

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapeut



**Veronika Pokorná**

Efekt výživového poradenství na mentální anorexii, její vznik i léčbu

The effect of nutritional counselling on anorexia nervosa, its origin and treatment

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. et Bc. Alena Teofil

Praha, 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze práce v databázi systému neuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 17.4.2017

Veronika Pokorná

### **Identifikační záznam**

POKORNÁ, Veronika. 2017. *Efekt výživového poradenství na mentální anorexii, její vznik i léčbu. The effect of nutritional counselling on anorexia nervosa, its origin and treatment.* Praha. 67 stran. 2 přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. et Bc. Alena Teofil.

## **Poděkování**

Tímto děkuji vedoucí mé závěrečné práce Mgr. et Bc. Aleně Teofil za vedení, konzultace, připomínky a čas, který této práci věnovala a pomoc při hledání vhodných respondentek. Velké poděkování patří klientkám centra Anabell, které se podílely na mé práci, za jejich otevřenost, ochotu, čas a sdílení zajímavých zkušeností při osobních rozhovorech. V neposlední řadě děkuji své rodině a okolí za trpělivost a podporu, kterou mi během zpracovávání mé práce poskytly.

## **Abstrakt**

Cílem této bakalářské práce bylo získat komplexní pohled na nutriční poradenství a potvrdit nebo vyvrátit efekt výživového poradenství na vznik či rozvoj mentální anorexie.

V teoretické části jsou popsány podmínky vykonávání povolání v oblasti nutričního poradenství a rozdíly mezi poskytováním služeb nutričního terapeuta a výživového poradce. Dále jsem se podrobně věnovala rizikovým faktorům, které mohou být příčinou vzniku mentální anorexie, jejím typům, léčbě a prevenci.

Výzkum byl proveden vyhodnocením rozhovorů se třemi klientkami poradenského centra Anabell a zároveň klientkami výživového poradce. Provedeným výzkumem bylo potvrzeno, že důvěra ve výživového poradce je velká a klientky s přesností dodržují jejich výživová doporučení, která mohou mít vliv na jejich zdravotní stav. Provedení zdravotní anamnézy nebylo provedeno ani v jednom z případů. Součástí této anamnézy je také důležitá oblast psychosociálních problémů, která byla zanedbána. Všechny tři mé respondentky potvrdily neznalost rozdílů mezi nutričním terapeutem a výživovým poradcem.

Výsledky této práce umožňují pohled na neodbornou péči výživových poradců. Ukazují, že je nezbytné šířit povědomí o možnosti využití služeb nutričního terapeuta v oblasti výživy.

**Klíčová slova:** nutriční poradenství, výživový poradce, nutriční terapeut, zdravotnické povolání, mentální anorexie.

## **Abstract**

The objective of this bachelor's thesis is to obtain a complex view of nutritional counselling and to prove or disprove influence of nutritionist's care on triggering and developing anorexia nervosa.

The theoretical part describes the conditions for practising nutritional counselling and differences between dietitians and nutritionists. Also, this part focuses on factors that can trigger anorexia nervosa, its types, and prevention.

The research was conducted by evaluating interviews with three clients of Anabell counselling centre and three clients of a nutritionist. The results show that the trust in the nutritionists is high and the clients precisely follow their recommendations which can affect their health. Inspection of the medical history of the nutritionist's clients was executed in neither of the cases. The medical history contains the important part of psychosocial issues and it was neglected. All of the three respondents confirmed that they did not know the difference between dietitian and nutritionist.

The results provide an insight into the incompetent care of the nutritionists. They show that it is essential to spread knowledge on the possibility to use services of dietitians in the nutrition field.

**Keywords:** nutritional counselling, nutritionist, dietitian, medical profession, anorexia nervosa.

## Obsah

<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
<i>1. VÝŽIVOVÉ PORADENSTVÍ .....</i>	<i>9</i>
1.1 Definice poradenství.....	9
1.2 Definice výživového poradenství.....	9
1.3 Výživové poradenství v rámci volné živnosti.....	10
1.3.1 Podmínky poskytování výživového poradenství v rámci živností .....	10
1.3.2 Vzdělávání výživových poradců.....	10
1.3.3 Aliance výživových poradců .....	12
1.4 Nelékařská zdravotnická povolání při výkonu nutričního poradenství v ČR.....	12
1.4.1 Zdravotnické povolání.....	12
1.4.2 Regulace zdravotnických povolání .....	12
1.4.3 Podmínky způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání.....	13
1.4.4 Nutriční terapeut .....	13
1.4.1 Profesionální sdružení nutričních terapeutů.....	15
1.5 Význam nutričního poradenství .....	16
1.6 Rostoucí poptávka v ČR .....	16
1.7 Rizika neodborné péče.....	16
<i>2. MENTÁLNÍ ANOREXIE .....</i>	<i>16</i>
2.1 Poruchy příjmu potravy .....	16
2.2 Diagnostická kritéria pro mentální anorexii .....	18
2.3 Typy mentální anorexie .....	19
2.4 Malnutrice .....	20
2.4.1 Klinický obraz malnutrice .....	20
2.4.2 Laboratorní ukazatele při malnutrici.....	20
2.5 Epidemiologie .....	21
2.5.1 Epidemiologie mentální anorexie .....	21
2.5.2 Jak je mentální anorexie rozšířena v ČR? .....	22
2.6 Etiopatogeneze .....	24
2.6.1 Rizikové faktory .....	24
2.6.2 Jak poznáte mentální anorexii?.....	28
2.7 Komplikace mentální anorexie .....	29
2.7.1 Komorbidity.....	29
2.7.2 Důsledky a nebezpečí MA.....	32
2.8 Léčba mentální anorexie .....	33
2.8.1 Svépomocné skupiny .....	33
2.8.2 Ambulantní péče .....	34
2.8.3 Hospitalizace .....	34
2.8.4 Terapeutické přístupy.....	34
2.9 Prevence mentální anorexie .....	36

<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>38</b>
3. <i>VÝZKUMNÝ ZÁMĚR A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</i> .....	38
3.1 Hlavní cíl.....	38
3.2 Výzkumné otázky.....	38
4. <i>ZKOUMANÝ SOUBOR</i> .....	39
5. <i>METODOLOGIE A PRŮBĚH VÝZKUMU</i> .....	39
5.1 Kvalitativní výzkum .....	40
5.2 Případová studie .....	41
5.3 Metoda získávání dat .....	41
5.3.1 Polostrukturovaný rozhovor .....	42
5.3.2 Narativní hovor .....	42
5.4 Analýza dat-otevřené kódování.....	42
5.5 Průběh výzkumu.....	43
5.6 Vztah výzkumníka k výzkumu.....	43
6. <i>PŘÍPADOVÉ STUDIE</i> .....	44
6.1 Případová studie č. 1: Petra.....	44
6.2 Případová studie č. 2: Jana.....	48
6.3 Případová studie č. 3: Anna .....	50
7. <i>VÝSLEDKY ANALÝZY</i> .....	53
8. <i>DISKUZE</i> .....	57
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>61</b>
<b>ZDROJE A POUŽITÁ LITERATURA</b> .....	<b>63</b>
<b>SEZNAMY</b> .....	<b>67</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>67</b>

## Úvod

Rostoucí poptávka po službách v oblasti nutričního poradenství je v laické i odborné veřejnosti velmi diskutovaná. Především pak ve spojitosti s rostoucím výskytem nadváhy a obezity. V současné době vzniká mnoho otázek na téma regulace poskytování výživového poradenství v živnostenském režimu. Především odborná veřejnost zastává názor, že je nezbytné regulovat poskytování výživového poradenství v rámci volné živnosti.

Zdravotnické vzdělání a praxe ve zdravotnickém zařízení je hlavní rozdíl, který rozlišuje nutriční terapeuty od stále rostoucího množství výživových poradců. Po dokončení studia, získání vzdělání, osvědčení k výkonu zdravotnického povolání a registraci v Registru zdravotnických pracovníků ČR je každý nutriční terapeut zodpovědný za svou práci. Výživoví poradci jsou při nejlepším absolventi krátkodobého rekvalifikačního kurzu a v jejich kompetenci je poskytování služeb pouze zdravým osobám.

Vzhledem k nynějšímu stanovení pravidel poskytování služeb nutričního poradenství v režimu volné živnosti, žádné regulaci výživového poradenství a regulaci vzdělávání v oblasti výživového poradenství, může docházet k poskytování neodborné péče v oblasti výživy. Tato laická veřejnost také často neoprávněně užívá názvů profesí souvisejících s výživou.

V bakalářské práci se zaměřím na rostoucí poptávku po nutričním poradenství, rozdíly mezi výkony zdravotnického povolání, konkrétněji mezi prací nutričního terapeuta a poradenské činnosti v oblasti výživy. Dále podrobně popíši rizika neodborné péče výživových poradců, která může vyústit v mentální anorexii. Tomuto onemocnění se věnuji ve velké části mé bakalářské práce, neboť ho považuji za důležité a v poslední době na velkém vzestupu. Následně tuto problematiku ukáži na konkrétních případech.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. VÝŽIVOVÉ PORADENSTVÍ

### 1.1 Definice poradenství

Slovo poradenství je definováno jako poskytování informací, o které klient požádá a které potřebuje k vyřešení svého problému.

Poradce pomáhá klientovi najít své přednosti, slabosti a strategie ke zlepšení úrovně svého života. Společně se snaží, aby klient získal nový pohled na sebe, na okolí a osvojil si nové dovednosti.

Poradenství může být jednorázové, krátkodobé nebo dlouhodobé. Při dlouhodobém poradenství by mělo jít o uspořádaný proces na základě jasně stanoveného cíle a plánu, který je v zájmu obou stran.

Dříve než začne poradce vykonávat svojí práci, měl by být náležitě vyškolen a jeho způsobilost prověřena. Jednou z povinností poradce je, udržovat mlčenlivost o osobních údajích klientů.<sup>[1]</sup>

### 1.2 Definice výživového poradenství

Výživové poradenství je typ poradenství, jehož cílem je změnit stravovací chování a návyky lidí, které vedou ke zlepšení jejich zdravotního stavu a prevenci vzniku chronických onemocnění, jako je diabetes mellitus, hypertenze, kardiovaskulární a renální onemocnění.

Poradce by měl poskytnout dostatek informací, znalostí a přístupů, které by měly klientovi usnadnit jeho proces změny. Kromě poskytování informací je v tomto poradenství velmi důležitý vztah poradce a klienta. Základem je oboustranná komunikace, kdy se společně snaží najít příčiny a řešení problémů.

Výživový poradce má velmi široké pole působení, uplatňuje se nejen v nemocnicích, ale i ve střediscích pro dlouhodobou péči, ve wellness programech, sportovním poradenství či soukromé poradně.<sup>[2]</sup>

Kvalita výživových poradců se může výrazně lišit, neboť je mnoho různých společností, které nabízejí rekvalifikační kurzy Poradce pro výživu.

Jednou z těchto společností je například společnost Nutris, která se soustředí na zlepšování stravovacích návyků, orientaci na nové druhy a úpravy potravin, zlepšování celkové kvality vitality, prevence zdravotních potíží a především tvorba jídelníčků „šitých na míru“.<sup>[3]</sup>

Problémem však v oboru výživy je, že se do takového kurzu může v České republice přihlásit téměř kdokoliv, přestože je v této oblasti naprostý laik. Pověst oboru je tak často poškozena lidmi, kteří nemají příslušné vzdělání. Dle RNDr. Petra Fořta by laici neměli, i přes dlouholeté zkušenosti, oficiálně poskytovat své služby a vydělávat si například ve fitness centrech, pokud tak učiní, poskytují nelegálně.<sup>[4]</sup>

V současné době stále roste výskyt chronických degenerativních onemocnění způsobených nezdravým životním stylem, konkrétně špatným stravováním. Tento vzrůst má za příčinu i vyšší poptávku po výživových poradcích, kteří by měli být v tomto oboru prospěšní.

### 1.3 Výživové poradenství v rámci volné živnosti

Ačkoliv mnoho lidí stále zaměňuje profesi nutričního terapeuta a výživového poradce, liší se v mnoha ohledech, např. v získávání odborných znalostí, zkušeností, přes způsobilost, odpovědnost a případné sankce.

Jak bude níže popsáno, výživové poradenství se v České republice řadí mezi tzv. živnosti volné, tedy živnosti, které lze vykonávat bez odborného vzdělání a patřičné kvalifikace. To je jeden z důvodů, proč stále vzrůstá počet výživových poradců a o živnostenský list žádá každý, kdo si udělá pouze několikahodinový výživový kurz na internetu. Tito poradci pak bez adekvátního vzdělání dávají neoborné rady, které mohou mít zásadní a nebezpečný vliv na zdravotní stav klienta. Proto je toto poradenství v popředí kritiky mnoha vzdělaných odborníků, kteří se v tomto oboru pohybují.

#### 1.3.1 Podmínky poskytování výživového poradenství v rámci živností

Poskytování výživového poradenství se v rámci volné živnosti řídí zákonem č. 455/1991 Sb. o živnostenském podnikání. Živnost je v §2 definovaná jako soustavná činnost provozovaná samostatně, vlastním jménem, na vlastní odpovědnost, za účelem dosažení zisku a za podmínek stanovených tímto zákonem.

V §6 živnostenského zákona jsou stanoveny všeobecné podmínky pro provozování živnosti fyzickými osobami. Mezi tyto podmínky patří plná svéprávnost a bezúhonnost. Bezúhonnost se u občanů České republiky prokazuje výpisem z evidence Rejstříku trestů.

Živnosti jsou podle živnostenského zákona v §9 rozděleny na živnosti ohlašovací a živnosti koncesované.

Součástí živnosti ohlašovací je podle §19 také živnost volná, u které není jako podmínka provozování živnosti odborná způsobilost stanovena. Živnost volná je tedy živnost opravňující k výkonu činností, pro jejichž provozování tento zákon nevyžaduje prokazování odborné a jiné způsobilosti. K získání živnostenského oprávnění pro živnost volnou musí být splněny pouze všeobecné podmínky (§6 odstavec 2).

Obory činností, náležící do živnosti volné, jsou uvedeny v příloze číslo 4 k živnostenskému zákonu. V příloze číslo 4 Obsahová náplň živnosti volné je obor činnosti číslo 60. *Poradenská a konzultační činnost, zpracování odborných studií a posudků* specifikován mimo jiné následovně: „*Poradenská činnost v oblasti společenských věd, společenského vystupování, rozvoje osobnosti a udržování fyzické kondice, vizážistka, barvové poradenství, logopedie s výjimkou klinické logopedie apod.*“. Tento obor činnosti opravňuje živnostníka podnikat ve výživovém poradenství. Oprávnění provozovat živnost dle §10 živnostenského vzniká u ohlašovacích živností dnem ohlášení. <sup>[5]</sup>

#### 1.3.2 Vzdělávání výživových poradců

Výživový poradce tedy podle zákona nepotřebuje ke svému podnikání žádné odborné vzdělání nebo průběžné sebevzdělávání. Předpokládá se, že výživový poradce má zájem o zdravé stravování, své i klientovo zdraví, a absolvuje kurz Poradce pro výživu. Díky absolvování kurzu a získání závěrečného certifikátu pak mohou poradci prokazovat své odborné znalosti klientům.

V České republice nám může nejkvalitnější rekvalifikační kurz MŠMT ČR v oblasti Poradce pro výživu nabídnout pouze instituce s akreditovaným vzdělávacím programem. Toto ustanovení vyplývá z § 108 zákona č.435/2004 Sb. o zaměstnanosti. Vzdělávací program je MŠMT ČR schválen na základě písemné žádosti, kde musí být uveden obsah a rozsah vzdělávání, formy a metody výuky a způsob ověřování znalostí v rekvalifikaci. Ministerstvo školství, mládeže a výchovy může kdykoliv akreditaci odejmout, pokud rekvalifikační zařízení nedodrжуje akreditovaný vzdělávací program, nedodrжуje odpovídající úroveň vzdělávání, nebo o odejmutí samo požádá. <sup>[6]</sup>

Mezi nejznámější a nejvyhledávanější instituce nabízející akreditované kurzy Poradce pro výživu patří například tyto:

- Kurzy ATAC: Poradce pro výživu (121 hodin teoretické výuky + 2 hodiny praktické výuky, 10.700 Kč) <sup>[7]</sup>,
- NutriAcademy: Poradce pro výživu (120 hodin, 12.900 Kč) <sup>[8]</sup>,
- Fitness institut: Poradce pro výživu (150 hodin, 9.900 Kč) <sup>[9]</sup>,
- Středisko vzdělávání: Poradce pro výživu (120 hodin, 8.990 Kč) <sup>[10]</sup>,
- Nutris: Poradce pro výživu (základní týdenní kurz - 12.000 Kč) <sup>[54]</sup>,
- Improve academy: Kurz výživového poradenství (délka kurzu neuvedena - individuální, 6.900 Kč) <sup>[11]</sup>.

Mnoho dalších rekvalifikačních kurzů můžete nalézt na internetu pod pouhým zadáním „Poradce pro výživu rekvalifikační kurz“ do vyhledávače.

Je samozřejmě i další možnost, jak se stát Poradcem pro výživu, to je absolvování neakreditovaného kurzu, kdy obdržíte licenci nebo osvědčení Výživového poradce. Takový kurz můžete absolvovat i přes víkend z pohodlí domova.

Mezi společnostmi nabízející tyto kurzy patří například:

- DexterAcademy: ONLINE Poradce pro výživu („můžete splnit online kurz i za jeden den“, 8.990 Kč) <sup>[12]</sup>,
- Distanční škola výživy-Škola výživy Mahra s.r.o.: Výživový poradce-distanční kurz (10-12 měsíců, 14.300 Kč) <sup>[53]</sup>,
- Ozdravi.info: Výživový poradce s licenci (3 měsíční studium, 12 lekcí, 3.300 Kč) <sup>[13]</sup>.

Garant školy výživový poradce s licenci tvrdí svým zájemcům, že získají znalosti, které je ve škole nenaučili, získají odborné znalosti, s kterými budou moci měnit svět kolem sebe k štíhlejšímu pohledu.

Tímto způsobem se stává výživové poradenství a zdravá strava velkým businessem. V dnešní době je velký zájem o zdravou výživu, je trend být výživovým poradcem a proč se jím nestát, když je to tak jednoduché. Činnost výživového poradce není nijak regulována a nabízené služby poradce pak mohou mít nebezpečné až fatální následky na fyzický či psychický stav klienta.

### 1.3.3 Aliance výživových poradců

Aliance výživových poradců nabízí členství výživovým poradcům s odpovídající kvalifikací činných ve fitness, wellness, gastronomii, apod., ale také zdravotnickým příslušníkům, jako jsou např. lékárníci, nutriční terapeuti, zdravotní sestry a lékaři.

Smyslem Aliance a její činnosti je především, aby se všichni členové řídili ve své poradenské činnosti Kodexem výživového poradce®, jehož příslušné stránky naleznete v příloze.

Členství v této Alianci by mělo svým příslušníkům zaručit např.:

- společenskou zodpovědnost profese tím, že členové Aliance se dobrovolně sdružují na základě dodržování etického Kodexu výživového poradce®
- reprezentaci a ochranu zájmů poradců ve výživě vůči státu a jeho orgánům, zákonodárcům, spotřebitelským sdružením, výrobcům potravin, doplňků stravy, zdravotnickým zařízením, vysokým a jiným školám apod.
- účast na odborných vzdělávacích seminářích
- právní a pojistnou ochranu poradců pro výživu při výkonu jejich poradenské činnosti, např. vůči nezodpovědným klientům nebo provozovatelům center, v nichž jsou poskytovány poradenské služby ve výživě
- vydávání osvědčení o členství, prokázané praxi a vzdělání ve výživovém poradenství. <sup>[14]</sup>

## 1.4 Nelékařská zdravotnická povolání při výkonu nutričního poradenství v ČR

### 1.4.1 Zdravotnické povolání

K poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních jsou oprávněny pouze osoby, které patří do skupiny zdravotnických pracovníků. Zdravotnickými pracovníky jsou myšleni lékaři, zubní lékaři a farmaceuti (lékařská povolání) a ostatní zdravotnická povolání (nelékařská zdravotnická povolání). Základním kritériem pro formální rozdělení zdravotnických povolání na lékařská a nelékařská je existence, respektive neexistence samosprávné regulace. U nelékařských zdravotnických povolání, která nemají veřejnosprávní profesní samosprávu, plní všechny regulační funkce státní správa, u lékařských povolání jsou některé pravomoci přiznány profesní samosprávě. Zdravotničtí pracovníci mohou být zaměstnanci zdravotnického zařízení nebo mohou své povolání vykonávat jako osoby samostatně výdělečně činné. <sup>[52]</sup>

Pro konkrétní vymezení pojmu „zdravotnické povolání“ poslouží nejlépe zákon o lékařských povoláních a zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. (Viz kapitola 1.4.3)

### 1.4.2 Regulace zdravotnických povolání

Obecně lze dovodit, že za regulované povolání se považuje povolání, u kterého právní předpisy definují určitou profesi profesním označením (lékař, advokát), upravují podmínky kvalifikace, podmínky výkonu povolání, stanovují činnosti vyhrazené této profesi a sankce

za nedodržení těchto předpisů, zejména pokud tyto vyhrazené činnosti vykonává jiná osoba nebo pokud jiná osoba používá neoprávněně vyhrazené profesní označení. Velmi často u profesí, jejichž výkon může mít závažné důsledky, závazné předpisy upravují i oblast celoživotního vzdělávání. Je tedy třeba odlišit profesi, tj. odbornou činnost vyžadující speciální vzdělání, používající určité pojmenování a mající předpokládaný, obecně přijímaný, rozsah aktivit a regulovanou, respektive právem regulovanou profesi, která má tyto atributy definované a vymahatelné právem. <sup>[52]</sup>

Mezi 48 regulovanými povoláními Ministerstva zdravotnictví jsou uvedena povolání nutriční asistent a nutriční terapeut a asistent ochrany a podpory veřejného zdraví.

Pro účely bakalářské práce bude blíže popsáno povolání nutriční terapeut.

### 1.4.3 Podmínky způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání

Výkon zdravotnického povolání je širším pojmem než poskytování zdravotní péče. U nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků lze odlišit výkon povolání v užším slova smyslu, tj. výkon činností, které jsou stanovené zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních v §4 odst. 1, popřípadě vyhláškou o činnostech a zákonem o ochraně veřejného zdraví. Tyto činnosti lze v naprosté většině případů považovat i za zdravotní péči. <sup>[52]</sup>

#### §4

#### ***Výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka***

*(1) Za výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka se považuje výkon činností stanovených tímto zákonem a prováděcím právním předpisem a zvláštním právním předpisem, a dále řídicí, metodická, koncepční, kontrolní, výzkumná a vzdělávací činnost v příslušném oboru nebo činnost související s poskytováním zdravotní péče, pokud je vykonávána zaměstnanci poskytovatele zdravotních služeb. Pro účely započítání výkonu povolání (§ 56, 57 a 67) se považuje za výkon povolání*

*a) zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka řídicí, metodická, koncepční, výzkumná a vzdělávací činnost v příslušném oboru vykonávaná v pracovním vztahu zaměstnanci jiných než poskytovatelů zdravotních služeb. <sup>[15]</sup>*

*Zákon o lékařských povoláních i zákon o nelékařských zdravotnických povoláních (zákon o způsobilosti) upravují způsobilost k výkonu zdravotnického povolání obdobně. Ten stanovuje, že způsobilý k výkonu povolání zdravotnického pracovníka je ten, kdo má odbornou způsobilost dle tohoto zákona §3 odst. 1, je zdravotně způsobilý, je bezúhonný. <sup>[15]</sup>*

### 1.4.4 Nutriční terapeut

Na nutričního terapeuta jsou kladeny mnohem vyšší požadavky a nároky, které jsou výrazně rozdílné od těch, které jsou kladeny na výživového poradce. Nejedná se pouze o vzdělání, způsob jakého dosáhli své kvalifikace, ale i technické vybavení ambulance, které musí odpovídat zákonu o zdravotních službách.

Zákon 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu souvisejících s poskytováním zdravotní

péče a o změně některých souvisejících zákonů jasně definuje odbornou způsobilost a vzdělání nutričního terapeuta.

## **§ 15**

### **Odborná způsobilost k výkonu povolání nutričního terapeuta**

*(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání nutričního terapeuta se získává absolvováním*  
*a) akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu nutričních terapeutů,*

*b) tříletého studia v oboru diplomovaná dietní sestra na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005,*

*c) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný nutriční terapeut na vyšších zdravotnických školách, nebo*

*d) střední zdravotnické školy v oboru dietní sestra, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005.*

*(2) Nutriční terapeut, který získal odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. d), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání nutričního terapeuta. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.*

*(3) Za výkon povolání nutričního terapeuta se považuje činnost v rámci preventivní péče na úseku klinická výživa a specifické ošetrovatelské péče zaměřené na uspokojování nutričních potřeb. Dále se nutriční terapeut ve spolupráci s lékařem podílí na léčebné a diagnostické péči v oboru klinická výživa.<sup>[15]</sup>*

Nutriční terapeut vykonává činnosti zdravotnického pracovníka oblasti klinické výživy. Poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči při zabezpečování nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy. Nutriční terapeut se rovněž podílí na léčebné a diagnostické péči, zde však ve spolupráci s lékařem. Konkrétní formu a rozsah této spolupráce specifikuje vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v § 14.<sup>[52]</sup>

## **§ 14**

### **Nutriční terapeut**

*(1) Nutriční terapeut vykonává činnosti uvedené v § 3 odst. 1 a poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči při zabezpečování nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy. Přitom bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem zejména může*

*a) zpracovávat a vyhodnocovat nutriční anamnézu, u pacientů v závažných stavech provádět bilanci stravy přijímané ústy, navrhnout lékaři, případně všeobecné sestře nebo porodní asistentce*

*změny v předepsané dietě, způsobu přijímání stravy či doplnění potravinovými doplňky,*

*b) provádět vyšetření nutná ke zjištění stavu výživy pacientů,*

*c) kontrolovat, metodicky vést a organizovat přípravu stravy v souladu s poznatky zdravé a léčebné výživy, zejména ve stravovacích provozech zdravotnických zařízení a v případě speciálních diet stravu připravovat,*

*d) sestavovat jídelní plány a předpis stravy pro jednotlivé diety i pro celé zdravotnické zařízení, včetně propočtů biologické a energetické hodnoty diet,*

*e) provádět poradenství a edukaci jedinců, rodin a skupin v oblasti zdravé a léčebné výživy, včetně doporučení vhodných výživových doplňků,*

*f) přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,*

*g) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.*

*(2) Nutriční terapeut může sestavovat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře individuální jídelní plány, včetně propočtů biologické a energetické hodnoty diet.<sup>[51]</sup>*

Především poslední bod je velmi důležitý. Sestavování individuálních jídelních plánů je podmíněno indikací lékaře. Seznam činností ve vyhlášce o činnostech nelze považovat za zcela striktní popis pracovní náplně dané profese.

Zaměstnavatel nemusí zaměstnance pověřovat zde uvedenými činnostmi a naopak může jej pověřit činnostmi, které zde nejsou uvedeny, pokud tyto činnosti nejsou regulované. Pokud tedy je například nutriční terapeut pověřen kromě přípravy léčebné výživy pro pacienty i jejich bezprostřední přípravou a kontrolou přípravy závodního stravování, tedy činnostmi, které nejsou činnostmi vyhrazenými nutričnímu terapeutovi, nic tomuto postupu nebrání. Není však ani důvod, aby tyto činnosti byly nutričním terapeutem zajišťovány.

Nutriční terapeut může být zaměstnancem nemocnice, pro kterou je strava připravována, může také svou činnost zajišťovat v rámci samostatného zdravotnického zařízení, kde může nutriční terapeut působit jako zaměstnanec či jako osoba samostatně výdělečně činná.

Jak už jsem se zmínila, výživové poradenství v rámci živností není regulovanou činností, spadá do volných živností. Znamená to tedy, že stát žádným způsobem nestanovuje požadavky na osoby, které toto poradenství poskytují.<sup>[52]</sup>

#### **1.4.1 Profesionální sdružení nutričních terapeutů**

V rámci České asociace sester (ČAS) je činná sekce sdružující nutriční terapeuty a ostatní nelékařské profese v oblasti: Sekce nutričních terapeutů číslo 36.

Sekce nutričních terapeutů České asociace sester je odbornou společností, která sdružuje nutriční terapeuty (NT) a nutriční asistenty (NA) pracující v resortu zdravotnictví, sociální péče, školství a v poradenských službách. V jejich řadách jsou vítáni i studenti oboru NT/NA a dietní sestry - seniorky.

Členství je otevřené i nutričním terapeutům, kteří se aktuálně věnují jiné profesi nebo si hledají nové uplatnění, ale chtějí mít aktuální informace z našeho oboru.<sup>[16]</sup>

## 1.5 Význam nutričního poradenství

Nutriční poradny poskytují individuální poradenství klientům, kteří si je vyhledají. V České republice je mnoho forem poraden a nabídka se stále rozšiřuje. Můžeme se setkat například s internetovým poradenstvím (tzv.e-coaching), poradnami pro těhotné, dospělé nebo sportovce. Na řešeních zdravotních problémů by se měly specializovat především poradny ve zdravotnických zařízeních.

Cílem nutričního poradenství je pomoci klientovi při řešení jeho nutričního stavu. Kromě zlepšování nutričního stavu klientů se jedná o úpravu životního stylu, stravovacích návyků, společenských zájmů, apod. Mezi cíle nutričního poradenství patří i prohlubování znalostí klienta v oblasti výživy, hledání ověřených informací, zdrojů a učení soběstačnosti a pevné vůle v cestě za svým cílem. Profesionálové by měli v rámci nutričního poradenství i v rámci svého zájmu klienta podporovat, motivovat, povzbuzovat a případně informovat o jeho chybách.<sup>[17]</sup>

## 1.6 Rostoucí poptávka v ČR

Na odborníky v oblasti výživy se lidé nejčastěji obrací s redukcí hmotnosti. Tato poptávka je způsobena především výskytem obezity, která má dlouhodobě vzestupný trend. Nárůst obezity je zaznamenán ve všech zemích. Česká republika má však v Evropě největší koncentraci obezity v populaci.

## 1.7 Rizika neodborné péče

Zdravotnické povolání nutriční terapeut lze vykonávat pouze za přísně regulovaných podmínek, v rámci kterých se dohlíží také na celoživotní vzdělávání, v zájmu zajištění bezpečné a odborné péče dle nejnovějších vědeckých poznatků. Ve srovnání s tím je odborná úroveň profese výživového poradce zatím v plné kompetenci živnostníků, kteří se rozhodnou tuto profesi vykonávat. Lze tedy očekávat tomu odpovídající nevyváženou úroveň kvality služeb, poskytovaných výživovými poradci a nejasné vykládání kompetencí výživového poradce, které jsou zákonem stanovené jako činnosti zdravotnických pracovníků.

## 2. MENTÁLNÍ ANOREXIE

### 2.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou definovány jako nejzávažnější a nejčastější onemocnění postihující především dospívající dívky a mladé ženy. Tato definice jim byla přidělena především kvůli vážným somatickým, psychickým a sociálním následkům. Poruchy jsou rozděleny do tří diagnostických kategorií: mentální anorexie, mentální bulimie, a atypické poruchy příjmu potravy.<sup>[18]</sup> Přestože se jedná o odlišné poruchy, mají toho mnoho společného a jsou si velmi podobné. Pacienti s jednou z těchto poruch intenzivně usilují o štíhlou postavu získanou omezováním příjmu potravy a zvyšováním energetického výdeje. Neustále je provází obavy z přibírání, tloustnutí a zvýšená pozornost zaměřená na jídlo, vlastní vzhled a váhu. Největší starostí nemocných je, jak vypadají, jaké číslo váha ukazuje, jestli nepřibrali a jestli váha klesá.<sup>[19]</sup>

## **Mentální Bulimie**

Mezi typické znaky, které popisují mentální bulimii, patří:

- Opakující se záchvaty nekontrolovaného jedení, často doprovázené zvracením.
- Nedostatečná kontrola jídelního chování.
- Nemocní si navozují zvracení, užívají projímací prostředky či diuretika.
- Dodržují přísný dietní režim, až hladovění a excesivně cvičí.
- Epizody nekontrolovaného přejídání se opakují minimálně 2x do týdne po dobu 3 měsíců.
- Nemocní se stále zaměřují na svůj vzhled a rozměry, váží se i několikrát za den. <sup>[20]</sup>

## **Atypické poruchy příjmu potravy**

Je kategorie, do které jsou poruchy příjmu potravy zařazeny v případě, že nesplňují diagnostická kritéria pro jednu z hlavních poruch příjmu potravy, tedy mentální anorexii nebo bulimii. <sup>[21]</sup>

Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) sem patří tyto diagnózy:

- Atypická mentální anorexie
- Atypická mentální bulimie

DSM-IV na rozdíl od MKN-10 nerozlišuje atypické případy MA a MB, ale jiné nespecifikované poruchy příjmu potravy:

- „Syndrom nočního přejídání“
- „Záchvatovité přejídání“ <sup>[22]</sup>

## **Mentální anorexie**

Mentální anorexie je porucha definovaná především úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Pojem „anorexie“ může být často zavádějící, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu je většinou až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Někdy se můžeme setkat i s opačným případem, kdy je omezování v jídlu naopak doprovázeno nepřiměřeným zájmem o jídlo (neustálé myšlenky na jídlo, sbírání receptů, obliba ve vaření apod.) a někdy i nadměrnými chutěmi, třeba na sladké.

Anorektičtí pacienti neodmítají stravu proto, že by neměli chutě nebo hlad, ale proto, že nechťejí jíst, i když to často popírají. Vymýšlí si a uvádí různé důvody, proč „nemohou“ jíst. Tyto důvody jsou často důvěryhodné a do jisté míry srozumitelné. Tyto averze k jídlu bývají projevem narušeného a nesmiřitelného postoje k vlastnímu tělu, tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce. <sup>[19]</sup>

Úbytek na váze si pacienti způsobují sami tím, že eliminují a úmyslně se vyhýbají jídlům, „po kterých se tloustne“, excesivně cvičí, navozují si zvracení, užívají projímadla či jiné látky způsobující hubnutí.

Tělesná hmotnost vzrůstá zejména v období dospívání, proto je u dětí mladších 15 let důležité sledovat spíše očekávaný hmotnostní přírůstek než BMI. To vysvětluje, proč děti před pubertou mohou mít nižší tělesnou hmotnost, tedy BMI pod 17,5, ale nejsou anorektické. Naopak děti v tomto věku by měly na váze přibírat. Jinak je tomu samozřejmě u dětí se skutečnou nadváhou, které by se měly snažit dodržovat určitá dietní opatření. V tomto případě je důležité dbát na to, aby dietní omezení nepřešly v anorexii.

Hlavní problém nemocných je strach z tloušťky, který vysvětlují jako snahu jíst zdravě a s mírou.

Mnoho pacientek má ke svému dietnímu stravování oprávněné důvody (obezita, žloutenka, mononukleóza). Tato sebekontrola v jídle a omezování pak ale často přechází v samozřejmost, posedlost, pocity uspokojení, hlavně když je výsledkem úbytek na váze.

Vyhublost a podvýživa má mnoho následků, může zpozdit nebo dokonce úplně zastavit tělesný růst. U dívek se přestanou vyvíjet prsa, při velkém váhovém úbytku dochází k zástavě menstruace. Pokud se pacientky vrátí k přiměřené váze, dojde většinou k dokončení tělesného vývinu, některé však mohou dosáhnout menšího vzrůstu než jejich vrstevnice. Podvýživa již v brzkém věku je vždy velmi nebezpečná a má dlouhodobé nebo dokonce trvalé následky.

Nechutenství a hladovění nemusí být vždy zapříčiněno nespokojeností s vlastním tělem. Příčinou mohou být i různé zdravotní problémy a onemocnění, jako například tuberkulóza nebo různá nádorová onemocnění. Proto s diagnostikou mentální anorexie příliš nespěchejte a nejdříve navštivte lékaře. Příznaky anorexie se mohou projevovat i u depresí různého stupně a toxikomanie. <sup>[22]</sup>

## **2.2 Diagnostická kritéria pro mentální anorexii**

### **Diagnostická kritéria podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (F 50,0)**

A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň (ať už byla úmyslně snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m<sup>2</sup>) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

B. Úbytek na váze si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se přibírá“, a že užívá jeden nebo víc z těchto prostředků: vyvolané zvracení, laxativa, diuretika, excesivní cvičení.

C. U nemocného přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle, která vede k stanovení velmi nízké hmotnostní hranice.

D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se u žen projevuje jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Výjimkou bývá dlouhodobé nitroděložní krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu.

E. Pokud je začátek nemoci již před pubertou, bývají projevy puberty opožděny, nebo úplně zastaveny. Po vyléčení dochází k běžnému dokončení puberty, avšak menarche bývá opožděna.

### **Diagnostická kritéria podle Diagnostického a statického manuálu (DSM-IV)**

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

B. Intenzivní strach z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky již velmi vyhublé.

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

D. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea).

Kritéria užitá v DSM-IV Americké psychiatrické asociace a i v desáté verzi MKN lze tedy shrnout do tří základních kritérií:

1. dlouhodobé udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti;
2. obavy z tloušťky i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;
3. amenorea u žen.<sup>[19]</sup>

### **2.3 Typy mentální anorexie**

DSM-IV specifikuje 2 typy mentální anorexie, "restriktivní typ" a "purgativní typ". Klasifikace je založena na současných vzorech symptomů. Většina případů mentální anorexie je klasifikována jako „typ restriktivní“, znám také jako „typ omezující“. Přestože důkazy podporují rozdíl mezi těmito dvěma podtypy mentální anorexie, není neobvyklé pro jednotlivce s mentální anorexií, že dochází ke střídání restriktivního a purgativního typu v různých fázích jejich nemoci. S tím souvisí, že až u 50% pacientů s mentální anorexií se může nakonec vyvinout mentální bulimie.

#### **Restriktivní typ**

Tito jedinci dosahují své mimořádně nízké hmotnosti díky těžkým dietám, půstům, a častému excesivnímu cvičení. Přes velmi křehký až vyhublý fyzický stav se někteří z těchto pacientů zapojují do vysokých nebo dokonce bouřlivých záchvatů cvičení. Extrémní výkon u pacientů s mentální anorexií má často rituální nebo obsedantní povahu a je spojen s vyšší úrovní obsedantní nutkavosti, úzkosti a somatizace.

#### **Purgativní typ**

Tento podtyp mentální anorexie se vyznačuje nízkou hmotností a přejídáním, které je následně kompenzováno zvracením, užitím laxativ, klystýry, nebo diuretiky. V případě

týkajících se „záchvatového přejídání“, množství konzumovaných potravin není často tak velké, jak je patrné u mentální bulimie.

Purgativní typ mentální anorexie se od restriktivního typu liší v několika ohledech. Jedním z nich je větší pravděpodobnost nadváhy, především u lidí, kteří jí mají v rodinné anamnéze. Dále větší impulzivita a vyšší míra závislosti na návykových látkách. [23]

## 2.4 Malnutrice

Malnutrice neboli podvýživa je patologický stav vyvolaný nedostatkem nebo nevyrovnaným příjmem živin. Jednou z nejčastějších příčin malnutrice je kromě pokročilé mentální anorexie také ztráta chuti k jídlu, špatné trávení, malabsorpce živin a výskyt bolestí, infekce, či stresových faktorů.

Z hlediska vzniku a rozvoje malnutrice rozeznáváme dvě příčiny podílející se na jejím vzniku, prosté a stresové hladovění. [24]

Z patofyziologického hlediska je pokročilá mentální anorexie prototypem prostého hladovění, které doprovází řada komplikací. [25]

### 2.4.1 Klinický obraz malnutrice

Klinický obraz malnutrice záleží na převládajícím typu malnutrice. Vždy je nutné vyhodnotit anamnézu, pomocí které zjistíme velikost hmotnostního úbytku v % a dobu, za kterou k němu došlo. Fyzikálním vyšetřením, konkrétně pohmatem podkoží a různých svalů, můžeme odhadnout zásobu proteinů v těle. Tuk v těle bývá odhadován stisknutím kožní řasy nad bicipsem či tricipsem. Tyto změny můžeme potvrdit měřením antropometrickými metodami, jako je měření kožní řasy kaliperem a měření obvodu paže, které pak vyhodnotíme na základě doporučených hodnot a výpočtů.

Velmi přínosná metoda pro zhodnocení nutričního stavu je také měření svalové síly dynamometrem („handgripem“). Dynamometrie nám posoudí stav výživy a rychlost rekonvalescence. Na podobném principu nám může pomoci také impedanční měření složení těla (bodystat). [24]

### 2.4.2 Laboratorní ukazatelé při malnutrici

Pro správné stanovení diagnózy je důležité také laboratorní vyšetření. Hlavními ukazateli malnutrice je snížená koncentrace viscerálních proteinů – albuminu, transferinu, prealbuminu. Hladiny těchto proteinů a počet lymfocytů, který poukazuje na stav imunitního systému, jsou uvedeny v tabulce č. 1.

**Tabulka 1:** Laboratorní parametry při různém stupni malnutrice [45]

Parametr	Norma	Malnutrice		
		Mírná	Střední	Těžká
albumin (g/l)	45-35	35-32	31-28	<28
transferin (g/)	3,0-2,5	2,5-1,5	1,8-1,5	<1,5
prealbumin(mg/l)	300-150	150-120	120-100	<100
lymfocyty/mm <sup>3</sup>	10,7-22,9	9,0-10,6	8,9-7,0	<7,0

Tato vyšetření jsou schopna zachytit rozvoj malnutrice dřív než antropometrická vyšetření.<sup>[26]</sup>

Za vhodný ukazatel se vzhledem k době rozpadu (cca 2 dny) považuje prealbumin. Dokáže nás rychle informovat o nastartování anabolické fáze onemocnění. U transferinu je poločas 8-10 dní a albuminu 14 až 20 dní, což nám nepodává aktuální informace o onemocnění. Malnutrici nám může u pacientů potvrdit také nízká hladina cholesterolu, anémie, nedostatek vitamínů, železa atd.<sup>[27]</sup>

## 2.5 Epidemiologie

Epidemiologie se zabývá studiem distribuce nemoci a činiteli, které mohou tyto změny zdravotního stavu v populaci vyvolat. Populaci můžeme označit jako skupinu jedinců, sdílející stejné znaky. Předmětem epidemiologie je popis „prevalence“ a „incidence“ onemocnění. Prevalence udává počet případů v dané skupině jedinců. Incidence je definována jako výskyt případů v určité skupině jedinců v časovém období. Je důležitá pro stanovení služeb a péče pro jednotlivé typy onemocnění. Celoživotní prevalence vyjadřuje počet jedinců, kteří v průběhu svého života trpěli sledovaným onemocněním. Na rozdíl od prevalence se incidence zabývá počtem nově vzniklých případů v populaci za určitý čas, nejčastěji za jeden rok. Jedná se tedy o výskyt jednotlivých typů onemocnění udávaný na 100 tisíc obyvatel a je velmi důležitý pro správné pochopení původu onemocnění.

Epidemiologie studuje distribuci a determinanty zdravotních událostí v populaci. Populace je skupina, sdílející shodné rysy. Epidemiologie popisuje „prevalenci“ a „incidenci“ onemocnění. Prevalence vyjadřuje počet nebo proporce případů, událostí nebo stavů v dané populaci. Udává se v určitém čase a je zásadní pro plánování služeb a péče pro jednotlivá onemocnění. Celoživotní prevalence udává počet jedinců, kteří někdy během života trpěli sledovaným onemocněním, zatímco incidence udává počet nových případů v populaci v určitém časovém období, nejčastěji jednom roce. Incidence je obvykle výskyt případů onemocnění udávaný na 100 tisíc obyvatel a je zásadní pro pochopení etiologie onemocnění.<sup>[28]</sup>

### 2.5.1 Epidemiologie mentální anorexie

#### *Incidence.*

Od šedesátých let neustále vzrůstá počet zpráv o rozšiřujícím se výskytu mentální anorexie. K těmto závěrům dochází epidemiologické studie díky využití nemocničních statistik a dokumentace praktických či psychiatrických lékařů. Nejvyšší výskyt mentální anorexie je zaznamenán v psychiatrické dokumentaci, kde se můžeme setkat jak s hospitalizovanými, tak s ambulantně léčenými pacienty.

Na základě studie Hoeka et al.(1995) byl nejvyšší výskyt nově vzniklých případů mentální anorexie na 100 000 obyvatel je sledován u mladých dívek ve věku 15 až 19 let. Pawluck a Gorey (1998) zjistili pomocí 12 studií, že průměrná incidence mentální anorexie v široké populaci je 19 případů ročně na 100 000 žen a 2 případy na 100 000 mužů. Výskyt mentální anorexie u mužů je až desetkrát nižší než u žen. Uvádí se, že incidence mentální anorexie se od padesátých let až dvojnásobně zvětšila a přepokládá se, že i nadále poroste.

Tento předpoklad platí především pro země, které byly doposud ohroženy mentální anorexií pouze minimálně, a naopak se častěji potýkají se zvýšenými riziky obezity.

Vzrůstající incidence je vysvětlována především zvýšeným zájmem o mentální anorexií a pozorováním jejím příznakům u dospívajících dívek a mladých žen.<sup>[19]</sup>

### *Prevalence.*

Zjišťování výskytu mentální anorexie nebo některého z jejích příznaků se v populaci většinou provádí na principu dotazníkového šetření. Existují i promyšlenější dvoufázové studie, které diagnózu potvrzují v řízeném rozhovoru. Tento rozhovor se provádí za účelem odhalit falešné případy. To znamená, že prevalenční studie, prováděné pouze dotazníkovým šetřením, nemusí být vždy pravdivé a mohou zvyšovat prevalenci poruchy. Podle zkušenosti (Krcha, Csémy, Drábkové, 2003) většinou mladé ženy svojí vyhublost a nepřiměřenou kontrolu v jídle podceňují a dietní postoj k jídlu naopak přespříliš drammatizují.

U vícestupňových studií může docházet k podhodnocování prevalencí poruch, pokud dotazník nezachytí veškeré kritické případy. To se může stát, pokud jsou špatně zvoleny kritéria dotazníku nebo nemocný disimuluje.

Vícestupňové studie mohou podhodnocovat prevalenci poruchy, jestliže první výběr (dotazník) nezachytí všechny kritické případy v důsledku disimulace nemocného, špatné rozlišovací schopnosti dotazníku nebo nevhodně zvolených kritérií prvního výběru.

U těchto populačních studií je častým problémem výběr sledovaného vzorku, který je buď příliš malý, nebo není náhodně vybrán.<sup>[19]</sup>

### **2.5.2 Jak je mentální anorexie rozšířena v ČR?**

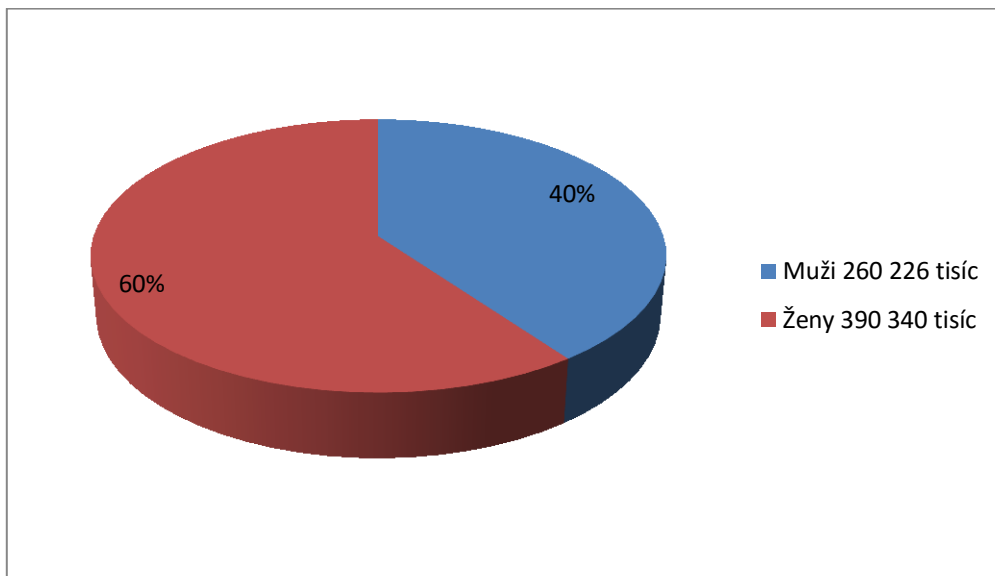
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR udává, že podle posledních průzkumů bylo na odděleních a pracovištích psychiatrie v roce 2015 ošetřeno až 650 566 pacientů. Podobně jako v předešlých výzkumech jsou častěji v psychiatrické péči ženy než muži (viz graf č. 1). Kromě častých diagnóz, mezi které patří neurotické poruchy, afektivní poruchy, poruchy vyvolané návykovými látkami a schizofrenie, se nově sleduje diagnóza F50 – poruchy příjmu potravy. Ta byla do roku 2010 sledována spolu se sexuálními dysfunkcemi jako neurotické poruchy. S poruchy příjmu potravy se v roce 2015 léčilo celkem 3 561 pacientů. Bohužel nelze ze statistik ČR vyčíst, kolik z nich se léčilo s mentální anorexií. V grafu č. 2. můžeme vidět, jak se za posledních 5 let vyvíjel počet pacientů hospitalizovaných s poruchy příjmu potravy. „Kromě dat z roku 2014, které bohužel nebyly z důvodu technologických a organizačních změn způsobu sběru získána od zpravodajských jednotek v dostatečné a kompletní podobě, nelze je tedy považovat za validní a není možné je publikovat.“<sup>[29]</sup>

Pacienti s poruchami příjmu potravy tvoří velmi početnou a různorodou skupinu, kterou je velmi těžké specifikovat. První příznaky mentální anorexie se často objevují mezi 13. až 16. rokem života. Graf č. 3 však ukazuje, že se anorexie v posledních letech spolu s ostatními poruchy příjmu potravy, objevuje i u žen v dospělém věku.

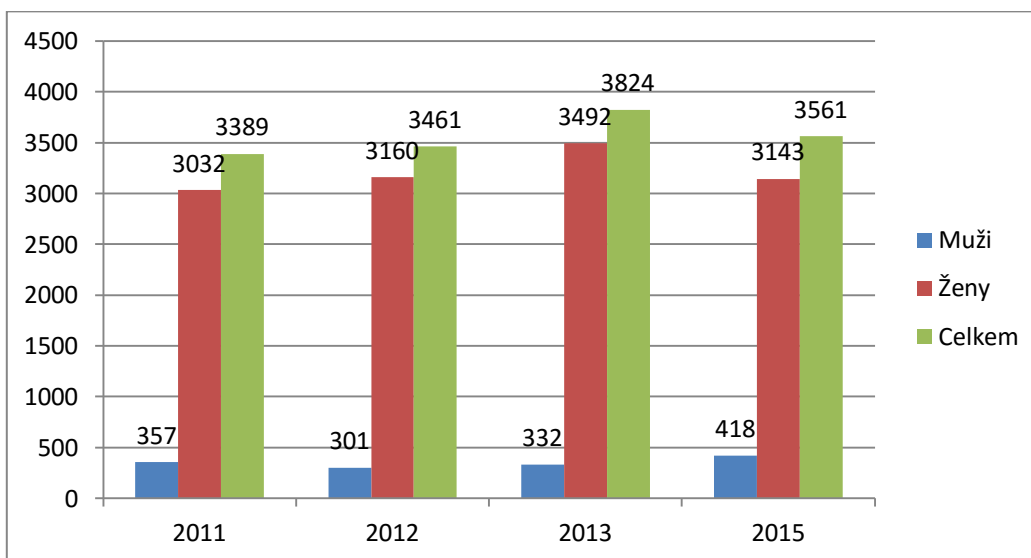
Mentální anorexie v ČR je svým rozšířením podobná ostatním zemím v západní Evropě, kde často postihuje jednu dívku ze dvou set. (0,5-0,8%). Podle nedávných studií

trpělo anorexií někdy v životě až 4,5% žen. Tento výskyt anorexie je velmi často způsoben dnešními médii, která nám vytváří představy o dokonalém těle a kráse. <sup>[22]</sup>

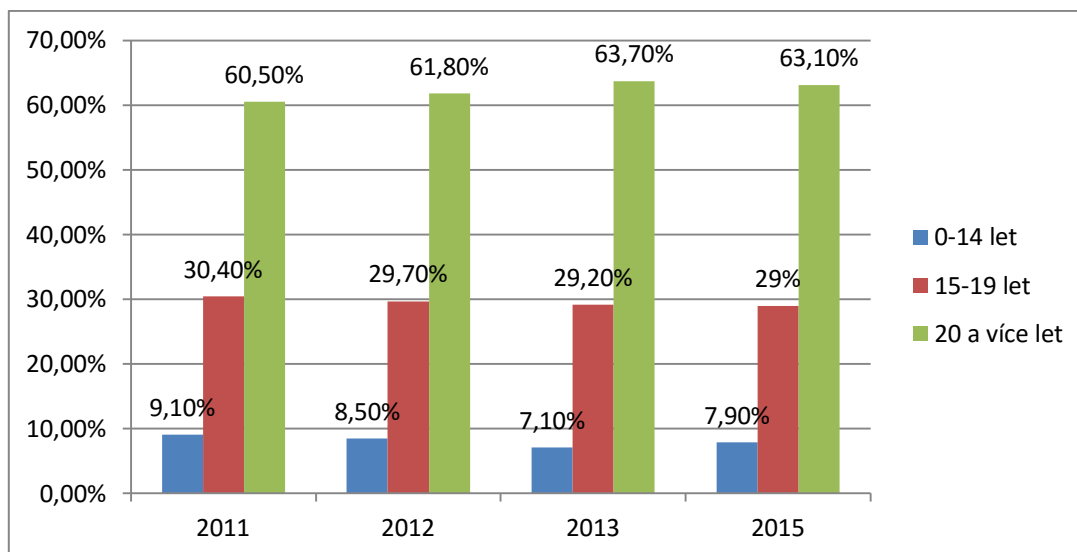
**Graf 1:** Počet ošetřených pacientů na odděleních a pracovištích psychiatrie



**Graf 2:** Počet léčených pacientů s diagnózou F50 - Poruch příjmu potravy



**Graf 3:** Počet léčených pacientů s diagnózou F50 Poruch příjmu potravy podle věkových skupin



## 2.6 Etiopatogeneze

Etiopatogeneze je nauka zkoumající příčinu a vývoj choroby. <sup>[30]</sup>

O možných příčinách mentální anorexie hovoří několik různých hypotéz. Většina se však shoduje v tom, že se na vzniku a rozvoji nepodílí pouze jeden faktor, ale celá řada faktorů.

Většina anorektiček často spojují vznik jejich poruchy s nějakou životní událostí. Nejčastěji to jsou rodinné problémy, životní změny, nebo nevhodné poznámky k jejich tělesnému vzhledu. <sup>[22]</sup>

Strach z tloušťky bývá základním rysem poruch příjmu potravy. Existují i studie, které naznačovaly, že porodní váha anorektiček je vyšší než zbylých respondentů. K rozvoji PPP může také významnou částí přispět špatné rozložení tělesného tuku. Některé výzkumy zjistily, že větší míra přes boky a v pase je přímo úměrná s mírou tělesné nespokojenosti a výskytem jídelní patologie sledovaných respondentek. Rostoucí obezita v dnešní společnosti a odezva médií je dalším rizikem vzniku poruch příjmu potravy. Denně slyšíme zprávy o zdravotních následcích obezity, posměšky vůči obézním a automatické spojování obezity s přejídáním. To vše posiluje strach z tloušťky a vytváří nevhodné stravovací návyky. V neposlední řadě hraje také důležitou roli nadváha v osobní a rodinné anamnéze. <sup>[31]</sup>

### 2.6.1 Rizikové faktory

#### Co jsou rizikové faktory?

Zkoumáním rizikových faktorů se zabývají průřezové studie. Zjišťují, ve kterých znacích (např. osobnostních vlastnostech či rodinné anamnéze) se skupina nemocných liší od skupiny zdravých. S výjimkou pevně daných faktorů (rasa, pohlaví) však průřezové studie neodpoví na otázku, co je příčinou a co následkem nemoci. Studie, které pozorují subjekty po určitou dobu, se nazývají longitudinální. Tyto studie zkoumají charakteristiky odlišující subjekty, u kterých se nemoc vyvine a u kterých nikoli.

Zkoumaná charakteristika se u těch, kteří nemoci podleli, může vyskytovat častěji, my ale nemůžeme potvrdit, zda nemoci předcházela, či ji následovala. Toto nám mohou zajistit údaje z longitudinálních studií. Pokud nám tyto studie zajistí údaje a budeme mít dostatek důkazů, že sledovaná okolnost vznikla dříve než nemoc, hovoříme o rizikovém faktoru. Naopak, když nám údaje a důkazy chybí, jedná se o korelátu.

Rizikové faktory mohou mít na konečné stádium nemoci různé vlivy. Rizikový faktor, který způsobí zvýšení nebo snížení sledovaného symptomu/příznaku, nazýváme kauzální faktor. Mezi rizikovým faktorem a příznakem má svojí funkci mediátor. Rizikový faktor má tedy vliv na mediátor, který pak ovlivní PPP.

Rozlišujeme faktor zesilující, ten negativně působí na vliv rizikového faktoru, a udržovací, který neposiluje vznik onemocnění. Toto rozdělení má hlavně praktický význam. Na zesilující faktory se snažíme působit v prevenci a na udržovací při léčbě.

Rizikový faktor, který nemůžeme ovlivnit, nazýváme jako znak trvalý (pohlaví, rasa). Faktory, které se postupem času mohou změnit, ať už přirozeně (věk), nebo vlivem (psychoterapie), nazýváme proměnlivé. Jako kauzální můžeme označit rizikový faktor tehdy, když jeho manipulací změníme pravděpodobnost výskytu onemocnění.

Rizikový faktor můžeme také dělit na specifický a obecný. Specifický rizikový faktor je ten, který predikuje pouze onemocnění PPP, ale žádné jiné psychiatrické onemocnění. Obecný rizikový faktor zvyšuje riziko jak PPP, tak i dalších psychiatrických onemocnění.

Rizikový faktor je tedy směs vlastností, které zvyšují výskyt nemoci. Opačný faktor, tedy takový, který snižuje výskyt onemocnění, nazýváme faktorem protektivním.

Hlavní dělení rizikových faktorů je na ovlivnitelné a neovlivnitelné faktory. Mezi neovlivnitelné faktory patří věk, pohlaví, etnický původ a genetické vlohy pro toto onemocnění.

Ty neovlivnitelné faktory zahrnují osobnostní rysy jako je impulzivita, perfekcionismus, dále depresivní a úzkostné poruchy, okolí a nepříznivé životní událost, kam můžeme zařadit třeba rodinné problémy nebo sexuální zneužívání.

Hlavním účelem a cílem zkoumání rizikových faktorů pro poruchy příjmu potravy je správný výběr a vývoj efektivních preventivních programů.

## **NEOVLIVNITELNÉ RIZIKOVÉ FAKTORY**

### *POHLAVÍ*

Ženy trpí poruchami příjmu potravy výrazně častěji než muži. Udává se, že anorexií onemocní ženy až 10x častěji než muži, záchvaty přejídání pak 2,5x častěji. Pohlaví je označováno jako velmi silný rizikový faktor.

### *ETNICKÝ PŮVOD*

Anorexie je považována za nemoc především „bílých“ dívek. Americké studie opravdu potvrzují, že Afroameričanky méně často dodržují různé diety, řeší svoje postavy a jsou celkově spokojenější svým tělem, přestože je jejich BMI průměrně.

## *VĚK*

Nejrizikovější věk pro onemocnění PPP je adolescence a časná dospělost. Protože pro toto období je rizikové i propuknutí jiných duševních onemocnění, označujeme věk jako nespécifický rizikový faktor pro PPP. Na rozdíl od předchozích dvou faktorů věk podléhá změně a je tedy proměnlivým znakem.

## **OVLIVNITELNÉ RIZIKOVÉ FAKTORY**

### *IMPULZIVITA*

Impulzivitu můžeme označit jako obecný rizikový faktor, neboť kromě zneužívání návykových látek, může způsobit i nedostatečnou kontrolu impulzů a následné záchvatovité přejedení. Tyto dva nežádoucí vlivy mají vekou spojitost, kdy z užívání návykových látek může vzniknout porucha příjmu potravy.

Projevy impulzivity se u mužů a žen často liší. U mužů se jejich problémy spíše projevovaly ve zneužívání návykových látek, kdežto u žen se ve většině případů vyvinula porucha příjmu potravy.

### *PERFEKCIONISMUS A OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA*

Tuto osobnost mají především dívky, které na sebe kladou vysoké nároky a vždy dosáhnou toho, co si stanoví. Jsou zvyklé být nejlepší, hubnutí jim nedělá problém a dokáží zhubnout ze všech nejvíce. Perfekcionismus nemusíme nalézt pouze u dívek trpících poruchou příjmu potravy, ale i u žen vyléčených nebo nemocí vůbec nedotknutých. Prospektivní studie uvádějí, že ženy s nadměrně vysokou úrovní perfekcionismu spíše onemocní anorexií a následně i bulimií.

Již v dětství můžeme perfekcionistické rysy zpozorovat a včas podchytit. Projevovat se mohou třeba jako snaha mít vše na přesném místě, tak jak to má být, pečlivě vypracované domácí úkoly a abnormálně uklizený pokojíček. Pravděpodobnější je samozřejmě tam, kde se kromě perfekcionistických rysů vyskytuje i nedostatek sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem.

Bohužel longitudinální studie stále nepotvrdily vztah perfekcionismu a PPP, proto musíme perfekcionismus nazývat jako korelát.

### *NEPŘÍZNIVÉ ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI*

Otázka, zdali mají nepříznivé životní událost podíl na vzniku psychiatrického onemocnění, je stále zkoumána a nepotvrzena. Lidé trpící PPP nemusí zažít pouze jednu negativní událost, ale mohou být pravidelně vystavováni traumatickým událostem. Tyto události pak způsobí trvalé následky v podobě PPP.

Nezáleží samozřejmě pouze na tom, kolik toho prožili, ale i na tom, co prožili. Nejčastěji se jedná o zážitky, které určitým způsobem poškodily jejich „cudnost“.

Onemocnění mohou také předcházet vleklé rodinné problémy a nadměrný tlak ze strany rodičů. Tento tlak si můžeme představit jako rodičovské odhodlání dovést dcery k co nejlepšímu školnímu či sportovnímu výkonu bez ohledu na jejich schopnosti a dovednosti. Dalším problémem také bývají rozhovory o sexualitě dříve, než jsou na něj dívky připraveny a dlouho přetrvávající problémy se sourozencem. Onemocněním se pak

snaží strhnout rodičovskou pozornost, která byla dříve věnována „problematickému“ sourozenci.

### *SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ*

Sexuální zneužívání je potvrzeno jako významný rizikový faktor nejen PPP, ale i dalších psychiatrických onemocnění. V dětství vede především ke vzniku pocitů studu, depresím, k AN i BN, a užívání návykových látek jako pokus tyto nežádoucí pocity zmírnit. Jedním z důvodů vzniku PPP může být také pocit méněcennosti u dětí, které zažily sexuální zneužívání a dle toho se ke svému tělu v dospělosti chovají. Další důvod může být princip kontroly. Když už nemůžeme ovlivnit události ve světě, můžeme hladověním ovlivnit alespoň malou část našeho života.

### *SEPARACE*

Přestože nejsou tyto rizikové faktory příliš prozkoumané, jsou stejně důležité jako ty předchozí. Separaci je myšlen odchod téměř dospělých dětí od původní rodiny, kdy mladý jedinec začíná žít svůj samostatný život. Na počátku osamostatnění, náročné životní události, musí řešit mnoho problémů, které mohou být příčinou vzniku anorexie. Nemoc by tak mohla dívku ušetřit dalších životních nástrah a požadavků následující životní etapy.

### *AKULTURACE*

Akultura je definována jako přizpůsobování a přijímání nové cizí kultury. Kvalitativní studie opravdu potvrdily, že mladé ženy, žijící v zahraničí jsou více postiženy PPP. Odloučení od domova a zvykání si na novou kulturu způsobuje velkou zátěž na duševní zdraví, akulturační stres a deprese. Tyto negativní emoce pak tlumí regulaci příjmu potravy v nelehkých situacích. Každá země má jiné stravovací zvyklosti a návyky, může tedy zpočátku vést k nárůstu hmotnosti, které následně kompenzují hladovkami a dietami. Velký podíl na vznik anorexie má také kulturní prostředí a mediální prezentování lidského těla s důrazem na štíhlost a hubnutí.

### *RIZIKOVÁ PROSTŘEDÍ*

Jsou bohužel povolání, u kterých je nezbytné být štíhlejší postavy a váhu mít stále pod kontrolou. Mezi takové patří třeba baletky, modelky, gymnastky, apod. Studie zkoumající tento faktor jsou pouze průřezové a nemohou tak s jistotou určitě, že modeling či gymnastika jsou opravdu rizikové povolání pro vznik PPP. Možným vysvětlením může být, že tento obor vyhledávají hlavně dívky, které se na své tělo obzvlášť soustředí. Vystavování rizikovému prostředí nebo pobyt v něm můžeme označit pouze jako korelát, jeho účinek na PPP není prokázán.

### *BODY MASS INDEX*

Jak už tak bývá, silnější děti, neboli děti s vyšším BMI, jsou ve školním prostředí často středem pozornosti a posměšku. Může se pak zdát logické, že se jim jejich tělo nelíbí, nemají se rády a snaží se za každou cenu zhubnout. Toto tvrzení však není výzkumy zcela potvrzeno, přestože retrospektivní studie zjistily, že pacienti trpící v dětství bulimií a záchvatovitým přejídáním mají častěji vyšší BMI. A i když není BMI označeno jako rizikový faktor, ženy s vyšším BMI mohou být více zranitelné vůči jiným rizikovým faktorům pro PPP.

## *DRŽENÍ DIET*

Existuje hned několik variant, které vysvětlují, proč neustálé držení diet a hladovění většinou ústí v záchvatovité přejídání. Držení diet snižuje hladinu tryptofanu, prekursor serotoninu, následným přejedením (především jídel s vysokým obsahem karbohydrátů) se pak „regulační mechanismy snaží“ tuto hladinu vykompenzovat.

Další varianta může být založena na konceptu omezení - porušení, aneb co omezujeme, to si po tom ve větší míře dopřejeme. Podle nejnovějších teorií způsobuje držení diet negativní emocionalitu a přejedení je pak způsob jak si zlepšit náladu. Je velmi těžké označit držení různých diet za rizikový faktor AN, protože se těžko určuje, kde končí dieta a kde začíná nemoc. Držení diet se tedy označuje pouze jako korelát, i když spojitost s PPP je velmi zřejmá.

## *PRENATÁLNÍ A PERINATÁLNÍ KOMPLIKCE*

Možným vlivem těchto komplikací se zabývaly dvě longitudinální studie. Ty potvrdily, že předčasný porod až 3x zvyšuje riziko, že potomek v budoucnu podlehne anorexii. Komplikace během porodu jsou pak spojovány s oběma poruchami, jak s anorexií, tak s bulimií. Problémy před porodem a během něho můžeme označit jako fixní znak. Zároveň ho ale nemůžeme nazývat jako specifický, neboť může být rizikovým faktorem i pro schizofrenii, která se může později dostavit. <sup>[28]</sup>

### **2.6.2 Jak poznáte mentální anorexii?**

Blízkým nebo příbuzným lidem někdy velmi dlouho trvá, než si všimnou, že někdo v jejich okolí trpí mentální anorexií. Je to zapříčiněno tím, že anorektičky umí velmi dobře skrývat příznaky mentální anorexie a projevy hladovění. Během společného stolování se šťourají v jídle tak, aby to vypadalo, že jedí. Jejich důvody, proč nestíhají jíst společně, jsou velmi důvěryhodné. Například tvrdí, že už jsou po jídle, bolí je břicho nebo spěchají ven, kde údajně budou jíst. Velmi často cvičí, a pokud to již nejde mezi lidmi, cvičí i potají na toaletách v pozdních hodinách.

Mentální anorexie může mít plíživý nástup bez jakýchkoli varovných příznaků, kterých by si mohlo okolí všimnout. To trvá do té doby, než anorektička své tělo úplně vyhladoví a její zdravotní stav bude viditelný.

Jsou však znaky, nazývané průvodní, kterých si lze všimnout již v počátečním stádiu mentální anorexie. Při zpozorování některého z těchto znaků, byste určitě měli zpozornět. <sup>[32]</sup>

## *MOŽNÉ PRŮVODNÍ ZNAKY ANOREXIE*

- Dochází ke změně jídelníčku, mizí energeticky náročná jídla, jako jsou sladkosti a tučná jídla. Omezování jídel se neustále rozšiřuje, eliminují pečivo, knedlíky, maso, ..., až zbydou jen „light“ potraviny.
- Na změny ve stravování je kladen čím dál tím větší důraz, výmluvy jsou rafinovanější a promyšlenější. Anorektičky tvrdí, že nemají čas ani chuť na jídlo. Po ránu nemají hlad a večer už jsou po večeři.
- Při společném stolování srovnávají porce s ostatními a musí mít vždy co nejméně.
- Často žvýkají žvýkačky, jídlo pouze uždibují a kouří, aby zahaly hlad.

- Tempo jejich stravování je velmi pomalé, svojí porci jídla si dělí na menší kousky a dlouho se v nich nimrají. Většinou argumentují se slovy, že si musí jídlo vychutnat nebo musí jíst v klidu.
- Jejich chutě jsou velmi proměnlivé, snáze se jim dělá po jídle špatně. Někdy hodně pijí, aby zapily hlad, jindy naopak nepijí vůbec a jsou ohroženy dehydratací.
- Snaží se co nejméně jíst ve společnosti, připravují si svoje jídlo, které si snědí v soukromí. Při jídle vypadají strnule, vystrašeně a jsou neustále v pozoru. Často mluví o tom, kolik toho snědly a jak moc jsou přejedeny.
- Typická je nadměrná aktivita, nevydrží být v klidu a neustále musí něco dělat. Jsou schopny ujít mnohakilometrové túry, posilovat dlouhé hodiny nebo cvičit ve vysokých teplotách. Schopnost soustředit se na studium klesá a naopak roste únava a celková vyčerpanost organismu.
- Přetrvává zvýšený zájem o postavu a tělesnou hmotnost. Neustále se kontrolují před zrcadlem a váží se. Svojí postavu schovávají do volných šatů nebo naopak ukazují svojí plochou postavu v obepínajícím oblečení.
- Během prvního zhubnutí jim vzroste sebevědomí, zlepší se jim nálada a jsou šťastné. V této fázi jsou velmi společenské, aktivní a podnikavé.
- Postupně omezují kontakt s přáteli i rodinou, uzavírají se do sebe. Jejich nálada je proměnlivá, jsou více přecitlivělé a podrážděné.
- Po zdravotní stránce se jako první objevuje zácpa, absence menstruačního cyklu, zimomřivost. Začínají vypadávat vlasy, kazit se pleť a objevovat se jemné chloupky (tzv. lanugo).
- Nucením anorekticky jíst, většinou dochází k podvádění. Podvádějí nejen rodinu, ale i svoje okolí, aby je „uklidnily“ a zároveň projevovat odpor k léčbě. Odpor se může projevovat i hysterií a emočním vydíráním.<sup>[22]</sup>

## 2.7 Komplikace mentální anorexie

Závažné komplikace jsou většinou spojené s nežádoucími následky mentální anorexie, příkladem je třeba osteoporóza a renální insuficience. Tyto somatické komplikace vyplývají ze symptomů s anorexií spojených, jako je trvalá podváha, absence menstruace a zvracení. Avšak málo se ví o průběhu nemoci u pacientů, kteří trpí somatickým onemocněním nezávislým na mentální anorexií, jako je například diabetes mellitus, chronické vnitřní choroby nebo zánětlivé onemocnění střev.<sup>[33]</sup>

### 2.7.1 Komorbidity

Komorbidity doslovně znamená "špatně dohromady (společně špatný)" a bývá definován jako přítomnost více než jednoho onemocnění v určitou dobu u jedné osoby. Pro náš případ, je vhodné oddělit komorbidity mentální anorexie do dvou skupin: fyzické a psychiatrické.

#### *Fyzické onemocnění vyskytující se s mentální anorexií*

Některé nemoci se objevují často s poruchami příjmu potravy a provést ošetření obou lékařských a psychiatrických nemocí je obtížnější než při léčbě pouze anorexie.

Tyto stavy zahrnují:

- Diabetes
- Cystická fibróza
- Zánětlivé onemocnění střev
- Poruchy štítné žlázy <sup>[34]</sup>

## **DIABETES MELLITUS**

Diabetes (zvláště I. typ) může zvyšovat riziko vzniku poruch příjmu potravy až 2,3x, naopak poruchy příjmu potravy zvyšují riziko výskytu diabetu až 2,4x. Udává se tedy, že vztah mezi diabetem a poruchy příjmu potravy je pravděpodobně vzájemný. Výskyt poruch příjmu potravy u diabetiků I. typu je častější než u široké populace.

DM I. typu je autoimunitní onemocnění, u kterého dochází k destrukci beta buněk ve slinivce břišní buňkami imunitního systému. Výskyt diabetu I. typu je typický dětí či adolescentů, nicméně může také vzniknout i v dospělosti. DM I. typu je charakterizován absolutním nedostatkem inzulínu a manifestuje se žíní, častějším močením, únavou, váhovým úbytkem a v nejhorším případě i až tzv. ketoacidotickým kómatem. <sup>[35]</sup> Léčba DM I. typu spočívá v podávání inzulínu, který napodobuje fyziologickou sekreci inzulínu. <sup>[46]</sup> V případě pacientky s mentální anorexií dochází ke špatné spolupráci, vynechávání jídla i dávek inzulínu. <sup>[35]</sup>

Je tedy velmi důležité sledovat hladinu glykemie pro nežádoucí účinky hyperglykemie. Mezi tyto účinky patří například retinopatie a nefropatie, z těch krátkodobých to může být třeba špatné hojení ran. <sup>[36]</sup>

## **CYSTICKÁ FIBRÓZA**

Cystická fibróza je onemocnění způsobené zděděním dvou kopií vadného genu (jednoho od každého rodiče). Onemocnění může ovlivnit jakoukoli část těla, ale nejčastěji postihuje plíce a střeva. V plicích způsobuje potíže při čištění sekretů (hlenu) a ve střevě způsobuje nedostatečnou resorpci potravy. <sup>[47]</sup>

Mezi charakteristiky onemocnění tedy patří chronická plicní obstrukce a infekce, poruchy trávení, především slinivky břišní. Etiologie onemocnění není známa. Léčba zahrnuje fyzioterapii, trávicí enzymy ve formě doplňků a hlavně vysoký kalorický příjem. Pacienti jsou většinou na speciální dietě. Nicméně, s přidavkem jídla vzrůstá i zaujetí na vlastní hmotnost, obavy z velkého přibývání na váze, a tak náchylnost k rozvoji poruch příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy mohou být u této populace okultní, protože anorexie může být maskována kachexií cystické fibrózy. <sup>[37]</sup>

## **ZÁNĚTLIVÉ ONEMOCNĚNÍ STŘEV**

Crohnova nemoc je chronické zánětlivé onemocnění, které může na rozdíl od ulcerózní kolitidy, která postihuje pouze sliznici tlustého střeva, postihovat jakýkoli segment gastrointestinálního traktu. Na těchto segmentech se tvoří granulomatózní zánět všech vrstev střevní stěny. Základní příznaky zahrnují úbytek hmotnosti, poruchy růstu, ztrátu

chuti k jídlu, průjem, nevolnost a zvracení. Tyto symptomy se mohou překrývat s příznaky poruch příjmu potravy a může tak docházet k stanovení špatné diagnózy.<sup>[38]</sup>

## **PORUCHY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY**

*Tyreotoxikóza (Hypertyreóza)* neboli nadbytek tyroidálních hormonů je velmi vážný a životu nebezpečný stav, komplikující skrytý nebo již diagnostikovaný hypertyreodizmus. Ten má mnoho příčin, mezi které patří například autoimunitní Gravesova-Baerodowova choroba, tyreolitida a toxická multinodulární struma.

Projevy těchto klinických stavů jsou téměř podobné a výsledek často stejný. Přemíra cirkulujících tyroidálních hormonů (např. tyroxin T4, trijotyronin T3) stimuluje mnoho orgánů, zvyšuje srdeční výdej, způsobuje arytmií, vazodilataci a ve výsledku může způsobit i náhlou smrt.

Mezi důležité projevy také patří výrazné hubnutí, které je způsobeno zvýšeným bazálním metabolismem a hyperkatabolismem. Taková diagnóza se pak může často přehlédnout a hubnutí se přičítá k podezření na mentální anorexii.<sup>[39]</sup>

*Hypotyreóza* je naopak stav charakterizován nízkou hladinou volného T4-tyroxinu, případně T3 trijodtyroninu a při častějším periferním typu zvýšeným TSH. Jednou z nejčastějších příčin je chronický autoimunitní zánět žlázy – Hashimotova tyreoiditida. Příznaky jsou často plíživé a nenápadné: únava, slabost, zimomřivost, vypadání vlasů a obočí, nárůst hmotnost.

Léčba spočívá v substituci chybějících hormonů: podáváme T4 v dávce, která normalizuje koncentraci TSH.<sup>[40]</sup>

Pacienti s poruchami příjmu potravy mohou zneužívat léky na hypotyreózu s cílem usnadnit hubnutí nebo proti přejídání.<sup>[38]</sup>

### *Psychiatrickým onemocněním se vyskytující s mentální anorexií*

U osob s jedním psychiatrickým onemocněním se velmi často setkáváme i s dalšími (přidruženými) psychiatrickými onemocněními.

- Asi u poloviny lidí trpícími úzkostnými poruchami nakonec vznikne deprese.
- Až 40% procent pacientů s mentální anorexií má také obsedantně-kompulzivní poruchu, která se vyznačuje různými nežádoucími, dotěrnými a opakujícími se myšlenkami nebo chováním, které je nesmyslné a neúčinné. Mezi příznaky obsedantně-kompulzivní poruchy patří časté nutkání na nadměrné mytí rukou, počítání, kontrolu a čištění.
- Téměř většina pacientek s mentální anorexií je v depresi. Tato deprese může mít zvláštní formu, nazývanou jako bipolární deprese nebo bipolární porucha. Dříve se bipolární porucha označovala také jako maniodepresivní psychóza, tento termín už se však nepoužívá.
- Úzkostné poruchy jsou také velmi časté u lidí s mentální anorexií a u jejich členů rodiny.
- Sexuální a fyzické zneužívání může být u 50 až 80% hospitalizovaných žen s poruchami příjmu potravy. Je však důležité poznamenat, že tento výskyt zneužití je podobný výskytu zneužívání u všech psychiatrických hospitalizovaných

pacientů; výskyt sexuálního zneužívání v obecné populaci je 25 procent až 40 procent žen a 10 procent na 15 procent mužů.

Je důležité vědět o dalších chorobách, abychom se při léčbě mohli soustředit na všechny oblasti přiměřeně a tak dosáhnout úplného uzdravení. <sup>[34]</sup>

### **2.7.2 Důsledky a nebezpečí MA**

Neustále opakující se diety, hladovky, zvracení a zneužívání „hubnoucích“ přípravků jsou pro člověka velmi škodlivé a způsobují řadu komplikací. <sup>[22]</sup>

Komplikace spojené se mentální anorexií můžeme rozdělit na ireverzibilní (nevratné) a reverzibilní (vratné) komplikace. Přestože většina lékařských komplikací po návratu do fyziologického stavu zmizí, jsou tu i takové, které jsou trvalé a mohou zapříčinit smrt.

#### *IREVERZIBILNÍ KOMPLIKACE*

- osteoporóza (úbytek kostní hmoty, kosti jsou tenké a křehké),
- abnormality elektrolytů,
- refeeding syndrom (přetížení makronutrienty a mikronutrienty při realimentaci),
- srdeční arytmie,
- deprivace (všeobecné orgánové selhání),
- a sebevraždy.

#### *REVERZIBILNÍ KOMPLIKACE*

- zvýšená citlivost na chlad, riziko podchlazení,
- hypofunkce štítné žlázy,
- vypadávání vlasů (suché a lámavé vlasy),
- lanugo (jemné chloupky po celém těle),
- zvýšená kazivost zubů,
- hypoglykémie (nízké zásoby glykogenu v játrech),
- srdeční slabost,
- nevolnost způsobená zmenšením žaludku a vznik žaludečních vředů ze zvýšené produkce žaludečních šťáv,
- pankreatitida,
- žloutenka,
- zácpa (zpomalená funkce střev), průjem,
- dehydratace, špatná funkce ledvin,
- atonický močový měchýř (častější močení),
- poruchy elektrolytů, různé laboratorní abnormality,
- srdeční arytmie (bradykardie, EKG abnormality, hypotenze, mdloby),
- akrocyanóza,
- pneumotorax,
- nepravidelná až úplná ztráta menstruace, neplodnost,
- snížená činnost pohlavního systému, snížený zájem o sex,

- zvýšený cholesterol v krvi,
- anémie (nedostatek krevních buněk a bílých krevních destiček),
- nedostatek minerálních látek (železo, zinek, hořčík),
- deficit vitamínů (folát, B12, C, D, E),
- snížený objem mozku (zvýšení velikosti komor), poruchy vědomí, bolesti hlavy, závratě,
- zhoršení kvality spánku, nespavost (noční můry, časté buzení),
- poškození jater, která nejsou schopna produkovat dostatek bílkovin (následkem mohou být otoky),
- celkové oslabení obranyschopnosti organismu, únava a svalová slabost. (34)

Dlouho trvajícím hladověním a malnutricí mají kromě tělesných následků i psychické. V centru těchto poruch může být sociální izolace, euforické a depresivní stavy, pocity viny a hanby. [32]

Takové psychické utrpení může vést často i k smrti. Mentální anorexie se považuje jako jedna z nejčastějších psychických poruch vedoucích k smrti. Riziko smrti je až 18x vyšší než u jiných vrstevníků. Mnoho studií uvádí úmrtnost u mentální anorexie mezi 3- 8%. [22]

## 2.8 Léčba mentální anorexie

Léčba mentální anorexie je nejen psychicky, ale i fyzicky velmi náročná a dlouhodobá. Nejdůležitější z celé léčby je pacientovo rozhodnutí a přesvědčení, že se chce opravdu léčit. Pacient si musí být vědom vážnosti svého onemocnění a následně motivován ke zlepšení jeho zdravotního stavu.

Léčení musí být vždy komplexní, psychické i somatické, aby byly včas podchyceny veškeré příčiny a následky onemocnění. [41] Důležitost komplexního léčení spočívá také ve změně vnímání vlastního těla, jídelního chování, vyřešení emocionálních problémů a vztahů s blízkým okolím. [32]

Pro mentální anorexii a bulimii bylo navrženo mnoho léčebných metod, zvláště těch psychoterapeutických, tj. psychodynamická, individuální, familiární, skupinová a kognitivně-behaviorální. [42]

Dále mohou být pacienti léčeni ambulantně, navštěvovat podpůrné organizace a v nejhorším případě být hospitalizováni. [32]

V následujících odstavcích popisují jednotlivé možnosti léčby, přičemž jsem se nejdříve zaměřila na psychoterapeutické metody, které mě svým konceptem oslovily nejvíce.

### 2.8.1 Svépomocné skupiny

Jsou skupiny lidí, které spojuje stejná porucha příjmu potravy. Stejný problém umožňuje ve skupině vzájemné pochopení a pomoc při zvládnutí problémů. Skupina je většinou vedena odborníkem nebo již uzdraveným pacientem. [32]

Účastníci skupiny jsou většinou pacienti, které se bojí metod psychoterapie, anebo nemají příliš financí na léčbu. Skupina je otevřená a zcela dobrovolná.

Cíle svépomocných skupin nejsou tak náročné jako cíle skupinových terapií. Členům skupiny umožňuje seznámení s problémy jiných lidí, získat informace a rizika poruchy, začlenit se do kolektivu a získat nové impulzy do života. <sup>[19]</sup>

V České republice vzniklo občanské sdružení Anabell, nabízející pomoc a podporu lidem s poruchami příjmu potravy. V současné době se Kontaktní centra Anabell nachází v Brně, Praze a Ostravě.

Mezi služby, nabízející těmito centry patří:

- ambulantní pomoc, poradenství a terapie v těžkých životních situacích, ovládnání emocí
- nutriční poradenství a terapie při zdravotních potížích, eliminace špatných stravovacích návyků, redukce hmotnosti, stravování v těhotenství, sportovní a dětská výživa <sup>[43]</sup>

### **2.8.2 Ambulantní péče**

Tato metoda léčby se používá především u chronických pacientů, kteří už mají za sebou mnoho forem léčby a již nedávají šanci ani psychoterapii. Ambulantní léčba má na rozdíl od psychoterapie úplně jiný postup a cíl. Snaží se navrátit pacientku do fyzické a psychické stability, nikoli překonat dlouhodobou poruchu příjmu potravy. Probíhá buď individuálně, nebo ve skupině s lékařským dohledem. V nutných případech by lékaři měli kontrolovat tělesnou hmotnost, hodnoty elektrolytů a další důležité ukazatele zdravotního stavu. Skupinová péče bývá často účinnější, může v ní docházet k vzájemné podpoře a může vyvolávat snahu zlepšit svůj zdravotní stav. <sup>[19]</sup>

### **2.8.3 Hospitalizace**

Poslední možností léčby pro osoby s poruchami příjmu potravy je hospitalizace. Někteří pacienti jsou poruchou tak ohroženi, že hospitalizace a umělé vyživování je zcela nezbytné. Špatné stravovací návyky způsobují řadu zdravotních problémů, které se mohou projevit například zkolabováním a to i u jiného druhu poruchy příjmu potravy.

Pacientky často vnímají hospitalizaci jako zradu, pokud s ní nesouhlasí a jsou k ní, kvůli jejich zdravotnímu stavu, donuceny. Obzvlášť těžce snášejí tento zásah anorektičky, které stále odmítají jídlo a nejsou si vědomy svého vážného zdravotního stavu. Jasný signál, že je jejich život ohrožen, by jim měla dát právě hospitalizace. V tu chvíli si většinou i rodina začíná uvědomovat vážnost nemoci. <sup>[32]</sup>

Pacientkám častěji vyhovuje forma terapie denního stacionáře nebo pouze částečná hospitalizace. Takové programy stanovují jasný řád v jídelním režimu, nabízí intenzivní terapii bez toho, aby se pacient musel vzdát terapeutické podpory nebo úkolů mimo nemocnici. Nepochybně jsou finančně výhodnější než plná hospitalizace a pacient může přecházet mezi hospitalizací a ambulantní léčbou. <sup>[19]</sup>

### **2.8.4 Terapeutické přístupy**

Mentální anorexie jako vážná chorobná závislost potřebuje kromě léčby těla, i odborně vedenou psychoterapii. Aby byla psychoterapie účinná, je důležitá její dlouhodobost v řádu měsíců. To vše záleží na konkrétní metodě a pacientově účasti a spolupráci.

- **RODINNÁ TERAPIE** – Tato terapie bývá většinou první volbou u mladistvých pacientů a pacientů žijících s rodinou. Je vhodná a velmi často používaná spolu s individuální terapií v rodinách, kde se vyskytují různé rodinné problémy. Tyto problémy mohou být často příčinou onemocnění nebo mohou onemocnění prohlubovat. Jedním z mnoha důvodů proč se navrhuje právě tato terapie, je porozumění rodiny pacientova stavu a následně s ním tak zacházet. Pacient sdílí domov se svojí rodinou, která má velký podíl na pacientově pohodě a vyrovnanosti. [19]

- **KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE** - Individuální KBT je vhodná pro pacientky, které vzhledem ke svému věku nejsou schopny rodinné terapie a jsou v pokročilé fázi mentální anorexie. [19]

Terapie se liší od ostatních tím, že nepátrá dlouze po příčinách onemocnění, ale ihned začíná pracovat s odnaučováním nesprávných jídelních návyků a výukou nového postoje nejen k jídlu, ale i k vlastnímu tělu. Po té dochází ke změnám chování, novým řešením problémů a konfliktů, které dřív pacientovi způsobovaly nemoc. [41]

KBT má určité standardy, které je nezbytné dodržovat. Prvním z nich je obvykle stanovená délka terapie, za druhé jsou používány určité strategie a postupy pro řešení problému. A za třetí jsou dobře definovány 4 fáze této terapie. [42]

Terapie je doporučována spíše pro klinické užití, ale v případě pacientova zlepšení je možná i ambulantní terapie. V opačném případě je pak nutné zvážit hospitalizaci.

- **INTERPERSONÁLNÍ TERAPIE** - Tato terapie se přímo nezabývá problémy spojenými s jídlm. Léčba touto metodou se dělí do tří fází. V první fázi dochází k identifikaci interpersonálních problémů, které způsobily, rozvíjí a udržují problémy s jídlm. Druhá fáze spočívá v uzavření terapeutické smlouvy o práci na interpersonálních vztazích. Třetí a poslední fáze je završena otázkami a ukončením terapie.

Terapie se zaměřuje především na mentální bulimii a záchvatovité přejídání. U těchto poruch byla účinnost interpersonální terapie srovnatelná s kognitivně behaviorální terapií. Přesto je však kognitivně behaviorální terapie doporučována jako první volba léčby.

- **PSYCHODYNAMICKÁ TERAPIE** - Psychodynamická terapie bývá rozdělována do dvou škol, kdy každá zastává jiný názor. První škola udává, že by v případě léčby mentální anorexie, neměly být klasické principy dynamické terapie nijak pozměňovány. Druhá škola oponuje tím, že u léčby poruch příjmu potravy je nutná určitá změna a přizpůsobení potřebám pacientek. Psychodynamická terapie je doporučována spíše jako alternativa ke kognitivně behaviorální terapii v případě, že u pacientek nebyly jiné levnější metody účinné.

- **FARMAKOTERAPIE** - Již na začátku 60. let se objevily první studie hovořící o léčbě poruch příjmu potravy psychofarmaky. V té době navazovala na farmakoterapii předešlých psychických poruch, dnes už jsou ale postupy pro léčení mentální anorexie a bulimie značně odlišné. Základem léčby jsou však stejně jako u jiných psychických poruch, antidepresiva a antipsychotika. Ty mají velkou úspěšnost léčby u mentální bulimie, u mentální anorexie bohužel není prokázán tak výrazný účinek.

Mezi hlavní úkoly farmakoterapie poruch příjmu potravy patří:

1. regulace příjmu potravy,
2. léčba současně probíhajících onemocnění, nejen fyzických, ale i psychických, jako je deprese.
3. eliminace somatických problémů vzniklých na základě poruch příjmu potravy [19]

## 2.9 Prevence mentální anorexie

Prevence je velmi důležitou částí odborné péče. Preventivním programům se daří informovat populaci o onemocnění, zvýšit jejich znalosti o problému, ale to bohužel nestačí. Společným cílem, kterého stále nebylo dosaženo, je snaha změnit jídelní chování a postoje k poruchám příjmu potravy.

Prevence PPP je daleko náročnější než prevence drog a alkoholu. Závislí na drogách a alkoholu si jsou vědomi škodlivosti nadměrného užívání, kdežto anorektičtí pacienti si nepřipouští svou nemoc a velmi dobře argumentují.

Zdravé stravě a nespokojenosti se svým vzhledem je věnována velká pozornost. Tento zájem o zdravý životní styl je velmi často komerčně často zneužíván v reklamách.

V dnešní době tvoří televizní reklamy až 11% vysílání a mladiství od 10 do 18 let stráví až 120 minut denně sledováním televize. To může být jedna z možností prevence. Rizikové jsou i mediální informace, které publikují emočně vyostřené zprávy, jako je například smrt modelky nebo plakáty a časopisy s vyhublými modelkami. Je tedy nezbytné snížit expozici těmto rizikovým faktorům.

Internet je jedním z dalších důležitých médií. Až 90% studentů ve věku 12-20 let ho denně využívá ke zjišťování nových trendů, správných norem, hodnot, postojů a názorů.

PPP může být dána i výchovou nebo geneticky. To bývá v případech, kdy poruchou trpí již rodiče, tedy předcházející generace. Tam je nutná prevence relapsu, aby byla porucha včas podchycena a nedošlo k přenosu na potomky.

Prevence kromě boje proti rizikům nevhodných reklam a mediálních kampaní zahrnuje také učení mladé generace pozitivním životním hodnotám a hodnotám, které nespočívají pouze v zevním vzhledu.

V roce 2009 byl publikován článek, obsahující doporučení pro klinické prostředí, školy a další zařízení, potýkající se s poruchami příjmu potravy u mladistvých.

Doporučení jsou založena na závěrech projektu EAT, který zkoumal jídelní zvyklosti adolescentů:

- Vyhnout se nezdravým dietám, a naopak podporovat pravidelné stravování a fyzické aktivity, které jsou dlouhodobě udržitelné.

- Zdůrazňovat pozitivní vlastnosti a soustředit se na pozitivní hodnocení vlastního těla.
- Dbát na společné stravování a při stolování navozovat příjemnou atmosféru.
- Podporovat rodiny, aby se tolik nezaměřovaly na váhu, vyvarovaly se nevhodným komentářům a aby potomky vedly k psychické i fyzické rovnováze.
- Důležité je tedy edukovat také matky o správné výživě dětí <sup>[44]</sup>

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 3. VÝZKUMNÝ ZÁMĚR A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

#### 3.1 Hlavní cíl

V praktické části mé bakalářské práce se pokusím podat zřetelnou a přesnou formou svůj výzkumný záměr, postoj ke zkoumání, metodologii, výběr kvalitativního výzkumu a nakonec také údaje, získané v podobě případových studií, které jsem vytvořila na základě rozhovorů se třemi mladými ženami, jež v minulosti trpěly mentální anorexií.

Jak už vyplývá z názvu mé práce, hlavním cílem bylo zjistit možný vliv výživového poradenství na vznik a rozvoj mentální anorexie. Nabízely se mi dvě možnosti, jak práci zpracovat. Buď se obrátit na odborníky a lékaře v oblasti poruch příjmu potravy nebo spolupracovat přímo s lidmi, kteří si touto nemocí prošli. Vybrala jsem si druhou variantu, protože si myslím, že vlastní zkušenosti respondentek, jsou více vypovídající a přínosnější pro moji práci. Zajímaly mě také jejich názory, pocity a to jak danou situaci vnímaly předtím a jak danou věc vidí s odstupem času. Práci jsem také chtěla poukázat na znalosti, zkušenosti a rizika neodborné péče výživových poradců, kteří se zaměřují na redukci hmotnosti.

V teoretické části jsem podrobně popsala termíny: výživové poradenství a mentální anorexie, což jsou pojmy, které budou často zmiňovány i v praktické části bakalářské práce.

Nejdříve popíši metodologii výzkumu, představím příběhy tří respondentek pomocí případových studií, poté se pokusím analyzovat jejich výpovědi k tématu mentální anorexie a výživové poradenství. V závěru odpovím na výzkumné otázky, které jsem si stanovila na základě vlastních zkušeností a úsudku.

#### 3.2 Výzkumné otázky

Předtím, než si formulujeme výzkumné otázky, musíme jasně definovat výzkumný problém zamýšlené studie. Tedy přesněji, co považujeme za problém a v čem spočívá.<sup>[48]</sup>

V mém případě se jedná o problém neodborné péče výživových poradců, následky jejich nevhodných rad a podávání nekvalitních informací. Také sledávám, že u veřejnosti převládá velká neznalost rozdílu mezi výživovým poradcem a nutričním terapeutem. Na základě těchto problémů jsem definovala výzkumné otázky uvedené v tabulce č. 2.

Výzkumná otázka má v kvalitativním výzkumu stejný význam jako výzkumné hypotézy ve výzkumu kvantitativním. V případě použití kvantitativní metody výzkumné hypotézy testujeme, zatímco při aplikaci kvalitativního výzkumu odpovídáme na výzkumné otázky, neboť není možné testovat hypotézy kvalitativními metodami.

Výzkumná otázka musí být vždy srozumitelně položena a jsou na ní kladeny podobné nároky jako na hypotézu.<sup>[51]</sup>

**Tabulka 2:** Výzkumné otázky

Výzkumné otázky
O1: Rozlišují respondenty terminologii výživový poradce a nutriční terapeut?
O2: Obrací se respondenty, trpící mentální anorexií, častěji na výživové poradce než na nutriční terapeuty?
O3: Vyhledala respondentka výživového poradce za cílem redukce tělesné hmotnosti?
O4: Stanovil výživový poradce jídelníček, který prohloubil či vyvolal vznik mentální anorexie u respondenty?
O5: Zajímal se výživový poradce o dosavadní zdravotní stav respondenty?

#### 4. ZKOUMANÝ SOUBOR

Výzkum se realizoval pouze v minimalistickém provedení na menším vzorku kvůli časové náročnosti osobních rozhovorů. Celkem bylo osloveno dvacet respondentek, klientek centra Anabell, z nichž pouze tři klientky mají zkušenost s výživovým poradcem a mentální anorexií.

Výběr respondentek proběhl na základě těchto kritérií:

- V minulosti či současnosti byla u respondenty diagnostikována mentální anorexie, která odpovídala kritériím tohoto onemocnění MKN 10 (viz. Kapitola 2.2 Diagnostická kritéria pro mentální anorexií)
- Respondentka během svého života vyhledala pomoc výživového poradce
- Věk respondenty se pohybuje od 15 do 35 let

Jak už jsem uvedla výše, pro svůj výzkum jsem získala tři respondenty, které splňovaly mnou vytyčená kritéria. Všechny respondenty jsou ženského pohlaví a jejich věk se pohybuje v rozmezí 15-35 let. Kontakt na respondenty jsem získala prostřednictvím vedoucí mé práce a zároveň nutriční terapeutky, působící v centru Anabell Praha. Velmi důležitá a rozhodující pro mě byla otevřenost, upřímnost a ochota spolupracovat.

Respondenty jsou v textu praktické části reprezentovány pod fiktivními jmény: Petra, Jana a Anna. Jakékoli údaje, které by mohly narušit anonymitu výpovědi, jsou na základě domluvy s respondentkami zaměněny či vůbec neuvedeny.

#### 5. METODOLOGIE A PRŮBĚH VÝZKUMU

Na základě této tematiky jsem zvolila kvalitativní výzkum. Ten sice využívá menší počet respondentů, protože množství získaných údajů by bylo nekonečné a náročné na zpracování, zato zajišťuje hlubší náhled do problematiky mentální anorexie. <sup>[49]</sup> Jako typ přístupu v rámci kvalitativního výzkumu jsem použila případovou studii, protože věřím, že každý příběh je jedinečný a zajímavý.

Případová studie doporučuje použít ke sběru dat širší spektrum materiálů, které mohou sloužit jako zdroje údajů. Já jsem ke své práci zvolila rozhovor, který považuji vzhledem k dané tématice za nejvhodnější. Rozhovor jsem praktikovala ve dvou podobách – narativní a polostrukturovaný. Kromě rozhovorů jsem také použila dokumentaci výživových poradců a center pro výživu, kterou mi byly respondenty ochotny poskytnout.

Data získaná na základě výpovědí respondentek jsem zpracovávala metodou otevřeného kódování, která spočívá v analýze a konceptualizace, jejímž výsledkem jsou záznamy kódování. V následujících odstavcích popisují výše uvedené pojmy a jejich využití v praxi.

## 5.1 Kvalitativní výzkum

Na začátku každého kvalitativního výzkumu si výzkumník stanoví téma a definuje základní výzkumné otázky. Tyto otázky se mohou během výzkumu, sběru či analýzy dat měnit či doplňovat. Výzkumník se snaží vyhledat a analyzovat informace, které mu pomáhají odpovědět na výzkumné otázky.

Zdrojem dat jsou v kvalitativním výzkumu terénní poznámky z pozorování a rozhovorů, audiozáznamy, deníky, osobní komentáře, poznámky a vše, co nás zasvětí do všedního života zkoumaných lidí.

Kvalitní výzkum je odborníky často považován za sbírku subjektivních dojmů. V porovnání se statistickou analýzou totiž nelze kvalitativní analýza formalizovat. <sup>[49]</sup>

Výhody a nevýhody kvalitativního výzkumu jsem shrnula do tabulky č. 3. Za největší výhodu a také důvod, proč jsem si vybrala tuto metodu, považuji zkoumání problému do hloubky, porovnávání jednotlivých případů a zkoumání příslušných procesů. Kvalitativní výzkum nám podává důkladné informace, proč se daný jev objevil.

Já jsem dala přednost kvalitativnímu výzkumu, protože považuji mentální anorexii ve spojení s výživovým poradenstvím za velmi důležitou, zajímavou a neprobádanou problematiku, která by se těžko chápala a vyhodnocovala pomocí dotazníků či jinými statistickými metodami. Pro obě témata je důležitý výzkumníkův zájem o bádání, zkoumání souvislostí a pochopení jednání respondentů.

V ošetřovatelství se často upřednostňuje kvalitativní vědecká metoda, protože se předpokládá holistický přístup k člověku, tj. vnímání ho v jeho bio-psycho-sociální rovině. <sup>[50]</sup>

V tabulce č. 4 uvádím pro přehlednost rozdíly a charakteristiky kvalitativního a kvantitativního výzkumu, z kterých lze usoudit, že kvalitativní výzkum byl pro mě a moji bakalářskou práci tou správnou volbou.

**Tabulka 3:** Přednosti a nevýhody kvalitativního výzkumu <sup>[49]</sup>

Přednosti kvalitativního výzkumu	Nevýhody kvalitativního výzkumu
Získává podrobný popis při zkoumání jedince, skupiny události, fenoménu.	Získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí.
Zkoumá fenomén v přirozeném prostředí.	Je těžké provádět kvantitativní predikce.
Umožňuje studovat procesy	Je obtížnější testovat hypotézy a teorie.
Umožňuje navrhovat teorie.	Analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy.
Dobře reaguje na místní situace a podmínky.	Výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.
Hledá lokální příčinné souvislosti.	-
Pomáhá při počáteční exploraci fenoménů.	-

**Tabulka 4:** Rámcová charakteristika kvantitativního a kvalitativního výzkumu <sup>[53]</sup>

Kvantitativní výzkum	Kvalitativní výzkum
Zaměření – stručné, jasné	Zaměření – komplexní, široké
Usuzování – logické, deduktivní	Usuzování – dialektické, induktivní
Základ poznání – příčina a následek	Základ poznání – smysl a objevování
Ověřování teorie, hypotézy	Vytváření teorie a hypotézy
Kontrola	Společná interpretace
Používání techniky	Používání komunikace a pozorování
Základní element analýzy - čísla	Základní element analýzy – slova, věty
Statistická analýza	Individuální interpretace
Generalizace	Jedinečnost

## 5.2 Případová studie

Případová studie je definovaná jako detailní studium jednoho či několika málo případů. Na rozdíl od statistického šetření, kde shromažďujeme malé množství dat od velkého počtu jedinců, v případové studii získáváme velké množství dat od jednoho nebo malého počtu jedinců. Stejně tak i já jsem získávala mnoho informací pouze od tří respondentek.

Cílem případové studie je zachycení složitosti případu a popisů vztahu v jejich komplexnosti, což byl právě i můj záměr.

V závěru studie se případ včleňuje do širších souvislostí a může se srovnávat s jinými případy.

Dle sledovaného případu se případové studie dělí na několik typů. Já jsem pro svoji studii zvolila osobní případovou studii. Tato studie věnuje pozornost jednomu jedinci, jeho minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určitým situacím. Bádají se možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, jež k ní měly vztah. Často může jít o zachycení celého života. <sup>[49]</sup>

## 5.3 Metoda získávání dat

Získávání dat se uskutečnilo pomocí rozhovorů, které patří mezi jednu z nejobtížnějších a zároveň nejvýhodnějších metod pro získávání kvalitativních dat. Sama jsem si ověřila, že zvládnutí takového rozhovoru nespočívá pouze v získání potřebných informací, ale také v sociálních dovednostech, citlivosti a schopnosti pozorování.

Důležitým znakem rozhovoru je, že jej nelze provádět bez kombinace s metodami pozorování. Bez kvalitního pozorování není možné provádět kvalitní rozhovor. Klasický rozhovor prováděný tváří v tvář se dělí do tří skupin:

- nestrukturovaný rozhovor,
- polostrukturovaný (semistrukturovaný) rozhovor,
- strukturovaný interview. <sup>[51]</sup>

Já zvolila nejrozšířenější formu rozhovor, a to rozhovor polostrukturovaný s prvky narativního rozhovoru, který je formou nestrukturovaného rozhovoru.

### 5.3.1 Polostrukturovaný rozhovor

Jak už jsem uvedla výše, polostrukturovaný rozhovor je zřejmě nejvíce rozšířenou metodou interview, která dokáže řešit mnoho nevýhod strukturovaného, i plně strukturovaného interview. Polostrukturovaný rozhovor je na rozdíl od nestrukturovaného rozhovoru náročnější, neboť jsem si musela vytvořit okruh otázek, na které se budu respondentů ptát. (Viz příloha 2) V rámci polostrukturovaného rozhovoru jsem používala různá upřesnění a vysvětlení odpovědí respondentek. Nechávala jsem si dovysvětlit, jak danou věc myslí, ověřovala jsem si, zda jsem odpověď správně pochopila a rozpracovávala téma do takové hloubky, která byla nejvíce přínosná vzhledem k definovaným výzkumným otázkám.

Díky možnosti kombinovat prvky nestrukturovaného i strukturovaného rozhovoru byl pro mě polostrukturovaný rozhovor téměř ideálním výzkumným nástrojem v kvalitativní metodě získávání dat. Tuto možnost jsem neváhala využít a do polostrukturovaného rozhovoru jsem zařadila prvky nestrukturovaného rozhovoru, konkrétněji jeho formu zvanou narativní rozhovor.

Mezi velkou výhodou považuji možnost klást doplňující otázky, které zvýšily přesnost a výtěžnost mého rozhovoru.

Nevýhod polostrukturovaného rozhovoru je opravdu málo. Jednou z nich však může být porucha struktury rozhovoru a získávání dat, která neodpovídají cílům výzkumu a výzkumným otázkám.<sup>[51]</sup>

### 5.3.2 Narativní hovor

Narativní rozhovor je tedy forma nestrukturovaného rozhovoru. Hlavní charakteristika tohoto rozhovoru spočívá v tom, že tazatel podněcuje u dotazovaného spíše vyprávění než klasickou výměnu otázek a odpovědí.<sup>[51]</sup> Toto podněcování jsem založila na vhodných otázkách a komentářích tak, abych respondentku rozpovídala o daném problému, který mě zajímal. Respondentku jsem zbytečně nepřerušovala a nezasahovala do dějové linie vyprávění.

Mojí hlavní snahou a cílem bylo získat co nejvíce autentických materiálů, které jsou zdrojem cenných informací o respondentce samé, jejím životě, zkušenostech, pocitech, atd.

### 5.4 Analýza dat-otevřené kódování

Princip této metody spočívá v pročitání terénních poznámek, prepisech rozhovorů a zaznamenávání tzv. kritických míst, což jsou opakující se témata. Otevřené kódování ukazuje v datech specifická témata. Z mé studie vzešly otevřeným kódováním tato témata: vliv výživového poradce, nutriční bilance, anorexie, důvěřivost respondentky, faktor okolí a hospitalizace. Témata vznikly na principu zjišťování obecnějších kategorií postupným sestavováním abstraktnějších kategorií, které mi pomohly ve vytvoření závěrečné teorie.

## 5.5 Průběh výzkumu

Jedním z nejtěžších úkolů před začátkem výzkumu bylo získat vhodné respondentky, které budou ochotny otevřeně mluvit o své zkušenosti s mentální anorexií a výživovým poradenstvím. Ze začátku jsem si myslela, že hledání respondentek bude velmi snadné a brzy naleznu vhodné respondentky. Po dlouhém bádání s vedoucí práce jsme však zjistily, že hledání nebude tak jednoduché, neboť je spousta slečen trpící mentální anorexií, které ji nemají diagnostikovanou, či nezpochybňují péči výživového poradce.

Po dlouhém a náročném hledání jsem nakonec získala příslib tří respondentek, které byly ochotny spolupracovat. Všechny tři slečny byly během svého onemocnění hospitalizovány. V období rozhovorů byly již vyléčeny a spoluprací se mnou chtěly předat informace a zkušenosti nejen mně, ale i populaci, která by tímto problémem mohla trpět.

Žádnou z dívek jsem předem neznala a důvěrněji jsme se seznámily, až po mém oslovení. Z počátku panovaly jisté obavy z prvních dojmů, zdali budou slečny otevřené a ochotné mluvit o svých zkušenostech. Nakonec vše dopadlo nadmíru mého očekávání. Všechny slečny byly moc milé, komunikativní, upřímné a otevřené. Nedělalo jim problém odpovědět na žádnou mnou položenou otázku a to mě ujistilo v úspěšném průběhu mého výzkumu.

Než jsem se s respondentkami jednotlivě sešla, udržovaly jsme nepravidelný kontakt po dobu asi jednoho měsíce. Vzhledem k naší časové vytíženosti nebylo snadné stanovit termín schůzky, který bude vyhovovat oběma stranám.

Na začátku každé schůzky jsem použila metodu narativního rozhovoru a postupně jsem zařazovala polostrukturovaný rozhovor. Vysvětlování různých nejasností při transkripci rozhovorů a jejich kódování se uskutečnilo prostřednictvím elektronické komunikace, která mi jako doplňková forma komunikace velmi pomohla.

Veškeré rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté přepisovány. Tento způsob se mi velmi osvědčil a mohu jenom doporučit. Během rozhovoru jsem se mohla plně soustředit na respondentky výpověď, její gestikulaci a emoce. Přestože jsem si díky nahrávání nemusela nic zaznamenávat, nedalo mi to a důležité poznatky jsem si zaznamenávala do předem vytištěného seznamu otázek.

S respondentkami jsem nadále v kontaktu a máme velmi dobré vztahy. Při přepisování rozhovoru jsem tedy neměla problém je kontaktovat a doptat se na potřebné informace.

Po analýze už zbývalo pouze zpracovat výsledky a závěr, které jsem se vydedukovala na základě analýzy.

Veškerá spolupráce s respondentkami proběhla velmi úspěšně a já doufám, že náš kontakt bude nadále pokračovat.

## 5.6 Vztah výzkumníka k výzkumu

Jak už jsem se v práci několikrát zmínila, téma mentální anorexie a výživové poradenství je pro mě čím dál tím více zajímavější. Téma bakalářské práce jsem si záměrně vymyslela, neboť mám s oběma problémy zkušenost. Stejně tak v mém okolí se čím dál tím více setkávám se slečnami, trpícími poruchou příjmu potravy. Mimo to mi tento výzkum přinesl

mnoho zkušeností a hlavně inspiraci k vytvoření něčeho přínosného a smysluplného, co zvýší informovanost o těchto dvou pojmech.

## 6. PŘÍPADOVÉ STUDIE

V následujících kapitolách znázorním tři příběhy mladých žen, které se léčily s mentální anorexií, byly v kontaktu s výživovým poradcem, následně podstoupily hospitalizaci a dnes žijí spokojeným plnohodnotným životem. Respondentky jsou zde reprezentovány pod fiktivními jmény: Petra, Jana a Anna.

### 6.1 Případová studie č. 1: Petra

Petře je nyní 18 let a připravuje se na maturitní zkoušku. Vyrůstala v milující rodině, kde se nevyskytovaly žádné vážné zdravotní problémy. Otcův největší koníček je vaření, miluje českou kuchyni a potrpí si na teplé obědy i večere. Matka má mnoho zkušeností s dietami. Před 6 lety osobně navštívila známou komerční firmu zaměřenou na redukci hmotnosti, ale Petra nereflektuje, že by jí to tou dobou nějak poznamenalo.

Na základní škole měla Petra plnoštíhlou postavu, sama uvedla, že byla vždy línější a nikdy nic nedělala. Matka jí psala omluvenky na tělesnou výchovu, protože se jí spolužáci posmívali.

V 9. třídě její spolužačka onemocněla mononukleózou, přičemž zhubla a Petře se začala posmívat, že je tlustší. To bylo impulsem, proč se Petra začala zajímat o svou postavu.

V září 2014 měla nastoupit na střední školu, a tak před prázdninami a během nich začala intenzivně cvičit. Frekvence cvičení se čím dál tím víc zvyšovala a Petra zhubla 10 kg.

V červnu 2014 letěla Petra na výměnný pobyt do Miami, kde se seznámila se švédskou kamarádkou. Ta se věnovala také výživě a cvičení, takže si skvěle rozuměly. Myslela si, že co je zdravé, to je i dietní. Jedla vše, ale nepřibrala.

Poté jela na prázdniny do Švédska, kde byla 5 dní a přibrala 7 kg. Jedla prý jenom sladkosti, chtěla vše ochutnat.

V srpnu 2014 měla Petra 68 kg, cvičila 3x týdně, ale hubnutí se nedařilo. Matka byla velmi nešťastná, že se nic neděje a ihned objednala Petru do známé komerční firmy zaměřené na redukci hmotnosti.

V komerční firmě byla Petra změřena a zvážena. V té době vážila 68 kg a měřila 160 cm, tj. BMI 26, 6. Její cílová hmotnost byla 60 kg. Podle základní typologie jí stanovili jídelníček, který obsahoval povolené a zakázané potraviny. (Tyto potraviny uvádím v tabulce č. 5). Za začátku povolené potraviny vůbec neznala. S matkou vše nakoupili a do hubnutí se hned pustila. Ze dne na den vyškrtla veškeré sladkosti. „*Vždy jsem byla pro vše velmi nadšená, tak jsem to poctivě dodržovala a kila šla dolů.*“ Výživová poradkyně věděla, že Petra cvičí minimálně 3x týdně. Měla nařízené si vše zapisovat do bloku. Do dnes přesně ví, kolik má která potravina kalorií a kolik kalorií spálí při různém cvičení. Petře byly nabídnuty i speciální proteinové tyčinky, proteinová káva, čaje a spalovače tuku. To vše si Petra nakoupila.

Petra chodila po obchodě se seznamem povolených a zakázaných potravin. „*Jednou jsem si dělala brokolice polévku pouze z vody a brokolice a moje mamka mi tam rozmixovala uzené kuřecí maso. Ptala jsem se jí, co tam je jiného. Sdělila mi, že tam přidala maso, které jsem neměla v jídelníčku. Uzené maso bylo na seznamu zakázaných potravin a já ihned volala výživové poradkyni. Ta řekla, že to je rozhodně špatně.*“

Následovaly neustále hádky s rodiči a Petra si uvědomila, že má problém. V seznamu zakázaných potravin měla i mléčné výrobky. Od té doby byl pro ni sýr vzor tloušťky.

Pod vedením výživového poradce zhubla Petra 12 kg za 2 měsíce, tj. na 56 kg. Po fyzické stránce je to stále v normě, ale matka už začala mít podezření na mentální anorexii. Zavolala do komerční firmy a řekla jim o jejím podezření, ti to popřeli. „*Většina lidí si totiž pod pojmem anorexie nepředstaví tu nemoc, ale tu hubenou anorektičku, které kouká každá kost z těla.*“ Matka výživové poradkyni věřila. Myslela si, že výživový poradce je někdo, kdo tomu opravdu rozumí.

Petra věděla, co chce, že chce být nejhubenější. Také věděla, že jídlo je její nepřítel. Ve svých očích se viděla 4x větší než byla. „*V plávkách jsem byla pro sebe největší motivací. Uplavala jsem klidně 10 km, sotva jsem pak došla do šatny.*“

Petra měla přesně stanoveno kdy a co jíst. Od 14 hodin už vůbec nesměla jíst sacharidy. „*Ta ženská mi vyloženě řekla, co nesmím.*“ To, co bylo na seznamu nedoporučených potravin, pro ni neexistovalo. Třeba jahody a meloun měla moc ráda, ale prostě to nemohla jíst. To byl pro ni jasný směr, kterým se řídila.

Po 4 měsících pod dohledem výživového poradce začala matka řešit odstupné. Celkem zaplatili za půlroční hubnoucí program 10.000 Kč.

Brzy poté přijela na návštěvu švédská kamarádka. Petru skoro nepoznala, chválila jí, jak krásně zhubla a to se Petře líbilo. Společně poprvé zašly do fitness centra a od té doby ho Petra začala pravidelně 4x týdně navštěvovat. Najala si tam trenérku, také výživovou poradkyni, a doufala, že ta jí pomůže, když ví, jak nadměrně cvičí. Petra neměla žádné překážky, kdyby trenérka chtěla, ať osm hodin běhá, udělala by to. Do teď prý plno lidí nechápe, co vše musela dělat. „*Jídelníček už byl lepší, ale od certifikovaného výživového poradce by takhle určitě neměl vypadat.*“ K snídani měla vždy 25 g vloček zalitých vodou, k obědu a k večeři nejčastěji kuře s rýží

Od září do prosince 2014 zhubla Petra 18 kg, tj. na 50 kg. Vstávala ve 4 hodiny ráno, aby mohla hodinu cvičit, odpoledne pak cvičila dvě hodiny ve fitness centru.

Začala být velmi vynalézavá, jídlo si schovávala na různá místa a rodičům často lhala. „*Tatka vše máchá v oleji, vše je mastné. Přišla jsem do školy a šla jsem na záchod propláchnout krabičku s jídlem vodou. Nemělo to žádnou chuť ani barvu.*“ Do školy chodila ráda, a ve druhém ročníku měla perfektní známky. Když se učila, nemyslela na jídlo. Nebyly tam rodiče, tak si mohla jíst, co chtěla. Rodičům vždy řekla, co vše si koupila ke svačině a ti jí to věřili. „*Táta do teď neví, že jsem měla anorexii.*“

Nastaly vánoční svátky a 16 dní doma s rodiči znamenalo pro Petru utrpení. „*Kdybych měla říct, co mi anorexie vzala, tak je to táta.*“ Bylo pro ni nepředstavitelné jíst večer sacharidy. V noci před Štědrým večerem se vplížila do ledničky a ze své porce vybrala co nejvíce brambor. Silvestr slavila s rodiči a jejich známými. Petra v té době neměla žádné kamarády. Existovalo pro ni pouze jídlo, cvičení a škola. „*I tuk byl pro mě*

*noční můrou a táta to moc dobře věděl. Nabízel mi tučné oříšky a já musela nejméně jeden sníst. Kvůli tomu jsem probřečela celý večer.“*

Po novém roce šla Petra na konzultaci k odbornému lékaři na výživu. Ten jí ale poslal domů s tím, že anorektička není. Petře proběhlo v hlavě: „*Jak jako nejsem?*“ A od té doby to mělo spád jen dolů. Matka s Petrou nemohla do ordinace, a tak Petra vše sváděla na pana doktora, který mentální anorexii popřel a vše povolil.

Ještě nadměrnější cvičení Petra odůvodňovala nastávající dovolenou. Tato dovolená byla pro Petru zatím nejlepší v životě. Mohla jíst jenom ryby, přijímat minimum sacharidů a měla k dispozici velký výběr zeleniny.

Po dovolené v Thajsku měla přijít opět na kontrolu k panu doktorovi. Před touto kontrolou vypila 8 litrů vody, protože věděla, že se bude muset vážit. Nakonec váha ukázala o 3 kg více, tedy 52 kg a doktor pouze doporučil, aby začala jíst knedlíky a rohlíky.

Následoval tří měsíční výměnný pobyt v Americe, kde Petra byla sama a nikdo jí nehlídal. Bydlela na koleji daleko od školy a každý den do ní docházela 6 km. Součástí denní aktivity byla samozřejmě i návštěva fitness centra. Jídlna byla typu all inclusive, takže mohla jíst pouze saláty. Největší jídlo dne byla proteinová tyčinka a osm litrů coca-coly bez cukru. Během prvních 14ti dnů zhubla v Americe z 50 kg na 40 kg. S rodiči volala přes Skype tak, aby jí byla vidět jen hlava. Jednoho dne však chtěli rodiče něco ukázat, Petra se zvedla od stolu a rodiče se zděsili. Matka ihned začala jednat a během několika dní přiletěla do Ameriky.

Než matka přiletěla, měla Petra nervové selhání levé hemisféry. „*Šla jsem na kolej a zakopávala jsem o svojí levou nohu. V noci jsem se nemohla otočit, necítila jsem levou stranu těla. Ráno už jsem cítila našťestí jen brnění.*“ Matka dorazila do Ameriky a snažila se Petru postupně rozjíst. Přesto však po návratu do Česka vyhledaly odbornou pomoc a Petra byla pár dní hospitalizována. Uvědomovala si svůj problém a chtěla se léčit doma. Čtyři měsíce byla zavřená doma, nechodila do školy a navštěvovala pouze psychiatricku. Nikdy nebyla na třídní fotce.

Za dva měsíce Petra přibrala na 58 kg a mohla nastoupit do školy. Celý den se držela, ale každý večer musela mít něco sladkého. Stalo se to zvykem, jakmile sladké neměla, dostala záchvat. Takhle se jí váha vyšplhala ze 40 kg až na 82 kg. Zhoršily se jí známky, nechodila do školy a hrozně se styděla. Každý den chodila na tři hodiny do fitness centra, ale to pro ni prý nemělo žádný význam, když se pak přejedla sladkým.

Petra začala navštěvovat psychoterapeuta a docházela na elektroléčbu, která jí prý pomohla fyzicky i psychicky. Nyní má 12 kg dole a cítí se spokojeně. „*Už se nikdy nechci dostat zpátky. Jde to pomaleji, ale strašně mě to baví.*“ Petra je za své uzdravení nejvíce vděčná matce, která ji celou dobu pomáhala a podporovala.

Já Petru hodnotím jako ukázkový případ mého výzkumu. V plném zdraví navštívila centrum pro výživu, kde jí výživový poradce stanovil neadekvátní jídelníček. Přes všechno, co zažila, se o tom nebála mluvit. Byla velmi příjemná, upřímná a otevřená. Věci nazývala pravým názvem a srozumitelně mi odpovídala na otázky. Některé byly odpovězeny během rozhovoru, na některé jsem se však na konci rozhovoru musela doptat. Zde uvádím pro přehled shrnutí rozhovoru.

## **DOTAZNÍK**

**1) Věk:** 18let

**2) Pohlaví:** žena

**3) Odkud jste?** Praha

**4) Léčíte/ léčila jste se s mentální anorexií?** „Ano.“

**5) Kdy Vám byla mentální anorexie diagnostikována?** „Před 2 lety.“

**6) Váha/výška před a po návštěvě výživového poradce?**

„Před 68 kg/160 cm, po 40 kg/ 160 cm.“

**7) Zajímala jste se o odborné vzdělání poradce?**

„Ne. Matka věřila, že výživový poradce je někdo, kdo tomu opravdu rozumí.“

**8) Co jste očekávala od návštěvy výživového poradce?**

„Redukci. Můj cíl bylo zhubnout z 68 kg aspoň na 60 kg.“

**9) Splnila návštěva Vaše očekávání?** „Zpočátku ano.“

**10) Zhubla jste pod vedením výživového poradce?** „Ano.“

**11) Upozornil Vás výživový poradce na začátku či v průběhu návštěv, že již hubnout nepotřebujete a je to zdraví nebezpečné?** „Ne.“

**12) Prošla jste nějakou změnou ve stravě již před návštěvou VP? Jak vypadalo Vaše stravování před návštěvou a po návštěvě? (Jak často jste se vážila, sledovala se v zrcadle, počítala jste kalorie)**

„ Před návštěvou výživového centra jsme doma neměli ani osobní váhu. Nevěděla jsem, co je kalorie.“

**13) Zaměřovala jste se na svoji postavu už před návštěvou VP?** „Ano.“

**14) Užívala jste nějaké doplňky stravy? Od jedné nebo více značek?**

„Ano. Byly mi doporučeny proteinové tyčinky, čaje a káva.“

**15) Myslelo si Vaše okolí, že máte problémy s váhou, i když jste sama problémy nepocítovala?** „Ano, především matka.“

**Tabulka 5:** Doporučené a nedoporučené potraviny

Doporučené potraviny	Nedoporučené potraviny
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bílkoviny:</b> hovězí, skopové, jehněčí, srdce a játra, 2x týdně drůbež, ryby</li><li>• <b>Sacharidy:</b> rýže, pohanka, amarant, jáhly, quinoa, ananas, citron, maliny, rybíz</li><li>• <b>Tuky:</b> olej z lněných semínek, dýňová semínka</li><li>• <b>Zelenina:</b> artyčoky, kedluben, čekanka, křen, brokolice, cibule, špenát, řepa</li><li>• <b>Potraviny podporující váhový úbytek:</b> mořské řasy, sůl s jódem, játra, červené maso, kapusta, špenát, brokolice</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bílkoviny:</b> vepřové maso, uzený losos, mléčné výrobky, fazole, čočka</li><li>• <b>Sacharidy:</b> kukuřičné lupínky a pečivo, polenta, ovesné vločky, pečivo a těstoviny, jahody, pomeranče, mandarinky, meloun</li><li>• <b>Tuky:</b> kešu, para ořechy, mák, kokos, arašídy, pistácie</li><li>• <b>Zelenina:</b> avokádo, olivy, kukuřice, brambory, kapusta, lilek, květák, houby, zelí</li><li>• <b>Další:</b> jablečný mošt, šťáva ze zelí, káva, černý čaj, vanilka, octy, kukuřičný škrob</li></ul>

## 6.2 Případová studie č. 2: Jana

Janě je nyní 18 let. Ve škole vždy vynikala výbornými známkami a rodiče z ní měli radost. Celá její zkušenost s mentální anorexií a výživovým poradcem se odehrála v roce 2015, kdy bylo Janě 16 let.

V té době už měla přítele, u kterého trávila hodně času. První změny nastaly v květnu, kdy se vrátila z víkendového pobytu s přítelem, kde stále jen jedli. „*Ze srandy jsem si stoupla na váhu a zjistila jsem, že vážím ještě méně. Do té doby jsem se nikdy moc nevážíla, ale od té doby pravidelně každý den.*“ V té době Jana vážila 59 kg na 173 cm. Začala hodně sportovat a omezovat vše sladké a pečivo. To byla pro ni velká změna, do té doby zvládala sníst i několik sušenek na posezení. Jana uvedla, že nikdy neprestala úplně jíst. Jen hodně snížila příjem a zvýšila výdej.

Janě stále klesala tělesná hmotnost. V červnu si začala tělesných změn všimnout matka a Janě zakázala jakýkoli sport, dokud nepřibere. Chtěla ji zakázat i letní tábor, ale Jana ji ujistila, že tam bude jíst a nezhubne. Jana ale opět zhubla, a tak po prázdninách navštívily praktickou lékařku, která se snažila Janě domluvit. „*V podvědomí prostě bylo, že nechci přibrat. Musela jsem mamce fotit vše, co jsem snědla. Nikdy jsem nelhala a nepodváděla.*“

Před tím než se matka obrátila na odborníka přes poruchy příjmu potravy, chtěla zkusit kontaktovat výživového poradce. Matka ani Jana v té době nerozlišovaly nutričního terapeuta od výživového poradce. Při první konzultaci podstoupila Jana měření a vážení, vážila 54 kg na 173 cm. Výživový poradce to zhodnotil jako průměrnou váhu. „*Viděl ve*

*mně nadějnou sportovkyni. Říkaly jsme mu, jaký mám problém, fobii z jídla a že chci nabrat. V jídelníčku jsem měla samé light potraviny. Myslím, že to jsem zrovna nepotřebovala.“* Jana držela jídelníček měsíc a zhubla na 49 kg. Výživovému poradci už se zpátky neozvala.

Matka dostala kontakt na odborníka přes poruchy příjmu, který pracuje v Thomayerově nemocnici a dříve působil na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Nejdříve tam Jana dojížděla na ambulantní léčbu a byla tři týdny v domácí péči. Pak už to prý nešlo zvládnout. Měla zakázaný jakýkoli sport. Celý rok probřečela a byla psychicky velmi vyčerpaná. Doktor po neúspěšné domácí léčbě hospitalizoval Janu na dětském oddělení Thomayerovy nemocnice a vyhrožoval přestupem do Motola, pokud nezačne přibírat na váze.

Jana byla hospitalizovaná v Thomayerově nemocnici 21 dní, během kterých nic nepřibírala, naopak zhubla. Nejnižší váha byla 47 kg na 173 cm. V nemocnici musela jíst celé porce 6x denně. Janě to ale celkem chutnalo, i když to bylo mastné a tučné. Do nemocnice šla dobrovolně, ale s brekem. Chtěla se z toho dostat. Když stále nepřibírala, řekla rodičům, ať jí nosí sladkosti. Do teď by ale nesnědla máslo. Přišlo jí zbytečné jíst samotný tuk, když si ho může dát třeba v čokoládě nebo v oříškách. Vážili ji 2x denně ráno v 5 hodin a odpoledne v 17 hodin.

Janu velmi mrzelo, že měla zakázané vycházky, přestože se snažila. *„Jediný kdo mi v nemocnici věřil, byli rodiče. Doktoři se pouze koukali, jestli jsem zhubla nebo ne.“*

Nakonec byla propuštěna pro neúspěšnou léčbu s čekací listinou do Motola, kam za žádnou cenu nechtěla. Doktor ji oznámil, že to nemá cenu, když podvádí. V tu chvíli byla Jana hrozně šťastná, že může jít domů. Doma se snažila jíst opravdu vydatně, protože do Motola jít nechtěla. Kromě občasné bolesti břicha, naštěstí neměla žádné zažívací problémy a metabolismus se s velkým příjmem rychle vyrovnal.

Přibírala pomalu, protože nikdy nechtěla přibírat na úplně nezdravých jídlech a fast foodech. Chtěla zase začít sportovat, tak šly zábrany stranou a postupně začala jíst vše. Jana měla takzvané váhové hranice, když měla 55 kg, mohla začít chodit do fitness centra. Od 58 kg mohla začít dělat vše. *„Pak už to šlo samo. Bála jsem se, že se váha nezastaví. Teď mám období záchvatovitého přejídání, ale umím to vypořit, takže to na mě není vidět.“* Nyní má Jana 62 kg, ale váhu se snaží nebrat vážně. Jídlo bere jako palivo a jí vše, co jí doma připraví.

Jany případ mě opět velmi zaujal. Přestože se Jana velmi snažila a jedla vše, co jí okolí připravilo, váha rostla velmi pomalu. Ani tím se nenechala odradit a dnes opět sportuje v plné síle.

V tomto případě měl výživový poradce velký vliv na rozvoj mentální anorexie. Za velkou chybu považuji, že Janu neupozornil na možná rizika a nepředal jí do rukou odborníků.

V rozhovoru s Janou byly otázky položeny v průběhu rozhovoru, zde je jejich shrnutí.

## DOTAZNÍK

- 1) **Věk:** 18 let
- 2) **Pohlaví:** žena
- 3) **Odkud jste?** Praha
- 4) **Léčíte/ léčila jste se s mentální anorexií?** „Ano.“
- 5) **Kdy Vám byla MA diagnostikována?** „V 16ti letech.“
- 6) **Váha/výška před a po návštěvě výživového poradce?**  
„Před 54 kg/173 cm, po 49 kg/ 173 cm.“
- 7) **Zajímala jste se o odborné vzdělání poradce?**  
„Ne, nerozlišovaly jsme s mamkou výživové poradce od nutričních terapeutů.“
- 8) **Co jste očekávala od návštěvy výživového poradce?** „Nabírání hmotnosti.“
- 9) **Splnila návštěva Vaše očekávání?** „Rozhodně ne.“
- 10) **Zhubla jste pod vedením výživového poradce?** „Ano, 5 kg.“
- 11) **Upozornil Vás výživový poradce na začátku či v průběhu návštěv, že již hubnout nepotřebujete a je to zdraví nebezpečné?** „Ne.“
- 12) **Prošla jste nějakou změnou ve stravě již před návštěvou VP? Jak vypadalo Vaše stravování před návštěvou a po návštěvě? (Jak často jste se vážila, sledovala se v zrcadle, počítala kalorie)**  
„Ano do té doby jsem zhubla 5 kg, hlavně nadměrným cvičením a snižováním porcí.“
- 13) **Zaměřovala jste se na svoji postavu už před návštěvou VP?** „Ano.“
- 14) **Užívala jste nějaké doplňky stravy? Od jedné nebo více značek?**  
„Ne, ale byly mi doporučeny různé suplementy.“
- 15) **Myslelo si Vaše okolí, že máte problémy s váhou, i když jste sama problémy nepocítovala?**  
„Ano, hlavně mamka a tatka.“

### 6.3 Případová studie č. 3: Anna

Anna je dnes 36 letá žena, která žije se svým manželem a pěti kočkami v pražském bytě. Velmi ráda sportuje, především běhá a chodí několika kilometrové pochody. Anna je od narození krátkozraká a má Leidenskou mutaci.

Na základní škole měla vždy průměrnou postavu, přesto však byla středem posměšků svých spolužáků. Spolužáci jí nadávali, ničili věci a ponižovali. Poté začala chodit na střední školu, kde se situace zlepšila. Ve 20 letech začala navštěvovat fitness centrum, kde oslovila výživového poradce. Z této doby Anna nemá jídelníček a moc si na něj nevzpomíná. „*Taky to vedlo k tomu, abych měla anorexii. Jídelníček byl založen na velmi nízkém příjmu a já jsem si potraviny ještě ubírala.*“

Poté začala Anna hodně sportovat a k tomu potřebovala i více energie. Začala více jíst, ale z jídla měla stále výčitky. Anna uvedla, že nikdy neměla čistou anorexii, začala se do toho i přejídat. Po delší túře si dala bagetu, ale musela jí hned vyzvracet.

Anna své problémy s jídlem začala řešit až po osmi letech, kdy se to vystupňovalo vážnými problémy. Do té doby se s nimi snažila vypořádat sama. Stále dokola se přejídala a zvracela. Bála se jíst před lidmi, myslela si, že je to něco špatného. Když začala hubnout, lidé ji chválili. Myslela si, že je to spojené s tím, a tak neměla důvod v hubnutí přestat.

*„Tajně jsem doma zvracela do vany, mamka na to přišla a hrozně mi to vyčítala. V té době jsem si dělala kurz fitness instruktora a mamka mi říkala, že bych měla jít příkladem.“*

Pak se Anna přestěhovala k příteli do Prahy. Ten býval často pryč, a tak měla Anna volnou ruku v jídle. Nejhorší to prý bylo, když hubla do svatebních šatů. Měla šaty po tetě a mamce, které byly vždy štíhlejší. Nakonec zhubla 8 kg na váhu 45 kg při 168 cm. To byla nejnižší váha, kterou měla. To bylo Anně 28 let.

Práce byla pro Annu velmi stresující a náročná. Kolegyně držely také diety a na Annu byly velmi nepřijemné. Snažila se jim vždy vyhovět a ony toho využívaly ve svůj prospěch. Myslela si, že když bude hubená, bude úspěšnější.

Na váze jí tolik nezáleželo. Nejvíce ji vyděsilo, když začala cítit bolest kostí při spaní a neudržela moč. Měla tak ochablé svalstvo, že jí postupně odcházely svěrače. Anna to řekla manželovi, který se jí snažil pomoci. Týden byli spolu doma a snažili se jíst. Anna přibrala 5 kg, toho se lekla a opět začala hubnout.

Když už si uvědomovala svůj problém, zašla na stacionář Psychiatrické kliniky VFN se zájmem o léčbu. S váhou 48 kg nastoupila na hospitalizaci. Docházela na individuální terapie, ale skupinové terapie měla zakázané - nedělaly jí dobře. Měla pocit, že za problémy ostatních může ona. Anna byla hospitalizovaná několikrát a vždy na 2 měsíce. *„Někdy jsem i utekla, měla jsem totiž povolené vycházky. Jednou jsem se přejedla a jela jsem se domů vyzvracet. Na oddělení jsem se vrátila pozdě, tak mě chtěli vyhodit.“*

Postupně Anna přibírala na váze. Začala být velmi ambiciózní, chtěla přibrat z 65 kg na 70 kg a závodit v body fitness. Do toho se však začala léčit s plicní embolií a to její cíle trochu zkomplikovalo. Nenechala se odradit a vyhledala pomoc výživového poradce.

Poradci několikrát řekla, že nechce být hubená, ale že chce nabrat. Přesto jí ale k její diagnóze doporučil rýsovací jídelníček. Za první týden zhubla Anna 4 kg, ve výsledku z 66 kg na 57 kg. *„Jídelníček vycházel na 3 tisíce kJ. Ráno jsem měla dva celozrnné chleby, po posilovně protein a džus, odpolední svačtinu jsem neměla vůbec a k večeři jen Cottage s rajčetem.“* Poradce na to reagoval se slovy, že to je pořádku a že takové úbytky jsou jen na začátku. *„On se mě vůbec neptal, jak jsem jedla předtím. Řekla jsem si, že si asi myslí, že jsem tlustá a proto mi dal takový jídelníček.“* A tak Anna opět začala hubnout. Po konzultaci s doktorkou opět nastoupila na hospitalizaci.

Před třemi měsíci podstoupila Anna poslední hospitalizaci. V té době měla sebevražedné myšlenky a psychologka usoudila, že je to rizikové. Poslala ji proto radši do nemocnice. Anna měla i problémy se sebepoškozováním, ale z toho už je prý vyléčená.

Nyní Anna užívá léky a cítí se prý dobře. Zjistila, že bez prášků není schopná fungovat a cítí se špatně. Teď plánují s manželem miminko, a tak se s paní doktorkou snaží upravit léčbu. Jednou měsíčně dochází k paní doktorce a na individuální terapii

k psychoterapeutce. Uvádí, že nejvíce jí pomohly kočky. „*Nedovolila bych se před nimi přejít a dělat bordel. Vždy byly totiž všude papírky a obaly od jídla.*“ V současné době 3x týdně sportuje, především fitbox, který jí prý také pomohl. Pracuje jako masérka a to jí moc baví. Má zkrácený úvazek, setkává se s milými lidmi a není vystavena žádnému stresu.

Anna si v současné době našla mnoho kamarádek. Jedna z nich je také výživová poradkyně. Té jediné prý věří, dává jí dobré rady, které jí opravdu pomáhají po fyzické i psychické stránce.

Během rozhovoru se mi zdála Anna trochu roztěkaná a nesvá. Její myšlení a odpovědi mi přišly mírně chaotické a o to těžší bylo jejich zpracování. Nicméně byla velmi sympatická a ochotná mi odpovědět na veškeré dotazy, které jsem na ní kladla.

## **DOTAZNÍK**

**1) Věk:** 35 let

**2) Pohlaví:** žena

**3) Odkud jste?** Praha

**4) Léčíte/ léčila jste se s mentální anorexií?** „Ano.“

**5) Kdy Vám byla MA diagnostikována?** „Ve 28 letech.“

**6) Váha/výška před a po návštěvě výživového poradce?**  
„Před 66 kg/168 cm, po 57 kg/ 168 cm.“

**7) Zajímala jste se o odborné vzdělání poradce?**  
„Ne, v té době jsem to ještě nijak nerozlišovala.“

**8) Co jste očekávala od návštěvy výživového poradce?** „Nabírání hmotnosti, hlavně svalů. Chtěla jsem soutěžit v body fitness.“

**9) Splnila návštěva Vaše očekávání?** „Ne.“

**10) Zhubla jste pod vedením výživového poradce?** „Ano, během prvního týdne 4 kg.“

**11) Upozornil Vás výživový poradce na začátku či v průběhu návštěv, že již hubnout nepotřebujete a je to zdraví nebezpečné?** „Ne.“

**12) Prošla jste nějakou změnou ve stravě již před návštěvou VP? Jak vypadalo Vaše stravování před návštěvou a po návštěvě? (Jak často jste se vážila, sledovala se v zrcadle, počítala kalorie)** „Ano, měla jsem velké váhové výkyvy.“

**13) Zaměřovala jste se na svoji postavu už před návštěvou VP?** „Ano.“

**14) Užívala jste nějaké doplňky stravy? Od jedné nebo více značek?**

„Ano, užívala jsem různé suplementy včetně proteinu a BCAA.“

**15) Myslelo si Vaše okolí, že máte problémy s váhou, i když jste sama problémy nepocítovala?** „Ano, hlavně mamka a přítel.“

## 7. VÝSLEDKY ANALÝZY

Na základě získaných dat jsem analyzovala informace, které se týkaly hlavního tématu, tedy výživového poradenství a mentální anorexie. Výsledky se týkají pouze třech respondentek, kterým byla diagnostikována mentální anorexie a mají zkušenost s výživovým poradcem.

V rámci otevřeného kódování na téma mentální anorexie a výživové poradenství vznikly tato témata: vliv výživového poradce, nutriční bilance, anorexie, důvěřivost respondentky, faktor okolí, hospitalizace.

Jako první a velmi důležité téma, které se v mé práci často opakovalo, bylo **výživové poradenství**. Toto téma bylo důvodem, proč jsem slečny z poradenského centra Anabell oslovila. Všechny mé respondentky kontaktovaly výživového poradce, který na ně měl určitý vliv.

V případě Petry jsme mohli názorně vidět, jak se plnoštíhlá slečna může dostat až do opačného problému, a to mentální anorexie. Výživového poradce vyhledala s cílem zhubnout 8 kg, za 2 měsíce pak dospěla k úbytku 12 kg. I přes klientky začínající psychické problémy a matky obavy, byly poradkyní ujištěny, že její výrazné úbytky na váze jsou v pořádku a nejde o případ mentální anorexie. Přes toto ujištění pokračovala respondentka nadále v dodržování jídelníčku, kde byly nedoporučené potraviny. Tyto potraviny považovala za zakázané. V tomto případě považuji poradce jako kauzální faktor vzniku mentální anorexie.

Zbylé dvě respondentky, Jana a Anna, výrazně hubly již před návštěvou výživového poradce, od něho očekávaly odborné rady a jídelníček, po kterém budou nabírat. Byl jim však stanoven takový jídelníček, po kterém váha stále klesala. Tento jídelníček byl neadekvátní k psychickému i fyzickému stavu klientek. Hubnutí respondentek vyhodnotil poradce v obou případech jako zcela přirozený jev, který je pouze na začátku dodržování jídelníčku. Poté se prý váha ustálí a klientka začne přibírat na váze. V těchto dvou případech viděl poradce své klientky jako nadějně sportovkyně, které mají na svou postavu zcela normální váhu. V obou případech bych označila vliv výživového poradce na mentální anorexii klientky jako zesilující faktor.

Ve všech třech případech shledávám jako velký nedostatek nezájem výživového poradce o předešlé stravovací návyky, oblíbené a neoblíbené potraviny, intolerance a jiné alergie. V žádném z případů nebral poradce v potaz klientky sportovní aktivity a její nadměrný výdej. Každý odborník na výživu by se měl zajímat o zdravotní stav, své klientky a upozornit jí, že je již hubnutí zdraví škodlivé. To se v ani jednom případě nestalo.

Výživový poradce by měl zhodnotit, že jsou jeho kompetence nedostačující pro péči o jeho klientku, v našem případě o Petru, Janu a Annu, jelikož Jana a Anna měly problémy se stravováním vyššího rázu již před návštěvou a problémy dosahovaly vyšší úrovně. V tomto případě je nutné klienty přeměřovat na příslušné odborníky, což nebylo učiněno.

Samozřejmě velmi záleží na osobnosti výživového poradce. Znáám poradce, kteří se ve volném čase sami vzdělávají v oblasti výživy a moc dobře ví, co radí. Zajímají se o klientovy zdravotní problémy, stravovací návyky a nepřesahují rámec svých kompetencí.

Velmi důležitou kategorií, která mi na základě otevřeného kódování vznikla, je **nutriční bilance**. Z jídelníčků, které jsem obdržela od mých respondentek, je jasně vidět, že výdej převažuje nad příjmem. To mi potvrdily i výpovědi respondentek, které uváděly, že výživový poradce nebral ohledy na jejich sportovní aktivity a celodenní výdej. Příklady jednodenních jídelníčků každé respondentky můžete porovnat v tabulce č. 6.

**Tabulka 6:** Příklady jídelníčků

	Petra	Jana	Anna
<b>Snídaně</b>	Bílý jogurt se švestkami a kešu oříšky	Milko bílý jogurt 0% tuku, lžička ořechů	2 vejce na tvrdo, ½ hrst sušeného ovoce
<b>Svačina</b>	Jablečné pyré a sezamová semínka	Hrst ovoce	Malý bílý jogurt
<b>Oběd</b>	Listový salát, plátek krůtího masa, troška amarantových těstovin	Zeleninová polévka nebo caprese salát	120 g kuřecí prsa, 2 menší brambory, dušená mrkev
<b>Svačina</b>	Malý salát z červené čepy s cibulkou	Menší hrst oříšků	Nemusí být, pokud by byl hlad zelený čaj se skořicí
<b>Večeře</b>	Vaječná omeleta se špenátem, hráškem a baby karotkou	150 g tvarohu, 1 ks zeleniny	Sýr cottage, 1 rajče posypané pepřem.

V čem se jednotlivé jídelníčky shodovaly, je nedostatečný příjem sacharidů. V tabulce si můžeme všimnout, že v odpoledních hodinách neměla ani jedna z respondentek sacharidové jídlo. Přitom právě v odpoledních a večerních hodinách podávaly největší fyzické výkony.

Přestože je každý jídelníček od jiného poradce, všechny jsou založeny především na bílkovinných potravinách a zelenině. Jana a Anny jídelníček by měl být nabírací, Petry redukční.

U Petry jídelníčku si můžeme všimnout, že potraviny, které se objevily v jejím jídelníčku, se objevily také v seznamu nedoporučených potravin. (Viz tab. 5). To poukazuje na absolutní nekonzistenci mezi teorií a praxí výživového poradce.

Dle mého názoru ani jeden jídelníček nespĺňuje požadavky klientek a není vhodný pro jejich zdravotní stav. Tyto a podobné jídelníčky respondentky striktně dodržovaly a věřily, že díky nim dosáhnou výsledků.

**Anorexie**, téma, které mi během otevřeného kódování naskočilo jako první a které se v mé práci objevuje velmi často.

Bylo zajímavé poslouchat a porovnávat jednotlivé výpovědi každé z respondentek, neboť každá hovořila o anorexii jinak. Petra ani Jana se nebály o svém problému otevřeně mluvit. Anna už byla trochu ostýchavější a anorexii nazývala jako „problém“ nebo „poruchu“.

Všechny respondentky si většinou začínaly uvědomovat svůj problém, až když je upozornilo okolí. Byly si vědomy, že se jejich postava mění, ale nikdy by si samy nepřiznaly, že mají mentální anorexii.

U Petry a Jany se objevila anorexie ve stejném věku, a to v 16ti letech. Tento věk je pro mentální anorexii velmi rizikový. Anna začala svojí postavu řešit od 20ti let, do úplné anorexie a nejnižší váhy se dostala v 28 letech. To už není pro mentální anorexii tak typický věk. V tabulce č. 7 jsem pro přehlednost shrnula informace o respondentkách.

Váha po návštěvě výživového poradce se z tabulky nemusí zdát příliš nízká a svědčící o mentální anorexii, ale v našem případě nejde pouze o nízké BMI, ale i o to co k hubnutí vedlo a co mu následovalo.

**Tabulka 7:** Základní informace o respondentkách

Jméno	Věk	Věk na počátku nemoci	Doba trvání nemoci	Váha před návštěvou VP [kg]/ výška [cm]	Váha po návštěvě VP [kg]/ výška [cm]	Nejnižší váha [kg]/ výška [cm]
<b>Petra</b>	18	16	1	68 kg/ 162 cm	56 kg/ 162 cm	40 kg/ 162 cm
<b>Jana</b>	18	16	1	54 kg/ 173 cm	49 kg/ 173 cm	47 kg/ 173 cm
<b>Anna</b>	35	20	15	66 kg/ 168 cm	57 kg/ 168 cm	45 kg/ 168 cm

Další kategorii jsem nazvala „**důvěřivost respondentky**“ a myslím, že zde se objevily nejshodnější informace. Petra, Jana i Anna považovaly výživového poradce za odborníka, za někoho komu můžou věřit a někoho, kdo jim pomůže. V té době se nezajímalý o odborné vzdělání poradce. Profese nutričního terapeuta pro ně byla téměř neznámá.

Byly velmi důvěřivé a vše, co poradce řekl, jeho tvrzení a rozhodnutí, přijímaly za své. Jakékoli jiné názory nebraly v potaz, slovo rodičů a okolí nemělo absolutně žádnou váhu.

Veškeré informace ohledně výživy čerpaly výhradně z jeho zdrojů, nikoli z internetu či knih. Věřily, že tyto informace jsou stoprocentně pravdivé. Informace a pravidla dodržovaly bez jakékoli modifikace jídelníčku. Vše si vážily do posledního gramu a nepovolené potraviny pro ně neexistovaly. Užívaly veškeré doporučené doplňky stravy a doufaly v jejich účinnost. Jen malá výchylnka od jídelníčku pro ně znamenala něco nepředstavitelného.

Poradcem byly velmi ovlivnitelné. Byl pro ně velkou autoritou, nevěřily ve svá rozhodnutí, pouze ty poradcova měly nějakou hodnotu.

Kategorie, která se týká všech respondentek, jen v jiné míře, je **faktor okolí**.

V Případě Petry a Anny se jako výrazný faktor vzniku nemoci projevil vliv školního prostředí. Petra se na základě hubnutí spolužačky a jejich nemístných poznámek, mířených na Petru postavu, začala zajímat o svojí hmotnost a vzhled.

Jana ačkoli měla průměrnou postavu, byla na základní škole středem psychické i fyzické šikany. Na základě toho se Jana začala vyhýbat školnímu prostředí, chodila za školu a sebepoškozovala se.

Obě respondentky to velmi poznamenalo, začaly se cítit podřadně a vztahovačně.

Kromě vlivu školního prostředí se zde může projevit také vliv rodiny. To se v ani jedné studii nepotvrdilo jako rizikový faktor vzniku mentální anorexie.

Před vznikem poruch příjmu potrava panovala ve všech rodinách příjemná atmosféra, žádná z respondentek neuvedla, že by měla problémy s rodiči. Podle výpovědi respondentek neměly rodiče nikdy nářky na jejich postavu či váhu.

Mentální anorexie však nikdy neovlivní pouze jedince, ale i jeho okolí a fungování rodiny. V době, kdy se mentální anorexie zhoršuje, zhoršují se i vzájemné vztahy v rodinách. Mnohem častěji dochází k hádkám, což potvrzují i respondentky.

Rodina byla během nemoci velkou oporou, především matky, ale také velkým nepřítelem, protože je nutily jíst a to ony nechtěly.

Někdy se vrátí rodinné vztahy po vyléčení do normálu jako v Jany případě, někdy se však může stát, že jsou vztahy trvale narušeny. To se stalo v případě Petry, která uvedla: „*Kdybych měla říct, co mi anorexie vzala, tak je to táta.*“

Všechny tři respondentky byly hospitalizovány v pražské nemocnici, proto **hospitalizaci** považují za další kategorii, která stojí za zmínku. Petra, Jana i Anna byly hospitalizovány ze stejných důvodů, a to kvůli nízkému BMI a psychickým problémům. Přístup respondentek byl však odlišný.

Pro Petru a Janu byla hospitalizace jasným impulsem, že se chtějí vyléčit a že pro to udělají maximum. Nemocniční péče jim nevyhovovala a tak se snažily, aby mohly jít co nejdříve domů. V nemocnici tedy strávily minimum času, byly si moc dobře vědomy svého problému. Po odchodu z nemocnice docházely na ambulantní léčbu a k psychoterapeutovi, který jim prý pomohl nejvíce.

Jiný příběh však zažila Anna. Ta byla několikrát hospitalizovaná, ale nikdy jí to významně nepoznamenalo. Z nemocnice utíkala, nechtěla tam být, ale kvůli propuštění se nebyla ochotna naučit jíst. Uvedla, že byla většinou hospitalizovaná po maximální možnou dobu, to jsou dva měsíce. Poté byla propuštěna, a dokud neměla žádný problém, docházela na léčbu ambulantně. Problémy se ale objevovaly velice často, ať už šlo o předávkování prášky nebo váhový úbytek po návštěvě výživového poradce.

Je velmi zajímavé porovnávat popisy hospitalizace jednotlivých respondentek, neboť každá respondentka k ní měla úplně jiný přístup.

Petra se o hospitalizaci téměř vůbec nezmínila. I přes mé otázky bylo znatelné, že si o hospitalizaci nechce příliš povídat. Jediné co uvedla, bylo, že se setkala s přístupem zaměřeným především na fyzické uzdravení, což dokazuje fakt, že až po přibrání na optimální váhu může být pacientka propuštěna domů.

Jinak hovořila o hospitalizaci Jana. Ta podrobně popisovala průběh celé hospitalizace, přístup personálu a lékařů. Poskytla mi také záznamy, kam si zapisovala

veškeré jídlo, které snědla. Názorný jídelníček jednoho dne při prvním týdnu hospitalizace uvádím v tabulce č. 8.

Anna se o průběhu léčby a hospitalizace také příliš nezmiňovala a já jsem se nevyptávala, neboť se zdálo, že je toto téma pro Annu velmi citlivé.

V rámci hospitalizace nebo po jejím ukončení docházely všechny respondentky na psychoterapii, tu také hodnotí jako neúčinnější formu léčby.

**Tabulka 8:** Vzor nemocničního jídelníčku - 1. týden Jany hospitalizace

7. 11. 2015	Strava, nápoje, sipping	Množství
<b>Snídaně</b>	Rohlíky	88 g (2 ks)
	Med + máslo	12 g+ 5g
	Nutella	20 g
<b>Svačina</b>	Mandarinka	140 g (celá)
	Milka choco cow (sušenky)	26 g (2 ks)
<b>Oběd</b>	Polévka	210 g (celá)
	Kuřecí se sýrem, bramborová kaše	370 g (celé)
<b>Svačina</b>	Fresubin Protein energy	200 g (celý)
	Termix vanilkový	90 g (celý)
	Koláček ořechový	20 g (celý)
<b>Večeře I.</b>	Chléb	20 g (2 ks)
	Šunka	85 g
	Rajče + paprika	55 g + 60 g
	Smetanito	25 g
<b>Večeře II.</b>	Tvaroh madeta broskvev	135 g (celý)
	Fun zoo magic dots (čokolupínky)	15 g

## 8. DISKUZE

Ve své práci jsem se zabývala studiem příběhů tří žen, jejichž výpovědi jsem získala prostřednictvím polostrukturovaného a narativního rozhovoru. Následně jsem data analyzovala pomocí otevřeného kódování.

### **O1: Rozlišují respondentky terminologii výživový poradce a nutriční terapeut?**

Ze všech třech rozhovorů jsem zjistila, že neznalost rozdílu mezi těmito dvěma pojmy je opravdu veliká. Ani jedna z mých respondentek, respektive jejich matky, se nezajímaly o odborné vzdělání výživového poradce. Kromě neznalosti respondentek, také nikdo z blízkého okolí netušil, že mezi těmito profesemi mohou být rozdíly. Ani v současné době nebyly respondentky schopny odpovědět na otázku, komu může výživový poradce radit.

Je možné, že by byly odpovědi na tuto otázku jiné v případě, že bych zvolila přímou otázkou a to, jaký je rozdíl mezi výživovým poradcem a nutričním terapeutem.

Toto zjištění mě ujistilo v tom, že je nezbytně nutné šířit povědomí o nutričních terapeutech a možnosti jejich pomoci. Také mě to utvrdilo v pozitivním přínosu mé bakalářské práce, která doufám, že informuje a poučí aspoň malou část populace, která se může a nemusí potýkat s mentální anorexií.

## **O2: Obrací se respondentky, trpící mentální anorexií, častěji na výživové poradce než na nutriční terapeuty?**

Z předešlé výzkumné otázky vyplývá, že informovanost o nutričních terapeutech je minimální, kdežto reklam na výživové poradenství je všude mnoho. S reklamami komerčních firem se setkáváme téměř na každém rohu. Nalákat nás mohou například na rychlou diagnostiku organismu. Zatímco reklamy nebo nabídky na péči nutričního terapeuta si nevšimneme nikde. To je jedním z důvodů, proč si myslím, že se všechny tři respondentky obrátily na výživového poradce.

Dalším důvodem, s kterým jsem se ale v mé studii nesetkala, může být strach z kontaktování nutričního terapeuta. Nutriční terapeut většinou bývá pracovníkem zdravotnického zařízení a pro pacientku to může znamenat riziko hospitalizace.

## **O3: Vyhledala respondentka výživového poradce za cílem redukce tělesné hmotnost?**

S tímto cílem vyhledala výživového poradce pouze Petra. Janin a Annin cíl byl nabrat na váze. Musím uznat, že toto zjištění mě velmi překvapilo. Očekávala jsem, že hlavním důvodem vyhledání výživového poradce bude u všech respondentek právě redukce. Toto zjištění si vysvětluji především tím, že s cílem redukce vyhledávají výživové poradce především ženy vyššího věku a také tím, že výživový poradce by neměl poskytovat své služby osobám mladším 18ti let bez přítomnosti rodičů. V tomto případě pak záleží na přístupu rodičů, zdali budou dceru podporovat v redukci či nabírání hmotnosti v tak brzkém věku.

## **O4: Stanovil výživový poradce jídelníček, který prohloubil či vyvolal vznik mentální anorexie u respondentky?**

O neodborné péči výživových poradců je samozřejmě dlouhodobě známo, ale málo v kontextu s mentální anorexií. S řadou jídelníčků jimi stanovenými se můžeme setkat v současné době i na internetu, kde nejsme povinni zadávat žádné osobní informace.

Mé respondentky své údaje poradci sice poskytly, ale ten je nebral příliš v potaz. To je informace, která mě velmi překvapila.

Jak jsem již psala ve výsledcích analýzy, jídelníčky byly založeny na opravdu nízkém příjmu. Tento příjem byl s jistotou nižší než hodnota bazálního metabolismu.

Může to být samozřejmě pouze shoda náhod, že jsem při mém výzkumu narazila na respondentky, jimž byl nastaven neadekvátní jídelníček. Jsem si jista, že je plno výživových poradců, kteří se zajímají o své klientky po fyzické i psychické stránce a pečlivě se věnují jejich péči.

Studie by tedy měla určitě odlišný výsledek v případě, že by byla součástí mého výzkumu respondentka spokojená s postupem výživového poradce.

### **O5: Zajímal se výživový poradce o dosavadní zdravotní stav respondentky?**

Jak už jsem uvedla u otázky č. 4, výživový poradce v žádném ze třech případů nezohledňoval zdravotní stav klientky, její stravovací návyky a sportovní aktivity, přestože všechny tyto údaje klientka zmínila.

Co bych od výživového poradce také očekávala, je varování a předání do odborné péče v případě, že jeho klientka sama pociťuje psychické a fyzické problémy. To v našich třech příkladech poradce absolutně přehlížel.

Opět ale záleží na osobnosti výživového poradce, jeho vzdělanosti a přístupu k péči svých klientů.

Vzhledem k náročnosti a specifitě mého tématu jsem k práci získala pouze tři respondentky z poradenského centra Anabell. Jsem si vědoma, že by respondentek mohlo být více, ale vzhledem k nízké prevalenci mentální anorexie v České republice bylo velmi těžké respondentky nalézt. (Viz kapitola 2.5.2).

Výběr respondentek mi také ztížila skutečnost, že mnoho dívek s mentální anorexií výživového poradce nevyhledává, neboť se za svůj problém stydí a nejsou ochotny ho s někým sdílet. Je také plno dívek, které vyhledaly pomoc výživového poradce, ale mentální anorexii nemají diagnostikovanou.

Já jsem se zaměřila na slečny, které anorexii měly diagnostikovanou a následně byly hospitalizovány. To mi potvrdily lékařské zprávy, které mi respondentky poskytly k nahlédnutí.

Kritériem, které ztížilo mé hledání, bylo centrum Anabell, ve kterém jsem své respondentky sháněla prostřednictvím vedoucí práce. Jsem si jista, že výsledky by měly odlišné výpovědní hodnoty, kdybych vyhledávala respondentky v jiném zdravotnickém zařízení. Centrum Anabell jsem zvolila z toho důvodu, že ho většinou navštěvují slečny, které jsou téměř vyléčeny. V původním plánu mého výzkumu bylo uskutečnit hledání respondentek a rozhovory přímo na Psychiatrické klinice VFN, kde se pacientky léčí. Z tohoto plánu však sešlo, neboť mě odradil možný efekt rozhovoru zaměřeného na toto téma. Zde bývají pacientky stále ve vážném zdravotním stavu a jakýkoli rozhovor by je mohl poškodit. V centru Anabell jsem ke své práci získala ochotné a otevřené slečny, byly však i takové, které o svých problémech nechtěly hovořit, což je pro toto onemocnění velmi typické.

Z důvodu malého rozsahu bakalářské práce, jsem zvolila pouze respondentky žijící v Praze. Jsem si ale jistá, že studie by měla jiné výsledky, kdybych své hledání rozšířila v rámci České republiky.

Věk respondentek jsem si stanovila v rozmezí 15-35 let. Je zřejmé, že jsou i slečny s mentální anorexií v nižším věku než je moje hranice, ale doufám a nepřepokládám, že v tak nízkém věku si je vezme výživový poradce do péče. Ve věku nad 35 let se anorexie vyskytuje velmi zřídka, často jí pak následuje bulimie. (viz. Kapitola 2.3)

Výsledky mohou být zkresleny také výpovědí respondentek. Tím nechci říci, že by si některá z respondentek vymýšlela, ale pro mentální anorexii je velmi typický zkreslený náhled na vlastní tělo. (Viz kapitola 2.2) Tudíž mohou pacientky někdy svůj zdravotní stav příliš zveličovat nebo naopak zlehčovat.

Kvalitativní výzkum s metodou rozhovorů bylo pro mé téma nejvhodnějším způsobem. Nejsem si jista kvalitou výsledků kvantitativních metod při poruchách příjmu potravy, zvláště pak mentální anorexie, neboť toto téma vyžaduje hluboký náhled do životů respondentek a kontextuální pochopení jejich životních situací a problémů.

Svoji práci beru jako odrazový můstek pro další kvalitativní výzkumy, které by mohly zahrnovat i jiné poruchy příjmu potravy, a tedy i více respondentek. Práce by také mohla být zaměřena na porovnání péče výživových poradců a nutričních terapeutů v oblasti poruch příjmu potravy, nebo přímo v případech mentální anorexie.

## ZÁVĚR

Toto téma bylo pro mě velkou výzvou, protože jsem chtěla čtenářům zprostředkovat něco, s čím se běžně nesetkávají. Problematika výživového poradenství je široké veřejnosti poměrně známá a odborníky kritizována, ale přesto jsou výživoví poradci stále velmi vyhledáváni. Téma mentální anorexie je v současné době často zmiňováno, ale méně se o ní mluví v souvislosti s výživovým poradenstvím.

Na třech případových studiích jsem se snažila popsat dle mého názoru nejzajímavější a nejpodstatnější informace, které jsem získala na základě výpovědi svých respondentek. Každý z těchto příběhů je pro mě zcela jedinečný a má své kouzlo, stejně jako respondentky, které ho zažily. Přestože si všechny respondentky prošly stejnou nemocí, každý příběh byl odlišný a měl jiný průběh. Vyskytovaly se však i faktory a prvky, ve kterých si příběhy shodovaly.

Dvě z mých respondentek se potýkaly se stravovacími problémy již před návštěvou výživového poradce, jeho pomoc pak vyhledaly za účelem nabírání hmotnosti. To však mělo opačný efekt a návštěva výživového poradce měla za následek výrazné hubnutí. V tomto případě označuji činnost výživového poradce jako faktor rozvíjející mentální anorexii.

Třetí respondentka byla plnoštíhlé postavy a s matky podporou začala docházet na pravidelné konzultace k výživovému poradci s cílem zhubnout. To se vymklo kontrole jak výživovému poradci, tak respondentce a její matce. Slečna pěkných ženských rysů propadla striktním omezováním jídla mentální anorexii. Zde považuji mentální anorexii jako možný efekt výživového poradenství.

Ve dvou případech se projevil jako velmi důležitý faktor vzniku nemoci vliv okolí. Je velmi důležité, do jakého prostředí jedinec vyrůstá, jaké má přátele a jakou školu navštěvuje. Školní prostředí má na jedince a jeho osobnostní vývoj významný vliv. V tomto období zde tráví jedinec více času než kdekoli jinde. Samozřejmě velmi záleží na vnímání samotného jedince, jeho postavení ve společnosti a charakter jeho osobnosti. Dvě z mých respondentek patřily mezi průměrné žákyně, ve škole ničím ne vynikaly, ale přesto je okolí odmítalo.

Dále se často objevovala role matky a ostatních rodinných příslušníků. Ve dvou ze třech případů hraje matka důležitou roli, neboť byly respondentky v době nemoci nezletilé. Matka byla v té době velkou oporou. V době kdy se zhoršovala mentální anorexie, zhoršovaly se i rodinné vztahy. V jednom případě se rodinné vztahy vrátily do normálu. V druhém případě bohužel stále vážne vztah s otcem.

Ve všech případech byla nezbytná hospitalizace, ke které přistupovala každá respondentka jiným způsobem. Všechny respondentky se také shodly, že psychoterapie je nejúčinnější metodou pro léčbu mentální anorexie.

V teoretické části jsem nejdříve definovala základní pojmy této problematiky, což je: výživové poradenství a mentální anorexie. Dále jsem stručně popsala, kdo a jak se může stát výživovým poradcem, profesi nutričního terapeuta a mentální anorexii od jejího vzniku, rizikových faktorů až po léčbu. Na první pohled se může zdát, že v případě mentální anorexie stačí přibírat na váze, toto onemocnění je ale mnohem vážnější, protože je narušena především psychika. Z tohoto důvodu nemusí být mentální anorexie na první

pohled zjevná a může progredovat do vážnějších následků. To se také potvrdilo v mých třech případech. V této části jsem se podrobně zaměřila na rizikové faktory vzniku mentální anorexie, které by neměly zůstat bez povšimnutí.

Praktická část obsahuje popis a výsledky kvalitativního výzkumu. Získala jsem celkem tři respondentky, které odpovídaly kritériím definovaným pro zkoumaný soubor. Tyto tři respondentky byly ochotné hovořit o své zkušenosti s mentální anorexií a výživovým poradenstvím. Na základě jejich výpovědí jsem sestavila tři případové studie.

Základní metodou, kterou jsem ve výzkumu použila, byla již popisovaná případová studie. Sběr dat jsem uskutečnila pomocí narativního a polostrukturovaného rozhovoru. Hlavním cílem výzkumu bylo popsat život tří mladých žen, které zažily mentální anorexií a úspěšně se z ní vyléčily.

Stěžejní téma praktické části je zaměřené na výživové poradenství. Respondentky nejdříve popsaly, jak nemoc vznikla, vztah s výživovým poradcem a následnou léčbu. Tyto jejich postoje jsem mezi sebou porovnávala a analyticky zpracovala prostřednictvím otevřeného kódování.

Ze získaných výpovědí jsem vytvořila celkem šest kategorií, které se týkají témat a respondentky je sdělovaly nezávisle na sobě. Jedinečnost každého z faktorů jsem popsala podrobně ve výsledcích analýzy. V závěru mé bakalářské práce jsem shrnula poznatky, které jsem získala prostřednictvím mých třech respondentek, mladých žen, které v minulosti postihla mentální anorexie. Kéž by se více dostaly do povědomí rizika neodborné péče a práce nutričních terapeutů.

## ZDROJE A POUŽITÁ LITERATURA

- [1] MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2003. 288s. ISBN
- [2] HOLLI, Betsy B., Richard J. CALABRESE a Julie O'Sullivan. MAILLET. Communication and education skills for dietetics professionals. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, c2003. ISBN 0781737400.
- [3] O nás [online]. Nutris, 2014 [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: <http://www.nutris.net/onas.php>
- [4] FOŘT, P. Poradce pro výživu: činnost v praxi. 1. Vyd. Nutris, 2008. 18 s. ISBN není uvedeno.
- [5] *Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání : (živnostenský zákon). (1991).*
- [6] *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. (2004).*
- [7] Rekvalifikační kurz - Poradce pro výživu. KURZY ATAC [online]. ATAC, spol. s r.o., ©2017 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <https://www.kurzyatac.cz/kurzy/rekvalifikacni-kurz-poradce-pro-vyzivu#>
- [8] Rekvalifikační kurz: Poradce pro výživu. NutriAcademy [online]. NutriAcademy, s.r.o. – Akademie výživy a sportu®, ©2013 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.nutriacademy.cz/profesni-kurzy-poradce-pro-vyzivu-rekvalifikace>
- [9] PORADCE PRO VÝŽIVU KURZ AKREDITOVANÝ MŠMT. Fitness Institut [online]. Fitness Institut, ©2017 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.fitnessinstitut.cz/kurzy/poradce-pro-vyzivu.html>
- [10] Poradce pro výživu. Středisko vzdělávání s.r.o [online]. Středisko vzdělávání s.r.o [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.vsostrava.com/kurz/poradce-pro-vyzivu>
- [11] Kurz Poradce pro výživu. IMPROVE ACADEMY [online]. Improve Academy s.r.o [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.improveacademy.cz/kurz-poradce-pro-vyzivu-dietologie/>
- [12] Poradce pro výživu ONLINE. Dexter Academy [online]. Dexter Academy, ©2004-2017 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: [http://www.vyzivovy-poradce-kurzy.cz/online\\_vyzivovy\\_poradce.php](http://www.vyzivovy-poradce-kurzy.cz/online_vyzivovy_poradce.php)
- [13] Poradce pro výživu ONLINE. Ozdravi.info [online]. ©2017 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://ozdravi.info/vyzivovy-poradce/>
- [14] AVP ČR (2016): Aliance výživových poradců [online]. [cit. 2016-12-16]. Dostupné z: <http://aliance-vyziva.cz/>
- [15] *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně souvisejících zákonů: (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). (2004).*
- [16] Sekce nutričních terapeutů, č. 36. Česká asociace sester [online]. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/sekce-a-regiony/29/>

- [17] BAUER, Kathleen D, Doreen LIOU a Carol SOKOLIK. Nutrition counseling and education skill development. 2nd ed. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning, 2012, 446 p. ISBN 08-400-6415-2
- [18] FAIRBURN, C.G. and HARRISON, P.J. Eating Disorders. The Lancet, Feb 01, 2003, vol. 361, no. 9355. pp. 407-16 ProQuest Central. ISSN 01406736.
- [19] KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, Psyché (Grada). ISBN 802470840X.
- [20] FRAŇKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 8024605481.
- [21] NORRING, Claes and Robert L. PALMER. EDNOS, Eating disorders not otherwise specified: scientific and clinical perspectives on the other eating disorders. New York: Routledge, 2005. ISBN 1583911634.
- [22] KRCH, František David. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678074
- [23] Carlos M. Grilo. Eating and Weight Disorders: Clinical Psychology: A Modular Course. New York: Psychology Press, 2014, 7-8. ISBN 978-1-84169-547-35.
- [24] ZADÁK, Zdeněk. Výživa v intenzivní péči. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008, 544 s. ISBN 9788024728445.
- [25] ŽÁK, Aleš a Jaroslav MACÁŠEK. Ateroskleróza: nové pohledy. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024730523.
- [26] MENGEROVÁ, Jana. Hubnutí. In: LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK, kol. Chorobné znaky a příznaky: 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem. Praha: Grada, 2010, 520 s. ISBN 9788024727646.
- [27] KRÍŽOVÁ, Jarmila, Lukáš ZLATOHLÁVEK. Laboratorní vyšetření. In: ZLATOHLÁVEK, Lukáš a kol. Klinická dietologie a výživa. Praha: Current Media, 2016, 63s. Medicus. ISBN 9788088129035.
- [28] PAVLOVÁ, Barbara. Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana, ed. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 9788024724256.
- [29] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha: ÚZIS ČR, ©ÚZISČR2010-2017 [cit. 2017-03-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>
- [30] ZAHRADNÍČEK, Tomáš. Slovník cizích slov. BookBaby, 2013. ISBN 9788087873182.
- [31] SLABÁ, Šárka. Problematika neuropsychiatrických onemocnění. In: ZLATOHLÁVEK, Lukáš a kol. Klinická dietologie a výživa. Praha: Current Media, 2016, 296s. Medicus. ISBN 9788088129035.
- [32] MALONEY, Michael a Rachel KRANZOVÁ. O poruchách příjmu potravy. Přeložila Jana KRCHOVÁ. Praha: Lidové noviny, 1997. Linka důvěry. ISBN 8071062480.

- [33] Erdur, L., Kallenbach-Dermutz, B, Lehmann, V, Zimmermann-Viehoff, F, Koppf, W, Weber, C, & Deter. Somatic comorbidity in anorexia nervosa. First results of a 21-year follow up study on female inpatients. *Biopsychosocial Medicine*. 2012, 6 (1), 1-6.
- [34] LEMBERG, Raymond a Leig COHN. *Eating Disorders-A reference sourcebook*. 2. Arizona: The Oryx Press, 1999. ISBN 85012-3397.
- [35] BRUKNEROVÁ, Ludmila. Diabetes a poruchy příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. *Psyché (Grada)*. ISBN 9788024724256.
- [36] YARYURA-TOBIAS, Jose A. Yaryura-Tobias, Anthony PINTO a Fugen NEZIROGLU. *International Journal Of Eating Disorders: Anorexia nervosa, diabetes mellitus, brain atrophy, and fatty liver*. New York: Wiley Online Library, 2001, 350-353. ISSN 0276-3478.
- [37] GOLDBLOOM, David S. *International Journal Of Eating Disorders: Anorexia nervosa and cystic fibrosis: a case report*. Canada: Wiley Online Library, 1988, 433-437. ISSN 0276-3478.
- [38] GARNER, D. M.: Psychoeducational principles in treatment. In: Garner, M. D.; Garfinkel, P. E. (Eds): *Handbook of treatment for eating disorders*. 2nd ed. New York, London: Guilford Press, 1997. ISBN 1572301864.
- [39] MARINELLA, Mark A. Často přehlédnuté diagnózy v akutní péči. Přeložila Jarmila VAŇÁSKOVÁ. Praha: Grada, 2007, 109-112s. ISBN 9788024717357.
- [40] NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2008, 288-289s. ISBN 9788024723198.
- [41] LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 199, 93s. ISBN 8020504990.
- [42] EMMETT, Steven Wiley. *Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia: biomedical, sociocultural, and psychological perspectives*. New York: Brunner/Mazel, 1985, 73 s. ISBN 087630384X.
- [43] Anabell [online]. Centrum Anabell, ©2002-2017 [cit. 2017-04-1]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>
- [44] PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. *Psyché (Grada)*. ISBN 9788024724256.
- [45] KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11. vyd. Přeložil Karel PROCHÁZKA. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 9788024745336.
- [46] RYBKA, Jaroslav. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2007, 45s. ISBN 9788024716718.
- [47] THOMSON, Anne H. a Ann HARRIS. *Cystic fibrosis: the facts*. Updated and rev. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2008, 1s. *Facts (Oxford, England)*. ISBN 9780199295807.

- [48] MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 8024713624.
- [49] HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.
- [50] KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 9788024727134.
- [51] *Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (2011)*
- [52] BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ. Zdravotnická povolání. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. ISBN 9788073576615.
- [53] Výživový poradce - distanční kurz. Distanční škola výživy - Škola výživy Mahra s.r.o. [online]. [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.mahra.cz/>
- [53] Poradce pro výživu - základní kurz. Nutris [online]. Nutris, ©2007-2014 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.nutris.net/seminare.php>

## SEZNAMY

<b>Tabulka 1:</b> Laboratorní parametry při různém stupni malnutrice .....	20
<b>Tabulka 2:</b> Výzkumné otázky.....	39
<b>Tabulka 3:</b> Přednosti a nevýhody kvalitativního výzkumu .....	40
<b>Tabulka 4:</b> Rámcová charakteristika kvantitativního a kvalitativního výzkumu .....	41
<b>Tabulka 5:</b> Doporučené a nedoporučené potraviny .....	48
<b>Tabulka 6:</b> Příklady jídelníčků .....	54
<b>Tabulka 7:</b> Základní informace o respondentkách .....	55
<b>Tabulka 8:</b> Vzor nemocničního jídelníčku - 1. týden Jany hospitalizace .....	57
<b>Graf 1:</b> Počet ošetřených pacientů na odděleních a pracovištích psychiatrie .....	23
<b>Graf 2:</b> Počet léčených pacientů s diagnózou F50 - Poruch příjmu potravy .....	23
<b>Graf 3:</b> Počet léčených pacientů s diagnózou F50 Poruch příjmu potravy podle věkových skupin .....	24

## PŘÍLOHY

**Příloha 1:** Kodex Aliance výživových poradců

**Příloha 2:** Přehled otázek pro kvalitativní výzkum

## **Příloha 1: Kodex Aliance výživových poradců <sup>[14]</sup>**

1. Poradce by se měl především sám řídit zásadami zdravého životního stylu a být v dobré fyzické kondici.
2. Poradce by měl znát zásady zdravého vaření a umět připravovat jednoduché a vyvážené pokrmy s využitím běžně dostupných potravin i sortimentu tzv. zdravých potravin.
3. Poradce by se měl dlouhodobě vzdělávat, zvyšovat svoji kvalifikaci a odbornost, sledovat nové trendy ve výživě a novinky v oblasti tzv. zdravé výživy. Měl by mít komplexní přehled o nabídce potravin na českém trhu, jako jsou zejména mléčné výrobky, maso, cereálie, potraviny ze sortimentu tzv. zdravé výživy a biopotraviny.
4. Poradce by měl mít dobré všeobecné znalosti o potravních doplncích a umět je vybrat a doporučit na základě zdravotního stavu a individuálních potřeb klienta i stavu běžného potravinového koše. Měl by mít obecný přehled o aktuální nabídce doplňků stravy a funkčních potravin, popř. potravin pro zvláštní výživu, na českém trhu. Jejich případný prodej a doporučování by měl postavit zejména na odborných znalostech o účincích potravních doplňků, ale i na osobní zkušenosti s užíváním alespoň některých z nich.
5. Poradce by měl být velmi zodpovědný a loajální vůči klientovi. Nikdy nesmí sdělovat jeho jakékoliv osobní a diagnostické údaje třetím osobám ani je jinak zveřejňovat.
6. Za účelem vysoké profesionality poskytovaných služeb a ochrany před důsledky případných nedorozumění s klientem, spočívajících např. v zatajení některých důležitých údajů, by měl poradce ještě před zahájením spolupráce vysvětlit jasně a přehledně klientovi, v čem spočívá nabízená služba, jaký je její rozsah a cena. Po rozhodnutí klienta, že bude s poradcem spolupracovat, se doporučuje s ním sepsat rámcovou smlouvu o rozsahu poradenských služeb a jejich ceně.
7. Poradce by neměl nabízet službu za výrazně nižší cenu, než jsou doporučené ceny a standardy Aliance výživových poradců ČR. Pokud jde o standardní rozsah práce výživového poradce a její doporučené honorování, AVP ČR na základě dlouholeté zkušenosti a průběžného sledování vývoje cen dle certifikovaných a zkušených výživových poradců doporučuje svým členům ohodnotit:
  - dvouhodinovou vstupní konzultaci se shromažďováním podkladů pro diagnostiku klienta, se stanovením společného cíle poradce i klienta a dalších nezbytných úkonů dílčí částkou 1000 Kč splatnou ve formě zálohy,
  - vypracování jídelníčku a výživových návrhů včetně pitného režimu a případného suplementačního plánu částkou 1000 Kč za cca 2 h práce,
  - a výstupní jednohodinovou konzultaci s výkladem k vypracovaným návrhům a dokumentům částkou 500 Kč, což celkem činí 2500 Kč za 5hodinovou odbornou práci bez dalších nákladů (doplatek 1500 Kč).Výše uvedené částky berte pouze orientačně (nikoliv závazně) pro stanovení cenového ohodnocení Vašich služeb, které se mohou následně lišit v závislosti od rozsahu a kvality poskytovaných služeb a ochoty Vašich klientů tuto částku platit dle vlastního svobodného uvážení o Vaší odbornosti a důvěry hodnotnosti již při vstupní konzultaci.
8. Pokud poradce nabízí individuální službu (nikoli skupinový kurz, přednášku či školení), je povinen zajistit personalizovaný (individuální) přístup ke klientovi.
9. Výživová doporučení, rady a individuální jídelníčky sestavuje poradce vždy na základě komplexního vstupního dotazníku či podrobné osobní konzultace. Měl by se tímto

způsobem informovat zejména o:

- současném zdravotním stavu, prodělaných onemocněních, rodinných dispozicích, případných potravinových intolerancích a alergiích
- stravovacích zvyklostech klienta a jeho pitném režimu
- užívaných lécích a doplňcích stravy
- životním stylu, zaměstnání, aktuální životní a rodinné situaci
- pohybových aktivitách klienta
- motivaci klienta ke změnám v životním stylu a výživě.

10. Poradce by měl při osobní konzultaci používat základní dostupné diagnostické techniky k měření tělesných obvodů a jejich změn, obsahu tělesného tuku, vody, svalové hmoty, ale být si současně vědom omezených možností diagnostických technik. Při poskytování doplňkových poradenských služeb, kdy je osobní styk s klientem vyloučen, by měl zajistit, aby si klient svoji hmotnost a tělesné obvody měřil sám nebo s pomocí standardní diagnostiky, instalované v některých lékárnách nebo fitcentrech.

11. Poradce by měl na úplném začátku spolupráce klienta, který chce zhubnout, informovat o tom, že úspěšnost spolupráce je podmíněna změnou životního stylu a že redukční dieta, pokud nejde o dietu indikovanou lékařem, k úspěchu nevede. Důvodem je, že tělo se sice umí na čas dietě přizpůsobit, ale ve chvíli, kdy dieta skončí a klient se vrátí ke vžitým zvyklostem, rychle znovu nabere svoji bývalou hmotnost a ztratí fyzickou kondici, což má velmi negativní vliv na psychiku. Klient se v tom případě dostane celkově do horšího stavu, než v jakém byl na počátku spolupráce s poradcem.

12. U redukčních programů doporučovaných poradcem je tedy nutné, aby poradce:

- dobře znal problematiku hubnutí a redukce hmotnosti, zejména souvislost výživy, pohybu a psychiky
- zahrnul do redukčního programu plán na dlouhodobé udržení zredukované hmotnosti a informoval klienta, že pouze dlouhodobé změny životního stylu přinášejí uspokojivé výsledky.

13. Poradce si musí uvědomit, že svými výživovými doporučeními zásadně nikoho neléčí, ale pouze podporuje zlepšení zdravotního stavu, popř. doplňuje lékařem nařízenou terapii obecně známými osvědčenými postupy a doplňky stravy.

14. U zdravotních poruch, nemocí či podezření na ně doporučovat podpůrnou výživu či suplementaci jen tehdy, když se klient zaváže je předložit svému lékaři nebo fyzioterapeutovi k odsouhlasení popř. když poradce s lékařem nebo fyzioterapeutem přímo spolupracuje.

15. U podpůrné suplementace musí poradce doporučit svému klientovi, aby lékaře informoval o této suplementaci a projednal s ním případné kontraindikace.

16. Při sestavování individuálního jídelníčku musí poradce respektovat tyto zásady:

- jídelníček je vždy zpracován na základě zdravotního stavu, individuálních potřeb a energetické bilance klienta, zjištěných formou komplexního dotazníku nebo při osobní konzultaci
- jídelníček je vypracován vždy v písemné podobě
- jídelníček by měl obsahovat stanovený společný cíl klienta a poradce, seznam vhodných a nevhodných potravin nebo jejich příklady, návrh zásad individuálního pitného režimu, body (etapy, harmonogram) postupu k dosažení plánovaného cíle (zejména při hubnutí či nabírání hmotnosti), návrh jídelníčku, zásady zdravé přípravy jídel, návrh vhodné pohybové aktivity, suplementační plán a doporučení ke spolupráci s dalšími odborníky (lékař, fyzioterapeut, trenér, masér apod.)

17. Navazující spolupráce poradce s klientem by měla spočívat:

- ve sledování aktuálního stavu klienta a jeho reakcí na daná doporučení
- v pravidelném vyhodnocování změn
- v individuálním přístupu, úpravě daných doporučení podle situace včetně změn v jídelníčku, poskytování praktických rad a sdělování nových poznatků z trhu s potravinami
- v osobní podpoře a motivaci klienta
- v zavedení zpětné vazby, získávané při opakovaných konzultacích s klientem, která je zárukou účinnosti výživových doporučení.

18. Poradce by měl mít obecný přehled o dalších součástech zdravého životního stylu, jako jsou kondiční pohybové aktivity, relaxace, regenerace, fyzioterapie, psychologie, alternativní medicína, antiaging apod. Ve většině těchto oblastí by měl mít nějakou osobní zkušenost alespoň jako klient.

19. Výživový poradce má ve své činnosti neustále na paměti klientovo zdraví, jeho bezpečnost a kondici. Pokud od svého klienta zjistí, že jiný výživový poradce tyto zásady hrubě porušil, měl by to oznámit výboru AVP ČR.

20. V rámci profesionálního přístupu ke klientovi využívá v nutných či sporných případech konzultace se svými kolegy – výživovými poradci.

21. Poradce poskytuje klientovi takový objem pravdivých a srozumitelných informací, aby klient mohl postupně sám přijímat kvalitní, informovaná a zodpovědná rozhodnutí ve výživě.

22. Poradce respektuje právo klienta pozměnit či dokonce odmítnout jím navržená opatření a doporučení.

23. Výživový poradce šíří jen seriózní, pokud možno ověřené a opodstatněné informace o výživě, pokud však považuje některé názory odborníků za kontroverzní nebo s nimi nesouhlasí, neuvádí je způsobem, vycházejícím z osobní antipatie či neúcty k těmto odborníkům, čímž respektuje možnost rozdílných názorů na výživu.

24. Poradce nesmí používat lživá a zavádějící tvrzení při reklamě a marketingu svých služeb nebo při doporučování vybraných potravin, nápojů a doplňků stravy.

25. Poradce svolí k použití svého jména doporučujícího výrobek nebo službu jen tehdy, když se s nimi dobře seznámí a ověří si jejich účinek a nezávadnost.

## Příloha 2: Přehled otázek pro kvalitativní výzkum

1) Věk
2) Pohlaví
3) Odkud jste?
4) Léčíte/ léčila jste se s mentální anorexií?
5) Kdy Vám byla mentální anorexie diagnostikována?
6) Váha/výška před a po návštěvě výživového poradce
7) Zajímala jste se o odborné vzdělání výživového poradce?
8) Co jste očekávala od návštěvy výživového poradce?
9) Splnila návštěva výživového poradce Vaše očekávání?
10) Zhubla jste pod vedením výživového poradce?
11) Upozornil Vás výživový poradce na začátku či v průběhu návštěv, že již hubnout nepotřebujete a je to zdraví nebezpečné?
12) Prošla jste nějakou změnou ve stravě již před návštěvou VP? Jak vypadalo Vaše stravování před návštěvou a po návštěvě? (Jak často jste se vážila, počítala kcal)
13) Zaměřovala jste se na svoji postavu už před návštěvou VP?
14) Užívala jste nějaké doplňky stravy? Od jedné nebo více značek?
15) Myslelo si Vaše okolí, že máte problémy s váhou, i když jste sama problémy nepociťovala?