111 [cit. 2014-06-11]. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/03/03.pdf>
10. KORDY, Hans, Beatrice KRÄMER, Robert L. PALMER, Hana PAPEZOVA, Jacques PELLET, Matthias RICHARD, Janet TREASURE a COST ACTION B6. Remission, recovery, relapse, and recurrence in eating disorders: Conceptualization and illustration of a validation strategy. *Journal of Clinical Psychology* [online]. 2002, vol. 58, issue 7, s. 833-846 [cit. 2014-06-12]. DOI: 10.1002/jclp.2013. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/jclp.2013>
11. NILSSON, Karin. *Recovery from adolescent onset anorexia nervosa: a longitudinal study*. Umeå: Univ, 2007. s. 8 ISBN 978-917-2642-997. Dostupné z: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:140263/FULLTEXT01.pdf>

12. PERKINS, Sarah, Suzanne WINN, Joanna MURRAY, Rebecca MURPHY a Ulrike SCHMIDT. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2004, vol. 36, issue 3, s. 256-268 [cit. 2014-06-12]. DOI: 10.1002/eat.20067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20067>
13. PIKE, Kathleen M. Long-term course of anorexia nervosa. *Clinical Psychology Review* [online]. 1998, vol. 18, issue 4, s. 462-466 [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00014-2. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735898000142>
14. POLANSKÁ, Michaela, Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ a Jarmila ŠVÉDOVÁ. Prevence relapsu poruchy příjmu potravy. In: *Prevence relapsu poruchy příjmu potravy* [online]. 2007 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: http://www.anabell.cz/images/stories/dokumenty/prevence_relapsu.pdf
15. SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana. Tři PÉ aneb poruchy příjmu potravy od A do ZET. In: RIEDLOVÁ, Alena. *Občanské sdružení Anabell (poruchy příjmu potravy)*. [online]. 2008 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>
16. SLOVÁČEK, Ladislav, Brigita SLOVÁČKOVÁ, Ladislav JEBAVÝ, Martin BLAŽEK a Jaroslav KAČEROVSKÝ. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In: *Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby* [online]. 2004 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vzl1_2.%20Slovacek.pdf,

17. STÁRKOVÁ, Libuše. Poruchy příjmu potravy - psyché a soma. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 1, s. 11-15 [cit. 2014-06-01]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/01/03.pdf>
18. Steinhausen et. Al. In: RIE, S. M., G. NOORDENBOS a E. F. FURTH. Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*[online]. 2005, vol. 14, issue 6, s. 1511-1521 [cit. 2014-06-05]. DOI: 10.1007/s11136-005-0585-0. Dostupné z:<http://link.springer.com/10.1007/s11136-005-0585-0>
19. Remise. In: *Velký lékařský slovník* [online]. 2008 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z:<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/remise>
20. Remise. In: *Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 23.04.2003, 04.10.2005 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/remise
21. Relaps a remise. In: *Fakultní nemocnice Brno* [online]. 2014 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z:<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/interni-hematologicka-a-onkologicka-klinika/slovnicek-pojmu/t1278>
22. RIE, S. M., G. NOORDENBOS a E. F. FURTH. Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*[online]. 2005, vol. 14, issue 6, s. 1511-1521 [cit. 2014-06-05]. DOI: 10.1007/s11136-005-0585-0. Dostupné z:<http://link.springer.com/10.1007/s11136-005-0585-0>
23. VANDEREYCKEN, Walter. Self-Change in Eating Disorders: Is “Spontaneous Recovery” Possible?. *Eating Disorders* [online]. 2012, vol. 20, issue 2, s. 87-98 [cit. 2014-06-10]. DOI: 10.1080/10640266.2012.653942.

Dostupné

z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10640266.2012.653942>

24. VAŇKOVÁ, Markéta. *Úvod do sociálněvědných metod: Verbální techniky dotazování* [online]. Praha : FHS UK, 2009-2010 [cit. 2014-06-12]. Dostupné z: <http://moodle.fhs.cuni.cz>
25. VAŇKOVÁ Markéta., *Úvod do sociálněvědných metod*, [online]. Praha : FHS UK, 2009-2010 [cit. 2014-06-12]. Dostupné z: <http://moodle.fhs.cuni.cz>
26. ZIPFEL, Stephan, Bernd LÖWE, Deborah Lynn REAS, Hans-Christian DETER a Wolfgang HERZOG. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet* [online]. 2000, vol. 355, issue 9205, s. 721-722 [cit. 2014-06-27]. DOI: 10.1016/S0140-6736(99)05363-5. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673699053635>