

UNIVERZITA KARLOVA

Fakulta tělesné výchovy a sportu

**Kvalita života osob s poruchami příjmu potravy**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

**PhDr. Jitka Vařeková, Ph.D., MBA**

Vypracovala:

**Bc. Jana Mandíková**

Praha, 2024

Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne

.....

podpis diplomanta

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Jitce Vařekové, Ph.D., MBA za odborné vedení diplomové práce, za její cenné rady, ochotu a čas, který mi byl věnován. Dále bych chtěla poděkovat konzultantovi z oblasti statistiky panu PhDr. Martinu Chválovi, Ph.D. a za odborné rady z oblasti poruch příjmu potravy panu PhDr. Františku Krchovi, Ph.D. a Mgr. Tereze Makové. Velké díky patří také všem respondentům za jejich důvěru a ochotu zapojit se do výzkumu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svým blízkým za podporu a pomoc, kterou mi poskytli nejen při psaní diplomové práce, ale i během celého mého studia.

## Abstrakt

**Název:** Kvalita života osob s poruchami příjmu potravy

**Cíle:** Hlavním cílem diplomové práce je pomocí dotazníku EDQOL (Eating Disorders Quality of Life) zjistit, jaká je kvalita života žen s poruchami příjmu potravy (PPP) ve srovnání s běžnou populací a ve kterých oblastech života působí PPP ženám největší potíže.

**Metody:** V teoreticko-empirické práci byla zkoumána kvalita života žen s poruchou příjmu potravy ( $n = 100$ ) a žen z běžné populace pomocí dotazníku EDQOL. Vzorek respondentů vznikl metodou dostupného výběru oslovením ve vybraných skupinách na sociálních sítích. Česká verze dotazníku EDQOL byla distribuována pomocí platformy Survio.

**Výsledky:** Výsledky dotazníku EDQOL odhalily statisticky významný rozdíl v kvalitě života mezi ženami s PPP a ženami z běžné populace ( $p < 0,001$ ,  $d = 2,404$ ). Ženy s PPP vykázaly v celkovém hodnocení proměnných dotazníku průměrnou hodnotu ( $1,87 \pm 0,49$ ), zatímco ženy z běžné populace dosáhly průměru ( $0,68 \pm 0,50$ ). V rámci skupiny žen s PPP byla jako významná identifikována oblast psychologická ( $2,91 \pm 0,48$ ) a oblast fyzická a kognitivní ( $2,24 \pm 0,81$ ). Naopak, oblast týkající se práce a školy ( $1,01 \pm 0,90$ ) a oblast finanční ( $0,44 \pm 0,6$ ) byly hodnoceny jako méně významné. Mezi ženami s mentální anorexií a mentální bulimií nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly ve skóre dotazníku EDQOL ( $p = 0,971$ ,  $d = 0,000$ ). Dále nebyl prokázán významný vliv BMI (Body Mass Index) na celkovou kvalitu života, a to jak u žen s podváhou ( $p = 0,103$ ,  $d = 0,738$ ), tak u žen s nadváhou a obezitou ( $p = 0,829$ ,  $d = 0,046$ ).

**Klíčová slova:** poruchy příjmu potravy, kvalita života, mentální zdraví, psychiatrie, dotazník EDQOL

## **Abstract**

**Title:** Quality of life of people with eating disorders

**Objectives:** The main aim of the thesis is to use the EDQOL (Eating Disorders Quality of Life) questionnaire to determine the quality of life of women with eating disorders (ED) compared to the general population and in which areas of life eating disorders cause the greatest difficulties for women.

**Methods:** The theoretical and empirical work examined the quality of life of women with eating disorders ( $n = 100$ ) and women from the general population using the EDQOL questionnaire. The sample of respondents was obtained by the method of available sampling by reaching out to selected groups on social networks. The czech version of the EDQOL questionnaire was distributed using the Survio platform.

**Results:** The results of the EDQOL questionnaire revealed a statistically significant difference in quality of life between women with ED and women from the general population ( $p < 0,001$ ,  $d = 2,404$ ). Women with ED scored the average on the overall questionnaire variables ( $1,87 \mp 0,49$ ), while women from the general population scored the average ( $0,68 \mp 0,50$ ). Within the group of women with ED, the psychological domain ( $2,91 \mp 0,48$ ) and the physical and cognitive domain ( $2,24 \mp 0,81$ ) were identified as significant. Conversely, the work and school related domain ( $1,01 \mp 0,90$ ) and the financial domain ( $0,44 \mp 0,6$ ) were rated as less significant. There were no statistically significant differences between women with anorexia nervosa and bulimia nervosa in EDQOL questionnaire scores ( $p = 0,971$ ,  $d = 0,000$ ). Furthermore, there was no significant effect of BMI (Body Mass Index) on overall quality of life, both in underweight ( $p=0,103$ ,  $d=0,738$ ) and overweight and obese women ( $p = 0,829$ ,  $d = 0,046$ ).

**Keywords:** eating disorders, quality of life, mental health, psychiatry, EDQOL questionnaire

# Obsah

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1.1 Poruchy příjmu potravy .....	10
1. 1. 1 Obecný úvod – vymezení pojmu .....	10
1. 1. 2. Klasifikace poruch příjmu potravy .....	11
1. 1. 3 Etiologie poruch příjmu potravy .....	25
1. 1. 4 Léčba poruch příjmu potravy.....	29
1. 2 Kvalita života.....	38
1. 2. 1 Obecný úvod – vymezení pojmu .....	38
1. 2. 2 Determinanty a prediktory kvality života .....	39
1. 2. 3 Kvalita života ve vztahu ke zdraví.....	40
1. 2. 4 Kvalita života lidí s duševním onemocněním.....	43
1. 2. 5. Reforma psychiatrické péče.....	45
1. 2. 6 Hodnocení kvality života .....	46
2 PRAKTICKÁ ČÁST .....	49
2. 1 Cíle a úkoly .....	49
2. 2 Výzkumné otázky .....	49
2. 3 METODOLOGIE .....	50
2. 3. 1 Metody sběru dat .....	50
2. 3. 2 Charakteristika výzkumného souboru .....	52
2. 3. 3 Metody zpracování dat dotazníku EDQOL .....	61
2. 4 VÝSLEDKY .....	62
2. 4. 1 Četnosti EDQOL.....	62
2. 4. 2 Celkové skórování EDQOL.....	70
DISKUZE .....	77
ZÁVĚR .....	83
Seznam použité literatury .....	84
Seznam tabulek .....	97
Seznam obrázků.....	98
Seznam příloh .....	99
Přílohy.....	100

## Seznam použitých zkratk

1. LF UK a VFN	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice
ADL	Activity of Daily Living
ANAD	National Association of Eating Disorders
BMI	Body Mass Index
ČR	Česká republika
ED	Eating Disorders
EDQOL	Eating Disorders Quality of Life Questionnaire
ICD	International Classification of Diseases
KBT	kognitivně behaviorální terapie
MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
PPP	poruchy příjmu potravy
ÚZIS	Ústav zdravotních informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization

# ÚVOD

V současné době se dostává do naší pozornosti stále častěji problematika duševního zdraví a psychické pohody. Jedním z důvodů je určitě to, že za poslední roky globálně významně vzrostlo množství duševních onemocnění a problémů u dětí i dospělých. To potvrzuje i studie, ve které vyšlo najevo, že s duševním onemocněním má zkušenost každý třetí dospělý (NUDZ, 2020). Monitoring duševního zdraví dětí, který probíhal v České republice v roce 2023, ukázal, že až více jak 50 % žáků devátých tříd v České republice pocítuje zhoršené vnímání své psychické pohody, až 30 % dětí vykazuje známky těžké až středně těžké úzkosti a dokonce to, že až 40 % dotazovaných vykazovalo známky deprese. Zhoršené duševní zdraví i subjektivní vnímání psychické pohody je zásadní, významně totiž ovlivňuje a odráží celkovou kvalitu života jedince (NUDZ, 2023).

Mezi jedno z nejčastějších duševních onemocnění patří poruchy příjmu potravy (zkráceně PPP). Dle National Eating Disorders Association (2022) trpí ve světě některou z forem PPP až 70 milionů lidí. I u PPP můžeme za poslední roky sledovat vzrůstající tendenci počtu onemocnění v populaci (Papežová, 2023). Na začátku 21. století se s některou z poruch příjmu potravy potýkalo zhruba 3,5 % populace, dnes hovoříme až o 8 %. Vysoká je i celková mortalita poruch příjmu potravy, která přesahuje 10 % a je až dvojnásobná oproti jiným duševním onemocněním (Papežová, 2018). V důsledku PPP zemře ve světě ročně až 10 200 lidí, což znamená, že na toto onemocnění zemře jeden člověk každých 52 minut (Deloitte Access Economics, 2020). Samotná mentální anorexie je duševní chorobou s největší mortalitou vůbec. Podle statistik zemře až 10 % lidí s mentální anorexií do 10 let trvání nemoci a až 20 % po 20 letech (ANAD, 2023). Zároveň je důležité zmínit, že pouze malá část lidí (přibližně 6 %) s PPP je klinicky diagnostikována s podvěhrou. Mnoho osob trpících těmito poruchami nemusí být formálně diagnostikováno lékařem. (Flament et al., 2015).

PPP představují komplexní zdravotní problém, který zasahuje do mnoha aspektů lidského života. Nejenže mají významný dopad na fyzické zdraví jedince, ale také značně ovlivňují psychickou pohodu i sociální interakce a tím i celkovou kvalitu života. Kvalita



života je dnes významným ukazatelem celkového zdraví a pohody a je zkoumána v mnoha lékařských oborech a u mnoha typů onemocnění. U většiny onemocnění si jedinec svůj problém a závažnost svého zdravotního stavu uvědomuje a chce se léčit. U PPP tomu ale může být jinak. Samotné onemocnění jedinci přináší v určité době jisté uspokojení ze získání kontroly nad svým tělem a vztahem k jídlu. Tedy přestože PPP negativně ovlivňují životy nemocných, mohou subjektivně udávat lepší kvalitu života a onemocnění popírat (Mareš, Hadaš, 2006).

Problematicke PPP jsem se věnovala již ve své bakalářské práci, psala jsem ji na téma možností využití ergoterapie u pacientů s PPP (Mandíková, 2022). Právě cílem oboru ergoterapie, který jsem studovala, je dosáhnout co nejvyšší kvality života a také zlepšení zdraví jedince (Jelínková, Krivošíková, 2007).

Předkládaná diplomová práce se zaměřuje na hodnocení kvality života osob s PPP a zdůrazňuje význam komplexního přístupu k této problematice. K zmapování situace v této oblasti byl využit specifický zahraniční dotazník Eating Disorder Quality of Life (EDQOL), který jsem přeložila a následně využila k vlastnímu šetření se svolením autora Scotta Engela, Ph.D. Pomocí dotazníku EDQOL lze získat detailní pohled na různé specifické aspekty života ovlivněné onemocněním PPP, poskytuje informace o psychologickém, fyzickém, kognitivním, finančním, pracovním/školním a mezilidském aspektu života jedinců s PPP, což umožňuje holistické hodnocení jejich situace.

Hlavním cílem diplomové práce je pomocí dotazníku EDQOL zjistit, jaká je kvalita života žen s PPP v ČR ve srovnání s běžnou populací a ve kterých oblastech kvality života působí PPP ženám největší potíže.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Poruchy příjmu potravy

### 1.1.1 Obecný úvod – vymezení pojmu

Poruchy příjmu potravy (zkráceně PPP) jsou vážné a někdy až smrtelné onemocnění, které způsobuje závažné poruchy jídelního chování s dopady na psychické i fyzické zdraví jedince (Krch a Švédová, 2013). National Eating Disorder Association (2021) uvádí, že až 70 milionů lidí na světě trpí některou z forem PPP. V České republice se v roce 2020 léčilo s PPP 690 mužů a 4 477 žen, což je nárůst o 15 % za posledních 10 let. Největší nárůst (89 %) byl u dospívajících ve věku 15 až 17 let (Ústav zdravotních informací a statistiky České republiky, 2018).

PPP lze definovat jako hraniční polohy narušeného jídelního chování s vážnými důsledky na tělesné i psychické zdraví, sociální život a pracovní povinnosti nemocného (Krch a Švédová, 2013). Řadí se mezi jedny z nejčastějších a nejzávažnějších psychických onemocnění (Krch, 2007). Mortalita u mentální anorexie se pohybuje mezi 5 - 10 %, přičemž smrt je nejčastěji způsobena hladověním, sebevraždou nebo metabolickým rozvratem (American Psychiatric Association, 1994). PPP se týkají zejména dospívajících dívek a mladých žen, ale nevyhýbají se ani starším ženám či mužům (Papežová, 2010). Prevalence mentální anorexie u mladých žen a dívek je 0,5 – 1,0 %, mentální bulimie se nejvíce objevuje u studentek středních a vysokých škol (4 – 15 %) (Ústav zdravotních informací a statistiky České republiky, 2018). U mužů je potom výskyt o něco nižší, a to asi 10 % případů z celkového počtu onemocněných (Ústav zdravotních informací a statistiky České republiky, 2018). PPP častěji postihují jedince ze středních a vyšších socioekonomických vrstev. I přes to, že je za poslední roky zřetelný nárůst incidence PPP v populaci, mnoho jedinců s tímto onemocněním není dostatečně diagnostikováno nebo léčeno (Ústav zdravotních informací a statistiky České republiky, 2018). Pod pojmem poruchy příjmu potravy si většina populace představí anorexii a vyhublé dívky, avšak dle statistik ANAD (Národní asociace mentální anorexie a přídružených chorob) má jen 6 % lidí diagnostikovaných s PPP podváhu (ANAD, 2023).

## 1. 1. 2. Klasifikace poruch příjmu potravy

Klasifikace a dělení onemocnění usnadňuje lékařům i jiným odborníkům léčbu i diagnostiku různých onemocnění. PPP můžeme dle Americké psychiatrické asociace (APA) a Světové zdravotnické organizace (WHO) dělit do několika různých kategorií. Dále pak také existuje řada blíže nespecifikovatelných problémů, které s PPP úzce souvisí, avšak v oficiální klasifikaci se nenachází. Tyto problémy a stavy jsou také charakterizovány potížemi s jídelním chováním, váhou i sebeobrazem (Kubešová, 2022).

Celosvětově využívanou klasifikací v oblasti označování lidských onemocnění, poruch či jiných zdravotních problémů je Mezinárodní klasifikace - MKN (v originále International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, zkráceně ICD) vyvinutá Světovou zdravotnickou organizací WHO. V současné době je v České republice stále v platnosti desátá revize MKN – 10. Světová zdravotnická organizace WHO však již vyvinula 11. revizi MKN (ICD – 11), která vstoupila v platnost 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím. V České republice stále probíhá proces implementace MKN – 11 do zdravotnického systému (ÚZIS, 2023). Ve své práci pro klasifikaci PPP tedy využívám 10. verzi MKN revidovanou v roce 2023, která je aktuálně v České republice platná a používaná (ÚZIS, 2023).

Dle MKN - 10 se mezi PPP (F50) řadí:

Název poruchy	Kód MKN-10
Mentální anorexie	F50.0
Atypická mentální anorexie	F50.1
Mentální bulimie	F50.2
Atypická mentální bulimie	F50.3
Přejídání spojené s psychogenními poruchami	F50.4
Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami	F50.5
Jiné PPP	F50.8

Tabulka 1: Klasifikace PPP (MKN – 10, 2023)

Někteří autoři zvažují zařazení nočního přejídání (NES – Night Eating Syndrome) do kategorie PPP (Němečková, 2007).

Verze 11. mezinárodní klasifikace nemocí nám přináší do oblasti PPP změny v zahrnutí některých diagnóz a také novou podobu kódů pro určité diagnózy. Níže uvádím

tabulku a kódy dle ICD – 11 přeloženou z anglického originálu vytvořeného Světovou zdravotnickou organizací WHO.

Dle nově vytvořené verze ICD – 11 se mezi PPP řadí:

<b>Název poruchy</b>	<b>Kód ICD – 11</b>
Mentální anorexie	6B80
Mentální bulimie	6B81
Záchvatovité přejídání	6B82
Vyhýbavá - restriktivní PPP	6B83
Pica	6B84
Jiné specifikované PPP	6B8Y
Jiné nespecifikované PPP	6B8Z

**Tabulka 2: Klasifikace PPP (ICD - 11, 2023)**

Z výše uvedených poruch se řadí mezi nejznámější PPP zejména mentální anorexie a mentální bulimie. Tyto poruchy mohou ve svém klinickém obraze střídát své projevy, mohou přecházet jedna v druhou nebo se mohou dokonce objevovat současně (Němečková, 2007). Kromě těchto dobře známých forem PPP existuje také forma, která je často opomíjena, ačkoli se v populaci vyskytuje velmi často. Tato forma je známa jako psychogenní přejídání, v anglické literatuře označované jako “binge eating disorders” (Keksi-Rahkohen, 2021). Výše uvedeným formám PPP se ve své práci věnuji podrobněji.

### ***1. 1. 2. 1 Mentální anorexie***

Mentální anorexie (MA), neboli anorexia nervosa, je porucha příjmu potravy, která se projevuje úmyslným a vědomým snižováním tělesné hmotnosti způsobeným vlastním jednáním. U dětí se často projevuje jako nedostatečný váhový přírůstek odpovídající jejich věku a vývoji. Nemocní mají obtíže udržet si zdravou tělesnou hmotnost vzhledem k jejich výšce a tělesné konstituci. Mnozí z nich také trpí zkresleným vnímáním svého těla a považují se za tlusté, i když jsou viditelně podvyživeni (National eating disorder association, 2018). Typickými příznaky mentální anorexie je vyhýbání se jídlu s vysokým obsahem kalorií, nadměrné cvičení a strach z přibírání na váze, který nezmizí ani při výrazném hubnutí, kdy je nemocný viditelně kachektický. Jedinci trpící mentální anorexií jsou často velmi aktivní a energičtí, což je v rozporu s jejich špatným zdravotním stavem, nedostatkem přijímaných kalorií a podvýživou. Někteří nemocní si

navíc úmyslně zhoršují svou situaci tím, že si vyvolávají zvracení, užívají projímadla, látky potlačující chuť k jídlu nebo močopudné léky (Raboch, 2006).

### ***Prevalence MA***

Mentální anorexie může postihnout lidi všech věkových kategorií, pohlaví, sexuálních orientací, ras i etnik (National Eating Disorder Association, 2018). Nemoc však častěji postihuje mladé dívky, pouze asi 5 % nemocných jsou chlapci. Celoživotní prevalence mentální anorexie se odhaduje na 0,2 – 0,9 % a stále roste (Raboch, 2006).

### ***Diagnostická kritéria MA***

Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN – 10:

- Tělesná hmotnost je pod 85 % předpokládané úrovně, nebo u dospělých je  $BMI \leq 17,5$ . Prepubertální pacienti nesplňují očekávaný hmotnostní přírůstek.
- Pacient si způsobuje snížení hmotnosti tím, že:
  - se vyhýbá jídlům, po kterých se tloustne
  - nadměrně cvičí
  - navozeně zvrací
  - užívá laxativa, anorektika nebo diuretika
- Pacient má strach z tloušťky a zkreslenou představu o vlastním těle, která ho nutí stanovit si velmi nízký hmotnostní práh.
- Pacient má rozsáhlou endokrinní poruchu, která se projevuje jako:
  - amenorea u žen
  - ztráta sexuálního zájmu a potence u mužů
  - výjimkou je děložní krvácení u anorektických žen na hormonální léčbě
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo zastaveny. Po uzdravení dochází k normálnímu dokončení puberty, ale menarché je opožděna. (Krch, 2007)

Raboch (2006) ve své knize uvádí, že tělesná hmotnost nemocného je nejméně o 15 % nižší než by odpovídalo jeho věku a výšce. K výpočtu míry podvýživy slouží Body Mass Index (BMI). Hraniční hodnota BMI pro podváhu, kdy uvažujeme o mentální

anorexii, je 17,5. Přičemž běžné hodnoty BMI u žen jsou v rozmezí 20 – 25 a u mužů 21 – 26 (Cohen, 2002). Avšak podle studie Mezinárodní asociace pro poruchy příjmu potravy (National Eating Disorder Association) nemusí být člověk, který bojuje s mentální anorexií, vyhublý ani mít podváhu. Některé studie ukazují, že i jedinci s vyšší váhou mohou trpět mentální anorexií, i když u nich může být méně pravděpodobné, že jim bude nemoc diagnostikována, a to především kvůli kulturním předsudkům vůči obezitě (National Eating Disorder Association, 2018). Jako příklad může sloužit studie z roku 2019, která ukazuje případy tří dospívajících mužů, kteří měli zpočátku BMI v pásmu obezity, ale nebyla jim diagnostikována mentální anorexie, dokud si zdravotní následky podvýživy nevyžádaly akutní hospitalizaci. Jako pravděpodobný faktor toho, proč nebyla diagnóza určena, bylo počáteční doporučení ke snížení hmotnosti od lékaře. Tyto případy jasně ukazují důležitost sledování lidí s obezitou, kteří jsou podporováni v hubnutí, a také upozorňují na potřebu zvýšení povědomí o této rizikové skupině (Matthews, Peterson, Mitan, 2019). Je tedy důležité si uvědomit, že jediným kritériem pro diagnostiku mentální anorexie není jen hodnota BMI v pásmu podváhy, ale že se s touto nemocí může potýkat i jedinec, který má BMI v normě nebo i nad její hranicí. Anorexie u těchto jedinců nemusí být na první pohled vidět a nemusí jim pak být poskytována adekvátní léčba této nemoci.

### ***Důsledky MA***

Mentální anorexie je závažná porucha příjmu potravy, která je spojena s narušením funkce osy hypotalamo-hypofyzo-gonadální (Raboch, 2006). Tato porucha má na lidský organismus velmi závažné a často nevratné důsledky, které se projevují na somatické, kognitivní i psychické úrovni. Mentální anorexie také významně zasahuje do sociálního života nemocného.

#### *Somatické důsledky*

- Nedostatek bílkovin a naopak zvýšené hodnoty cholesterolu, způsobené metabolickým chaosem, který v hladovějícím organismu panuje (Štefánek, 2011).
- Štěpení vlastních bílkovin, v důsledku čehož se u dívek vyskytuje amenorea (vynechání menstruace).
- Postupné poškozování různých orgánů, jako jsou:

- Trávicí ústrojí: snížení střevní peristaltiky, obtíže se zpracováním potravy (Šmídová, 2008).
- Srdce a cévy: zpomalení tepové frekvence, pokles krevního tlaku, zvýšené riziko infarktu nebo arytmie (Šmídová, 2008).
- Kostní tkáň: osteoporóza, zvýšená náchylnost k zlomeninám (Šmídová, 2008).
- Zubní sklovina: zvýšená kazivost zubů, způsobená nedostatkem vápníku a opakovaným zvracením (Šmídová, 2008).
- Viditelné změny na kůži, vlasech a nehtech, jako jsou:
  - Vypadávání vlasů, nápadně suchá kůže a zvýšená lomivost nehtů (Šmídová, 2008).
  - Pokrytí kůže jemným ochlupením tzv. lanugem, které slouží k ochraně před ztrátou tepla (Koutek, Kocourková, 2014).

#### *Kognitivní důsledky*

- Problémy s pozorností a její koncentrací, s reakcemi na podněty nebo s motorickým tempem (Kociánová, 2017).
- Problémy s pamětí nebo intelektem, exekutivními funkcemi, s rozhodováním nebo s flexibilitou myšlení (Kociánová, 2017).
- Postižení centrální nervové soustavy, které se může projevit korovou atrofií (Němečková, 2011) nebo snížením objemu šedé i bílé hmoty mozku (Sidiropoulos, 2007).

#### *Psychické a sociální důsledky*

- Aktivní snaha zhubnout, která se projevuje držením drastických diet, excesivním cvičením, užíváním laxativ, popřípadě úmyslným vyvoláváním zvracení (Koutek, Kocourková, 2014).
- Porucha tělesného schématu a narušené vnímání vlastního těla, kdy si nemocný připadá silný i přes svoji velkou podváhu (Koutek, Kocourková, 2014).
- Chybějící nebo neúplný náhled na své onemocnění, který brání v hledání pomoci nebo v dodržování léčby (Koutek, Kocourková, 2014).
- Těžká nespavost a nesoustředěnost, která může nemocného ohrožovat při fungování v práci nebo ve škole (Šmídová, 2008).

- Časté problémy s navazováním partnerských vztahů, a i se sexuálním životem (Šmídová, 2008).
- Depresivní ladění, sociální zdrženlivost a zvýšená dráždivost, které mohou vést k nárůstu konfliktů s blízkými, suicidálnímu jednání nebo sebepoškození (Koutek, Kocourková, 2014).
- Silná a dlouhodobě trvající činorodost nemocných, ke které se svou silnou vůlí nutí ještě dlouho poté, kdy už díky extrémní podvyživenosti trpí značnými tělesnými potížemi i úpadkem sil (Leibold, 1995).
- Sklon k zatajování svých problémů, lhaní, podvádění a někdy dokonce i k drobným krádežím, především jídla (Raboch, 2006).

### ***1. 1. 2 Mentální bulimie***

Mentální bulimie (MB) je porucha, která se projevuje opakovanými záchvaty přejídání a zároveň přehnanou kontrolou nad vlastní tělesnou hmotností (Procházková, Ševčíková, 2017). Lidé s mentální bulimií mají často neodolatelnou touhu a nutkání sníst velké množství jídla, které většinou polykají velmi rychle a bez rozmyslu. Často si vybírají stravu zcela náhodně, bez ohledu na její složení a kombinace. Přejídání obvykle končí bolestí způsobenou roztažením žaludku nebo je ukončeno záměrně vyvolaným zvracením. Někdy záchvat skončí až tím, že jedinec usne. Před záchvatem přejídání může být pacient ve stavu smutku, depresivního ladění, úzkosti nebo může trpět pocitem prázdnoty. Po záchvatu se u pacienta objevují silné pocity viny, selhání a nezvládnutí situace. U pacientů s bulimií je také časté autoagresivní a automutilační chování, například pořezávání nebo i suicidální pokusy (Němečková, 2011).

### ***Prevalence MB***

Celoživotní prevalence mentální bulimie je o něco vyšší než u mentální anorexie, udává se asi 1 – 4 %, přičemž jen asi 10 % postižených jsou muži. Průměrný věk začátku onemocnění je také o něco vyšší než u mentální anorexie, a to 18 let (Raboch, 2006). Mentální bulimie má velmi blízko k mentální anorexii. Cooper (2009) uvádí, že asi třetina osob trpících bulimií měla někdy v minulosti zkušenost s anorexií.

### ***Diagnostická kritéria MB***

Diagnostická kritéria mentální bulimie dle MKN – 10:



- Opakované záchvaty přejídání (alespoň 2x týdně po dobu 3 měsíců), kdy sní velké množství jídla v krátké době.
- Posedlost jídlem spojená se silnou touhou po jídle.
- Snaha zbavit se jídla jedním nebo více z těchto způsobů:
  - vyvolává si zvracení
  - užívání projímadel, anorektik, tyreoidních preparátů nebo diuretik
  - drží hladovky
  - diabetici mohou vynechávat léčbu inzulínem
- Strach z tloušťky a zkreslená představa o svém těle. Častá je přítomnost anorexie nebo omezování se v jídle v anamnéze jedince (Krch, 2007).

Záchvaty přejídání jsou zároveň impulzivní a neovladatelné vlastní vůlí. Typická je ztráta kontroly nad jídlem, neustálé myšlení na jídlo a silný pocit viny po přejedení. Po záchvatu přejedení následuje kompenzační chování, mezi které patří zvracení, užívání projímadel a období hladovění (Procházková, Ševčíková, 2017).

### ***Důsledky MB***

Mentální bulimie je další závažná porucha příjmu potravy, která má také negativní dopad na somatické, kognitivní i psychické zdraví nemocného.

#### *Somatické důsledky*

- Svalové křeče, které vznikají díky elektrolytové dysbalanci v důsledku opakovaného zvracení.
- Kardiovaskulární obtíže, jako jsou dušnost, bolesti v oblasti srdce, hypotenze a hrozba srdečního selhání, způsobené narušenou hladinou minerálů.
- Gastrointestinální obtíže, jako jsou žaludeční a duodenální vředy, ruptura jícnu nebo perforace žaludku, způsobené opakovaným zvracením.
- Poškození zubní skloviny, která je narušována kyselinou chlorovodíkovou, která se nachází v žaludku, ale při zvracení se dostává do dutiny ústní. Zuby jsou pak žluté a viditelně poškozené.

- Oděrky na hřbetě a kloubech ruky, které vznikají při mechanickém vyvolávání zvracení.
- Změny v strukturách mozku, jako jsou dilatace mozkových komor, ztenčení šedé hmoty nebo poruchy periferní nervové soustavy, způsobené dlouhodobým hladověním.

#### *Kognitivní důsledky*

- Problémy s pozorností, pamětí, intelektem, exekutivními funkcemi, rozhodováním nebo flexibilitou myšlení, způsobené postižením centrální nervové soustavy (Kociánová, 2017).

#### *Psychické a sociální důsledky*

- Výrazné změny nálad, neustálé myšlení a zaobírání se jídlem, úzkosti, které přichází nejčastěji po jídle nebo záchvatu, kdy nemocný cítí pocit viny, studu a vlastního selhání.
- Narušení sebeobrazu vlastního těla a pocit ztráty kontroly nad sebou.
- Časté sebevražedné myšlenky nebo sebepoškozování.
- Sociální izolace, vyhýbání se kontaktu s okolím a ztráta přátel.
- Vztahové potíže, které vyplývají z výrazné iritability a narušeného vnímání sebeobrazu a okolního světa (Hanzlovský, 2014).

#### **1. 1. 2. 3 Psychogenní přejídání**

Psychogenní přejídání, známé také pod zkratkou BED z anglického *binge eating disorders*, se řadí mezi PPP, pro které jsou charakteristické opakované záchvaty přejídání nadměrným množstvím jídla, jež je výrazně větší než by byla většina lidí schopna zkonsumovat za danou časovou jednotku a za stejných okolností. Nadměrnou konzumaci jídla doprovází pocit ztráty kontroly nad množstvím sněženého jídla. Jedinec také stravu konzumuje velmi rychle a pokračuje i přes pocit nasycení, po záchvatu pak často zažívá pocit viny a vlastního selhání. Dle Kviatkovské, Albrechta a Papežové (2016) je jedinec během jednoho záchvatu schopen zkonsumovat okolo 1500 – 4500 kcal. Na rozdíl od mentální bulimie nedochází po záchvatu k eliminačním metodám přijatého množství kalorií formou zvracení, nadměrného cvičení nebo jiné restriktivní metody. I proto je u jedinců trpících psychogenním přejídáním častá nadváha nebo i obezita, která způsobuje

další závažné zdravotní komplikace (NIMH, 2018). Národní zdravotnický informační portál NZIP (2016) upozorňuje na to, že nadváha ale nemusí být u každého jedince trpícího psychogenním přejídáním.

### ***Prevalence psychogenního přejídání***

Psychogenní přejídání je vůbec nejčastějším typem PPP. Dle Národního institutu duševního zdraví (NIMH) je jeho prevalence u dospělých 1,2 %. Výskyt psychogenního přejídání je dvakrát vyšší u žen (1,6 %) než u mužů (0,8 %) (NIMH, 2018).

### ***Diagnostická kritéria psychogenního přejídání***

Psychogenní přejídání bylo jako samostatná diagnóza uvedeno až ve 4. verzi Diagnostického manuálu mentálních nemocí (DSM – 4 – TR), přesná diagnostická kritéria byla však stanovena až v 5. verzi DSM (Kviatkovská, Albrecht, Papežová, 2016).

Diagnostická kritéria záchvatovitého přejídání dle MKN – 10:

- Záchvaty přejídání (alespoň 2x týdně po dobu 3 měsíců), kdy sní velké množství jídla v krátké době.
- Silná, neodolatelná touha po jídle a neustálé zabývání se jídlem.
- Není snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla vyvoláváním zvracení, užíváním projímadel, hladovkami, nadměrným cvičením nebo jinými způsoby.
- Pocity přílišné tloušťky spojené se strachem z tloustnutí. V anamnéze je častá epizoda mentální anorexie nebo jiného intenzivnějšího omezování se v jídle.

### ***Důsledky psychogenního přejídání***

#### ***Somatické důsledky***

- Nadváha nebo až obezita, která se v dlouhodobém horizontu může začít projevat na celkovém fungování organismu.
- Nadváha negativně ovlivňuje kardiovaskulární systém, nejčastěji bývá zvýšený krevní tlak a zvýšená hladina tuků i cukrů v krvi.
- Při vysoké váze může dojít k rozvoji metabolického syndromu, který zvyšuje riziko cévních onemocnění, rozvoje diabetu 2. typu nebo zvýšené riziko cévní mozkové příhody.

- Nadváha může vést také k ateroskleróze, která zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění.
- Nadváha se v dlouhodobém horizontu negativně odráží také na stavu kloubů a páteře, které trpí zvýšenou zátěží.

#### *Psychické, sociální a kognitivní důsledky*

- Pocity nedostatečného sebeovládání mohou způsobovat, stud, depresivní nebo úzkostné nálady a sníženou sebeúctu.
- Nemocní se často stydí za svoji nadměrnou hmotnost.
- U záchvatovitého přejídání se můžeme setkat s jinými psychickými nemocněními, jako jsou závislosti, nejčastěji na alkoholu nebo návykových látkách.
- Lidé se záchvatovitým přejídáním se kvůli své nemoci mohou vyhýbat sociálnímu životu, mohou mít obavy s jezení na veřejnosti spojené se strachem ze ztráty sebeovládání nad konzumovaným jídlem. Společenskému životu se mohou vyhýbat i díky depresivním a úzkostným náladám (NZIP, 2016).

#### **1. 1. 2. 4 Méně známé formy PPP**

Tyto formy PPP jsou již zařazeny v novém diagnostickém manuálu MKN – 11, který je v ČR v procesu implementace a zatím se oficiálně nevyužívá.

#### ***Pica***

Tato forma PPP se projevuje tím, že jedinec konzumuje běžně nepoživatelné a nestrávitelné předměty s nulovou kalorickou hodnotou. Jde například o sklo, kovy, papír, látky, vlasy, zeminu, plasty, křídou nebo i některé potravinové suroviny jako kukuřičný škrob nebo sůl, které jedinec konzumuje v nepřiměřeném množství. Jedinec zároveň dosáhl vývojového stupně, kdy je schopen rozeznávat požitelné a nepoživatelné látky, Toto období nastává přibližně ve věku 2 let (MKN – 11).

Takto zkonsumované předměty pak způsobují závažné problémy v trávicím traktu, jako otravy, zácpy, infekce nebo i mechanické poškození zubů nebo úseků trávicího traktu (Lacey, 1990).

Tento druh PPP se obvykle vyskytuje u malých dětí, těhotných žen nebo jedinců žijících v chudobě. Pica bývá častá také u jedinců s jiným psychickým onemocněním jako autismus, mentální retardace nebo poruchy osobnosti (Lacey, 1990).

Dle nového diagnostického manuálu MKN – 11 se pica řadí mezi PPP pod kódem 6B84 (MKN – 11, 2023).

### ***Ruminativní porucha***

Tato forma PPP se projevuje tím, že se nemocný záměrně opakovaně vrací již dříve spolknutou a přežvýkanou stravu zpět do úst, následně ji pak znovu rozžvýká a polyká nebo stravu vyplivuje (MKN – 11). K tomuto dochází nejčastěji do 30 minut od požití stravy (Kubešová, 2022). Toto chování pak není vysvětleno jiným zdravotním stavem, který by mohl ruminaci způsobovat (MKN – 11).

Ruminativní porucha se může vyskytovat u dětí i dospělých, dle MKN – 11 by měla být diagnostikována od dovršení věku 2 let. V pozdějším věku je nutné tuto chorobu léčit, jinak způsobuje závažné zdravotní problémy, jako striktury jícnu nebo neuromuskulární poruchy ovlivňující funkce jícnu, dále pak také způsobuje nevolnosti či zvracení (MKN – 11). Ruminativní porucha se vyskytuje často u kojenců v období mezi 3. a 12. měsícem, kdy může být příčinou ztráty hmotnosti a podvýživy, většinou pak ale samovolně vymizí, jinak je potřeba ji také léčit (Kubešová, 2022).

Dle nového diagnostického manuálu MKN – 11 se ruminativní porucha řadí mezi PPP pod kódem 6B85 (MKN – 11, 2023).

### ***Restriktivní porucha příjmu potravy (ARFID)***

Restriktivní nebo také vyhýbavě - omezující PPP je dle nového manuálu MKN – 11 (2023) charakterizována vyhýbáním se nebo nadměrným omezováním příjmu potravy, které mají za následek výrazný úbytek hmotnosti a nedostatečnou rozmanitost potravy, což ovlivňuje fyzické zdraví nemocného. Vzorec stravování ale není podmíněn nadměrným řešením svého vzhledu a postavy a není spojený se snahou o snížení hmotnosti. Kubešová (2022) uvádí, že jedinci se potravě často vyhýbají kvůli její konzistenci, chuti nebo teplotě. Restriktivní PPP také negativně ovlivňuje sociální vztahy,

a to zejména kvůli úzkostem, které souvisejí se společenskými událostmi, které zahrnují konzumaci jídla (MKN – 11, 2023).

Restriktivní porucha příjmu potravy (ARFID) je v novém diagnostickém manuálu MKN – 11 zařazena pod kódem 6B83 (MKN – 11, 2023).

### ***1. 1. 2. 5. Nespecifické formy PPP***

#### *Atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie*

Atypická mentální anorexie nebo bulimie splňuje jen některá kritéria nemoci, ale celkový klinický obraz nedovoluje stanovit tuto diagnózu (MKN - 10, 2018).

#### *Syndrom nočního jení*

Pro syndrom nočního jení nebo také přejídání je charakteristické to, že jedinec konzumuje nadměrné množství potravy po večeři nebo v noci. Tato porucha významně narušuje spánkovou hygienu jedince, může způsobovat přibírání na váze a další komplikace. Často bývá spojena s mentální anorexií nebo bulimií (Kubešová, 2022).

### ***1. 1. 2. 6. Nespecifické problémy související s jídlem***

#### ***Bigorexie***

Bigorexie, někdy také nazývána obrácená anorexie nebo svalová dysmorfická porucha se řadí mezi jednu z méně známých forem PPP, která se projevuje narušeným vnímáním těla, kdy si sám bigorektik připadá nedostatečně svalově vyvinutý (Martynáková, Piskáčová, 2010). Nemocní často touží dosáhnout nereálných hodnot své fyzické zdatnosti a tělesných proporcí, díky čemuž jsou schopni trávit dlouhé hodiny v posilovnách či i užívat některé potravinové doplňky a látky podporující růst svalové hmoty a ovlivňující metabolismus (Kulhánek, 2014).

Kulhánek (2014) upozorňuje na to, že v některých odborných zdrojích není bigorexie považována za formu PPP, ale řadí se spíše mezi jednu z variant dysmorfóbie. Tato porucha se častěji týká mužů. K rizikovým faktorům pro vznik této choroby dle Martynákové a Piskáčové (2010) patří také obezita v raném věku, kdy se u jedince může vytvářet počátek nízkého sebevědomí, který pak často přetrvává do dospělosti.

Z průzkumů mezi bodybuildery užívajícími steroidy v americké populaci bylo zjištěno, že 9 z 55 jedinců užívajících steroidy splňuje kritéria bigorexie (Martynáková, Piskáčová, 2010).

Mezi rizika bigorexie se řadí riziko přetížení pohybového aparátu díky nadměrnému cvičení a zátěži. Velkým rizikem je také užívání potravinových doplňků podporujících růst svalů, které mohou nevratně poškozovat zdraví jedince. Bigorexie obdobně jako jiné formy PPP ovlivňuje i psychické zdraví jedince i jeho sociální život. Kulháněk (2014) zmiňuje, že bigorektici se díky kupování drahých potravinových doplňků a vstupenek do fitness center mohou potýkat i s finančními problémy.

### ***Ortorexie***

Samotný původ slova ortorexie pochází z řečtiny a lze ho přeložit jako „*chut' na správné jídlo*“. Tento termín použil poprvé v roce 1997 kalifornský lékař Steven Bratman, který touto poruchou sám trpěl (WebMD, 2021).

Samotná ortorexie zatím není oficiálně uznávána jako psychiatrická diagnóza v manuálu DSM-5, je však považována za jednu z forem podtypů PPP (WebMD, 2021). Jedná se o nemoc psychického původu, která se projevuje tím, že se jedinec přehnaně fixuje na zdravou stravu a je jí posedlý. Jedinec se vyhýbá potravinám, které jsou považovány za nezdravé, a tím zužuje výběr svého jídelníčku. Ortorektik často věnuje velké množství svého času navštěvování zdravých bio obchodů a čtení nutričních etiket na výrobcích. Strava pak jedinci způsobuje úzkostné a stresové stavy a řešení stravy mu zabírá velké množství času. Jedinec se bojí ztráty kontroly nad svým jídelním režimem a tím, co přesně přijme, takže se často není schopný najíst mimo domov, například v restauraci, kde nemá přesnou kontrolu nad složením jídla (Ordinace.cz, 2021).

Patologická posedlost zdravou stravou, jak bývá někdy ortorexie označována, se častěji vyskytuje u žen, méně častá je u mužů. Větší náchylnost k tomuto onemocnění mají lidé pracující v odvětví modelingu, herectví nebo sportu. Sklony a snadnější propadnutí ortorexii můžeme dle Martynákové a Piskáčové (2010) nacházet u vyznavačů některých striktních stravovacích směrů jako vegetariánství, veganství nebo frutariánství.

Ortorexie často přechází v samotnou mentální anorexii nebo se s ní dokonce může prolínat (Martynáková, Piskáčová, 2010). Ortorexie vede k extrémním stravovacím návykům, kdy se z jídla pro jedince často stává posedlost, která dle Kulhánka (2014) už nemá vůbec nic společného se zdravým stravováním.

### ***Drunkorexie***

Pojem drunkorexie nebo také alkorexie je zatím neoficiální termín, který označuje kombinaci zneužívání a nárazového pití alkoholu spolu s poruchou příjmu potravy. Slovo je odvozeno ze spojení anglického *drunk* tj. opilý a slova anorexie.

Drunkorexie se vyznačuje tím, že jedinec omezuje nebo dokonce vynechává jídlo za účelem ušetření kalorií pro následné pití alkoholu nebo se po vypití alkoholu úmyslně vyzvrací. Jedinci s tímto onemocněním tak chtějí mít pod kontrolou svůj kalorický příjem či ho úmyslně snižovat, zejména proto, že alkohol a alkoholické drinky obsahují velké množství kalorií. Někteří jedinci s drunkorexií alkoholem nahrazují i běžnou stravu (Kulhánek, 2014).

Tato forma PPP je častější u žen zejména ve středoškolském věku v období 18-24 let. Dle statistického výzkumu provedeného na americké populaci až 30 % dívek v tomto věku úmyslně vynechává jídlo za účelem snížení kalorií pro následné pití alkoholu (Kulhánek, 2014). Nešpor (2013) uvádí, že v České republice nemáme zatím žádná přesná data v této oblasti, avšak lze počítat s tím, že spotřeba alkoholu u českých mladistvých bude vyšší než v Americe.

Drunkorexie je zdraví nebezpečná stejně jako ostatní formy a druhy PPP, má závažné dopady na psychické i fyzické zdraví nemocného i na jeho sociální život. Obdobně jako u jiných forem PPP bývá jedním z jejích příznaků nezdravý pohled na vlastní tělo (Adicare, 2023). Nešpor (2013) zároveň zdůrazňuje velkou rizikovost konzumace alkoholu u lidí trpících drunkorexií, který může způsobovat otravy, změněné stavy vědomí, cévní i mozkové příhody, zvyšování krevního tlaku nebo i závažné psychické problémy či samotnou závislost na alkoholu.



Další formy PPP:

#### *Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami*

Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami bývá nejčastěji spojené s reakcí na stres (Kubešová, 2022).

#### *Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami*

Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami bývá dle Kubešové (2022) taktéž nejčastěji spojené s reakcí na stres.

#### *Syndrom pervazivního odmítání*

Jedná se o problém, kdy jedinec odmítá vykonávat některou ze základních činností jako je konzumace jídla, pití nebo i chůze (Kubešová, 2022).

#### *Syndrom vybíravosti v jídle*

Tento problém je charakterizován tím, že se jedinec omezuje jen na konzumaci určitého rozsahu jídel a ostatním se vyhýbá. Nejčastěji se vyskytuje u dětí (Kubešová, 2022).

### **1. 1. 3 Etiologie poruch příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou považovány za civilizační onemocnění, u kterých se v etiologii projevují současně biologické, psychologické a sociální vlivy. Začátek těchto poruch je typicky dán psychickými faktory a až následně je významně ovlivněn somatický stav nemocného (Koutek a Kocourková, 2014). Přesná příčina PPP je ovšem neznámá (Eating disorders, 2020).

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou obecně považovány za důsledek vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, různých chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích schopností, stejně jako biologických a genetických faktorů. Odborníci se shodují na tom, že neexistuje žádná specifická příčina, která by PPP způsobovala a jejíž odstranění by vedlo k vyléčení (Kliszová, 2015).

#### **1. 1. 3. 1 Biologické faktory**

Krch (2005) uvádí, že **příslušnost k ženskému pohlaví** je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj PPP. Podle různých studií je dokonce zastoupení mentální anorexie u žen v průměru desetkrát větší než u mužů, v případě

mentální bulimie je to dokonce dvacetkrát (Kliszovská, 2015). Jako jeden z důvodů se uvádí to, že mužům vadí tloušťka méně než ženám a drží proto méně často redukční diety. Zatímco dívky během puberty dospívají, jejich tělo se mění a přibírají hlavně tělesný tuk, chlapci v tomto věku přibírají spíše svalovou hmotu a přibližují se tak ideálu krásy, kterému se dívky spíše oddalují (Krch, 2010). Patrné rozdíly ve vnímání vlastního těla byly u dívek a chlapců zjištěny již v mladším školním věku. Přesto ale k nejvíce rizikovým změnám vedoucím k rozvoji PPP dochází v období puberty a adolescence (Procházková, Ševčíková, 2017). Je to období, kdy dochází k hormonálním změnám, ty se pak promítají i do roviny psychologické. Dívky jsou oproti chlapcům často nejistější, mají větší strach z toho, že nebudou oblíbené, mají nižší úctu k vlastnímu tělu a často jsou také méně sebevědomé (Krch, 2010). V období puberty u dívek často klesá spokojenost s vlastním tělem (Procházková, Ševčíková, 2017). Výzkumy, které prověřovaly spokojenost žen s jejich vlastním tělem, dokonce ukázaly, že ženy si samy utvářejí vlastní ideální schéma těla. Porovnávání své vysněné a skutečné postavy pak vede k tomu, že většina žen je se svým tělem nespokojena (Sladká Ševčíková, 2004).

Určitá role působící při vzniku PPP je připisována také **negativním emocím**, které mohou doprovázet změny hormonů v období puberty. V průběhu puberty se u dospívajících začíná formulovat vlastní Já, vzrůstá sebevědomění a zájem o svět vrstevníků. Mladý člověk je proto v období puberty sociálně vnímavější, ale tím pádem i zranitelnější, soupeřivější a jeho sebevědomí se stává labilnějším (Krch, 2010). Člověk se v období dospívání také začíná více zajímat o vlastní vzhled, je zdůrazňována osobní přitažlivost, tělesná krása a elegance, které vedou ke společenskému úspěchu. Štíhlým lidem se pak připisuje větší hodnota a obézní jsou naopak považováni za ošklivé, líné a hloupé. Bývají proto často terčem posměchů a diskriminace (Machová, Kubátová, 2009). Krch, Csémy a Drábková (2003) před několika lety realizovali výzkumné šetření nevhodného jídelního chování u dospívajících v české populaci, v němž bylo prokázáno, že více než 60 % dívek ve starším školním věku je ovládáno strachem z nadváhy a tloušťky bez ohledu na to, zda jejich obava odpovídá realitě či nikoliv. Často pak vynechávají jídla nebo drží některé redukční diety.

Z dalších biologických faktorů se ještě zkoumají zejména **poruchy souhry neuronálních mechanismů, hormonů, neurotransmiterů a peptidů** (Procházková, Ševčíková, 2017). U vzniku PPP lze diskutovat i o jistém vlivu genetiky. Určité genetické

predispozice a PPP v rodině mohou znamenat větší riziko onemocnění. Genetické riziko ovšem není fetální a záleží zejména na postojích jedince a okolí. Důležité jsou zejména ochranné faktory, mezi které můžeme zařadit například to, že se jedinec vyhne rizikovému sportu, ve kterém je tlak na vzhled a výkon. Jídelní zvyky v rodině a hodnota, která je přikládána vzhledu, jsou také velmi významnými faktory. Při léčbě je proto důležité pracovat s celou rodinou (Papežová, Hanusová, 2012). Lékaři také zdůrazňují, že PPP nejsou výsledkem vlastní volby jedince, ale představují závažné biologicky ovlivněné onemocnění.

Nejnovější výzkumy se věnují **vlivu gastrointestinálního traktu na centrální nervovou soustavu**, zkoumají mikrobiom (mikroprostředí střeva), jehož změny mohou být způsobené stresem nebo držením různých diet. Právě porušení střevního epitelu může způsobit imunitní reakci, která spustí výrobu zánětlivých látek, které poté narušují přechody mezi mozkovými kapilárami a mozkovou tkání, což pak ovlivňuje činnost mozku. Projevem změn mezi neurony v mozku mohou být poté zmiňované změny chování a emocí (Papežová, Kulhánek, Stárková, 2018).

### ***1. 1. 3. 2 Psychologické faktory***

Do souvislosti se vznikem PPP bývají velmi často dávány také **určité osobnostní rysy a psychické vlastnosti jedince**, které se vyskytují již před onemocněním a mohou tedy být jedním z rizikových faktorů pro rozvoj samotné nemoci.

U mentální anorexie se jedná o přehnaný **perfekcionismus a přehnané zaměření na dosažení úspěchu**, a to zejména ve školní oblasti. Nemocní o sobě také často pochybují a nevěří si. Bývají nadměrně přizpůsobiví, poslušní, vyhýbaví a úzkostní. Objevuje se také přehnaná sebekontrola a zodpovědnost, a to nejen ve vztahu k sobě, ale také k učitelům a rodině (Procházková, Ševčíková, 2017).

U mentální bulimie se pak objevuje **impulzivita, emoční labilita a nezdrženlivost**. Někteří nemocní se mohou chovat i promiskuitně, krást nebo užívat návykové látky. Mezi další osobnostní rysy typické pro mentální bulimii patří také přehnaná sebekritičnost a zranitelnost.

Pro obě poruchy je potom charakteristická vnitřní **nejistota, nízké sebevědomí a negativní sebehodnocení**. Hodně studií dává do souvislosti s PPP **depresivní a úzkostné**

**nálady**, které bývají většinou spojeny s obavami souvisejícími se vzhledem své postavy, tělesnou hmotností a samotným příjmem potravy, jak uvádí Kliszová (2015).

Ve svém článku dále uvádí, že PPP mohou mít provázanost s dalšími psychickými poruchami, mezi něž patří hysterie, egocentrismus, hypersenzitivita, sociální fobie nebo narcistická porucha osobnosti.

### ***1. 1. 3 Sociální a kulturní faktory***

Zatímco biologické a psychologické faktory určují závažnost nemoci, sociální faktory ji často spouštějí a zvyšují počet nemocných (Švédová, Míčová, 2010).

Žijeme v kultuře, která dává jako vzor štíhlost a klade důraz na vzhled a hmotnost (Krch, 2010). V **médiích a časopisech** se setkáváme s nereálnými a upravenými těly modelek, které si mohou některé dívky brát za vzor. Na internetu a v televizi na nás vyskakují reklamy na redukční diety a výzvy k rychlému hubnutí. Tyto trendy jsou v rozporu s biologickým zdravím a přirozeností lidského těla. Cíle, které nám média předkládají, jsou nerealistické, nezdravé a nedosažitelné. To oslabuje sebevědomí a podporuje nespokojenost s vlastním vzhledem a narušené vnímání těla (Procházková, Ševčíková, 2017).

**Sociální sítě** jsou dnes běžnou součástí života, hlavně u mladých lidí. Rizikem nadužívání sociálních sítí je posun ve vnímání toho, co je běžné, omezení osobních kontaktů a vztahů, zneužití dat a manipulace, inspirování se nebezpečnými modely chování, tlak a negativní hodnocení ze strany vrstevníků, kyberšikana atd.

Ševčíková (2014) rozděluje **rizika online světa** do čtyř kategorií: **komerční, agresivní, sexuální a hodnotové**. V kontextu PPP má největší vliv riziko hodnotové, kdy je jedinec vystaven zkresleným, nepravdivým nebo zavádějícím informacím či radám. To jedince může svádět k šíření tohoto obsahu a k dodržování nesmyslných a nebezpečných diet. Ševčíková (2014) také zmiňuje individuální a sociální faktory, které činí některé jedince náchylnější nebo odolnější vůči negativním vlivům a rizikům sociálních sítí. Podle modelu EU Kids Online (2011) souvisí rizika používání internetu se způsobem, jakým jedinec internet využívá a tím, kolik na něm tráví času. Model EU Kids Online také upozorňuje na to, že rizika online světa nejsou izolovaným jevem a je pro ně důležitý kontext. Zdůrazňují, že právě jedinci, kteří jsou znevýhodněni v běžném životě, jsou náchylnější k rizikům souvisejícím s využíváním internetu (Livingstone, et al, 2011).

V posledních letech je také možné zaznamenat rapidní nárůst závislosti na sociálních sítích, což může být alarmující i s ohledem na možné riziko rozvoje PPP.

V dnešní době klesá zájem o ještě před několika lety nejpůvodnější sociální síť Facebook a hlavně mezi dospívajícími a mladými lidmi ho nahrazuje Instagram nebo TikTok (Černovský, 2021).

**Instagram** je sociální síť pro sdílení fotek a videí ze smartphonu. Na Instagramu lze sledovat ostatní uživatele a oni mohou sledovat tebe (Moreau, 2018). Na Instagramu má každý uživatel svůj účet, ze kterého může sdílet fotky a videa mezi své sledující. Stejně tak i on vidí fotky od uživatelů, které se rozhodl sledovat (Moreau, 2018). Právě Instagram je místem plným upravených a vyretušovaných fotek, které vytvářejí nerealistické modely krásy. To snižuje sebevědomí a zvyšuje nespokojenost s vlastním tělem (Procházková, Ševčíková, 2017). Na Instagramu jsou populární tzv. **influenceri**, kteří mají vliv na své publikum a snaží se ho ovlivňovat svým chováním. Někteří influenceri propagují nebezpečné diety nebo prodávají produkty na hubnutí. To může být vzorem pro některé jejich sledující, kteří se s nimi porovnávají a chtějí vypadat jako oni. To je riziko pro rozvoj PPP (Novotný, 2020, Cohen, Newton-John, Slater, 2017). Někteří influenceri mají sami poruchu příjmu potravy a sdílí svoje rady a tipy nebo jídelníčky. To může vytvářet dojem odbornosti, ale ve skutečnosti nejsou kvalifikovaní nutriční terapeuti nebo psychologové (Jsme3pe, 2021). Z průzkumu sdružení Jsme3pe vyplývá, že až 45 % lidí si neověřuje informace od influencerů (Jsme3pe, 2021). Papežová (2017) zmiňuje, že na Instagramu existují proanorektické skupiny, kde si nemocní posílají fotky, radí si, jak zhubnout nebo jak se vyhnout léčbě. Proto se na internetu snaží informovat odborníci, kteří radí, jak PPP řešit (Papežová, 2017). Jednou z iniciativ je sdružení 3pe, které založila klinická psycholožka a psychoterapeutka Tereza Maková s Ladou Brůnovou, která má zkušenosti s mentální anorexií.

#### **1. 1. 4 Léčba poruch příjmu potravy**

Léčba poruch příjmu potravy (PPP) je náročná a dlouhá. Prvním krokem je uvědomit si problém a rozhodnout se pro uzdravení. Bez tohoto kroku je léčba obtížná a často se objevují zdravotní komplikace (Švédová, 2012). Dále je důležité svěřit se někomu, i když to nemusí být rovnou psycholog nebo psychiatr. Léčba PPP je

individuální, závisí na konkrétním stavu jedince a jeho motivaci k uzdravení (Havlíková, 2016).

Léčba PPP by měla splňovat tři cíle:

- **Léčbu podváhy a jiných fyziologických potíží** způsobených užíváním laxativ, zvracením a dlouhodobým hladověním.
- **Psychoterapii**, která pomáhá k pochopení problému a role nemoci v životě nemocného, v budování vztahu k sobě samému, v sebepojetí a sebedůvěře.
- **Psychoterapii zaměřenou na jídelní chování a životní styl** nemocného jedince.

Ideálním výsledkem léčby PPP by měl být zdravý jedinec, který akceptuje svoji zdravou hmotnost a postavu, má přiměřeně pozitivní sebehodnocení, má potěšení z jídla a funguje v běžném životě a obnovuje své rodinné i sociální vztahy (Procházková, Ševčíková, 2017).

U lehčích forem PPP se dá léčba řešit ambulantně, může probíhat v denních stacionářích a v některých případech mohou nemocnému pomoci i svépomocné skupiny nebo manuály. Pokud je stav nemocného těžší, připadá v úvahu hospitalizace. Ta může probíhat na specializovaných lůžkových odděleních pro PPP v psychiatrické nemocnici. Pokud však nemocný není fyziologicky zdravotně stabilní, končí pak většinou na lůžkových odděleních nemocnic, jako je oddělení interny či metabolická jednotka (Cowden, 2020). Obecně platí, že čím dříve se nemocný začne léčit, je jeho šance na uzdravení mnohem větší. Avšak často se stává, že se příznaky nemoci vrací a lidé s PPP zažívají relaps onemocnění a je třeba opakovaná léčba (Papežová, 2003).

#### ***1. 1. 4. 1 Ambulantní péče***

##### ***Primární péče***

###### *Primární prevence*

Základní prevence PPP začíná v rodině a škole. Rodina má vliv na rozvoj jedince, poskytuje mu kladné vzory a oporu. Škola může organizovat preventivní programy. Jednou z organizací, která tyto programy poskytuje, je Občanské sdružení Anabell (Bartáková, 2009).

### *Praktický lékař*

Praktický lékař je často prvním odborníkem, který se setkává s nemocným, poskytuje informace o možnostech léčby a důsledcích PPP. Řeší hlavně somatickou problematiku PPP a posuzuje celkový zdravotní stav nemocného. Může také motivovat nemocného a vést k změnám v jídelním chování. Praktický lékař může pomoci nemocnému zprostředkovat léčbu u jiného odborníka, nejčastěji u psychiatra nebo klinického psychologa (Krch, 2005; Krch, 2007).

### ***Ambulantní péče***

#### *Denní stacionář*

Denní stacionář nabízí nemocnému strukturovaný program, který umožňuje pacientovi zůstat v běžném životě. Léčba je určena pro motivované pacienty v kompenzovaném zdravotním stavu, obvykle s BMI vyšším než 16. Po léčbě je důležitá návaznost ambulantní léčbou u specialistů a praktického lékaře (Procházková, Ševčíková, 2017).

#### *Sociální poradenství*

Sociální poradenství může být využito lidmi s PPP. Sociální pracovník může vést rozhovor s nemocným nebo jeho blízkými a pomáhat s vyhledáváním dalších služeb pro léčbu PPP. Cílem služby je zmírnění sociálních komplikací v rodině, škole nebo v práci. Sociální pracovník při své práci dodržuje platnou legislativu dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhlášky č. 505/2006 Sb. Jednou z organizací, která poskytuje sociální poradenství na území ČR, je Občanské sdružení Anabell (Klímová, 2021).

#### *Ambulantní specialisté*

Nemocní s PPP mohou využít ambulantní léčbu u specialistů, jako jsou psychiatři, nutriční terapeuti a psychoterapeuti. Ti se soustředí na různé aspekty léčby, včetně farmakoterapie, kontroly hmotnosti a nastavení správného jídelního režimu (Procházková, Ševčíková, 2017). Velice podstatnou součástí léčby by měl být právě kvalifikovaný psychoterapeut (psycholog nebo psychiatr), který absolvoval další vzdělání se specializací v provádění určitého druhu psychoterapie. Psychoterapie se snaží pomocí různých strategií pomoci, aby se upravilo sebepojetí a sebehodnocení nemocného a podporuje léčbu a zdravé návyky jedince (Švédová, 2012).

## ***Další formy podpory***

### *Svépomocné skupiny a peer podpora*

Svépomocné skupiny sdružují lidi se stejným problémem a poskytují podporu a možnost sdílení zkušeností. Součástí svépomocných skupin bývají peer konzultanti, kteří mají s nemocí vlastní zkušenosti (Vymětal, 2010; Procházková, Ševčíková, 2017). Peer podpora může probíhat různými způsoby, například jako mentoring, reflektivní naslouchání nebo poradenství (Mead, Hilton, Curtis, 2010). Peer práce poskytuje neklinický přístup a slouží jako doplněk k standardní klinické léčbě (The National Eating Disorder Collaboration, 2019).

### *Svépomocné manuály a aplikace*

Svépomocné manuály a aplikace mohou sloužit jak nemocným, tak jejich blízkým. Poskytují porozumění nemoci, doporučení a rady, jak nemoc překonat a zotavit se. Motivují k léčbě, dávají osvědčené postupy a přinášejí příklady ze života lidí, kteří se zotavili (Švédová, 2012; Ševčíková, Procházková, 2017).

### *Internetové poradny a fóra*

Internetové poradny a fóra fungují podobně jako svépomocné manuály a aplikace, poskytují prostor pro sdílení zkušeností a hledání rad.

### *Rodinná terapie*

Rodinná terapie je psychologická metoda, která se zaměřuje na vztahy a prostředí v rodině, které mohou ovlivnit vznik a průběh PPP. Rodina má vliv na to, jak člověk vnímá sám sebe, své tělo, úspěch a krásu. Také ovlivňuje jeho stravovací a pohybové návyky. Někdy mohou PPP vyvolat kritika nebo vysoká očekávání od rodičů (Kreh, 2010). Rodina může být také postižena nemocí svého člena, který se může cítit osamělý a nepochopený. Rodinná terapie pomáhá obnovit harmonii v rodině, posilovat vzájemnou komunikaci, podporovat léčbu a poskytovat informace o PPP.

Rodinná terapie může probíhat individuálně nebo ve více rodinách. Vícerodínná terapie umožňuje sdílení zkušeností a podpory mezi rodinami, které se potýkají s PPP. Pomáhá také odvrátit pozornost od problémů s jídlem a podpořit zdravé a pozitivní interakce v rodině (Papežová, Tomanová, 2006). Hamadi a Holliday (2020) zjistili, že individuální rodinná terapie je vhodnější pro rodiny s obtížnějšími vztahy, zatímco vícerodínná terapie je lepší pro rodiny s dobrými vztahy. Také zjistili, že práce s celou



rodinou je účinnější než pouze individuální práce s lidmi s PPP, kteří mají závažné psychopatologické projevy.

#### *Individuální a skupinová psychoterapie*

Individuální psychoterapie je důležitá forma léčby PPP, která se používá v různých fázích léčby. Je vhodná pro nemocné, kteří potřebují individuální přístup. Často se využívá kognitivně behaviorální terapie, která má za cíl snížit zájem o tělesnou hmotnost a postavu. Také je třeba sledovat somatické zdraví nemocného (Adámková, 2010). Skupinové terapie se liší podle cílové skupiny, ať už jsou to nemocní s PPP nebo jejich rodiny a příbuzní. Mohou probíhat v nemocnici nebo ambulantně. Závisí na možnostech léčebného zařízení (Adámková, 2010).

#### *Komunitní služby specializující se na podporu lidí s PPP*

Komunitní péče je systém služeb, zařízení a programů, který pomáhá lidem s onemocněním žít a fungovat v běžném životě. Komunitní péče podporuje člověka v naplnění jeho zdravotních, psychologických a sociálních potřeb a rolí. Služby komunitní péče pracují jak s jedinci s duševním onemocněním, tak s jejich okolím a širší komunitou. Komunitní péče je spojena s deinstitucionalizací, která snižuje počet lůžek ve velkých psychiatrických léčebnách. Podstatou komunitních služeb je jejich mobilita, propojenost, poskytování péče v domácím prostředí a orientace na potřeby a lidská práva nemocných (Peč, 2022). V rámci léčby PPP by měla být rozšířena specializovaná zařízení časné krizové intervence a možnost doléčování v komunitním systému péče. V rámci časné odborné intervence existují na internetu e-psychoedukace vytvořené na základě evidence-based praxe, mezi něž patří například [www.healthyan-dfree.cz](http://www.healthyan-dfree.cz), která vznikla pod vedením odborníků z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN (Papežová, 2017).

#### **1. 1. 4. 2 Akutní péče**

##### ***Hospitalizace na jednotce intenzivní péče***

Pacienti s PPP často potřebují hospitalizaci na jednotkách intenzivní péče, pokud selhává ambulantní léčba nebo jsou v závažném somatickém stavu (Procházková, Ševčíková, 2017). Na těchto odděleních je poskytované monitorování vitálních funkcí, infuze, léky, výživa sondou či laboratorní testy (Cowden, 2020). Bohužel ne všichni pacienti jsou poté odkázáni na následnou léčbu a terapii v psychiatrické nemocnici nebo

v návazných službách péče o duševní zdraví. Proto je důležitá provázanost péče o fyzické a duševní zdraví.

### ***Hospitalizace v psychiatrické nemocnici nebo na oddělení psychiatrie***

Pacienti s PPP jsou často hospitalizováni na psychiatrických odděleních, kde dostávají režimovou léčbu, různé terapie a podporu multidisciplinárního týmu. Pobyty trvají 2-3 měsíce a cílem je zlepšit jejich zdravotní stav (Procházková, Ševčíková, 2017). Hospitalizace je indikována při závažné psychiatrické komorbiditě, riziku suicida, závislosti na návykových látkách, sociální izolaci nebo neúspěchu ambulantní léčby (Krch, 2005). Hospitalizace má vliv na život pacientů, kteří jsou vytrženi z běžného prostředí, což může mít pozitivní i negativní psychický dopad. Pacienti mají různé názory na nemocniční léčbu, někteří ji vnímají jako podpůrnou, protože poskytuje strukturované prostředí a profesionální podporu, zatímco jiní nikoliv, protože se cítí izolovaní a omezovaní v možnostech svého rozhodování. Důležitá je podpora pacienta při propouštění z nemocnice a úprava domácího prostředí (Gowers, 2018). V České republice se mnoho pacientů s PPP dlouhodobě vyhýbá psychiatrické léčbě a hledá ji až pozdě, což vede k vyššímu riziku chronického průběhu onemocnění (Papežová, 2017). Multidisciplinární přístup u PPP je důležitý, protože onemocnění ovlivňuje různé oblasti života pacientů. Je třeba spolupracovat a koordinovat péči o nemocné (Slezáková, Ševčíková, 2021).

#### **Formy terapie v rámci hospitalizace:**

##### *Farmakoterapie*

Farmakoterapie je u PPP podpůrnou léčbou, která mírní příznaky jako deprese, úzkost, nutkavost a impulzivitu. Používají se moderní antidepresiva, neuroleptika nebo anxiolytika (Němečková, 2007; Zámečnicková, Hrdlička, 2005; Procházková, Ševčíková, 2017).

##### *Režimová opatření*

Režimová léčba se zaměřuje na obnovení pravidelného a dostatečného jídelního chování a příjmu živin a tekutin (Ryšánková, Kulísek, 2022).

##### *Expresivní terapie*

Tyto terapie umožňují vyjádřit a zpracovat emoce a sebereflexi pomocí výtvarného, hudebního či pohybového projevu. V arteterapii se například projevují

změny stavu nemocného během léčby v jeho výběru a zpracování materiálů, estetiky, otevřenosti a tématech (Papežová, 2010).

### *Psychoterapie skupinová a individuální*

Psychoterapie je důležitá pro léčbu PPP, ale až když je nemocný schopný se na ni soustředit a pracovat na sobě. To bývá až po akutní fázi onemocnění, kdy je nemocný v extrémní podvaze (Papežová, Kulhánek, Stárková, 2018). Mezi nejčastější psychoterapeutické přístupy patří:

- Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

KBT je jedna z nejlepších psychoterapeutických metod při léčbě PPP. Pomáhá nemocným například se zlepšením sebepojetí, tělesného vnímání, sebedůvěrou, asertivitou a sociálními dovednostmi. Učí nemocné identifikovat a reflektovat své zkruslené myšlenky, pocity a chování. Na KBT jsou založeny svépomocné manuály. Je to vědecky ověřená metoda (Papežová, 2001; Procházková, Ševčíková, 2017). Ergoterapeuti využívají kognitivně-behaviorální rámec vztahu, který jim pomáhá porozumět PPP a plánovat intervence, které odpovídají cílům ergoterapie.

- Psychoanalytická terapie

Psychoanalytické teorie vysvětlují PPP jako důsledek raných vztahů s důležitými osobami, zejména s matkou. Psychoanalytický přístup se snaží porozumět hlubším příčinám onemocnění, nevědomým souvislostem a procesům. Cílem je změna vztahu k sobě samému, porozumění sobě samému, podpora vyžívání a individualizace (Štěpánková, Ratajová, 2015; Procházková, Ševčíková, 2017). Ergoterapeuti využívají psychodynamický rámec vztahu, který se zaměřuje na terapeutickou vazbu, komunikaci, interpersonální vztahy a symbolický a projektivní potenciál činností.

### *Poradenství a psychoedukace*

Psychoedukace je důležitá součást léčby PPP, která pomáhá nemocným i jejich blízkým pochopit nemoc a vyrovnat se s ní (Němečková, 2007; Calvey, 2017).

### *Terapie orientované na tělo*

Lidé s PPP mají často zkruslené a negativní vnímání svého těla, které souvisí s poruchou interocepce, tedy schopnosti vnímat a rozpoznávat vlastní pocity a emoce (Faiburn a Harrison, 2003; Craig, 2002). Terapie orientované na tělo se snaží obnovit

realistický pohled na sebe a své tělo, utlumit hyperaktivitu a posílit sociální dovednosti (Probst, 2005; Štěpánková a Ratajová, 2005). K tomu se využívají různé metody a techniky, které se zaměřují na objektivní i subjektivní komponentu tělesného schématu.

Terapie orientované na tělo jsou součástí komplexního přístupu při léčbě PPP. Jejich cílem je obnovit harmonický vztah mezi tělem a duší, zlepšit sebeuvědomění, sebezpřijetí a sebeřízení. Mezi metody a techniky, které se využívají, patří:

- **Fyzioterapie** pomáhá uvolnit svalové napětí, vyrovnat svalové dysbalance a zlepšit držení těla. Také učí nemocné zacházet se svojí energií a najít zdravý vztah k fyzické aktivitě (Papežová, 2010).

- **Relaxační cvičení** podporují získávání kontroly nad vlastním tělem. Provádějí se vsedě nebo vleže, s relaxační hudbou nebo bez ní. U nemocných s PPP se může využít i muzikoterapie, která pomáhá uvědomit si a vyjádřit vlastní emoce a pocity (Papežová, 2010; Justice, 1994).

- **Mindfulness** je schopnost zaměřit vědomě svoji pozornost na přítomný okamžik bez očekávání a posuzování. Mindfulness je součástí některých behaviorálních terapií, které se ukázaly jako účinné při léčbě PPP. Mindfulness pomáhá nemocným přerušit patologické jídelní chování, zvládat záchvatovité přejídání a předcházet relapsu (Kabat-Zinn, 1990; Wanden-Berghe a Sanz-Valero, 2010).

- **Dechová cvičení** se využívají především u nemocných s mentální anorexií, kteří mají problémy s břišním dýcháním. Nácvik břišního dýchání probíhá kontaktně nebo bezkontaktně. Tím se ovlivňuje dechový stereotyp, uvědomění vlastního těla a uvolnění napětí (Papežová, 2010).

- **Masáže** slouží převážně jako relaxace, aktivizace nebo mobilizace. Mohou být prováděny odborně nebo navzájem. Při velmi nízkém BMI se masáže využívají jako jediná forma rehabilitace. Masáže pomáhají navázat kontakt s vlastním tělem a uvolnit blokové emoce (Papežová, 2010; Probst, 2005).

### *Ergoterapie*

Ergoterapie jakožto rehabilitační obor má své velké využití i v rámci léčby a pomoci lidem s duševním onemocněním. Ergoterapeuté dnes bývají běžnou součástí multidisciplinárního týmu na oddělení psychiatrických nemocnic. U lidí s PPP může

ergoterapeut pracovat na rozvoji zájmů, dovedností, sebevědomí a motivaci. Ergoterapeuté pomáhají jedincům s PPP zvyšovat jejich kvalitu života. Konkrétnímu využití ergoterapie u pacientů s PPP jsem se podrobně věnovala ve své bakalářské práci (Mandíková, 2021).

### ***Léčba PPP v České republice***

Jak z výše uvedených informací vyplývá, léčba PPP je velmi náročný a dlouhodobý proces, na který je potřeba nejen multidisciplinární spolupráce odborníků, ale hlavně také spolupráce a motivace do léčby samotného nemocného.

Pacienti se závažnějším průběhem onemocnění jsou častěji léčeni na specializovaných odděleních psychiatrických nemocnic pro léčbu PPP, kde je jim poskytována adekvátní léčba i příslušná režimová opatření. Na těchto odděleních je pro pacienty s PPP omezený počet lůžek, na který bývá běžný dlouhý čekací seznam, a to i několik měsíců.

Mezi nemocnice se specializovanými lůžky pro PPP v ČR patří:

- **Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN):** Psychiatrická klinika VFN má Centrum pro poruchy příjmu potravy.
- **Fakultní nemocnice v Motole:** Dětská psychiatrická klinika se zabývá diagnostikou a terapií duševních poruch u dětí a dospívajících do 18 let, včetně poruch příjmu potravy.
- **Fakultní nemocnice Brno:** Tato nemocnice poskytuje akutní, následnou a specializovanou lůžkovou psychiatrickou péči v oborech dětské psychiatrie, všeobecné psychiatrie, gerontopsychiatrie, léčby návykových nemocí a sexuologie.
- **Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod:** Je zde dětská a dorostová psychiatrie, které se zabývají celým spektrem duševních poruch, včetně poruch příjmu potravy.

U lidí s PPP, kteří mají lehčí průběh, je možná ambulantní léčba u psychiatrů (Jones, Schelhase, Morgan, 2012).

Papežová (2023) uvádí, že je potřeba brát v úvahu, že reálný počet lidí s PPP je vyšší, než uvádí statistiky, a že skutečný počet nemocných nám bude skrytý, protože se velká část lidí s PPP odborné pomoci vyhýbá.

Papežová zároveň dodává, že psychiatři si slibují od reformy psychiatrické péče (viz dále kapitola 1. 2. 5) podporu a zlepšení i v této oblasti. Uvádí, že reforma psychiatrie přináší celkovou multidisciplinární podporu s možnostmi komplexnějšího přístupu k léčbě. Dodává, že i v oblasti hospitalizace u pacientů s PPP je nutné pracovat na deinstitucionalizaci a možnosti léčby v komunitě podporované odborníky.

## **1. 2 Kvalita života**

### **1. 2. 1 Obecný úvod – vymezení pojmu**

Pojem kvalita pochází z latinského slova *qualis*, které znamená, “jaké to je” nebo “kdo to je”. V češtině se slovo kvalita často používá jako synonymum pro jakost. Krivohlavý (2004) poukazuje na to, že tento význam a souvislost nás může vést k tomu, že kvalitou života rozumíme to, jak se liší život jednoho člověka od života jiného člověka nebo skupiny, ve smyslu toho, že někdo má lepší a někdo horší život. Lze tedy říci, že pojem kvalita života vyjadřuje určitou míru spokojenosti a pohody v životě jednotlivce nebo skupiny.

Definice a pojetí kvality života se liší podle historického vývoje civilizace, individuálního vnímání jedinců, způsobu jejího hodnocení a mnoha dalších faktorů (Hnilcová, 2005).

Výzkum kvality života se začal rozvíjet díky sociálním vědám koncem šedesátých let 20. století. Zpočátku byla kvalita života hodnocena ve vztahu ke společnosti z hlediska ekonomických a sociálních ukazatelů, jako jsou příjem, finanční zázemí, politická svoboda, právní jistota, sociální spravedlnost, materiální zajištění a dostupnost zdravotní péče (Gurková, 2011).

Podle Gurkové (2011) lze sledovat vývoj kvality života z pohledu tří hlavních kontextů:

- **sociálně- ekonomický kontext,**
- **zdravotnický kontext,**
- **psychologický kontext.**

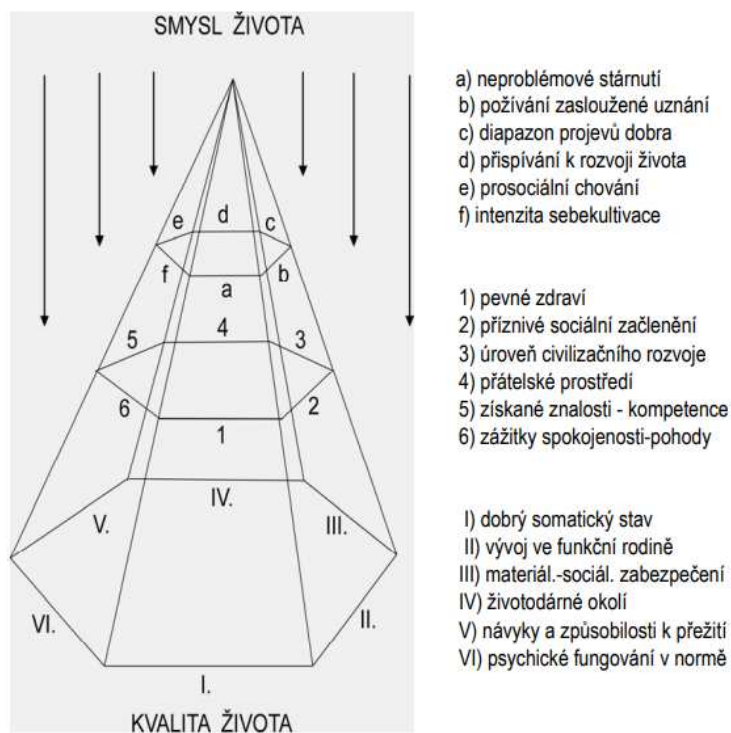
### **1. 2. 2 Determinanty a prediktory kvality života**

Z výše uvedených informací plyne, že kvalita života je pro každého jedince velmi individuální a subjektivní. Autoři se liší v definici jejích determinantů.

Za základní faktory, které kvalitu života ovlivňují, můžeme považovat věk a pohlaví. Dále pak individuální faktory jako vzdělání jedince, jeho ekonomickou i rodinnou situaci, kulturní a náboženské prostředí, ve kterém jedinec žije, také jeho osobní hodnoty, cíle a očekávání.

Šolcová (2004) uvádí, že osobní pohodu ovlivňuje několik faktorů. Mezi ně patří zdravotní stav, socioekonomický status spojený se vzděláním a zaměstnáním, víra, sociální podpora, osobnostní vlastnosti a faktory spojené s pohlavím, věkem a rodinným stavem. Tyto faktory se mění s postupem věku, kde se zvyšuje schopnost zvládat prostředí, ale snižuje se pozitivní hodnocení smyslu života a osobního rozvoje. Kulturní rozdíly také hrají důležitou roli, přičemž jedinci z individualistických kultur často projevují vyšší míru osobní pohody než ti z kolektivistických kultur.

Kováč (2001) představuje hierarchický model kvality života (obr. 1), který se skládá ze tří úrovní: bazální (existenční), individuálně-specifické (civilizační) a kulturně-duchovní (elitní), přičemž nejvyšší úroveň představuje meta-úroveň kvality života. Nad všemi těmito úrovněmi je proměnná nazývaná smysl života.



**Obrázek 1: Hierarchický model kvality života dle Kováče (2001)**

### *Zdraví a kvalita života*

Pohledy na determinanty kvality života jsou rozmanité. Zdraví se považuje za jeden z hlavních prediktorů a ukazatelů kvality života. Podle publikace TUL (2021) se faktory ovlivňující zdraví dají procentuálně rozdělit do čtyř hlavních kategorií: životní styl (50 %), pracovní a životní prostředí (15 – 20 %), genetické faktory (10 – 15 %) a zdravotní péče (10 – 15 %).

### **1. 2. 3 Kvalita života ve vztahu ke zdraví**

Ve vztahu kvality života a zdraví je nejprve nutné si definovat, co přesně je zdraví. Přístup ke zdraví se vyvíjel v průběhu historie a je velmi proměnlivý Slováček (2004). První definice a pojetí zdraví se soustředily zejména na funkci těla z hlediska fyziologie a nepřítomnosti nemoci. Díky změně přístupu v průběhu 20. století k více holistickému a tedy posunu od čistě biomedicínského přístupu k bio-psycho-sociálnímu začalo docházet ke změnám pohledů na pojem zdraví a jeho doplnění i o subjektivní pocity jedince (Mareš, 2001).

První definice dle WHO pochází z roku 1964 a zdraví je v ní definováno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody jedince, tedy ne jen nepřítomnost nemoci (WHO,



2012). Tato definice je stále uznávaná a ukazuje holistický pohled na jedince a zahrnuje všechny aspekty života. Někdy však bývá kritizována za to, že nebere v úvahu rozdílnost lidí a jejich individuální potřeby. V průběhu let se rozvíjely další přístupy a koncepty související se zdravím. Zdraví se začíná chápat jako zdroj každodenního života a jako stav, který jednotlivci umožňuje naplňovat své vlastní cíle a uspokojovat své potřeby. Zdraví tedy není vnímáno jen jako cíl (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2003). Zdraví je poslední dobou často dáváno do kontextu právě s kvalitou života, samotné zdraví je totiž jedním z prediktorů kvality života spolu se socioekonomickou situací a kulturním prostředím jedince (Akademie věd České republiky, 2003).

Světová zdravotnická organizace WHO (2012) definuje kvalitu života jako subjektivní vnímání svého postavení v životě v kontextu hodnotových systémů a kultury, ve kterých žijeme, ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, zájmů a standardům. Kvalita života ve vztahu ke zdraví může být vnímána jako to, jak jedinec vnímá svůj stav vzhledem k naplňování svých hodnot a cílů, jak se cítí, jak se zvládá vyrovnávat s problémy v životě a jaké má vztahy a ne jen jako nepřítomnost nemoci.

Renneberg a Lippke v roce 2006 zformulovali tuto tezi:

„Kvalita života ve vztahu ke zdraví zahrnuje tělesné, psychické a sociální postavení a schopnost bytí. Je to vícedimenzionální souhrn, založený na subjektivním hodnocení. Uplatní se tím víc, čím lépe určitá osoba pochopí svůj zdravotní stav. Souhrn by měl být doplněn medicínsko-technickými údaji, aby bylo možno vyhodnotit zvýšení péče a zdraví.“

Ve zdravotnictví se počet praktických aplikací pojmu kvality života neustále zvětšuje. Jak uvádí Mareš (2006) je velmi důležité, že se v lékařské a ošetrovatelské péči začalo brát v úvahu nejen zachraňování a prodlužování lidského života, ale také jeho kvalita a to, jak kvalitní bude mít jedinec život po nemoci nebo úrazu.

### ***1. 2. 3. 1 Definice kvality života ve vztahu ke zdraví***

Ani při definování kvality života ve vztahu ke zdraví neexistuje jednotný přístup a ve společnosti stále probíhá diskuze nad jeho vymezením a přesnou definicí.

Pro označení kvality života ve vztahu ke zdraví se používá **zkratka HRQL** z anglického - *health-related quality of life*. Tato zkratka je mezinárodně využívána avšak dle Mareše (2006) není jasný a jednotný překlad do češtiny. Nejčastěji jsou používány varianty *kvalita života vztážená ke zdraví*, *kvalita života vztahující se ke zdravotnímu stavu* nebo *kvalita života související se zdravím*.

Většina autorů popisuje HRQOL jako vliv nemoci na různé aspekty života jedince a na jeho fungování v běžném životě. Tyto aspekty by měly být hodnoceny na základě subjektivního pocitu jedince (Mareš, Marešová, 2008). Dle Centers (2000) by HRQL mělo zahrnovat jen ty aspekty života, o nichž lze jasně říci, že ovlivňují zdraví a to jak somatické tak mentální. Rapley (2003) upozorňuje na to, že HRQL lze hodnotit jak na úrovni jedince, různých skupin lidí, tak celých populací.

Centrum pro prevenci a léčbu nemocí definuje HRQL takto:

„HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, u nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav“ (Centers, 2000).

Mareš (2006) dále uvádí, že Evropské zdravotnické orgány definují HRQL jako pacientovo subjektivní vnímání vlivu onemocnění a jeho léčení na jeho tělesné, duševní i sociální fungování v jeho každodenním životě a také na jeho celkovou životní pohodu.

Americké ministerstvo zdravotnictví (Guidance, 2006) uvádí, že HRQL je pojem, který je multidoménový a zahrnuje velkou škálu oblastí. Měl by však zachycovat fungování pacienta ve třech dominantních oblastech, a to: *somatické*, *psychologické* (kde upozorňují i na složku kognitivní a emoční) a *sociální*.

HRQL je důležitým ukazatelem zejména pro oblast lékařské a ošetrovatelské péče, kde ukazuje její kvalitu a přínos a účinnost léčby. Následně pak může být vhodná pro plánování péče a může zohledňovat individuální potřeby klientů a pacientů

(Popelková, Gurková, 2013). HRQL lze využít pro klinické experimenty i pro klinickou praxi (Mareš, Marešová, 2008).

## **1. 2. 4 Kvalita života lidí s duševním onemocněním**

### ***1. 2. 4. 1 Duševní onemocnění***

Níže se krátce věnuji problematice duševních onemocnění. PPP se řadí mezi jedno nejčastější z nich.

Podle WHO (2018) je duševní zdraví stav, kdy jedinec funguje na dobré úrovni emocionálního i behaviorálního rozpoložení, zvládá stresové situace, učí se, pracuje a realizuje své schopnosti. Anglický termín "well-being" se též používá pro popis dobré psychické pohody (Princeton University, 2010). Duševní onemocnění zahrnují širokou škálu stavů, které WHO definuje jako problém spojený se změnami v emocích, chování a kognitivních funkcích, vedoucí k omezení sociálního fungování, pracovních schopností a zvládnání stresu. Nejčastějšími onemocněními jsou úzkostné poruchy, deprese, bipolární porucha, schizofrenie, demence, užívání psychoaktivních látek, poruchy osobnosti a poruchy příjmu potravy.

V posledních letech se stále více mluví o duševním zdraví jako celospolečenském problému. Podle Horáčka (2003) se počet lidí s duševními onemocněními zdvojnásobil, což ovlivňují faktory jako nejistý svět, klimatická úzkost, války a pandemie. Média a sociální sítě také hrají roli v modifikaci našeho obrazu o sobě. Studie Petra Winkera potvrzuje zvýšený výskyt duševních problémů, kdy každý třetí dospělý a více než polovina žáků devátých tříd v České republice pocítuje zhoršené duševní zdraví a úzkost, s některými znaky vykazujícími známky deprese (NUDZ, 2020, 2023). Takovéto zhoršení duševního zdraví má významný dopad na celkovou kvalitu života.

### ***1. 2. 4. 2 Kvalita života osob s duševním onemocněním***

Duševní onemocnění může mít negativní dopad na kvalitu života lidí, kteří jím trpí. Tento dopad se může projevat v různých oblastech, jako jsou:

- **Fyzické zdraví:** Duševní onemocnění může způsobovat různé fyzické potíže, například únavu, bolesti, nespavost nebo chronická onemocnění.
- **Psychické zdraví:** Duševní onemocnění může vést k depresi, úzkosti, beznaději, studu, bezmoci, sebevražedným myšlenkám nebo sebepoškozování.

- **Sociální život:** Duševní onemocnění může způsobovat izolaci, diskriminaci, stigmatizaci a narušení vztahů s rodinou a přáteli. Lidé s duševním onemocněním se také často setkávají se ztrátou práce, chudobou a sociálním vyloučením.
- **Duchovní život:** Duševní onemocnění může ovlivnit duchovní rozměr života, jako je víra, smysl života, naděje, radost a štěstí (Blanco, 2018, Janíková, 2022).

#### ***1. 2. 4. 3 Kvalita života lidí s PPP***

PPP jakožto duševní onemocnění významně ovlivňují kvalitu života jedince. PPP významně ovlivňují psychické i fyzické zdraví a také sociální, studijní i pracovní život.

Měření kvality života související se zdravím HRQL v dnešní době často využívají jak lékaři, tak psychologové, zdravotní sestry i jiní zdravotničtí pracovníci. Využívá se a hodnotí se zejména pacientův pohled na výsledek péče a na to, jak léčba probíhá. Většina nemocných si je vědoma, že jejich zdravotní stav není dobrý a cení si pomoci lékařského personálu a odborníků (Mareš, Hadaš, 200)

U nemocných s PPP však při tomto způsobu hodnocení nastává jiná situace. Jak upozorňuje Mareš a Hadaš (2006) nemocní s PPP jsou velmi často fixováni na svoji postavu a snaží se si udržet svoji ideální postavu, která je často v rozporu se zdravím. Snaží se být hubení a díky dosažení tohoto stavu mohou vnímat, že se jejich kvalita života zlepšila, i přes řadu zdravotních problémů, které vysněná kachektická postava přináší. Velkým problémem je, že si nemocný s PPP neuvědomuje svoji nemoc a nemá potřebu se léčit a odmítá odbornou pomoc. Léčba je totiž spojena se zásahem do návyků nemocného jedince a často také s nutným přibíráním na váze. To přináší za následek to, že nemocní pak při léčbě nespolupracují (Mareš, Hadaš, 2006). Je však důležité chápat, že PPP jsou onemocnění jako každé jiné a jedinec za ně nemůže. PPP mají velmi složitou etiologii a jedná se o komplexní onemocnění, které vyžaduje komplexní přístup k léčbě.

Výzkum kvality života u osob s PPP je podle Mareše a Hadaše velmi zajímavý, ale i náročný. Časté popírání nemoci ovlivňuje výpovědi nemocného a může vést ke zkreslení dotazníků. Často se také stává, že nemocný neuvádí svůj reálný stav a upravuje své odpovědi tak, aby vypadaly lépe a vzbudily pocit, že léčba probíhá dobře a nemocný se může brzy propustit z hospitalizace.

Mareš a Hadaš dále doporučují, aby se u výsledků hodnocení hospitalizovaných pacientů s PPP zachovával rezervovaný postoj a nevyužívaly se pro podklady k intervenční léčbě. Také upozorňují na nutnost sledovat kvalitu života u pacientů s PPP z dlouhodobé perspektivy – longitudinálně, protože léčba PPP je dlouhodobý proces.

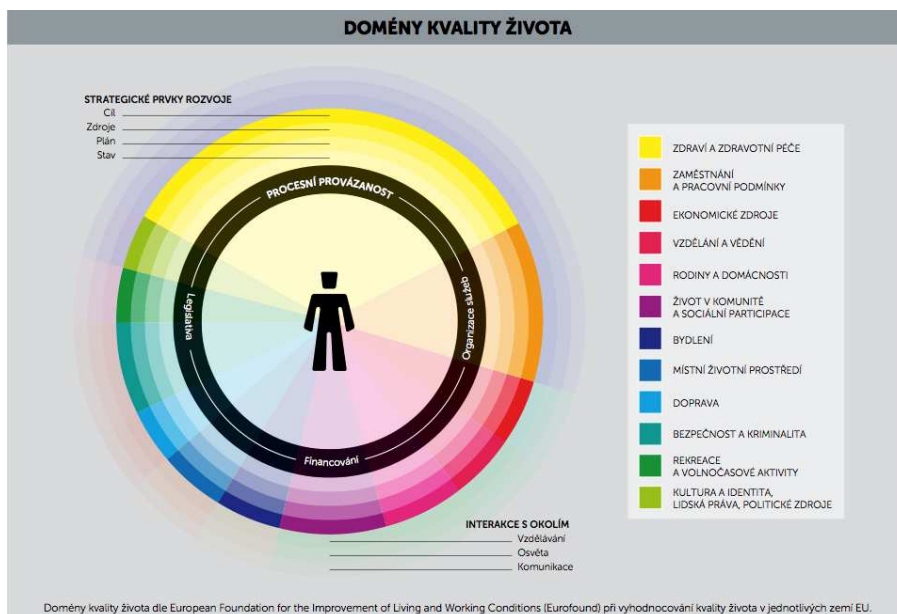
### **1. 2. 5. Reforma psychiatrické péče**

Reforma psychiatrické péče je velká systémová změna v oblasti péče o duševní zdraví, která byla schválena Ministerstvem zdravotnictví již v říjnu roku 2013, tato reforma však bude probíhat desítky let, podle zkušeností ze zahraničí 15 – 20 let. Její implementace a realizace projektů začala v roce 2017 a trvá dodnes.

Hlavním cílem reformy je zvýšení kvality a efektivity péče v oblasti duševního zdraví. Dále pak destigmatizace lidí s duševním onemocněním, vznik Center duševního zdraví, jejichž cílem bude deinstitucionalizace a rozšíření komunitní péče a s tím spojená možnost léčby v co nejvíce přirozeném prostředí jedince. Dále pak také zlepšení finanční situace v této oblasti (Ministerstvo zdravotnictví, 2019). Celý systém koordinované péče by pak měl být zaměřen na celkové zotavení (recovery) pacienta nebo klienta, jehož cílem je dosažení plnohodnotného života bez ohledu na symptomy duševního onemocnění (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Jedním z hlavních rámců strategie reformy psychiatrické péče je i koncept kvality života. Jak uvádí Ministerstvo zdravotnictví (2020) koncept kvality života je jedním ze zásadních ukazatelů hodnocení aktuální situace v oblasti péče o duševní zdraví.

Koncept kvality zdraví zahrnuje 12 domén kvality života a pojímá ho v širokém multidisciplinárním rozpětí (obr. 2).



**Obrázek 2: Domény kvality života dle European Foundation**

Jedním z implementačních dokumentů pro realizaci je Národní akční plán pro duševní zdraví (NAPDZ), který stanovuje konkrétní strategie a postupy pro naplnění plánů Strategie reformy psychiatrické péče v letech 2013 – 2024 (MZČR, 2020).

Reforma psychiatrické péče může mít významný dopad na kvalitu života jedinců s duševními poruchami. Zlepšení dostupnosti, přístupnosti a kvality služeb v oblasti duševního zdraví může přispět k lepšímu diagnostikování a léčbě, což může vést k efektivnějšímu zvládnutí duševních obtíží a zlepšení celkového pohody a životní spokojenosti pacientů. Reformy mohou také zahrnovat posílení komunitních zdrojů a podpůrných služeb, které mohou jednotlivcům s duševními problémy poskytnout potřebnou podporu a prostředky k integraci do společnosti. Důkladná reforma psychiatrické péče může tedy přispět k významnému zlepšení kvality života lidí trpících duševními poruchami, včetně jedinců s PPP.

### 1. 2. 6 Hodnocení kvality života

Při hodnocení kvality života je důležité si uvědomit, kdo je hodnotitelem, koho hodnotí a v jakém kontextu. Křivohlavý (2004) upozorňuje, že na hodnocení kvality života může mít vliv odbornost, zájmy a hodnoty hodnotitele, ať už je to lékař, psycholog, psychiatr, pedagog nebo filosof. Kvalitu života můžeme hodnotit buď na úrovni jedince jako individua, nebo na úrovni skupiny, společnosti nebo národnosti.

Rapley (2003) rozlišuje dva hlavní přístupy k hodnocení kvality života:

- kvalita života jako konstrukt úrovně celé populace,
- kvalita života jako individuální konstrukt.

V oblasti zdravotnictví a ošetrovatelství se častěji používá druhý přístup, který se zaměřuje na specifické problémy jedince ve vztahu k jeho zdravotnímu stavu.

Mičánková (2012) zdůrazňuje, že při hodnocení kvality života je klíčové jasně definovat, co je třeba měřit. Existuje řada indikátorů a determinantů kvality života, avšak není jednoznačný seznam těchto faktorů. Volba vhodné metody hodnocení je často komplexní, zohledňuje různorodost dat a perspektiv.

Fařunová (2007) kategorizuje nástroje pro hodnocení kvality života do metod založených na externím, interním a smíšeném hodnocení. Dotazníky hodnotící kvalitu života mohou být obecné nebo specifické, s různým zaměřením na psychické, fyzické, sociální zdraví, HRQL nebo obecnou životní spokojenost.

#### ***1. 2. 6. 1 Dotazníky kvality života***

Mezi nejznámější dotazníky hodnotící kvalitu života patří:

- **WHOQOL-100** - dotazník byl vyvinut Světovou zdravotnickou organizací (WHO), tvoří ho 100 položek a zahrnuje 24 aspektů života sdružených do 6 domén: fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a celková kvalita života
- **WHOQOL-BREF** - zkrácená verze vycházející z WHOQOL-100 s 24 položkami rozdělenými do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života (kvalita života a spokojenost se zdravím).
- **SF-36** - tento dotazník je zkrácenou verzí generického dotazníku k hodnocení kvality života v obecné populaci. Obsahuje 36 položek rozdělených do 8 dimenzí: fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy a duševní zdraví.
- **WHODAS 2.0** - Tento dotazník byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací (WHO) ve spolupráci s Národním úřadem pro duševní zdraví, Národním úřadem

pro zneužívání alkoholu a Národním úřadem pro zneužívání drog. Dotazník vychází z principů hodnocení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF (z anglického originálu ICF). Slouží pro jednoduché vyhodnocení a standardizované zaznamenání disability pacienta. Obsahuje 36 položek rozdělených do 6 domén: porozumění a komunikace, sebeobsluha, mobilita, mezilidské vztahy, životní role a účast na společnosti (Klinika Adiktologie 1. LF UK, 2019, ÚZIS, 2023).

### ***1. 2. 6. 2. Hodnocení a výzkumy kvality života lidí s PPP***

Jak uvádí Mareš a Hadaš (2006) hodnocení a měření kvality života u lidí s PPP bylo donedávna obvykle měřeno velmi obecnými a generickými dotazníky, nejčastěji dotazníkem SF-36, jeho zkrácenou variantou SF-12 nebo obecným dotazníkem od Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREEF. Tyto dotazníky jsou však dle Mareše a Hadaše velmi málo citlivé vzhledem ke konkrétním onemocněním.

### ***1. 2. 6. 3 Dotazník EDQOL***

Dotazník EDQOL – *Eating Disorders Quality of Life Instrument* je specifickým dotazníkem, jehož autory jsou Engel, Wittcock, Crosby et al. (2006), kteří měli klinické zkušenosti s diagnostikou a léčbou PPP. Jeho tvorba probíhala v několika krocích a ověření probíhala na třech vzorcích žen v USA: klinická populace, vysokoškolské studentky s předpokládaným rizikem PPP a běžná zdravá populace. Výzkum byl proveden na vzorku 538 žen ve věku 18 – 66 let.

Autoři při tvorbě dotazníku vyčlenili 6 hlavních oblastí kvality života, které PPP ovlivňují: **somatická, psychologická, finanční, sociální, práce/škola, právní**. V dalších krocích pak jednotlivé oblasti více specifikovali a podrobněji konkretizovali fungování jedince v dané oblasti. Škálu odpovědí rozdělili do 5 stupňů: **nikdy – zřídka – občas – často – vždy**.

Dotazník EDQOL přináší širší a ucelenější pohled na dopady PPP na kvalitu života. Tento zahraniční dotazník byl zatím ověřen jen na americké populaci, avšak dle Mareše a Hadaše (2006) může přinést obohacení do metodického instrumentária lékařům, klinickým psychologům i jiným výzkumným pracovníkům, i když má charakter spíše screeningového nástroje.



## 2 PRAKTICKÁ ČÁST

### 2.1 Cíle a úkoly

Hlavním cílem diplomové práce je pomocí dotazníku EDQOL (Eating Disorders Quality of Life) zjistit, jaká je kvalita života žen s poruchami příjmu potravy (PPP) ve srovnání s běžnou populací a ve kterých oblastech života působí PPP ženám největší potíže.

Dále chceme poukázat na oblasti kvality života, ve kterých mají lidé s PPP největší problémy a zjistit, zda se tyto oblasti liší vzhledem k typu onemocnění a zda na ně má vliv fáze a doba trvání PPP.

#### *Dílčí úkoly diplomové práce:*

- Přeložit dotazník EDQOL a nechat posoudit překlad odborníky v oblasti PPP (2 – 3).
- Provést šetření na vzorku žen s PPP a zdravých žen a porovnat výsledky.
- Zjistit, zda jsou rozdíly v jednotlivých oblastech kvality života mezi ženami s anorexií a bulimií.
- Zjistit, zda jsou rozdíly v kvalitě života žen s PPP s ohledem na kritičnost podváhy hodnocenou dle BMI.

### 2.2 Výzkumné otázky

*Výzkumná otázka 1:* Jaké oblasti kvality života ovlivňuje onemocnění PPP, a ve kterých z nich vnímají jedinci s PPP největší obtíže?

*Výzkumná otázka 2:* Jak a v kterých oblastech se liší vnímání kvality života jedinců s PPP oproti běžné populaci?

*Výzkumná otázka 3:* V jakých aspektech se liší vnímání kvality života u jedinců s mentální anorexií a mentální bulimií?

*Výzkumná otázka 4:* Má na vnímání kvality života jedinců s PPP vliv BMI a kritičnost podváhy, případně v jakých oblastech?

## 2. 3 METODOLOGIE

### 2. 3. 1 Metody sběru dat

Jako základní metoda sběru dat bylo zvoleno dotazníkové šetření. V rámci rešerše byl zvažován dotazník SF-36, který byl však pro povahu a cíle diplomové práce příliš obecný. Proto bylo potřeba najít dotazník, který se zaměřuje na konkrétní specifické oblasti kvality života vzhledem k povaze onemocnění PPP. Tomuto kritériu odpovídal zvolený dotazník EDQOL.

Tento dotazník byl vytvořen autory Engel a kol. (2006) a jeho podoba byla dostupná jen v anglickém jazyce. Napsala jsem proto autorovi žádost o možnost využití dotazníku pro účely výzkumu v rámci diplomové práce a umožnění jeho překladu do českého jazyka. Svolení k obojímu jsem od autora obratem získala, připojil i syntax pro zápis skórování do programu SPSS.

Dotazník jsem následně přeložila do českého jazyka a srozumitelnost a vhodnost překladu jsem ověřila u dvou odborníků v oblasti PPP. Jedním z nich je PhDr. František Krch z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a Centra pro diagnostiku a léčbu PPP. PhDr. František Krch je zakladatelem Společnosti pro výzkum a terapii anorexie a bulimie, je členem předsednictva několika odborných společností v ČR i v zahraničí a také členem redakční rady časopisu *Eating and Weight Disorders*. Zároveň je autorem pěti monografií týkajících se problematiky poruch příjmu potravy a redukce váhy a řady článků v českém i zahraničním odborném tisku. Druhým odborníkem je klinická psycholožka a psychoterapeutka Mgr. Tereza Maková, která se dlouhodobě věnuje problematice komplexní terapie PPP. S lidmi s PPP pracovala několik let ve FN Motol v ambulantní klinicko-psychologické praxi, také v sociálním sektoru Centra Anabell a aktuálně je také odbornou garantkou a spoluzakladatelkou projektu 3pe. Návrhy na drobné úpravy a vylepšení překladu jsem zapracovala do finální verze dotazníku.

Na úvod dotazníku byla doplněna část zjišťující základní údaje o respondentovi, která poskytla potřebné informace pro statistické porovnání dat, ve kterém bylo potřeba uvážit závažnost, délku či typ onemocnění nebo také případné možnosti ovlivnění kvality života jinými komorbidními onemocněními, která je potřeba u duševních onemocnění brát v úvahu.

Dotazník je v české i anglické verzi součástí přílohy 1 a 2.

### **2. 3. 1. 1 Dotazník EDQOL – základní charakteristika**

**Název:** Eating Disorders Quality of Life Instrument (EDQOL)

**Autoři:** Engel, Wittock, Crosby et al. (2006)

**Věková skupina:** ženy a dívky blížící se věku 18 let a více

**Diagnózy:** populace s PPP

**Respondenti:** ženy a dívky, forma sebeposouzení

**Oblasti kvality života:** 4 (1. psychologická, 2. somatická a kognitivní, 3. finanční, 4. škola/práce)

**Počet otázek:** 25

**Možnosti odpovědí:** pětistupňové škály (0 – nikdy, 1 – zřídka, 2 – občas, 3 – často, 4 – vždy)

### **2. 3. 1. 2 Sběr dat**

Samotné dotazníkové šetření bylo realizováno v roce 2024. Sběr dat probíhal ve dvou vlnách, první byla cílená na osoby s PPP, druhá na běžnou populaci. Sběr dat pro osoby s PPP probíhal v období od 27. 2. do 11. 3. 2024, pro běžnou populaci pak od 18. 3. do 1. 4. 2024.

Pro obě skupiny byl dotazník rozeslán v online podobě pomocí aplikace Survio do příslušných skupin populace. K tomuto typu průzkumu jsme se rozhodli proto, aby bylo pokryto větší spektrum lidí s onemocněním PPP, dává také možnost zacílit na jedince v různém stádiu nemoci a s různými typy onemocnění některým z typů PPP. U běžné populace pak bylo cílem pokrýt co největší spektrum osob z různých oblastí, dotazník byl rozeslán do různých skupin na Facebooku a následně mezi studenty a vyučující sportovních, lékařských, pedagogických, technických i přírodovědných fakult, dále byli osloveni i studenti víceletých gymnázií.

Všichni respondenti byli informováni o povaze i anonymitě dotazníku a byli seznámeni s účely, pro které bylo toto dotazníkové šetření realizováno.

Dotazník byl zcela anonymní a účast byla dobrovolná, respondent mohl dotazník kdykoliv vypnout a od průzkumu odstoupit.

V rámci dotazníkového šetření byl respondentům poskytnout kontakt na autorku práce jakožto dotazující se osobu a účastník se na ni mohl kdykoliv obrátit s dotazem ohledně průzkumu.

Pro obě skupiny měl dotazník dvě části, část se vstupními údaji a samotný dotazník EDQOL.

## 2. 3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

### 2. 3. 2. 1 Osoby s PPP

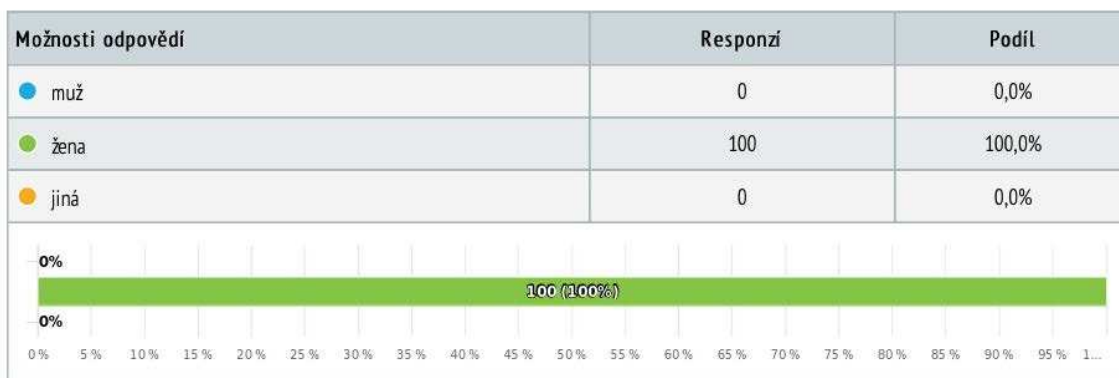
Cílovou skupinou výzkumného souboru pro dotazníkové šetření byly ženy, které si prošly nebo procházejí některou z forem PPP. Dotazované osoby byly ve věku od 14 let výše, aktuálně se nacházely ve stabilizovaném stavu PPP a projevíly ochotu spolupracovat na dotazníkovém šetření. Respondentky s PPP byly tázané na subjektivně nejhorší období PPP.

Průzkumu se zúčastnilo 103 osob ve věkovém rozmezí 14 – 54 let. Do analyzovaného vzorku bylo zařazeno 100 odpovědí, tři odpovědi byly vzhledem k zaměření dotazníku na ženy vyřazeny, neboť dva respondenti se identifikovali jiným pohlavím a jeden se identifikoval jako muž.

Absolutní a relativní četnosti odpovědí vzhledem k pohlaví znázorňuje tabulka na obr. 3.

### 1 Pohlaví

Výběr z možností , zodpovězeno 100 x, nezodpovězeno 0 x



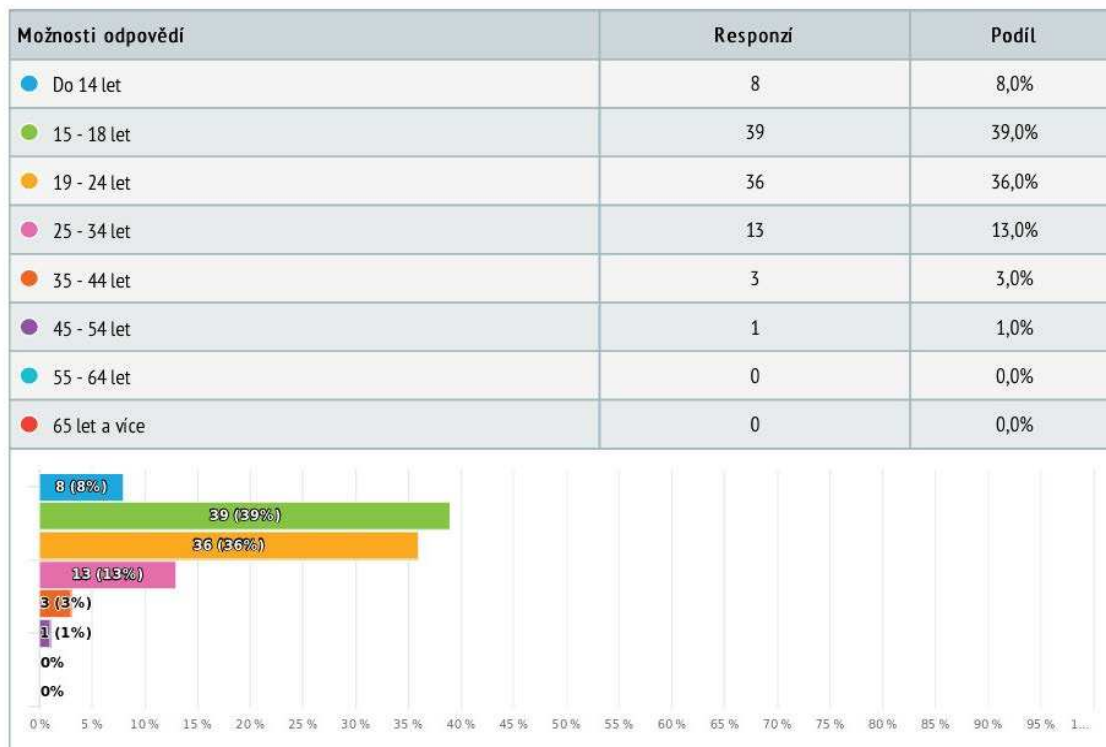
Obrázek 3: Absolutní a relativní četnosti odpovědí vzhledem k pohlaví

Ve druhé otázce byly respondentky dotazované na věk v jimi nejhůře vnímaném období PPP. Nejčastějším období PPP u respondentek bylo věkové rozmezí 15 – 18 let (39 %)

a 19 – 24 let (36 %). Věk do 14 let byl zastoupen jen u 8 odpovědí (8 %). Absolutní a relativní četnosti odpovědí týkající se věku respondentek v době nejhoršího období PPP přehledně zachycuje tabulka a graf na obr. 4.

## 2 Věk v době nejhoršího období poruchy příjmu potravy

*Výběr z možností, zodpovězeno 100 x, nezodpovězeno 0 x*



**Obrázek 4: Věk v nejhorším období PPP**

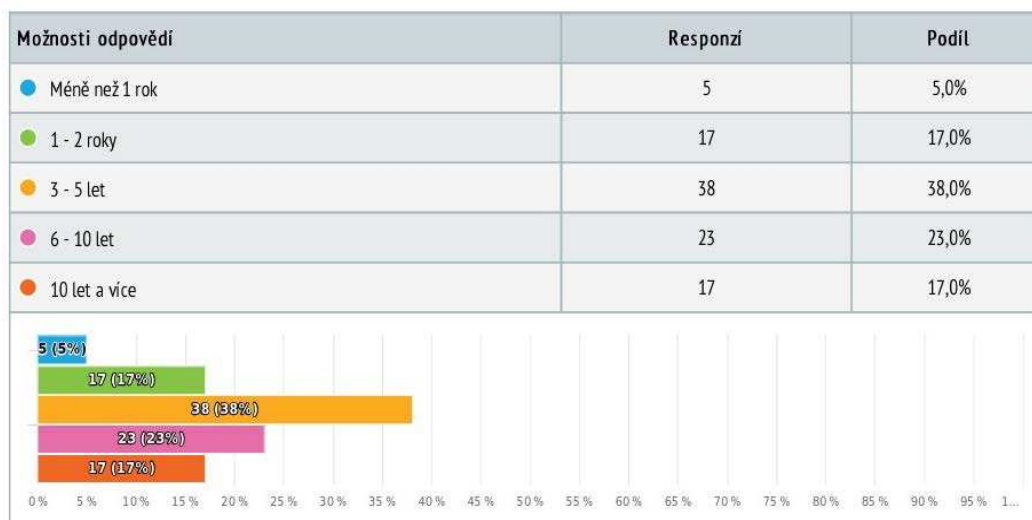
Další otázka se respondentek ptala na celkovou délku trvání PPP. V rámci této otázky je nutné brát v úvahu povahu onemocnění. PPP jsou onemocnění, jejichž průběh je u každého jedince individuální, období trvání může být měsíce, roky nebo i celý život. Při onemocnění PPP dochází i k častým recidivám. Proto je nutné brát tuto odpověď ryze subjektivně.

Nejčastější délka trvání PPP u respondentek byla 3 – 5 let (38 %) a 6 – 10 let (23 %). 1 – 2 roky trvala PPP u 17 % respondentek a stejně tak 10 let a více (17 %). Méně než jeden rok uvedlo jen 5 % dotazovaných žen.

Délku trvání PPP zobrazuje tabulka a graf na obr. 5.

### 3 Délka trvání PPP

Výběr z možností, zodpovězeno 100 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 5: Délka trvání PPP

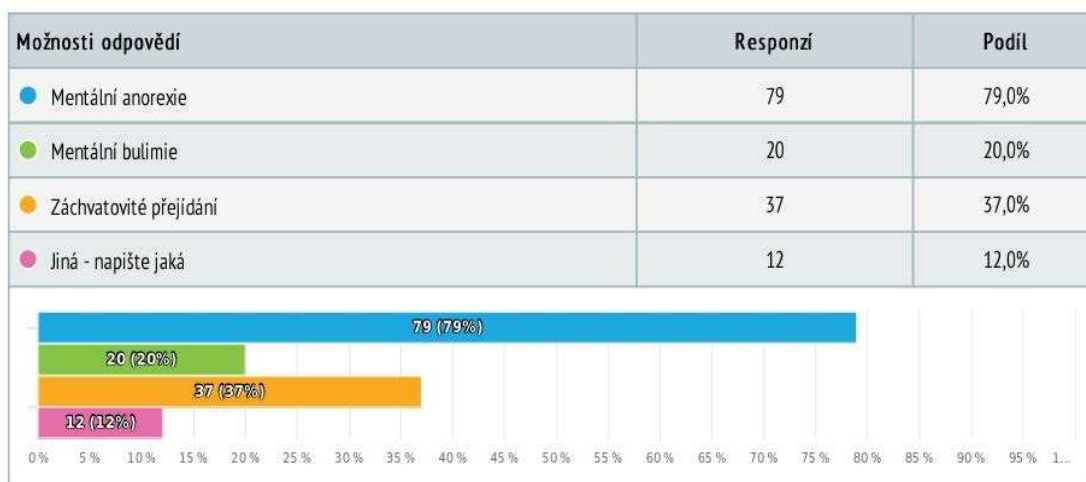
Dále byly respondentky dotazovány na typ poruchy příjmu potravy (PPP), kde mohly vybrat z možností mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, a měly také možnost doplnit další formu PPP, jako je ortorexie, restriktivní porucha (ARFID) apod. Vzhledem k tomu, že u PPP často dochází ke kombinaci a případnému přechodu různých typů nemoci, bylo možné zaškrtnout více možností. Jedinec může trpět více typy onemocnění současně, střídají se například období přejídání s případnou kompenzací zvracením s následným obdobím hladovění.

To se potvrdilo i v odpovědích respondentek. Ze 100 dotazovaných mělo jen mentální anorexii (MA) 49 (49 %) dotazovaných žen, jen záchvatovité přejídání (ZP) 10 (10 %) žen a jen mentální bulimii (MB) 3 (3 %) ženy. Nejčastější kombinací typů PPP byla MA + ZP, a to u 17 (17 %) žen, dále MA + MB u 7 (7 %) a nejméně MB + ZP u 4 (4 %) odpovědí. Kombinace MA, MB i ZP se vyskytovala u 6 žen (6 %). U odpovědi jiné se nejčastěji vyskytovala ortorexie u 10 (10 %) žen, dále pak restriktivní porucha (ARFID) u 1 (1 %) ženy.

Tabulka a graf na obr. 6. znázornují absolutní a relativní četnosti různých typů PPP ve vzorku žen, které se zúčastnily dotazníkového šetření.

## 4 Druh PPP

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 100 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 6: Zastoupení různých druhů PPP

V rámci dotazníkového šetření bylo třeba také zvážit komorbiditu jiného duševního či somatického onemocnění, která bývají u duševních poruch časté.

Z tohoto důvodu byla v dotazníku i otázka směřovaná na **jiné duševní onemocnění**.

U 47 (47 %) žen nebylo přítomné žádné jiné duševní onemocnění. U zbylých žen se jiná duševní onemocnění vyskytovala v následujícím zastoupení (uvedeny jsou absolutní a relativní četnosti): úzkost 15 (15 %), deprese 10 (10 %), úzkostně depresivní porucha 6 (6 %), hraniční porucha osobnosti u 7 (7 %) žen, panické ataky u 4 (4 %) žen, dále pak obsedantně kompulzivní porucha ve 3 (3 %) odpovědích, posttraumatická stresová porucha u 2 (2 %) žen a ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou) u jedné (1 %) ženy.

Další otázka se týkala přítomnosti jiného **somatického onemocnění**.

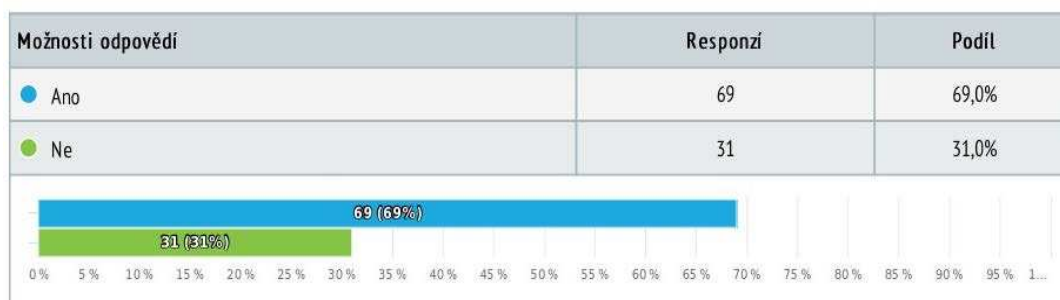
Z odpovědí vyplynulo, že u 70 (70 %) žen nebylo přítomné žádné jiné somatické onemocnění. U 3 (3 %) žen byly přítomné migrény, u 4 (4 %) potíže s trávicím ústrojím, u 2 (2 %) žen anémie, 2 (2 %) ženy uvedly kardiovaskulární obtíže (bradykardie), 2 (2 %) ženy pak potíže s ledvinami. V jednotkách byla zastoupena dekalifikace zubní skloviny nebo sekundární amenorea.

Sedmá otázka v rámci vstupních údajů se týkala léčby PPP. Z odpovědí plyne, že 69 (69 %) žen se s PPP nějakou formou léčilo a 31 (31 %) ne.

Tyto údaje zobrazuje tabulka na obr. 7.

## 7 Léčba s PPP

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 100 x, nezodpovězeno 0 x



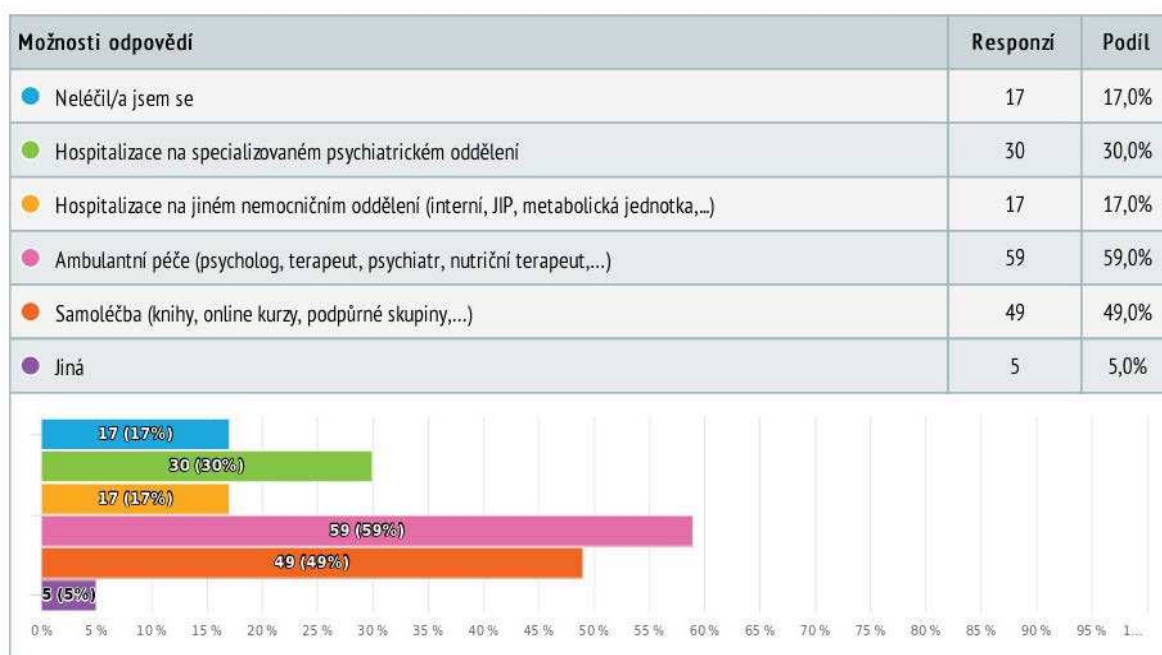
Obrázek 7: Léčba s PPP

Respondentky byly dále dotazovány, jakou formou či formami se léčily. Bylo možné uvést více možností. Z odpovědí vyplývá, že 59 (59 %) žen využívá/využívalo ambulantní péči, 49 (49 %) zkusilo některou z typů samoléčby, 30 (30 %) dotazovaných bylo hospitalizováno na specializovaném psychiatrickém oddělení a 17 (17 %) na jiném nemocničním oddělení. V této otázce uvedlo jen 17 (17 %) žen, že se s PPP neléčily, tento výsledek může být dán tím, že některé z respondentek v předchozí otázce braly v úvahu jen léčbu v nemocničním prostředí.

Absolutní a relativní četnosti forem léčby znázorňuje tabulka a graf na obr. 8.

## 8 Forma léčby PPP

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 100 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 8: Forma léčby PPP



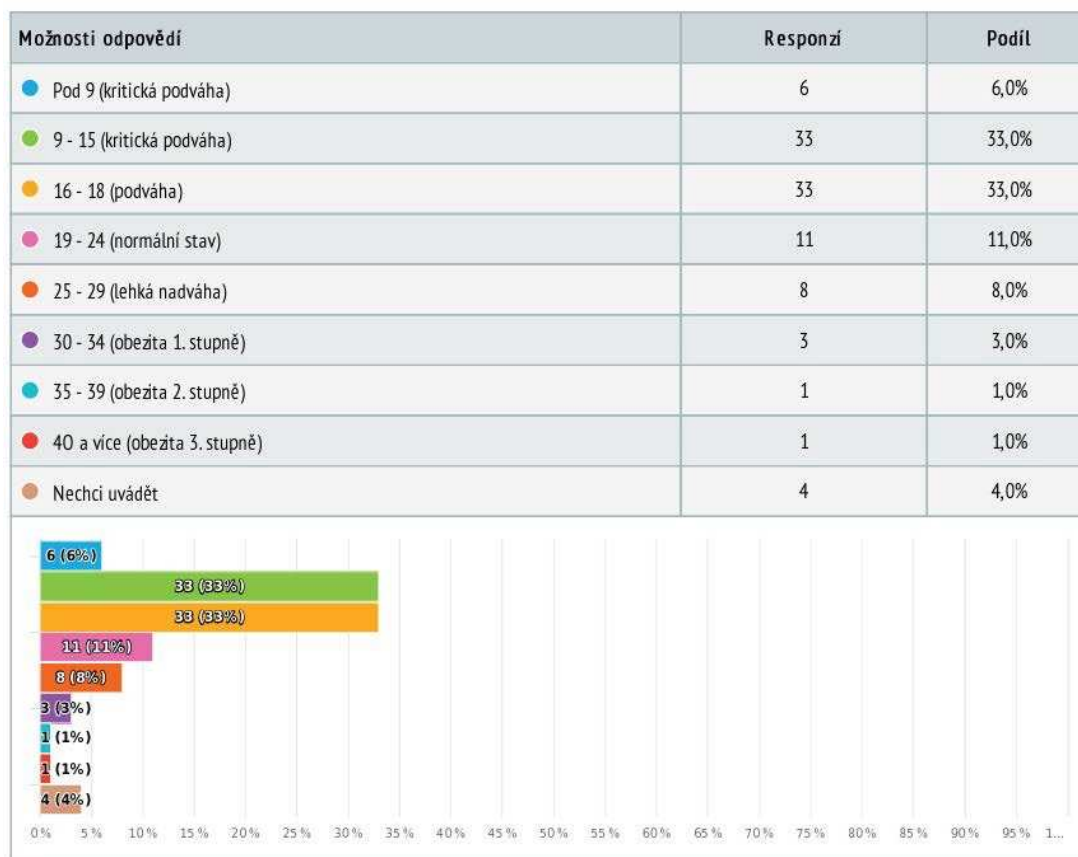
Poslední otázka vstupní části se ptala na BMI (Body Mass Index) v nejhroším období PPP. BMI ukazuje poměr mezi váhou a výškou, počítá se jako hmotnost člověka v kilogramech dělená výškou v metrech umocněnou na druhou. Získání tohoto údaje bylo důležité pro následné hodnocení, proto jsme tuto otázku do vstupních údajů zahrnuli i přesto, že ji pokládáme vzhledem k onemocnění PPP za velmi citlivou. V rámci otázky bylo uvedeno, že si uvědomujeme její citlivost a že respektujeme soukromí respondentů, proto bylo na tuto otázku možné neodpovídat. I tak je třeba si uvědomit, že údaj BMI slouží pouze jako jistý ukazatel pro hodnocení tělesné hmotnosti v populaci. U všech lidí, a tedy i jedinců s PPP by jeho hodnocení mělo být vždy zvažováno vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu a individuálním potřebám jedince.

I přes citlivost otázky se rozhodly neodpovědět jen 4 (4 %) respondentky. Ze zbylých odpovědí uvedlo 33 (33 %) žen rozmezí BMI 9 – 15 a 33 (33 %) 16 – 18. Obě tyto hodnoty se pohybují v hodnotách podváhy. 6 (6 %) žen uvedlo hodnotu BMI pod 9, což značí velmi kritickou podváhu. 11 (11 %) žen se pohybovalo v rozmezí normálního stavu BMI 19 – 24, 8 (8 %) žen mělo lehkou nadváhu BMI 25 – 29. Obezitu 1. stupně BMI 30 – 34 uvedly 3 (3 %) z dotazovaných žen, obezitu 2. stupně BMI 35 – 39 pak 1 (1 %) žena a 3. stupeň obezity BMI 40 a více taktéž 1 (1 %) žena.

Zastoupení hodnot BMI ukazuje tabulka a graf na obr. 9.

## 9 BMI v nejhorším období PPP

Výběr z možností, zodpovězeno 100 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 9: Hodnoty BMI

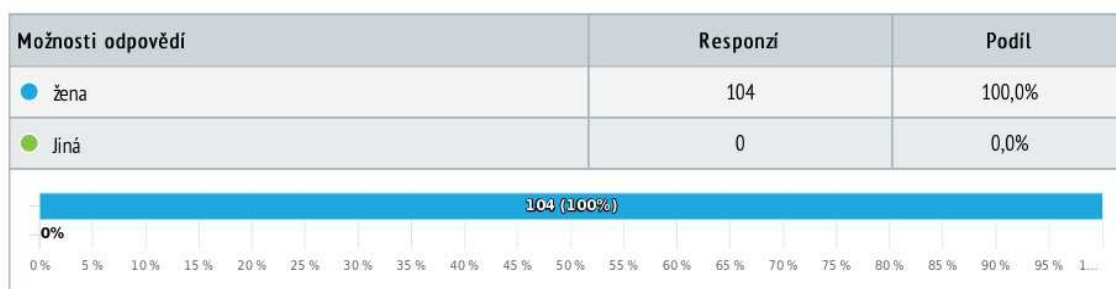
### 2. 3. 2. 2 Běžná populace

Cílovou skupinou dotazníkového šetření byly ženy z běžné populace. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 106 žen ve věku 15 – 54 let, z toho byly dvě odpovědi vyřazeny z důvodu uvedení diagnózy PPP. Celkem tedy bylo vyhodnocováno 104 responzí. Respondentky byly dotazované na období posledních 30 dní.

Absolutní a relativní četnosti odpovědí vzhledem k pohlaví znázorňuje tabulka na obr. 10.

## 1 Pohlaví

Výběr z možností, zodpovězeno 104 x, nezodpovězeno 0 x



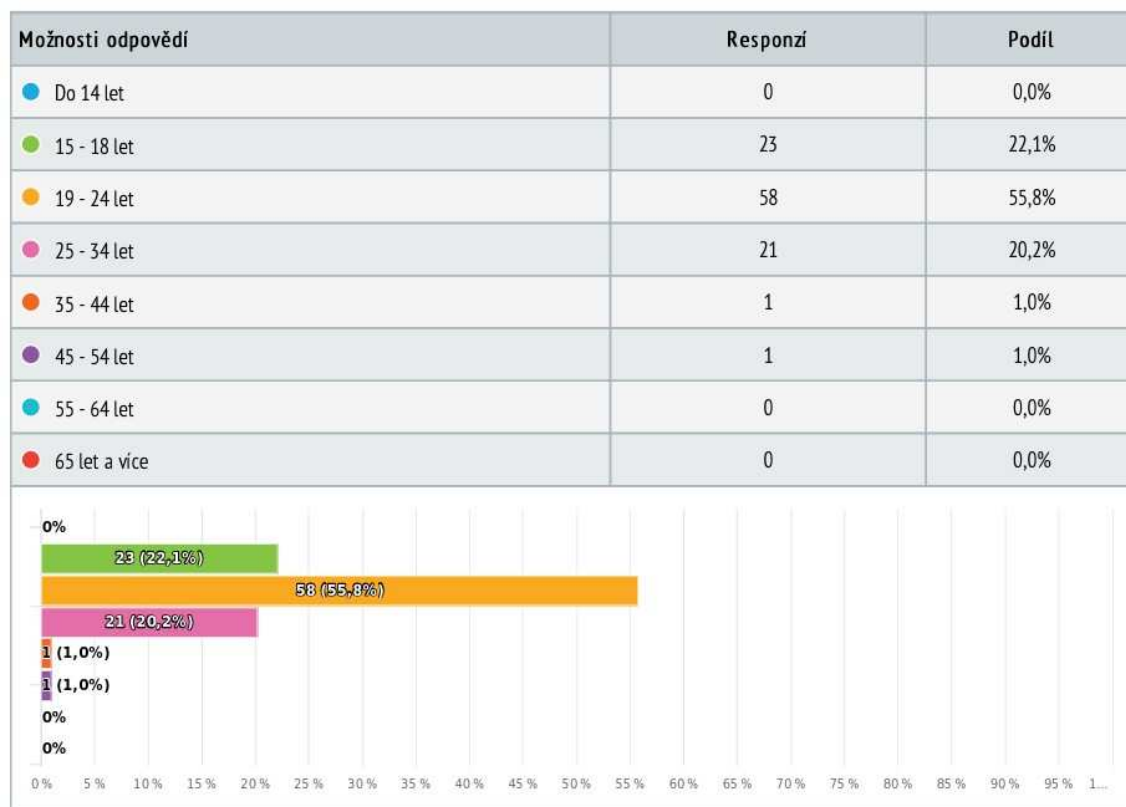
Obrázek 10: Absolutní a relativní četnosti odpovědí vzhledem k pohlaví běžná populace

Druhá otázka se respondentek ptala na jejich věk. Nejvíce žen bylo ve věku 19 – 24 let (55,8 %). 22,1 % žen bylo ve věku 15 – 18 let. Ve věku 25 – 34 let pak bylo 20,2 % žen. Po 1 % pak bylo zastoupení žen ve věku 35 – 34 let a 45 – 54 let.

Absolutní a relativní četnosti týkající se věku respondentek z běžné populace nám ukazuje tabulka a graf na obr. 11.

## 2 Věk

Výběr z možností, zodpovězeno 104 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 11: Věk respondentek z běžné populace

V rámci dotazníkového šetření bylo i u běžné populace potřeba zvážit komorbiditu jiného duševního či somatického onemocnění.

Z tohoto důvodu byla v dotazníku otázka směřovaná na to, zda má jedinec nějaké **duševní či somatické onemocnění**.

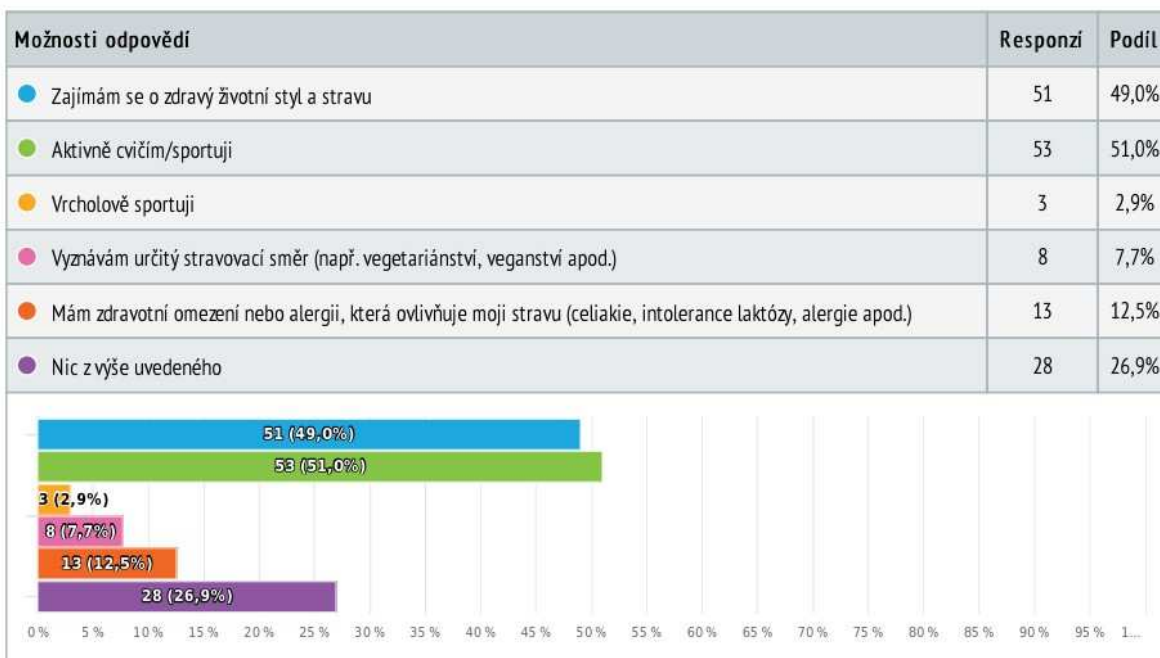
Ze 104 žen odpovědělo 89 (85,6 %), že žádné duševní či somatické onemocnění nemají. V jednotkách zastoupení pak byly deprese u 3 (2,9 %) žen a úzkostné stavy u 2 (1,9 %) žen. Po jednom pak byla onemocnění osteoporózou, tělesné dysplazie, tinnitus, hraniční porucha osobnosti, panické ataky a stav po cévní mozkové příhodě.

Poslední otázka v rámci vstupních údajů byla směřována na to, jak by respondentka popsala svůj životní styl a zda má případně nějaké zdravotní omezení týkající se stravy. V této otázce bylo možné zaškrtnout více odpovědí, v rámci odpovědí docházelo nejčastěji ke kombinaci aktivního sportu a zájmu o zdravý životní styl. Že aktivně cvičí či sportuje, uvedlo 51,0 % žen, vrcholový sport pak 2,9 %. Zájem o zdravý životní styl uvedlo, 49,0 % žen. 12,5 % žen uvedlo, že má nějaké zdravotní omezení týkající se stravy, 7,7 % pak uvedlo, že vyznává určitý stravovací směr. 26,9 % žen uvedlo, že se jich nic z uvedeného netýká.

Absolutní a relativní četnosti týkající se životního stylu dotazovaných žen ukazuje tabulka a graf na obr. 12.

## 4 Jak byste popsal/a svůj životní styl?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 104 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 12: Životní styl

### 2. 3. 3 Metody zpracování dat dotazníku EDQOL

Samotné zpracování dat bylo provedeno v tabulkovém softwaru Microsoft Excel. U každé osoby bylo vypočítáno skóre EDQOL v každé ze 4 dílčích oblastí (psychologická, finanční/kognitivní, finanční a práce/škola) a následně celkové skórování v dotazníku. Z výsledných hodnot se pak vypočítaly průměrné hodnoty a směrodatné odchylky.

Pro porovnání výsledných hodnot proměnných dotazníku EDQOL v jednotlivých oblastech i v celkovém skórování byla vyhodnocena statistická významnost pomocí párového t-testu a vzhledem k menšímu počtu respondentů následně i významnost věcná pomocí Cohenova d. Pro porovnání rozptylů sloužícímu k následnému zvolení správného způsobu t-testu pro dva nezávislé průměry byl zvolen F-test.

#### *Výpočet EDQOL*

Skóre dílčích škál dotazníku EDQOL se vypočítá sečtením hrubých skóre a vydělením počtem položek.

Celkové skóre se vypočítá součtem z každé dílčí škály a následným vydělením kombinovaného součtu celkovým počtem otázek, tj. 25.

Jednotlivé odpovědi dílčí pěti stupňové škály se převedou na hodnoty (0 – nikdy, 1 – zřídka, 2 – občas, 3 – často, 4 – vždy). U každé osoby se následně vypočítá skóre EDQOL v každé ze 4 dílčích oblastí (psychologická, finanční/kognitivní, finanční a práce/škola) tak, že se součet bodů z každé oblasti vydělí počtem otázek v oblasti (psychologická – 9, finanční/ kognitivní – 6, finanční – 5 a práce/škola – 5). Na závěr je pak vypočítáno celkové skórování dotazníků, součtem bodů z každé oblasti vyděleno celkovým počtem otázek, tj. 25.

## **2. 4 VÝSLEDKY**

### **2. 4. 1 Četnosti EDQOL**

Níže jsou uvedené přehledné tabulky a grafy ukazující absolutní a relativní četnosti odpovědí v dotazníku EDQOL v každé ze čtyř oblastí.

#### **2. 4. 1. 1 Osoby s PPP – četnosti EDQOL**

##### **Psychologická oblast**

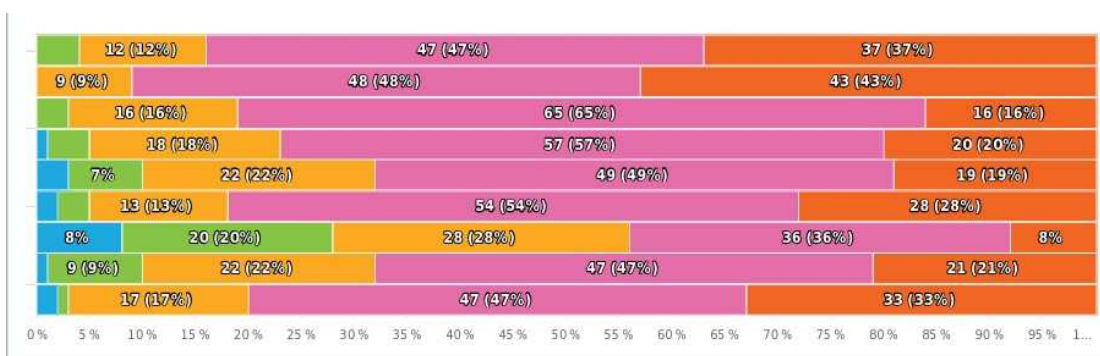
Z průzkumu vyplynulo, že psychologická oblast je v kontextu kvality života hodnocená dotazníkem EDQOL ovlivněna opravdu významně. V rámci četností odpovědí žen s PPP, které se zúčastnily dotazníkového šetření, se nejvyšší ovlivnění projevilo u otázky č. 2., která se ptá na to, jak často měly respondentky ze sebe kvůli váze špatný pocit, kde 43 (43 %) žen uvedlo, že vždy, 48 (48 %) žen uvedlo, že často a 9 (9 %) žen, že občas. Další nejvíce ovlivněné otázky z psychologické oblasti jsou otázky č. 3., týkající se toho, že jedinec kvůli stravování nechce být s lidmi a č. 1 ptající se na to, jak často se jedinec cítil být kvůli své váze jiný nebo odlišný a dále také otázky č. 8. a č. 9. Naopak nejmenší ovlivnění se ukázalo v otázce č. 7., týkající se toho, jak často vedla jedince váha k tomu, že se o sebe nestaral.

Absolutní a relativní četnosti týkající se psychologické oblasti dotazníku EDQOL nám přehledně zobrazuje tabulka a graf na obr. 13.

## 10 PSYCHOLOGICKÉ

Matice výběru z možností, zodpovězeno 100 x, nezodpovězeno 0 x

Odpověď	● NIKDY	● ZŘÍDKA	● OBČAS	● ČASTO	● VŽDY
1. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili trapně nebo "jiní/odlišní"?	0	4 (4,0%)	12 (12,0%)	47 (47,0%)	37 (37,0%)
2. Jak často jste kvůli svému stravování/váze měli ze sebe špatný pocit?	0	0	9 (9,0%)	48 (48,0%)	43 (43,0%)
3. Jak často se vám stalo, že jste kvůli svému stravování/váze nechtěli být s lidmi?	0	3 (3,0%)	16 (16,0%)	65 (65,0%)	16 (16,0%)
4. Jak často se vám stalo, že jste si kvůli svému stravování/váze mysleli, že už vám nikdy nebude lépe?	1 (1,0%)	4 (4,0%)	18 (18,0%)	57 (57,0%)	20 (20,0%)
5. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili osamělí?	3 (3,0%)	7 (7,0%)	22 (22,0%)	49 (49,0%)	19 (19,0%)
6. Jak často mělo vaše stravování/váha za následek menší zájem nebo potěšení z různých činností?	2 (2,0%)	3 (3,0%)	13 (13,0%)	54 (54,0%)	28 (28,0%)
7. Jak často vás vaše stravování/váha vedly k tomu, že jste se o sebe nestarali?	8 (8,0%)	20 (20,0%)	28 (28,0%)	36 (36,0%)	8 (8,0%)
8. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili divně, zvláštně nebo neobvykle?	1 (1,0%)	9 (9,0%)	22 (22,0%)	47 (47,0%)	21 (21,0%)
9. Jak často jste se kvůli stravování/váze vyhýbali jídlu před ostatními?	2 (2,0%)	1 (1,0%)	17 (17,0%)	47 (47,0%)	33 (33,0%)



Obrázek 13: Psychologická oblast PPP

### Kognitivní a fyzická oblast

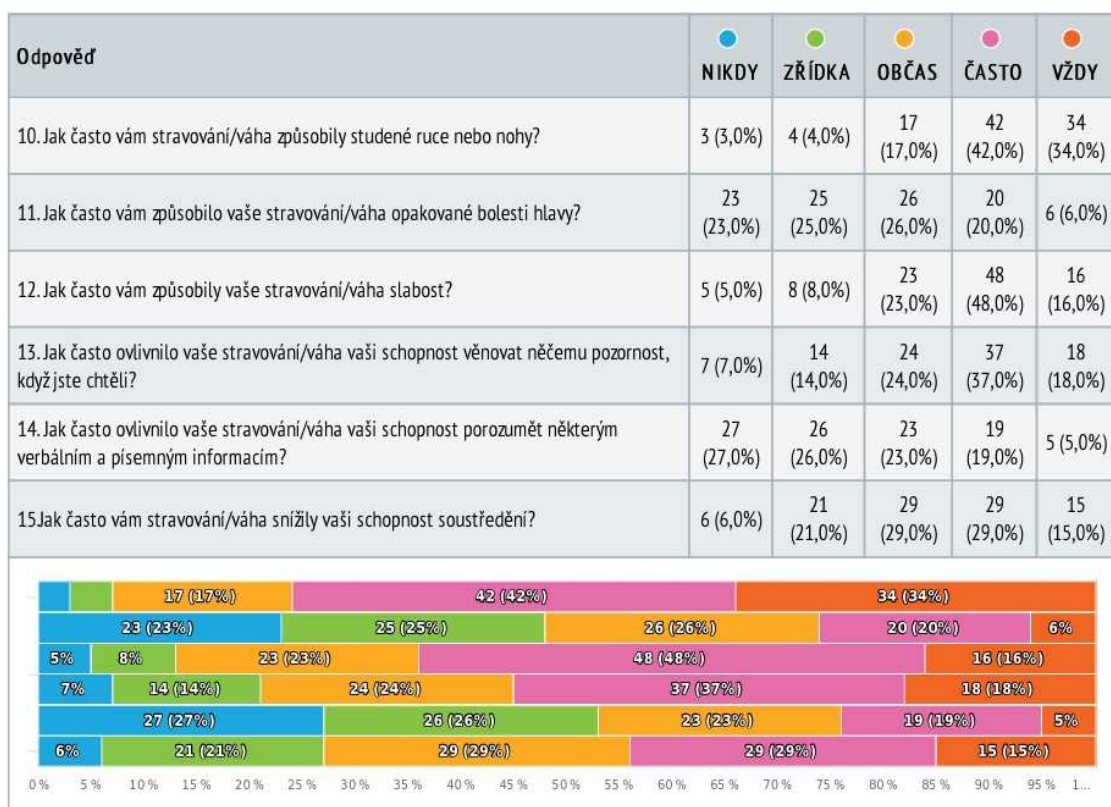
Oblast fyzická a kognitivní je v rámci kvality života u lidí s PPP hodnocené pomocí dotazníku EDQOL druhou nejvíce zasaženou po oblasti psychické. Největší ovlivnění se projevilo u otázky č. 10 týkající se na to, jak často stravování/váha způsobuje jedinci studené končetiny a dále u otázek č. 12. a č. 13. ptajících se na pocity slabosti způsobené stravovacím režimem/váhou a ovlivnění pozornosti kvůli stravě. Naopak nejmenší zasažení můžeme vidět u otázek č. 11 a č. 14. ptajících se na bolesti hlavy

způsobené stravováním a schopnost porozumět verbálním informacím kvůli váze nebo stravování.

Absolutní a relativní četnosti týkající se kognitivní a fyzické oblasti dotazníku EDQOL přehledně zobrazuje tabulka a graf na obr. 14.

## 11 FYZICKÁ/KOGNITIVNÍ

*Matice výběru z možností, zodpovězeno 100 x, nezodpovězeno 0 x*



**Obrázek 14: Fyzická/kognitivní oblast PPP**

### Finanční oblast

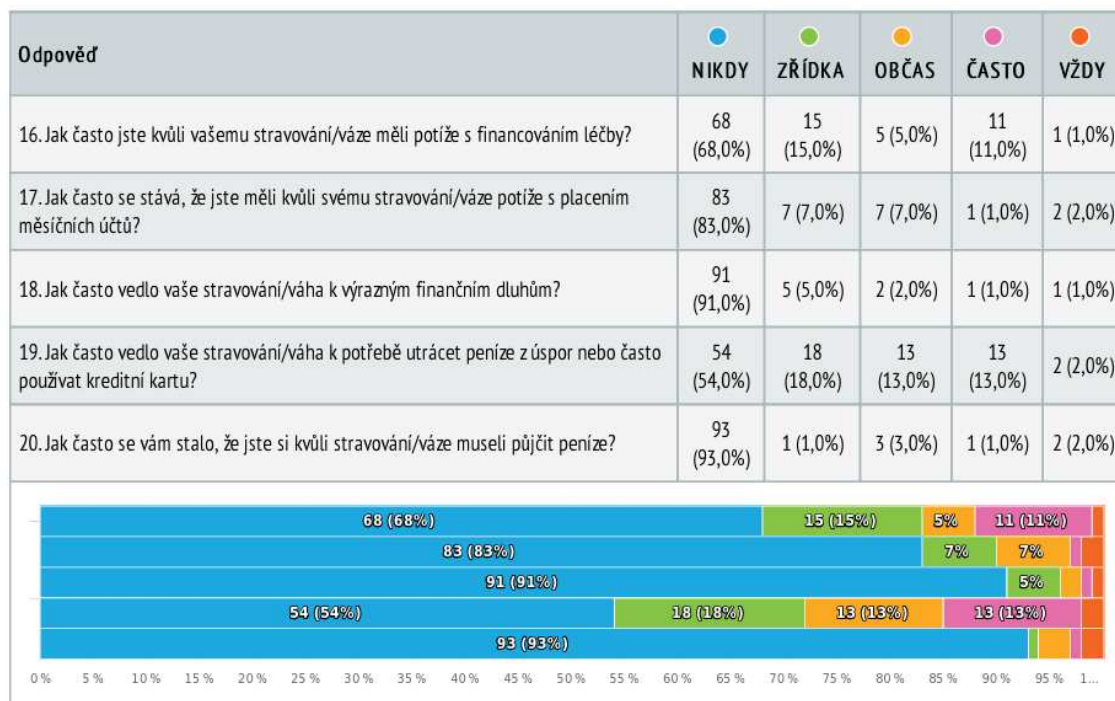
Oblast finanční je u jedinců s PPP v kontextu kvality života hodnocené pomocí dotazníku EDQOL tou nejméně zasaženou. Nejčastěji jedince stravování nebo váha vedly k potřebě utrácet peníze z úspor a častěji využívat platební kartu viz otázka č. 19. Dále pak k problémům s financováním léčby (otázka č. 16). Naopak u otázky č. 20, týkající se na potřebu si půjčovat peníze kvůli stravování či váze uvedlo 93 (93 %) žen, že tuto potřebu nikdy neměly.



Absolutní a relativní četnosti týkající se finanční oblasti dotazníku EDQOL zobrazuje tabulka a graf na obr. 15.

## 12 FINANČNÍ

Matice výběru z možností, zodpovězeno 100 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 15: Finanční oblast PPP

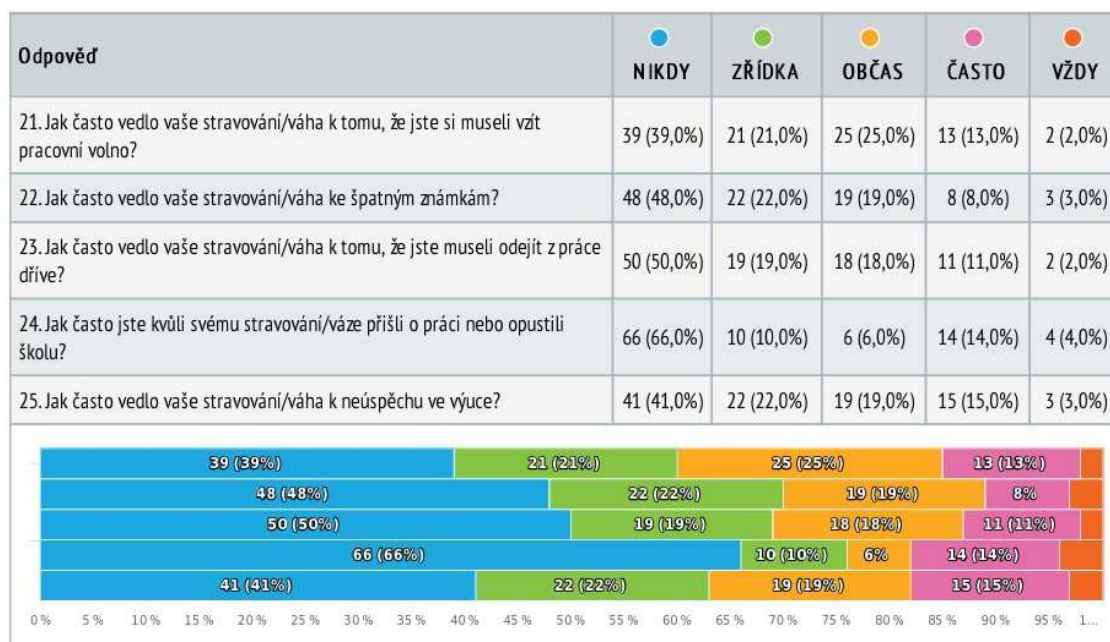
### Oblast práce a škola

Oblast práce a školy ze z výsledků dotazníkového šetření jeví jako druhá nejméně zasažená. V této oblasti ženy s PPP uvedly největší obtíže v otázce č. 21, která se tázala na to, jak často vedlo stravování nebo váha k tomu, že si musely vzít pracovní volno a v otázce č. 25, která se týkala toho, jak často vedlo stravování nebo váha k neúspěchům ve výuce. Naopak u otázky č. 24, dotazující se na to, zda musely kvůli stravování nebo váze opustit školu, byla nejčastější odpověď nikdy, a to u 66 (66 %) žen.

Absolutní a relativní četnosti týkající se oblasti práce a škola dotazníku EDQOL přehledně zobrazuje tabulka a graf na obr. 16.

## 13 PRÁCE/ŠKOLA

Matice výběru z možností, zodpovězeno 100 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 16: Oblast práce a škola PPP

### 2. 4. 1. 2 Běžná populace – četnosti EDQOL

#### Psychologická oblast

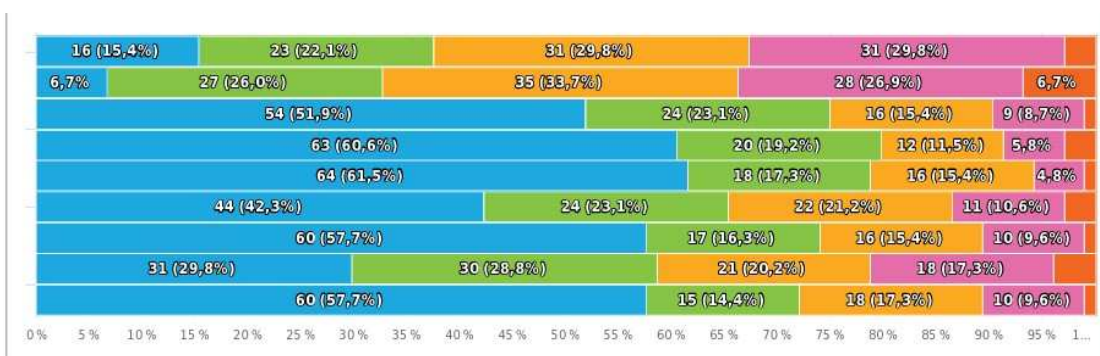
Psychologická oblast dotazníku EDQOL byla v rámci našeho dotazníkového průzkumu nejvíce zasaženou i u běžné populace. Respondentky z běžné populace uvedly největší ovlivnění kvality života u otázky č. 2, která se táže na to, jak často měly kvůli svému stravování nebo váze ze sebe špatný pocit. 35 (33,7 %) žen uvedlo, že občas, 28 (26,9 %) uvedlo, že často a 7 (6,7 %) že vždy. U otázky č. 1 ptající se na to, jak často se kvůli svému stravování nebo váze cítily jiné nebo odlišné, pak odpovědělo 31 (29,8 %) žen, že často, 31 (29,8 %) žen, že občas a 3 (2,9 %) žen, že vždy. Naopak nejméně zasažené byly otázky č. 4, 5, 7 a 9, týkající se toho, zda jim stravování nebo váha způsobily to, že si myslely, že už jim nebude nikdy lépe, pocitu osamělosti, zanedbávání se a vyhýbání se jídlu před ostatními, ve kterých více než 60 % žen odpovědělo, že nikdy.

Absolutní a relativní četnosti týkající se psychologické oblasti dotazníku EDQOL u běžné populace nám přehledně zobrazuje tabulka a graf na obr. 17.

## 5 PSYCHOLOGICKÉ

Matice výběru z možností, zodpovězeno 104 x, nezodpovězeno 0 x

Odpověď	● NIKDY	● ZŘÍDKA	● OBČAS	● ČASTO	● VŽDY
1. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili trapně nebo "jiní/odlišní"?	16 (15,4%)	23 (22,1%)	31 (29,8%)	31 (29,8%)	3 (2,9%)
2. Jak často jste kvůli svému stravování/váze měli ze sebe špatný pocit?	7 (6,7%)	27 (26,0%)	35 (33,7%)	28 (26,9%)	7 (6,7%)
3. Jak často se vám stalo, že jste kvůli svému stravování/váze nechtěli být s lidmi?	54 (51,9%)	24 (23,1%)	16 (15,4%)	9 (8,7%)	1 (1,0%)
4. Jak často se vám stalo, že jste si kvůli svému stravování/váze mysleli, že už vám nikdy nebude lépe?	63 (60,6%)	20 (19,2%)	12 (11,5%)	6 (5,8%)	3 (2,9%)
5. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili osamělí?	64 (61,5%)	18 (17,3%)	16 (15,4%)	5 (4,8%)	1 (1,0%)
6. Jak často mělo vaše stravování/váha za následek menší zájem nebo potěšení z různých činností?	44 (42,3%)	24 (23,1%)	22 (21,2%)	11 (10,6%)	3 (2,9%)
7. Jak často vás vaše stravování/váha vedly k tomu, že jste se o sebe nestarali?	60 (57,7%)	17 (16,3%)	16 (15,4%)	10 (9,6%)	1 (1,0%)
8. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili divně, zvláště nebo neobvykle?	31 (29,8%)	30 (28,8%)	21 (20,2%)	18 (17,3%)	4 (3,8%)
9. Jak často jste se kvůli stravování/váze vyhýbali jídlu před ostatními?	60 (57,7%)	15 (14,4%)	18 (17,3%)	10 (9,6%)	1 (1,0%)



Obrázek 17: Psychologická oblast běžná populace

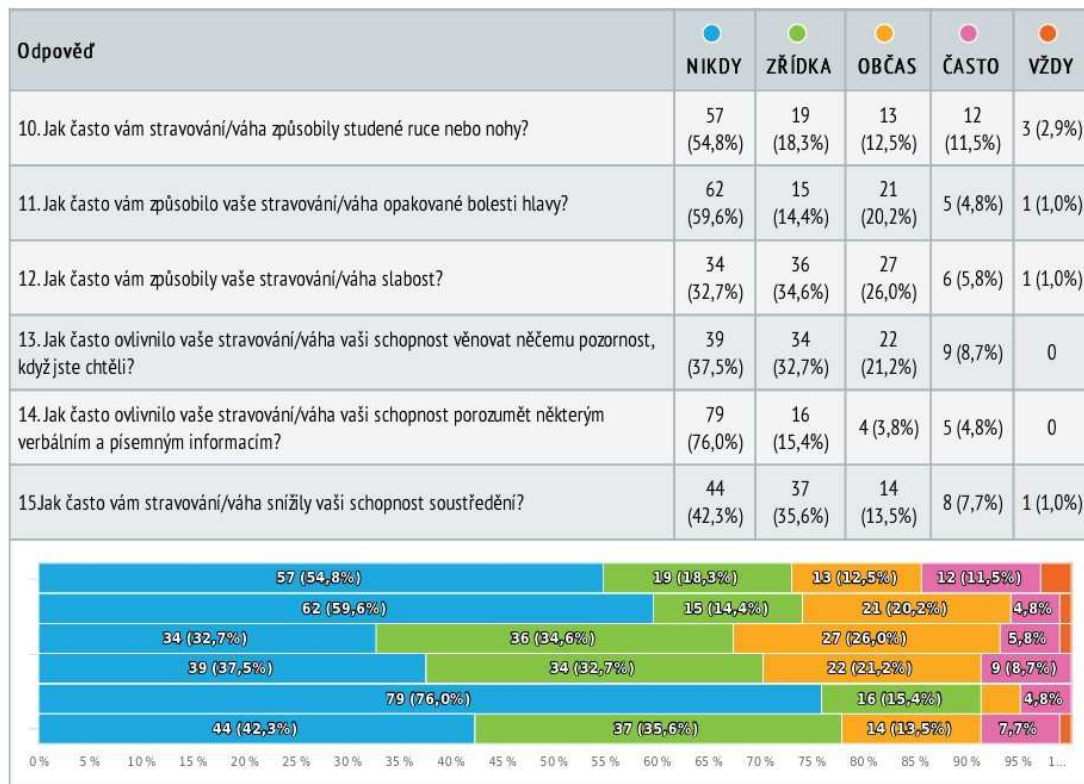
### Fyzická a kognitivní oblast

Oblast fyzická a kognitivní se ukázala jako druhá nejvíce zasažena i u běžné populace. Největší problémy z hlediska vlivu stravování a váhy byly u otázky č. 12, která se ptala na to, jak často způsobují jedinci slabost. Dále pak otázky č. 13 a 15 vztahující se k tomu, jak často stravování/váha ovlivňuje pozornost jedince a jak často snižují schopnost soustředění. Nejméně zasaženou byla, stejně jako u jedinců s PPP, otázka č. 14 tážající se na schopnost porozumět verbálním informacím, ve které odpovědělo 76 % žen, že nikdy.

Absolutní a relativní četnosti týkající se fyzické a kognitivní oblasti dotazníku EDQOL u běžné populace přehledně zobrazuje tabulka a graf na obr. 18.

## 6 FYZICKÁ/KOGNITIVNÍ

Maticе výběru z možností, zodpovězeno 104 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 18: Fyzická a kognitivní oblast běžná populace

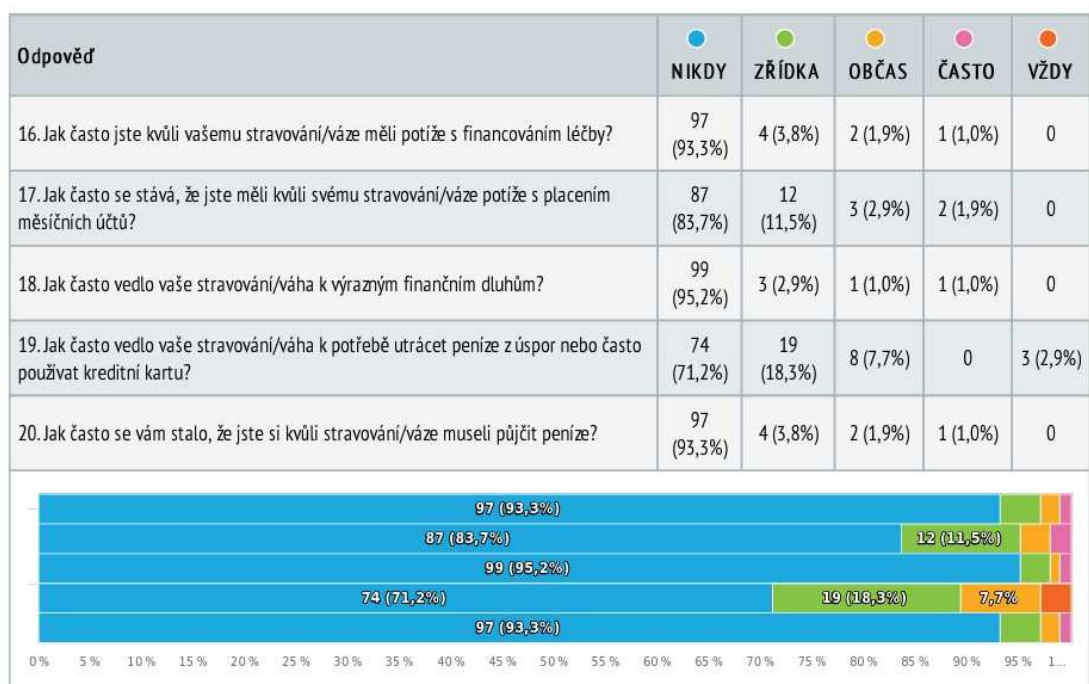
## Finanční oblast

Oblast finanční se spolu s oblastí týkající se práce a školy zařadila mezi nejméně zasažené i u běžné populace. V oblasti finanční byly odpovědi u otázek č. 16, 18 a 20 zastoupeny více než v 90 % odpovědí nikdy. Lehce významnější ovlivnění bylo zaznamenáno u otázky č. 19 týkající se na potřebu utrácet či využívat častěji platební kartu kvůli svému stravování či váze.

Absolutní a relativní četnosti týkající se finanční oblasti dotazníku EDQOL u běžné populace přehledně zobrazuje tabulka a graf na obr. 19.

## 7 FINANČNÍ

Matice výběru z možností, zodpovězeno 104 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 19: Finanční oblast běžná populace

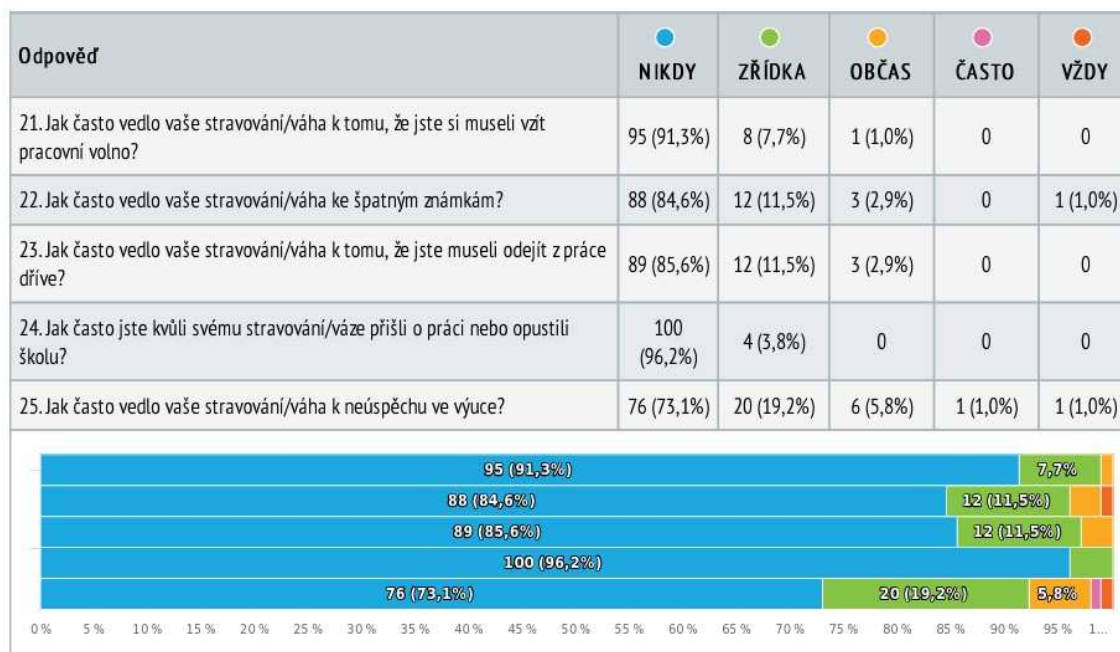
### Oblast práce a škola

Poslední oblast práce a škola byla taktéž ovlivněna stravováním či váhou jen lehce. Největší zasažení bylo u otázky č. 25, která se ptala na to, jak často vedlo jedince stravování či váha k neúspěchu ve výuce. Naopak u otázek č. 21 a 24 byla odpověď nikdy ve více než 90 %.

Absolutní a relativní četnosti týkající se oblasti práce a škola dotazníku EDQOL u běžné populace přehledně zobrazuje tabulka a graf na obr. 20.

## 8 PRÁCE/ŠKOLA

Matice výběru z možností, zodpovězeno 104 x, nezodpovězeno 0 x



Obrázek 20: Oblast práce a škola běžná populace

### 2. 4. 2 Celkové skórování EDQOL

Z výsledných hodnot proměnných dotazníku EDQOL jsou patrné rozdíly v konkrétních oblastech kvality života u osob s PPP v porovnání s běžnou populací. Ke zjištění statistické významnosti rozdílů jsme použili párový t-test. Pro hladinu statisticky významného rozdílu byla určena hodnota  $p < 0,05$ .

Porovnali jsme též rozptily skupiny respondentů z běžné populace a respondentů s PPP a využili k tomu F-test, hladina statistické významnosti byla nastavena pro  $p < 0,05$ .

P-hodnoty F-testu a t-testu nám slouží k určení statistické významnosti na základě zobecnění dosažených výsledků, jejich hodnoty závisí na velikosti našeho výzkumného souboru. Pro zhodnocení dat z hlediska věcné významnosti, ve které nehraje roli velikost výzkumného souboru, byla využita hodnota Cohenova d. Ta je založena na porovnání rozdílů průměrů ve dvou skupinách, v našem případě jedinců s PPP a běžné populace. Hodnota Cohenova d je v intervalu od  $-$  nekonečna do  $+$  nekonečna, výsledná velikost hodnoty nám pak udává sílu efektu. Čím vyšší je absolutní hodnota, tím větší je efekt. Přičemž hodnoty se objevují zpravidla v řádu jednotek. Cohen přiřadil slovní hodnocení

k hodnotám následovně 0,2 – malý efekt, 0,5 – střední efekt a 0,8 – velký efekt. Z logiky věci jde ale spíše o vymezení intervalů – (0,2 – 0,5) malý; <0,5 – 0,8) střední a více než 0,8 velký efekt (Soukup, 2013).

#### 2. 4. 2. 1 Osoby s PPP – celkové skórování EDQOL

Tabulka 3 přehledně ukazuje průměrné hodnoty (M) a směrodatné odchylky (SD) pro jednotlivé oblasti dotazníku EDQOL, stejně jako pro celkové skóre. Vyšší hodnoty EDQOL ukazují nižší kvalitu života. Z údajů tabulky je zřejmé, že ženy s PPP zažívají největší negativní dopad na svou kvalitu života v psychologické a fyzicko-kognitivní oblasti. Oproti tomu finanční oblast je hodnocena jako nejméně ovlivněná.

Proměnné dotazníku EDQOL	Osoby s PPP (n = 100)	
	M	SD
Psychologická oblast	2,91	0,48
Fyzická/kognitivní oblast	2,24	0,81
Finanční oblast	0,44	0,65
Práce/škola	1,01	0,90
CELKEM	1,87	0,49

**Tabulka 3: Proměnné dotazníku EDQOL osob s PPP**

Abychom zjistili, zda typ poruchy příjmu potravy má vliv na kvalitu života, rozdělili jsme ženy s PPP do skupin podle diagnózy mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB).

Tabulka 4 představuje srovnání průměrných hodnot a směrodatných odchylek pro ženy s diagnózou mentální anorexie MA a mentální bulimie MB v rámci dotazníku EDQOL. Z dat je patrné, že existuje mírný rozdíl ve vnímání kvality života, zejména v psychologické oblasti, kde ženy s MA vykazují vyšší skóre, což naznačuje horší vnímání kvality života. V oblasti finanční naopak ženy s MB hodnotí svou situaci jako více ovlivněnou.

Proměnné dotazníku EDQOL	Osoby s MA (n = 66)		Osoby s MB (n = 20)	
	M	SD	M	SD
Psychologická oblast	2,93	0,50	2,88	0,50
Fyzická/kognitivní oblast	2,33	0,80	2,06	0,70
Finanční oblast	0,31	0,44	0,82	1,07
Práce/škola	1,11	0,89	1,01	0,95
CELKEM	1,90	0,49	1,90	0,53

**Tabulka 4: Proměnné dotazníku EDQOL osob s MA a MB**

Pro zodpovězení otázky, v jakých oblastech a jak významně se liší rozdíly v kvalitě života osob s mentální anorexií a mentální bulimií jsme využili opět p-hodnoty párového t-testu a hodnoty F-testu pro porovnání rozdílů rozptylů. Hladina významnosti byla nastavena pro  $p < 0,05$ . Věcná významnost byla posouzena pomocí hodnoty Cohenova d udávající sílu efektu.

Výsledné hodnoty statistické a věcné významnosti pro skupinu jedinců s mentální anorexií v porovnání s těmi s mentální bulimií nám ukazuje tabulka 5.

<i>MA x MB</i>	Párový t-test	F-test	Cohenovo d
	<i>p hodnota</i>	<i>p hodnota</i>	
Psychologická oblast	0,988	0,968	0,100
Fyzická/kognitivní oblast	1,000	0,971	0,359
Finanční oblast	0,979	0,966	0,623
Práce/škola	0,968	0,961	0,109
CELKEM	0,971	0,964	0,000

**Tabulka 5: Statistická a věcná významnost MA x MB**

- Z výsledných hodnot párového t-testu v tabulce 5 je zřejmé, že v žádné z jednotlivých oblastí neexistuje statisticky významný rozdíl mezi jedinci s mentální anorexií a mentální bulimií. P hodnoty v každé z oblastí jsou větší než 0,05, nezamítáme tedy nulovou hypotézu.
- P hodnoty F-testu taktéž v žádné z oblastí neprokázaly významné rozdíly. V každé z oblastí byla p hodnota větší než 0,05. Statisticky významný rozdíl mezi jedinci s MA a MB tedy nelze potvrdit.
- Hodnoty Cohenova d pro určení věcné významnosti nám ukázaly, že síla efektu u lidí s MA v porovnání s lidmi s MB byla střední v oblasti finanční. V ostatních oblastech byl efekt malý. Celková síla efektu dotazníku EDQOL je pak malá.

Dále jsme posuzovali, zda se liší vnímání kvality života jedinců s PPP v závislosti na kritičnosti podváhy. Hodnotili jsme statistické i věcné významnosti rozdílů mezi následujícími dvojicemi skupin, skupinou lidí s podváhou (BMI < 9 – 18) v porovnání s lidmi s normální vahou (BMI 19 – 24) a následně skupinou s BMI v rozmezí nadváhy a obezity (BMI 25 – 40 +) opět v porovnání s jedinci s normální vahou (BMI 19 – 24).



Zde bylo třeba brát v úvahu nestejně velký počet členů porovnávaných skupin (viz tabulka 6).

Proměnné dotazníku EDQOL	Osoby s kritickou podváhou BMI < 9 – 15 (n = 39)		Osoby s podváhou BMI 16 – 18 (n = 33)		Osoby s normální vahou BMI 19 – 24 (n = 11)		Osoby s nadváhou a obezitou BMI 25 – 40+ (n = 13)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Psychologická oblast	3,03	0,45	2,93	0,47	2,56	0,52	2,78	0,47
Fyzická/kognitivní	2,53	0,85	2,29	0,67	2,00	0,53	1,62	0,67
Finanční oblast	0,49	0,74	0,32	0,48	0,58	0,78	0,60	0,63
Práce/škola	1,43	0,86	0,93	0,85	0,64	0,92	0,55	0,61
CELKEM	2,08	0,49	1,85	0,47	1,64	0,44	1,62	0,42

Tabulka 6: Proměnné dotazníku EDQOL dle BMI

Výsledné hodnoty statistické a věcné významnosti pro skupinu jedinců v závislosti na kritičnosti podváhy mezi jedinci s podváhou a normální vahou nám ukazuje tabulka 7.

<i>Podváha x Normální váha</i>	Párový t-test	F-test	Cohenovo d
	<i>p hodnota</i>	<i>p hodnota</i>	
Psychologická oblast	0,094	0,369	0,856
Fyzická/kognitivní oblast	0,103	0,382	0,624
Finanční oblast	0,105	0,393	0,238
Práce/škola	0,123	0,406	0,619
CELKEM	0,130	0,423	0,738

Tabulka 7: Statistická a věcná významnost dle BMI (podváha)

- Z výsledných hodnot párového t-testu pro porovnání kritičnosti podváhy a jejího vlivu na kvalitu života vyplývá, že v našem vzorku neexistuje v žádné z oblastí statisticky významný rozdíl mezi jedinci s podváhou a normální vahou. P hodnoty v každé z oblastí jsou větší než 0,05, nezamítáme tedy nulovou hypotézu a nemůžeme potvrdit statisticky významný rozdíl.
- P hodnoty F-testu pro zhodnocení statické významnosti rozptylu nám taktéž v žádné z oblastí neprokázaly významné rozdíly. Ve všech oblastech dotazníku byla p hodnota větší než 0,05.
- Hodnoty Cohenova d pro určení věcné významnosti nám v porovnání lidí s podváhou a normální vahou ukázaly, že síla efektu je velká v oblasti

psychologické. Střední síla efektu se ukázala v oblasti fyzické a kognitivní a oblasti týkající se práce a školy, malá byla v oblasti finanční. Celkové skórování dotazníku EDQOL ukázalo střední sílu efektu.

Hodnoty statistické a věcné významnosti rozdílů mezi jedinci s nadváhou a obezitou v porovnání s jedinci s normální vahou nám ukazuje tabulka 8.

<i>Nadváha a obezita</i> <i>x</i> <i>Normální váha</i>	Párový t-test	F-test	Cohenovo d
	<i>p hodnota</i>	<i>p hodnota</i>	
Psychologická oblast	0,898	0,932	0,444
Fyzická/kognitivní oblast	0,877	0,938	0,629
Finanční oblast	0,866	0,945	0,028
Práce/škola	0,840	0,956	0,115
CELKEM	0,829	0,960	0,046

**Tabulka 8: Statistická a věcná významnost dle BMI (nadváha a obezita)**

- Ani výsledné hodnoty párového t-testu u jedinců s nadváhou a obezitou v porovnání s lidmi s normální vahou nám v žádné z oblastí nepotvrdily statisticky významné rozdíly. P hodnoty v každé z oblastí jsou větší než 0,05.
- Stejně tak p hodnoty F-testu hodnotící statické významnosti rozptylu nám v žádné z oblastí neprokázaly významné rozdíly. Ve všech oblastech dotazníku byla p hodnota větší než 0,05.
- U lidí s nadváhou a obezitou v porovnání s lidmi s normální vahou nám hodnoty Cohenova d pro určení věcné významnosti ukázaly střední sílu efektu v oblasti fyzické a kognitivní. Ve všech zbylých oblastech byla pak síla efektu malá. Stejně tak celkové skórování dotazníku EDQOL mezi lidmi s obezitou a nadváhou v porovnání s těmi s normální vahou nám ukázalo jen malou sílu efektu.

#### **2. 4. 2. 2 Běžná populace – celkové skórování EDQOL**

V rámci našeho výzkumu jsme pomocí dotazníku EDQOL hodnotili kvalitu života žen z běžné populace, abychom mohli provést srovnání s ženami s PPP.

Tabulka 9 nám poskytuje přehled průměrných hodnot (M) a směrodatných odchylek (SD) pro jednotlivé oblasti i celkové skórování dotazníku. Z výsledků je zřejmé, že i ženy z běžné populace vnímají největší obtíže v psychologické oblasti, což se odráží ve vyšším skóre. Naopak, oblast práce a školy je hodnocena jako nejméně problematická.

Proměnné dotazníku EDQOL	Běžná populace (n = 104)	
	M	SD
Psychologická oblast	1,2	0,86
Fyzická/kognitivní oblast	0,83	0,70
Finanční oblast	0,19	0,37
Práce/škola	0,18	0,35
CELKEM	0,68	0,50

**Tabulka 9: Proměnné dotazníku EDQOL běžná populace**

V rámci hodnocení EDQOL u kontrolní skupiny žen z běžné populace byl zkoumán potenciální vliv sportovní aktivity a zájmu o zdravý životní styl na skórování v dotazníku. Výsledky našeho výzkumu neprokázaly statisticky významný vliv sportovních aktivit a míry zájmu o zdravý životní styl na celkové skóre dotazníku EDQOL.

Výsledky proměnných u jednotlivých skupin nám ukazuje tabulka 10.

Proměnné dotazníku EDQOL	Osoby aktivně či vrcholově sportující (n = 54)		Osoby se zájmem o zdravý životní styl (n = 51)		Osoby nesportující, nezajímající se o zdravý životní styl (n = 28)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Psychologická oblast	1,05	0,81	1,10	0,79	1,23	0,91
Fyzická/kognitivní	0,85	0,71	0,91	0,73	0,80	0,66
Finanční oblast	0,71	0,30	0,19	0,33	0,14	0,30
Práce/škola	1,14	0,24	1,18	0,32	0,16	0,23
CELKEM	0,64	0,47	0,69	0,47	0,69	0,48

**Tabulka 10: Proměnné dotazníku EDQOL dle životního stylu**

#### **2. 4. 2. 2 Osoby s PPP v porovnání s běžnou populací – celkové skórování EDQOL**

Tabulka 11 představuje klíčové výsledky našeho výzkumu, a to srovnání průměrných hodnot (M) a směrodatných odchylek (SD) mezi ženami s poruchami příjmu potravy (PPP) a ženami z běžné populace v rámci dotazníku EDQOL.

Z údajů tabulky vyplývá, že ženy s PPP hodnotí svou kvalitu života jako výrazně nižší ve všech zkoumaných oblastech, což se odráží v celkově vyšším skórování dotazníku EDQOL ve srovnání s běžnou populací. Tento trend poukazuje na významný dopad PPP na vnímání kvality života u těchto žen.

Proměnné dotazníku EDQOL	Osoby s PPP (n = 100)		Běžná populace (n = 104)	
	M	SD	M	SD
Psychologická oblast	2,91	0,48	1,12	0,86
Fyzická/kognitivní oblast	2,24	0,81	0,83	0,70
Finanční oblast	0,44	0,65	0,19	0,37
Práce/škola	1,01	0,90	0,18	0,35
CELKEM	1,87	0,49	0,68	0,50

**Tabulka 11: Proměnné dotazníku EDQOL osoby s PPP x běžná populace**

Výsledné hodnoty statistické a věcné významnosti pro skupinu lidí s PPP v porovnání s běžnou populací nám ukazuje tabulka 12.

<i>PPP x Běžná populace</i>	Párový t-test	F-test	Cohenovo d
	<i>p hodnota</i>	<i>p hodnota</i>	
Psychologická oblast	< 0,001	0,000	2,570
Fyzická/kognitivní oblast	< 0,001	0,000	1,863
Finanční oblast	< 0,001	0,000	0,473
Práce/škola	< 0,001	0,000	1,216
CELKEM	< 0,001	0,000	2,404

**Tabulka 12: Statistická a věcná významnost osoby s PPP x běžná populace**

- Extrémně nízké výsledné p hodnoty párového t-testu ve všech oblastech nám ukazují, že existuje staticky významný rozdíl mezi skupinou lidí s PPP a běžnou populací. P hodnoty jsou ve všech oblastech menší než 0,05, nulovou hypotézu tedy můžeme potvrdit a lze říci, že ve všech oblastech kvality života je signifikantní rozdíl mezi lidmi s PPP a lidmi z běžné populace.
- P hodnoty F-testu pro zhodnocení statistické významnosti rozptylu pro skupinu lidí s PPP a lidí z běžné populace jsou ve všech oblastech taktéž velmi nízké, takřka nulové. Nulovou hypotézu tedy můžeme zamítnout a lze potvrdit významný rozdíl ve všech oblastech dotazníku EDQOL mezi jedinci s PPP a běžnou populací.
- Hodnoty Cohenova d pro určení věcné významnosti nám ukázaly, že síla efektu je u lidí s PPP v porovnání s běžnou populací velmi výrazná, tedy s velkým efektem v oblasti psychologické a fyzické a kognitivní. Velká síla efektu se ukázala také v oblasti práce a školy. V oblasti finanční byla zaznamenána jen malá síla efektu. Celkové skórování dotazníku EDQOL mezi lidmi s PPP a běžnou populací nám ukázalo významné rozdíly mezi oběma skupinami, tedy velkou sílu efektu.

## DISKUZE

Hlavním tématem této diplomové práce je onemocnění PPP, které je v současné době považováno za jedno z nejčastějších a zároveň velmi závažných duševních onemocnění. Práce navazuje na předchozí bakalářskou práci, která se zaměřovala na PPP z pohledu ergoterapie (Mandíková, 2022). Hlavním cílem této studie bylo prozkoumat vliv onemocnění PPP na kvalitu života žen a identifikovat oblasti, které jsou tímto duševním onemocněním nejvíce ovlivněny. Dalšími cíli bylo posoudit, zda se vnímání kvality života u žen s PPP liší v závislosti na typu onemocnění – mentální anorexii či mentální bulimii – a zda na kvalitu života má vliv i míra podváhy, nadváhy, či obezity. Jak uvádějí Mareš a Hadaš (2006), kvalita života osob s PPP byla dosud hodnocena převážně pomocí generických dotazníků, například široce používaným dotazníkem SF-36. Vzhledem k povaze onemocnění PPP a snaze zacílit na problematiku kvality života osob s PPP více specificky byl pro účely tohoto výzkumu v práci využit zahraniční dotazník EDQOL, který se zaměřuje na problematiku PPP citlivěji. Tento dotazník byl vytvořen týmem Engel a spol. (2006). Jeho praktické využití v České republice nebylo do té doby zaznamenáno a známé průměry dat pocházely zatím pouze ze zahraničních studií. Dotazník EDQOL byl pro potřeby této diplomové práce přeložen do češtiny a posouzen odborníky v oblasti PPP, konkrétně PhDr. Františkem Krchem, Ph.D. a Mgr. Terezou Makovou.

Dotazník EDQOL cílí na čtyři klíčové oblasti kvality života (psychologickou, fyzickou a kognitivní, finanční a oblast týkající se práce a školy). Dotazníkového šetření se zúčastnilo 100 žen s PPP a 104 žen z běžné populace pro porovnání výsledků. Sběr dat byl realizován online a byl zcela anonymní.

PPP, jakožto duševní onemocnění, se vyznačuje širokým spektrem projevů, které se mohou lišit u jednotlivých pacientů i u jednotlivců v průběhu času. Tato variabilita onemocnění může vést k rozdílnému vnímání vlastního zdravotního stavu i kvality života. Mareš a Hadaš (2006) upozorňují i na to, že pacienti hospitalizovaní s PPP často mohou svůj stav uvádět nereálně a mohou se snažit, aby působil příznivěji. Tyto aspekty jsme brali v úvahu i v rámci našeho šetření, dotazník byl rozesílán mezi jedince ve stabilizovaném stavu, kteří aktuálně nebyli hospitalizováni s PPP na specializovaném

oddělení. Dotazník se jich tázal na subjektivně nejhorší období PPP, vzhledem ke kterému oddělení. Dotazník se jich tázal na subjektivně nejhorší období PPP, vzhledem ke kterému dotazník EDQOL vyplňovali. I přesto je potřeba pracovat s výsledky opatrně a vnímat jejich subjektivitu či zkreslenost, která může být dána aktuálním duševním i fyzickým zdravím jedince či aktuální náladou a vlivem emocí. Na vnímání hodnocení kvality života lidí s PPP s jistou rezervou upozorňují i Mareš a Hadaš (2006), kteří doplňují, že výsledky dotazníku EDQOL by neměly sloužit jako podklady k intervencím.

Na naši první a druhou výzkumnou otázku týkající se toho, jaká je kvalita života žen s PPP a v jakých oblastech je ovlivněna, si z výsledných dat našeho výzkumu můžeme odpověď následovně. Bylo zjištěno, že kvalita života osob s PPP v porovnání s lidmi z běžné populace se významně liší ve všech čtyřech oblastech dotazníku EDQOL i v jeho celkovém skórování ( $1,87 \pm 0,49$ ) s významnou statistickou a věcnou významností rozdílu v porovnání s běžnou populací ( $p < 0,001$ ,  $d = 2,404$ ). Z jednotlivých oblastí byla u jedinců s PPP nejhůře skórovanou oblastí oblast psychologická ( $2,91 \pm 0,48$ ) a fyzická a kognitivní ( $2,24 \pm 0,81$ ). Za méně zasažené lze považovat oblasti finanční a oblast týkající se práce a školy ( $0,44 \pm 0,65$  a  $1,01 \pm 0,90$ ). V závorkách jsou uvedeny proměnné dotazníku EDQOL se směrodatnými odchylkami. Čím vyšší hodnoty EDQOL, tím horší kvalita života.

Průměry a směrodatné odchylky pro jednotlivé proměnné dotazníku EDQOL pro skupinu žen s PPP v ČR můžeme porovnat s daty z výzkumu od autora dotazníku Engelse z roku 2006, který probíhal na vzorku 155 žen s PPP. Proměnné dotazníku pro americkou populaci vyšly následovně. Psychologická oblast ( $2,20 \pm 0,96$ ), oblast fyzická a kognitivní ( $1,52 \pm 0,92$ ), finanční oblast ( $0,49 \pm 0,80$ ) a oblast práce a škola ( $0,29 \pm 0,62$ ). V závorkách jsou opět uvedeny proměnné dotazníku EDQOL se směrodatnými odchylkami. Vyšší hodnoty EDQOL nám ukazují, že kvalitu života vnímají hůře i ženy z americké populace. Je patrné, že kvalita života žen s PPP je v obou zemích vnímána jako nižší ve srovnání s běžnou populací, avšak rozdíly v hodnotách EDQOL naznačují, že české ženy s PPP zažívají větší negativní dopad na svou kvalitu života, zejména v psychologické oblasti, oblasti fyzické a kognitivní i oblasti týkající se práce a školy. Tento fakt může být důsledkem různých sociokulturních faktorů nebo rozdílů ve zdravotní péči a podpůrných službách dostupných v obou zemích.

Ženy s běžné populace dosáhly v celkovém skórování dotazníku EDQOL významně nižších hodnot než ženy s PPP ( $0,68 \pm 0,50$ ). Zajímavým zjištěním výzkumu bylo, že i ženy z běžné populace vykázaly vyšší skóre v psychologické oblasti dotazníku EDQOL ( $1,12 \pm 0,86$ ). Tento trend může signalizovat rozšířené obavy týkající se tělesného obrazu a sebepřijetí, které jsou v dnešní době často diskutovány a řešeny ve veřejném prostoru. Společenský tlak na ideální vzhled a neustálá konfrontace s médii propagujícími určitý typ tělesné estetiky mohou vést k nespokojenosti s vlastním tělem a psychologickým problémům, a to i u jedinců bez diagnózy PPP. Tato situace zdůrazňuje potřebu širšího povědomí o těchto otázkách a podporu pozitivního tělesného obrazu a sebeúcty napříč celou populací.

Skupina žen z běžné populace v průzkumu Dr. Engelse, do které bylo zahrnuto 327 žen, skórovala v psychologické oblasti  $0,65 \pm 0,64$ . To nám ukazuje, že existuje jistá míra obav týkajících se tělesného sebeobrazu a sebepřijetí i mezi zkoumanými ženami z americké populace.

Při porovnávání proměnných dotazníku EDQOL z našeho výzkumu na české populaci a výzkumu na populaci žen v Americe však musíme brát v úvahu rozdílné podmínky pro vyplňování dotazníku, jinak velké výzkumné skupiny ale i kulturní, sociální a ekonomické rozdíly. Porovnání těchto proměnných je tedy vhodné považovat za orientační.

Třetí výzkumnou otázkou bylo, zda se u žen s PPP liší kvalita života v závislosti na typu diagnózy mentální anorexie a mentální bulimie, případně v jakých oblastech. U této otázky je v rámci našeho výzkumu nutné poukázat na to, že počet respondentek s mentální bulimií ( $n = 20$ ) byl nižší ve srovnání s mentální anorexií ( $n = 66$ ). Tento rozdíl může být ovlivněn řadou faktorů, včetně společenského vnímání těchto onemocnění, rozdílů v dostupnosti a hledání léčby, nebo možných rozdílů v ochotě účastnit se výzkumu. Naše výsledky ukazující lehce horší skórování v oblasti finanční u lidí s mentální bulimií (MB) a v oblasti fyzické a kognitivní u lidí s mentální anorexií (MA) mohou být vysvětleny několika faktory. Lidé s MB mohou čelit finančním obtížím kvůli nákladům spojeným s jejich onemocněním, jako jsou výdaje na potraviny pro záchvatové přejídání a následné kompenzační chování. Tato situace může vést k finančnímu stresu a ovlivnit jejich celkovou finanční situaci. Fyzické zdraví osob s MA může být vážně narušeno kvůli podvýživě a dalším zdravotním komplikacím spojeným s onemocněním.

Kognitivní funkce mohou být také ovlivněny, protože podvýživa a stres mohou vést k problémům s koncentrací, pamětí a rozhodováním.

Dále bylo zjištěno, že mnoho žen uvedlo příznaky či přítomnost záchvatového přejídání, které však nemuselo být formálně diagnostikováno. Tento nález poukazuje na možnou poddiagnostikovanost záchvatového přejídání a zdůrazňuje potřebu lepšího screeningového procesu a osvěty v této problematice.

Zvláštní pozornost si zaslouží i skutečnost, že u některých žen se objevovaly diagnózy v různých kombinacích, jako je současný výskyt bulimie a anorexie nebo anorexie a záchvatového přejídání. Tato kombinovaná prezentace PPP se může promítat do našich výsledků. Zároveň poukazuje na komplikovanost a proměnlivost symptomů PPP a potvrzuje nám nutnost individualizovaného přístupu ke každému jedinci s PPP.

Dalším důležitým faktorem je i poměrně vysoký výskyt komorbidních duševních i somatických onemocnění u žen s PPP. Výsledky našeho dotazníkového šetření ukazují, že necelá polovina respondentek (47 %) s PPP neměla žádné další duševní onemocnění, což naznačuje, že PPP může existovat jako samostatná porucha. Nicméně, výskyt komorbidních duševních onemocnění, jako jsou úzkost, deprese, úzkostně depresivní porucha, hraniční porucha osobnosti, panické ataky, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha a ADHD u zbylých respondentek poukazuje na to, že PPP mohou být spojeny s širším spektrem psychologických problémů.

Podobně, i když většina žen s PPP neuváděla žádné somatické onemocnění (70 %), přítomnost migrén, trávicích potíží, anémie, kardiovaskulárních obtíží, problémů s ledvinami, dekalifikace zubní skloviny a sekundární amenorey u menšího počtu respondentek zdůrazňuje potřebu celostního přístupu k léčbě, který zahrnuje nejen psychologické, ale i fyzické aspekty zdraví.

Poslední, tedy čtvrtou výzkumnou otázkou bylo, zda má na kvalitu života jedinců s PPP vliv kritičnost podváhy či naopak nadváhy nebo obezity. U této otázky jsme brali v úvahu hodnoty BMI, které však nemusí být jasným ukazatelem stavu váhy nebo celkového zdraví. BMI se počítá pouze na základě výšky a hmotnosti, v úvahu se neberou další důležité faktory jako je svalová hmota a rozdělení tuku v těle. Hodnocení BMI a přílišná fixace na tuto hodnotu mohou vést u jedinců s PPP k zbytečnému stresu a mohou být škodlivé pro duševní zdraví. V rámci našeho výzkumu si tento fakt uvědomujeme,



proto jsme se na otázku ptali velmi citlivě a jedinci ji mohli v dotazníku přeskočit, i přesto se většina respondentek (96 %) rozhodlo hodnotu svého BMI uvést.

Ačkoliv statistická analýza neprokázala významné rozdíly mezi jednotlivými skupinami z hlediska váhy, věcná významnost odhalila jisté vzorce. Jedinci s podváhou skórovali hůře než lidé s normální váhou v psychologických, fyzických a kognitivních oblastech, stejně jako v oblastech týkajících se práce a školy. Toto může odrážet větší celkovou zátěž, kterou podváha přináší, včetně sociálního stigma a zdravotních komplikací, které mohou negativně ovlivnit každodenní fungování a kvalitu života.

Lidé s nadváhou a obezitou vykazovali horší výsledky ve fyzických a kognitivních oblastech. To může být spojeno s fyzickými omezeními a zdravotními problémy spojenými s vyšší tělesnou hmotností, jako jsou bolesti kloubů, obtíže s dýcháním nebo metabolické syndromy, které mohou ovlivnit jak fyzickou, tak kognitivní funkci.

I přes výsledky našeho výzkumu je potřeba uvést, že je potřeba hodnotit zdraví a kvalitu života jedinců pomocí komplexnějších a individualizovatelnějších metod, které zohledňují různé aspekty fyzického i duševního zdraví.

V práci jsme dále u žen z běžné populace, bez onemocnění PPP zvažovali to, zda má na jejich kvalitu života hodnocenou pomocí dotazníku EDQOL vliv to, zda se věnují sportu, zajímají se o zdravý životní styl či nikoliv. V rámci těchto skupin se ve skórování EDQOL neprojevil žádný významný rozdíl. Tento fakt může být způsoben různými faktory. Definice „zdravého životního stylu“ je velmi rozmanitá a každý jedinec může mít různé představy o tom, co znamená žít zdravě. Lidé, kteří se nevěnují sportu nebo zdravému životnímu stylu, mohou své uspokojení a pohodu hledat v jiných oblastech jako je rodina, práce nebo koníčky. Na kvalitu života mají vliv i jiné faktory, které v dotazníku EDQOL nejsou zachyceny, jako jsou osobní vztahy, finanční stabilita nebo sociální podpora. Dotazník EDQOL tedy nemusí být dostatečně citlivý pro zachycení rozdílu u těchto skupin.

Z dostupné literatury a předchozích výzkumů je zřejmé, že kvalita života lidí s PPP je obecně nižší ve srovnání s běžnou populací. Tento rozdíl je patrný napříč různými doménami života, včetně fyzického zdraví, psychologické pohody a sociálních interakcí. Studie ukazují, že PPP mají komplexní dopad na jedince, který přesahuje pouhou nutriční problematiku a zasahuje do mnoha aspektů každodenního fungování. To nám potvrzuje i

meta-analýza z roku 2014, zahrnující 7 studií věnujících se problematice kvality života u lidí s PPP, v těchto studiích byl jako měřítko použit již výše zmiňovaný dotazník SF-36. Výsledky potvrdily významně nižší kvalitu života u lidí s PPP ve srovnání s průměrem populace. Zároveň nebyly potvrzeny rozdíly mezi diagnostickými skupinami MA, MB i lidmi se záchvatovitým přejídáním (Winkler, et al, 2014). V ČR zkoumala kvalitu života lidí s PPP pomocí dotazníku SF-36 ve své diplomové práci Račanská (2009). V jejím výzkum byl proveden na 26 jedincích s PPP, výsledky taktéž prokázaly horší kvalitu života lidí s PPP oproti běžné populaci. Račanská zároveň v rámci svého šetření zjistila, že jistý vliv na kvalitu života jedinců s PPP má dosažená míra vzdělání, což naznačuje určitou roli socioekonomickou v percepci a zvládnání této problematiky. Krch (2010) také uvádí, že PPP mění kvalitu života nemocného.

Výzkum prezentovaný v této práci přináší další důkazy o tomto fenoménu a rozšiřuje naše pochopení o specifické faktory, které ovlivňují kvalitu života u lidí s PPP. Zjištění naznačují, že pro hlubší porozumění a efektivní intervence je třeba přistupovat k PPP holisticky, s ohledem na možná komorbidní duševní a somatická onemocnění.

Význam tohoto výzkumu však přesahuje akademické a klinické prostředí. Jeho výsledky mohou být cenné pro rodiny, přátele a učitele, kteří se snaží lépe porozumět a podporovat jedince s PPP. Poskytují důležité informace, které mohou pomoci vytvářet prostředí podpory a empatie, jež jsou nezbytná pro zlepšení kvality života těchto jedinců.

Tato práce tak přispívá k širšímu uznání výzev, kterým čelí osoby s PPP, a zdůrazňuje potřebu komplexního přístupu k jejich léčbě a podpoře. Je to krok k lepšímu porozumění a integraci potřeb osob s PPP do naší společnosti.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřuje na poruchy příjmu potravy (PPP) a jejich dopad na kvalitu života žen. Hlavním cílem bylo prozkoumat, jak PPP ovlivňují různé aspekty života těchto žen. K tomuto účelu byl použit dotazník EDQOL, který byl přeložen do češtiny a validován odborníky. Výzkumný vzorek tvořilo 100 žen s PPP a 104 žen z běžné populace.

Analýza dat ukázala, že ženy s PPP vykazují nižší kvalitu života ve všech hodnocených oblastech ve srovnání s běžnou populací. V rámci skupiny žen s PPP nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými diagnózami, mírné rozdíly byly pozorovány v oblasti finanční u lidí s mentální bulimií a ve fyzicko-kognitivní oblasti u lidí s mentální anorexií. Statistická analýza také neodhalila významné rozdíly v kvalitě života mezi různými váhovými kategoriemi. Nicméně, ženy s podváhou vykazovaly lehce horší výsledky v oblasti psychologické, a ti s nadváhou či obezitou v oblasti fyzicko-kognitivní.

Výzkum také odhalil, že problémy s vnímáním tělesného obrazu a váhy nejsou omezeny pouze na ženy s PPP, ale jsou přítomny i v běžné populaci.

Výsledky této práce mohou sloužit jako zdroj informací pro širší spektrum lidí, od odborníků po rodinné příslušníky, kolegy, vyučující či přátele osob s PPP a pomoci jim lépe porozumět výzvám, kterým tito jedinci čelí.

Výzkum také nabízí základ pro další studie, které by mohly prozkoumat dlouhodobý vliv PPP na kvalitu života a případnou efektivitu léčebných programů. Přeložený dotazník EDQOL je nyní dostupný pro další využití v klinické praxi a výzkumu.

## Seznam použité literatury

- ADÁMKOVÁ SÉGARD, Milena. *Systematický přehled výzkumů ověřujících na pohyb anebo tělo zaměřenou terapii v rámci léčby onemocnění Porucha příjmu potravy*. Praha, 2010. Dizertační práce. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu, Pedagogika, psychologie a didaktika. Vedoucí práce Hátlová, Běla
- ADICARE. *Drunkorexie/alkorexie* [online]. 2023 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://adicare.cz/poruchy-prijmu-potravy/drunkorexie-alkorexie/>
- AKADEMIE VĚD ČESKÉ REPUBLIKY. Programy: Kvalitní život [online]. 2023. [Cit. 2023-11-14]. Dostupné z: <https://strategie.avcr.cz/programy/kvalitni-zivot>
- ALVADO BLANCO, Lenka. *Kvalita života lidí s psychotickým onemocněním*. 2018. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.
- American Occupational Therapy Association* [online]. 2022 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/MH/mental-health-recovery.aspx>
- American Psychiatric Association. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th Edition* [online]. 1994 [cit. 2022-04-02]. ISBN 978-0890420614.
- ANAD. *Eating Disorder Statistics* [online]. 2023 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://anad.org/eating-disorder-statistic/>
- ANAD. *EATING DISORDERS FACT SHEET* [online]. 2023 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://anad.org/wp-content/uploads/2021/03/ANAD-Eating-Disorders-Fact-Sheet-v2.pdf>
- APARICIO-MARTINEZ B. et al. Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2019.
- BARTÁKOVÁ, Michaela. *Poruchy příjmu potravy: ...a co s tím?* [online]. Občanské sdružení Anabell, 2009 [cit. 2022-03-26]. Dostupné z: [doi:http://www.anabell.cz/images/obr/1404371651\\_plakat-rodice.pdf](http://www.anabell.cz/images/obr/1404371651_plakat-rodice.pdf)
- BRAUSCH, Amy M.; MUEHLENKAMP, Jennifer J. Experience of the body. In: *Non-suicidal self-injury in eating disorders*. Springer, Berlin, Heidelberg, 2014. p. 237-253.
- BRUCH, Hilde. Perils of behavior modification in treatment of anorexia nervosa. *Jama*, 1974, 230.10: 1419-1422.
- CALVEY, Tanya. *Brain research in addiction* [online]. 2017 [cit. 2022-03-29]. Dostupné z: [doi:9780128135013](https://doi.org/10.1016/j.addic.2017.03.013)
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Measuring healthy days : population assessment of health-related quality of life* [online]. 2000 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/6406>

- COHEN R, NEWTON-JOHN T, SLATER A. The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image*. 2017 Dec;23:183-187. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.10.002. Epub 2017 Oct 19. PMID: 29055773.
- COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497\_4
- COOPER, Petr J. *Overcoming Bulimia Nervosa and Binge-Eating*. London: Constable a Robinson, 2009.
- COWDEN, Susan. Hospitalization for Eating Disorders. *Verywell Mind* [online]. 2020 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/inpatient-hospitalization-1138353#citation-2>
- CRAIG, Arthur D. How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature reviews neuroscience*, 2002, 3.8: 655-666.
- ČERMÁKOVÁ, Jitka. Komunikace s duševně nemocným pacientem. *Florence* [online]. 2010 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/3/komunikace-s-dusevne-nemocnym-pacientem/>
- ČERNOVSKÝ, Tomáš. TOP 10 SOCIÁLNÍ SÍTĚ: KDO JE POUŽÍVÁ A PROČ NA NICH PROPAGOVAT SVŮJ BYZNYS? *Cernovsky* [online]. 2021 [cit. 2021-11-02]. Dostupné z: <https://cernovsky.cz/marketing/top-10-socialni-site/>
- DELOITTE ACCESS ECONOMICS. Social and economic cost of eating disorders in the United States of America [online]. 2020 [cit. 2024-05-05]. Dostupné z: <https://www.hsph.harvard.edu/striped/wp-content/uploads/sites/1267/2020/07/Social-Economic-Cost-of-Eating-Disorders-in-US.pdf>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* [online]. Arlington: DSM-IV-TR [cit. 2022-03-25].
- Eating Disorders: Also called: Anorexia nervosa, Binge eating, Bulimia. *Medline Plus* [online]. 2021 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: [doi:https://medlineplus.gov/eatingdisorders.html](https://medlineplus.gov/eatingdisorders.html)
- ENGEL, Scott G., et al. Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *International Journal of Eating Disorders*, 2006, 39.1: 62-71.
- ENGEL, WITTOCK a CROSBY., et al. *Eating Disorders Quality of Life Instrument (EDQOL)*. 2006.
- EUROSTAT. *Quality of life indicators - measuring quality of life* [online]. 2023 [Cit. 2023-11-14]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Quality\\_of\\_life\\_indicators\\_-\\_measuring\\_quality\\_of\\_life#The\\_8.2B1\\_dimensions\\_of\\_quality\\_of\\_life](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Quality_of_life_indicators_-_measuring_quality_of_life#The_8.2B1_dimensions_of_quality_of_life)
- FAIBURN, CG., HARRISON, PJ., Eating disorders, *Lancet* 2003: 361

FAŤUNOVÁ, Zuzana. *Kvalita života*. 2007. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.

FERNÁNDEZ-ARANDA, Fernando, Miquel CASAS, Laurence CLAES, et al. COVID-19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review* [online]. 2020, **28**(3), 239-245 [cit. 2022-03-28]. ISSN 1072-4133. Dostupné z: doi:10.1002/erv.2738

FLAMENT, Martine F., et al. Weight status and DSM-5 diagnoses of eating disorders in adolescents from the community. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2015, 54.5: 403-411. e2.

GARNIER, D. M. Přehled léčby poruch příjmu potravy. In: Krch, F. D. (Ed.): *Poruchy příjmu potravy*. Vydání 2. Praha, Grada, 2005. 256 s.

GOWERS, S. G., et al. *Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa* [online]. Cambridge University Press, 2018 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: <https://1url.cz/IKAm1>

Guidance for industry: patient-reported outcome measures. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2006, **4**(1) [cit. 2024-02-06]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: doi:10.1186/1477-7525-4-79

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Sestra. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAMADI, Layla a Joanna HOLLIDAY. Moderators and mediators of outcome in treatments for anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescents: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2019, **53**(1), 3-19 [cit. 2022-04-09]. ISSN 0276-3478. Dostupné z: doi:10.1002/eat.23159

HANZLOVSKÝ, Michal. *Mentální bulimie a její následky*. Celostní medicína.cz [online]. 2014 [cit. 2021-10-23]. Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/mentalni-bulimie-a-jeji-nasledky.htm>

HAVELKA. *Psychiatři pro děti nestačí, stát zaspal* [online, rozhovor]. 2023 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/clanek/domaci-psychiatri-pro-deti-nestaci-stat-zaspal-40426386>

HAVLÍKOVÁ, Štěpánka a Michaela MICHALCOVÁ. *Jak se léčí poruchy příjmu potravy*. Vitalia.cz [online]. 2016 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/jak-se-leci-poruchy-prijmu-potravy>

HNILICOVÁ, Helena, et al. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. 2004. 2004. ISBN 80-86625-20-6.

HNILICOVÁ, Helena; BENCKO, Vladimír. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*, 2005, 85.11: 656-660.

HORÁČEK, Jiří. *Řezání, pálení i sebevraždy: České děti se topí v pandemii deprese. V čem selhávají rodiče?* [online-rozhovor]. 2023 [cit. 2023-11-12]. Dostupné z: <https://cnn.iprima.cz/proc-vase-dite-premysli-o-sebevrazde-experti-vysvetlili-co-delaji-rodice-spatne-416292>

JANÍKOVÁ, Radmila. *Kvalita života osob s duševním onemocněním*. 2021. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie* [online]. Praha: Portál, 2009 [cit. 2022-04-02]. ISBN 978-80-7367-583-7

JELÍNKOVÁ, Jana; KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Koncepce oboru ergoterapie* [online]. 2007 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: [https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce\\_oboru\\_ergoterapie.pdf](https://ergoterapie.cz/wp-content/uploads/2018/09/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf)

JONES, William Rhys, Monique SCHELHASE a John F MORGAN. Eating disorders: clinical features and the role of the general psychiatrist. *Advances in psychiatric treatment* [online]. 2012 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007245](https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007245)

KABAT-ZINN, Jon. *Full Catastrophe Living*. Delacorte Press; FEP Missing edition, 1990. ISBN 978-0385298971.

KESKI-RAHKONEN, Anna. Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 2021, 34.6: 525-531.

KESSELS, Jos, BOERS, Erik, MOSTERT, Pieter. *Free space: field guide to conversations*. Amsterdam: Boom, 2009. 208 s. ISBN 9789085068341

KLÍMOVÁ, Alžběta. *Občanské sdružení Anabell – sociální poradenství pro nemocné* [online]. In: . Centrum Anabell, z. ú., 2021 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://1url.cz/zK7N5>

KLINIKA ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN. *Přehled evaluačních nástrojů - Klinika Adiktologie* [online]. 2019 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/prehled-evaluacnich-nastroju>

KLISZOVSÁ, Viera. *Poruchy příjmu potravy 3 – příčiny vzniku*. Psychologické poradenství Praha [online]. 2015 [cit. 2021-10-23]. Dostupné z: <https://psychologicke-poradenstvi.com/2015/06/23/poruchy-prijmu-potravy-3-priviny-vzniku/>

KOCIÁNOVÁ, Nicola. *Kognitivní remediace u pacientů s poruchami příjmu potravy* [online]. Brno, 2017 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/uz8sk/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Radka NEUŽILOVÁ MICHALČÁKOVÁ

KOCOURKOVÁ, Jana a KOUTEK, Jiří. Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, 15(4), 3 [cit. 2021-10-7]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/04/08.pdf>

- KOVÁČ, Damián. Kvalita života - naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. 2001, roč. 45, č. 1, s. 34-44. ISSN 0009-062X.
- KRCH F. D., SCÉMY, L., DRÁBKOVÁ, H. Rizikové jídelní chování a postoj českých adolescentů. *Česká a slovenská psychiatrie*, č. 8, roč. 99, 2003, ISSN 1212-0383
- KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.
- KRCH, František David, et al. *Poruchy příjmu potravy*. Grada Publishing, 1999.
- KRCH, František David, *Poruchy příjmu potravy*. *Medicína pro praxi*, 2007, vol. 4, iss 10, p. 420-422.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Portál, 2010.
- KRCH, František. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY. MEDICÍNA PRO PRAXI [online]. 2007, 4(10) [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: doi:<https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
- KRCH, František. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY. *Medicína pro praxi* [online]. 2007 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Kvalita života. In: *Kvalita života Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. IZPE, 2004. ISBN 80-86625-20-6.
- KUBEŠOVÁ, Barbora. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY MOHOU PROBÍHAT VELMI NENÁPADNĚ. PACIENTA VŠAK ČASTO OHROŽUJÍ NA ŽIVOTĚ. *Zdraví.euro* [online]. 2022 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/poruchy-prijmu-potravy/>
- KULHÁNEK, Jan. *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie* [online]. 2014 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.trable.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>
- KVIATKOVSKÁ, Katarína, Jakub ALBRECHT a Hana PAPEŽOVÁ. PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ, SOUČASNÉ A ALTERNATIVNÍ MOŽNOSTI TERAPIE. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2016, 112(6) [cit. 2024-01-20].
- LACEY, Ella P. Broadening the perspective of pica: literature review. *Public Health Reports*, 1990, 105.1: 29.
- LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Nakladatelství Svoboda, 1995.
- LIVINGSTONE, Sonia, Leslie HADDON, Anke GÖRZIG a Kjartan ÓLAFSSON. *EU Kids Online: final report 2011*. EU Kids Online [online]. 2011 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <http://eprints.lse.ac.uk/45490/>
- LUDWIG, David. *Máte stále hlad?*. Jota, 2017



MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ D., *Výchova ke zdraví*. Praha. Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-271-0993-7

MAKOVÁ, Tereza a BRŮNOVÁ Lada. *Koho (ne)sledovat?: 8 důvodů pro unfollow. 3pe* [online]. 2021 [cit. 2021-11-02]. Dostupné z: <https://www.jsme3pe.cz/unfollow>

MANDÍKOVÁ, Jana. *Možnosti využití ergoterapie u pacientů s poruchami příjmu potravy. [Possibilities of using occupational therapy in patients with eating disorders]*. Praha, 2022. 85 s., 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí bakalářské práce Jana Pluhaříková Pomajzlová

MAREŠ, Jiří a Luboš HADAŠ. Zjišťování kvality života u osob s poruchami příjmu potravy. In: MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. 2006. ISBN 8086633659.

MAREŠ, Jiří. Pozitivní psychologie: důvod k zamyšlení i výzva. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. 2001, roč. 45, č. 2, s. 97-117. ISSN 0009-062X.

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. I. Brno: MSD, 2006. ISBN 8086633659

MAREŠ, Jiří; MAREŠOVÁ, Jana. Paradoxy kvality života, která souvisí se zdravím (HRQL). *ŘEHULKOVÁ, O., et al. Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008, 7-8.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MARTYKÁNOVÁ, Lucie; PISKÁČKOVÁ, Zlata. *Orthorexie a bigorexie - méně známé formy poruch příjmu potravy. Výživa a potraviny* [online]. 2010-02-03 [cit. 2023-12-12]. Dostupné v archivu pořízeném dne 2010-11-14.

MATTHEWS, A., C.M. PETERSON a L. MITAN. *Adolescent males with atypical anorexia nervosa and premorbid obesity: three case reports* [online]. 2019 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00702-y>

MIČÁNKOVÁ, Magdalena. *HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA*. 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita Ekonomicko-správní fakulta.

MICHALCOVÁ, Michaela. *Jak se léčí poruchy příjmu potravy*. Vitalia.cz [online]. 2016 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/jak-se-leci-poruchy-prijmu-potravy/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdraví 21-Zdraví do 21. století*. 2001.

MKN- 10 [online]. ÚZIS, 2021 [cit. 2021-10-9]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

MKN-10 [online]. ÚZIS, 2023 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018 [cit. 2024-01-15]. ISBN 978-80-7472-168-7.

MOREAU, Elise. What is Instagram, anyway. *Here's what Instagram is all about and how people are using it* [online], 2018.

MZČR. PRŮVODCE REFORMOU PSYCHIATRICKÉ PÉČE [online]. 2019 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou\\_komplet.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf)

MZČR. *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. 2023 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/>

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 2023-11-12]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340

National Eating Disorders Collaboration. Developing a Peer Workforce for Eating Disorders: Exploring the Evidence. *National Eating Disorders Collaboration* [online]. 2019 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://nedc.com.au/assets/NEDC-Publications/Part-A-Peer-Work-Guide-Evidence-Review.pdf>

NĚMEČKOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi* [online]. 2011, 8(11) [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/04.pdf>

NĚMEČKOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy. *PSYCHIATRIA PRE PRAX.* [online]. 2007 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/0b0b99006ff15289715e3e15a4208f6e.pdf>

NĚMEČKOVÁ, Pavla. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 2007, 4: 156-158.

NEŠPOR. *Drunkorexie – nová diagnóza? Nejedí, aby mohli večer pít* [online]. 2011 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/drunkorexie-nova-diagnoza/>

NIMH. *Eating Disorders* [online]. 2018 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders>

NOVOTNÝ, Tomáš. *Poruchy příjmu potravy: Nevěřte všemu, co vidíte na Instagramu.* *Aktin.cz* [online]. 2020 [cit. 2021-11-02]. Dostupné z: <https://aktin.cz/poruchy-prijmu-potravy-neverte-vsemu-co-vidite-na-instagramu>

NUDZ. *Národní monitoring duševního zdraví dětí: 40 % vykazuje známky střední až těžké deprese, 30 % úzkosti. Odborníci připravují preventivní opatření* [online]. 2023 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/narodni-monitoring-dusevniho-zdravi-deti-40-vykazuje-znamky-stredni-az-tezke-deprese-30-uzkosti-odbornici-pripravuji-preventivni-opatreni>

NUDZ. *V důsledku pandemie covid-19 se s duševním onemocněním potýká téměř každý třetí dospělý. Podporu nabídne nový web* [online]. 2021 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: [https://www.nudz.cz/fileadmin/user\\_upload/Tiskove\\_zpravy/tz-opatruj-se.pdf](https://www.nudz.cz/fileadmin/user_upload/Tiskove_zpravy/tz-opatruj-se.pdf)

NZIP. kvalita života [online]. [cit. 2023-11-12]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>

NZIP. *Záchvatovité přejídání (psychogenní přejídání): co to je?* [online]. 2016 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/706-zachvatovite-prejidani-zakladni-informace>

ORDINACE.CZ. *Ortorexie - posedlost zdravým jídlem* [online]. 2021 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.ordinace.cz/clanek/ortorexie/>

PAPEŽOVÁ, H. a J. TOMANOVÁ. *Vícerodinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy* [online]. 2006 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2006\\_7\\_358\\_362.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_7_358_362.pdf)

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: Příručka pro pomáhající profese* [online]. 2012 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <http://files.psychologika.webnode.cz/200001297-c9deacad97/prirucka-pro-skolni-praxi.pdf>

PAPEŽOVÁ, Hana, BERÁNKOVÁ, Anna, ed. PPP - poruchy příjmu potravy. *Mozkovna* [online, podcast]. talk.youradio, 2022 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://talk.youradio.cz/porady/mozkovna/mozkovna-19-hana-papezova-ppp-poruchy-prijmu-potravy>

PAPEŽOVÁ, Hana, et al. Nové terapeutické přístupy na 3. mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 2001, 2.4: 177-178.

PAPEŽOVÁ, Hana, Jan KULHÁNEK a Libuše STÁRKOVÁ. *PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V ČECHÁCH* [online]. 2018 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/poruchy-prijmu-potravy-v-cechach>

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. NOVÉ TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY NA 3. MEZINÁRODNÍ A MEZIOBOROVÉ KONFERENCI O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2001 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/09.pdf>

PAPEŽOVÁ, Hana. *Patří poruchy příjmu potravy do reformy psychiatrické péče?*. Česká a slovenská psychiatria [online]. 2017 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2017\\_2\\_49\\_50.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2017_2_49_50.pdf)

PAPEŽOVÁ, Hana. *VLIV SOCIÁLNÍCH SÍTÍ NA PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY. O zdravotnictví.cz* [online]. 2017 [cit. 2021-11-02]. Dostupné z: <https://www.ozdravotnictvi.cz/zpravodajstvi/vliv-socialnich-siti-na-poruchy-prijmu-potravy/>

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. Psychiatrické centrum Praha, 2003.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Pomůže léčbě poruch příjmu potravy reforma psychiatrie?* [online]. 2023 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: <https://www.alumni1lf.cz/pomuze-lecbe-poruch-prijmu-potravy-reforma-psychiatrie>

PAPEŽOVÁ, Hana. *Přibylo anorexie i přejídání. Po pandemii se ukázaly extrémní, říká lékařka* [online, rozhovor]. 2023 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-pribylo-anorexie-i-prejidani-po-pandemii-se-ukazaly-extremy-rika-lekarka-229428>

PAPEŽOVÁ, Hana; KOCOURKOVÁ, J.; KOUTEK, J. *Poruchy příjmu potravy. Česká a slovenská psychiatrie*, 1997, 93: 69-75

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PEČ, Ondřej. *Archiv: Komunitní péče. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP: ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST z.s.* [online]. 2022 [cit. 2022-03-28].

*Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017: Health care about patients with eating disorders in the Czech Republic in 2011–2017*. Aktuální informace: Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z:

[https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai\\_2018\\_08\\_poruchy\\_prijmu\\_potravy\\_2011\\_az2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011_az2017.pdf)

*Poruchy příjmu potravy aneb když se život podle fitness aplikací a sociálních sítí zvrtně*. Medical Tribune [online]. 2021 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/komentare/poruchy-prijmu-potravy-aneb-kdyz-se-zivot-podle-fitness-aplikaci-a-socialnich-siti-zvrtne/>

PRICETON UNIVERSITY. *WordNet Search* [online]. 2010 [Cit. 2023-11-14]. Dostupné z: <http://wordnetweb.princeton.edu/perl/webwn?s=mental+health&sub=Search+WordNet>

PROBST, M., *Vztah k vlastnímu tělu u poruch příjmu potravy: Vymezení terapie*. In: Krch, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2005: s. 165-177

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. [Praha]: Pasparta Publishing (nakladatelství), [2017]. ISBN 978-80-88163-46-6.

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP a ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST z.s.: *Lůžková psychiatrická zařízení* [online]. [cit. 2022-04-04]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/uzivatele-nemocnice-lecebny>

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *MALÝ PRŮVODCE REFORMOU PSYCHIATRICKÉ PÉČE* [online]. 2017 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: <https://1url.cz/Eu0Uf>

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

RAČANSKÁ, Lucie. *KVALITA ŽIVOTA PODMÍNĚNÁ ZDRAVÍM (HRQOL) U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY* [online]. 2009 [cit. 2024-04-12]. Dostupné z: <https://dspace.jcu.cz/handle/20.500.14390/18801>

RAPLEY, M. *Quality of Life Research*. London, Sage Publications 2003, 286 p. ISBN 0-7619-5457-0.

RAPLEY, Mark. *Quality of Life Research: A Critical Introduction* [online]. 2003 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: <https://www.torrossa.com/en/resources/an/4913048>

SHELLEY, Rosemary. *Anorexics on anorexia*. Jessica Kingsley Publishers, 1997.

SHERY MEAD, Shery Mead, David Hilton DAVID HILTON a Laurie Curtis LAURIE CURTIS. *Peer Support: A Theoretical Perspective* [online]. 2010 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: [https://cabhp.asu.edu/sites/default/files/mead\\_peer-support\\_a-theoretical-perspective.pdf](https://cabhp.asu.edu/sites/default/files/mead_peer-support_a-theoretical-perspective.pdf)

SIDIROPOULOS, Michael. *Anorexia Nervosa: The physiological consequences of starvation and the need for primary prevention efforts*. *McGill journal of medicine* [online]. 2007 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2323541/>

SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, J. *Tři pé aneb Poruchy příjmu potravy od A do Zet*. Anabell.cz 2004

SLEZÁKOVÁ, Eva a Jana SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ. *Multidisciplinární přístup a jeho význam pro duševní zdraví dětí a mládeže nejen u poruch příjmu potravy*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2021 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2021/02/14.pdf>

SLOVÁČEK, Ladislav, et al. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, 73.1: 6-9.

SOUKUP, Petr. *Věcná významnost výsledků a její možnosti měření* [online]. 2013 [cit. 2024-04-13]. Dostupné z: [https://hiso.fhs.cuni.cz/HISO-204-version1-soukup\\_vecna\\_vyznamnost.pdf](https://hiso.fhs.cuni.cz/HISO-204-version1-soukup_vecna_vyznamnost.pdf)

SOUTH CAROLINA DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH. *Eating Disorder Statistics* [online]. 2022 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.state.sc.us/dmh/anorexia/statistics.htm>

SPMP ČR. *Jak jednat s lidmi s postižením v komunikaci. Informační brožura*. Praha: Společnost pro lidi s mentálním postižením v ČR, o. s., 2011

STÁRKOVÁ, Libuše. Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009, **10**(3), 5 [cit. 2021-10-6]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/03/02.pdf>

STATISTICS & RESEARCH ON EATING DISORDERS. NEDA [online]. 2021, 2013 [cit. 2021-10-3]. Dostupné z: <https://1url.cz/luvrd>

STREATFEILD, Jared, et al. Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. *International Journal of Eating Disorders*, 2021, 54.5: 851-868.

Svépomocné organizace. *Psycho portál: Brána k odborné pomoci* [online]. 2022 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://psychoportal.cz/svepomocne-organizace/>

ŠEVČÍKOVÁ, Anna. *Děti a dospívající online: vybraná rizika používání internetu*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4750-101.

ŠMÝDOVÁ, Jana. *Mentální anorexie-trvalé následky*. Celostní medicína.cz [online]. 5.9.2008 [cit. 2021-10-9]. Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/mentalni-anorexie-trvale-nasledky.htm>

ŠOLCOVÁ, Iva; KEBZA, Vladimír. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: *Kvalita života Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. IZPE, 2004. ISBN 80-86625-20-6.

ŠTEFÁNEK, Jiří. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK* [online]. 2010. [cit. 8-10-2020]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/?q=mentalni-anorexie>

ŠTĚPÁNKOVÁ, Tereza a Dagmar RATAJOVÁ. *Centrum pro diagnostiku a léčbu PPP* [online]. Healthy and free, 2015 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/lecba/kde-se-lecit/item/321-centrum-pro-diagnostiku-a-lecby-ppp-na-psychiatricke-klinice-1-lf-uk-a-vfn-v-praze>

ŠTĚPÁNKOVÁ, Tereza a Dagmar RATAJOVÁ. *Přístupy k léčbě poruch příjmu potravy* [online]. 2015 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/lecba/pristupy-k-lecbe/item/302-lecba-poruch-prijmu-potravy>

ŠVÉDOVÁ, J., MÍČOVÁ L. *Poruchy příjmu potravy. Manuál pro pedagogy. 1. vyd.* Brno: Občanské sdružení Anabell, 2010. 32 s.

ŠVÉDOVÁ, Jarmila a František David KRCH. *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy* [online]. Občanské sdružení Anabell, 2013, [cit. 2021-10-3]. Dostupné z: [http://knihovna.anabell.cz/components/com\\_jshopping/files/demo\\_products/prirucka-pro-zdravotniky.pdf](http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/prirucka-pro-zdravotniky.pdf)

ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci* [online]. Občanské sdružení Anabell, 2012 [cit. 2021-11-18]. Dostupné z: [http://www.anabell.cz/images/obr/1404371890\\_svepomocny-manual.pdf](http://www.anabell.cz/images/obr/1404371890_svepomocny-manual.pdf)

The Therapeutic Team. *National eating disorders collaboration* [online]. [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://nedc.com.au/eating-disorders/treatment-and-recovery/the-thera/>

TROJAN, Stanislav. *Lékařská fyziologie*. 4. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. sv. 1. ISBN 80-247-0512-5.

TUL. *Zdraví a determinanty* [online]. 2021 [cit. 2024-01-20]. ISBN 978-80-906-1234-5. Dostupné z: <https://elearning.tul.cz/mod/book/tool/print/index.php?id=295589>

UHLÍKOVÁ, Petra. *Poruchy příjmu potravy: Poruchy příjmu potravy od dětství do dospělosti* [online]. ASOCIACE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE, 2019 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/poruchy-prijmu-potravy/>

ÚZIS. *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)* [online]. 2023 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

ÚZIS. *MKN - 10* [online]. 2023 [cit. 2024-01-15]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

ÚZIS. *WHO Disability Assessment Schedule 2.0* [online]. 2023 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--who-disability-assessment-schedule>

VYMĚTAL, J. 2010. *Úvod do psychoterapie. 3. aktualizované a doplněné vydání.* Psychoterapie. Praha: Grada Publishing. s. 288. ISBN 978-80-247-2667-0.

WANDEN-BERGHE, Rocío Guardiola, Javier SANZ-VALERO a Carmina WANDEN-BERGHE. *The Application of Mindfulness to Eating Disorders Treatment: A Systematic Review*. *Eating Disorders* [online]. 2010, **19**(1), 34-48 [cit. 2022-03-29]. ISSN 1064-0266. Dostupné z: doi:10.1080/10640266.2011.533604

WEBMD. *Orthorexia* [online]. 2022 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/eating-disorders/what-is-orthorexia>

WIGLE JUSTICE, Roberta. *Music Therapy Interventions for People with Eating Disorders in an Inpatient Setting*. Music Therapy Perspectives [online]. 1994 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/mtp/12.2.104>

WILKSCH S. M. et al. The relationship between social media and disordered eating in young adolescents. *International journal of eating disorders*. 2019.

WINKLER, Laura Al-Dakhiel, et al. Quality of life in eating disorders: A meta-analysis Author links open overlay panel. *Psychiatry research* [online]. 2014 [cit. 2024-04-12]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.002>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. Mental health: strengthening our response. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *ICD - 11 International Classification of Diseases 11th Revision* [online]. 2019, 2023 [cit. 2024-01-15]. Dostupné z: <https://icd.who.int/en>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHOQOL User Manual* [online]. 2012 [cit. 2024-04-23]. Dostupné z: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev.2012.03\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1)

ZÁMEČNÍKOVÁ, Renata, et al. Farmakoterapie u mentální anorexie. *Psychiatrie pro praxi*, 2005, 4.6: 263-266.

ZDRAVÍ, W.H.O. 21-zdraví do 21. století. *Evropská řada Zdraví pro všechny* č. 2001, 6.

ŽAMPACHOVÁ, Zuzana a Věra ČADILOVÁ. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4669-1.



## Seznam tabulek

Tabulka 1: Klasifikace PPP (MKN – 10, 2023)

Tabulka 2: Klasifikace PPP (ICD – 11, 2023)

Tabulka 3: Proměnné dotazníku EDQOL osob s PPP

Tabulka 4: Proměnné dotazníku EDQOL osob s MA a MB

Tabulka 5: Statistická a věcná významnost MA x MB

Tabulka 6: Proměnné dotazníku EDQOL dle BMI

Tabulka 7: Statistická a věcná významnost dle BMI (podváha)

Tabulka 8: Statistická a věcná významnost dle BMI (nadváha a obezita)

Tabulka 9: Proměnné dotazníku EDQOL běžná populace

Tabulka 10: Proměnné dotazníku EDQOL dle životního stylu

Tabulka 11: Proměnné dotazníku EDQOL osoby s PPP x běžná populace

Tabulka 12: Statistická a věcná významnost osoby s PPP x běžná populace

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Hierarchický model kvality života dle Kováče (2001)

Obrázek 2: Domény kvality života dle European Foundation

Obrázek 3: Absolutní a relativní četnosti odpovědí vzhledem k pohlaví

Obrázek 4: Věk v nejhorším období PPP

Obrázek 5: Délka trvání PPP

Obrázek 6: Zastoupení různých druhů PPP

Obrázek 7: Léčba s PPP

Obrázek 8: Forma léčby PPP

Obrázek 9: Hodnoty BMI

Obrázek 10: Absolutní a relativní četnosti odpovědí vzhledem k pohlaví běžná populace

Obrázek 11: Věk respondentek z běžné populace

Obrázek 12: Životní styl

Obrázek 13: Psychologická oblast PPP

Obrázek 14: Fyzická/kognitivní oblast PPP

Obrázek 15: Finanční oblast PPP

Obrázek 16: Oblast práce a škola PPP

Obrázek 17: Psychologická oblast běžná populace

Obrázek 18: Fyzická a kognitivní oblast běžná populace

Obrázek 19: Finanční oblast běžná populace

Obrázek 20: Oblast práce a škola běžná populace

## **Seznam příloh**

Příloha 1: EDQOL český překlad

Příloha 2: EDQOL originál (Engels a spol., 2006)

Příloha 3: EDQOL – Kvalita života osob s PPP

Příloha 4: EDQOL – běžná populace

# Přílohy

## Příloha 1: EDQOL český překlad

ID:

EDQOL

Datum:

**INSTRUKCE:** Odpovězte prosím na následující výroky podle toho, jak dobře vystihují váš stav v posledních 30 dnech. Buďte prosím co nejotevřenější. Neexistují žádné správné nebo špatné odpovědi. Do příslušného sloupce napište (X). Položky, které se vás netýkají, nechte prosím prázdné.

Za posledních 30 dní...

	Nikdy	Zřídka	Občas	Často	Vždy
<b>Psychologická:</b>					
1. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili trapně nebo "jiní/odlišní"?					
2. Jak často jste kvůli svému stravování/váze měli ze sebe špatný pocit?					
3. Jak často se vám stalo, že jste kvůli svému stravování/váze nechtěli být s lidmi?					
4. Jak často se vám stalo, že jste si kvůli svému stravování/váze mysleli, že už vám nikdy nebude lépe?					
5. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili osamělí?					
6. Jak často mělo vaše stravování/váha za následek menší zájem nebo potěšení z různých činností?					
7. Jak často vás vaše stravování/váha vedly k tomu, že jste se o sebe nestarali?					
8. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili divně, zvláštně nebo neobvykle?					
9. Jak často jste se kvůli stravování/váze vyhýbali jídlu před ostatními?					
<b>Fyzická/Kognitivní:</b>					
10. Jak často vám stravování/váha způsobily studené ruce nebo nohy?					
11. Jak často vám způsobilo vaše stravování/váha opakované bolesti hlavy?					
12. Jak často vám způsobily vaše stravování/váha slabost?					
13. Jak často ovlivnilo vaše stravování/váha vaši schopnost věnovat něčemu pozornost, když jste chtěli?					
14. Jak často ovlivnilo vaše stravování/váha vaši schopnost porozumět některým verbálním a písemným informacím?					
15. Jak často stravování/váha snížily vaši schopnost soustředění?					
<b>Finanční:</b>					
16. Jak často jste kvůli vašemu stravování/váze měli potíže s financováním léčby?					
17. Jak často se stává, že jste měli kvůli svému stravování/váze potíže s placením měsíčních účtů?					
18. Jak často vedlo vaše stravování/váha k výrazným finančním dluhům?					
19. Jak často vedlo vaše stravování/váha k potřebě utrácet peníze z úspor nebo často používat kreditní kartu?					
20. Jak často se vám stalo, že jste si kvůli stravování/váze museli půjčit peníze?					
<b>Práce/Skola:</b>					
21. Jak často vedlo vaše stravování/váha k tomu, že jste si museli vzít pracovní volno?					
22. Jak často vedlo vaše stravování/váha ke špatným známám?					
23. Jak často vedlo vaše stravování/váha k tomu, že jste museli odejít z práce dříve?					
24. Jak často jste kvůli svému stravování/váze přišli o práci nebo opustili školu?					
25. Jak často vedlo vaše stravování/váha k neúspěchu ve výuce?					

The EDQOL byl převzat se svolením. Engel *et al.* (2008). Development and Psychometric Validation of an Eating Disorder-Specific Health- Related Quality of Life Instrument ((Vývoj a psychometrické ověření nástroje kvality života souvisejícího se zdravím při poruchách příjmu potravy). *International Journal of Eating Disorders*, 39, 62-71.

## EDOOL Skórování

Skóre dílčích škál se vypočítá sečtením hrubých skóre a vydělením počtem položek.

Každá položka je hodnocena body 0-4 takto:

Nikdy	Zřídka	Občas	Často	Vždy
0	1	2	3	4

### Psychologická dílčí škála

1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_ 6\_\_ 7\_\_ 8\_\_ 9\_\_

Celkem\_\_ Děleno 9 = \_\_\_\_\_

### Fyzická/kognitivní dílčí škála

10\_\_ 11\_\_ 12\_\_ 13\_\_ 14\_\_ 15\_\_

Celkem\_\_ Děleno 6 = \_\_\_\_\_

### Finanční dílčí škála

16\_\_ 17\_\_ 18\_\_ 19\_\_ 20\_\_

Celkem\_\_ Děleno = \_\_\_\_\_

### Práce/škola dílčí škála

21\_\_ 22\_\_ 23\_\_ 24\_\_ 25\_\_

Celkem\_\_ Děleno = \_\_\_\_\_

### Celkové skóre

Sečtete celkové skóre z každé dílčí škály:

Psychologická celkem\_\_ Fyzická/kognitivní celkem\_\_

Finanční celkem\_\_ Práce/škola celkem\_\_

Kombinovaný součet\_\_ Děleno 25 = \_\_\_\_\_

**Příloha 2: EDQOL originál (Engels a spol., 2006)**

0710441197

**EDQOL**

**INSTRUCTIONS:** Please answer the following statements according to how well they describe you in the last 30 days. Please be as open as possible. There are no right or wrong answers. Fill in the circle in the appropriate column. For those items that do not apply to you, please leave them blank.

STAFF USE ONLY					
ID#:	<input type="text"/>	Group:	<input type="text"/>	Admin. #:	<input type="text"/>
Date:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>

**In the last 30 days...**

**Psychological:**

	<i>Never</i>	<i>Rarely</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Often</i>	<i>Always</i>
1. How often has your eating/weight resulted in you feeling embarrassed or "different"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. How often has your eating/weight made you feel worse about yourself?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. How often has your eating/weight made you not want to be with people?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. How often has your eating/weight resulted in you believing that you will never get better?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. How often has your eating/weight made you feel lonely?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. How often has your eating/weight resulted in less interest or pleasure in activities?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. How often has your eating/weight led you to not care about yourself?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. How often has your eating/weight made you feel odd, weird, or unusual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. How often has your eating/weight resulted in avoiding eating in front of others?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Physical/Cognitive:**

10. How often has your eating/weight caused cold hands or feet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. How often has your eating/weight caused frequent headaches?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. How often has your eating/weight caused weakness?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. How often has your eating/weight affected your ability to pay attention when you wanted to?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. How often has your eating/weight affected your ability to comprehend some verbal and written information?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. How often has your eating/weight reduced your ability to concentrate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Financial:**

16. How often has your eating/weight led to problems with treatment provider(s) regarding cost of treatment?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. How often has your eating/weight led to you having difficulty paying monthly bills?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. How often has your eating/weight resulted in significant financial debt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. How often has your eating/weight led to the need to spend money from savings or use your credit card frequently?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. How often has your eating/weight resulted in the need to borrow money?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Work/School:**

21. How often has your eating/weight led to a leave of absence from work?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. How often has your eating/weight led to low grades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. How often has your eating/weight resulted in reduced hours at work?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. How often has your eating/weight resulted in you losing a job or dropping out of school?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. How often has your eating/weight led to failure in a class or classes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Copyright © 2005. Neuropsychiatric Research Institute and Scott Engel. Direct all correspondence to Scott G. Engel, Ph.D., Neuropsychiatric Research Institute, 700 1st Ave. S., Fargo, ND 58107.

## Příloha 3: EDQOL – Kvalita života osob s PPP

### EDQOL - Kvalita života osob s poruchami příjmu potravy

Dobrý den,

Jmenuji se Jana Mandíková, jsem ergoterapeutka a aktuálně studentka magisterského oboru na FTVS UK. V rámci diplomové práce se zabývám kvalitou života osob s poruchami příjmu potravy. Toto téma vnímám v současné době jako velmi aktuální, poruchy příjmu potravy zasahují do zdraví a pohody mnoha lidí.

Ráda bych Vás proto požádala o vyplnění tohoto online dotazníku, který mi pomůže získat potřebná data pro mou výzkumnou práci. Jedná se o specifický dotazník věnující se kvalitě života osob s poruchami příjmu potravy EDQoL. Dotazník je vytvořen tak, aby byl zcela anonymní, a nezabere Vám více než 15 minut. Vaše odpovědi budou použity pouze pro výzkumné účely a budou chráněny před zneužitím.

Velmi si vážím Vaší spolupráce a děkuji Vám za Váš čas a názor. Prosím, klikněte na tlačítko Pokračovat a začnete vyplňovat dotazník.

V případě jakýchkoliv dotazů nebo připomínek k dotazníku mě můžete kontaktovat na emailové adrese [jane.mandikova@gmail.com](mailto:jane.mandikova@gmail.com).

#### 1 Pohlaví

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- muž       žena  
 jiná

#### 2 Věk v době nejhoršího období poruchy příjmu potravy

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Do 14 let     15 - 18 let     19 - 24 let     25 - 34 let     35 - 44 let     45 - 54 let     55 - 64 let  
 65 let a více

#### 3 Délka trvání PPP

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Méně než 1 rok     1 - 2 roky     3 - 5 let     6 - 10 let     10 let a více



#### 4 Druh PPP

Nápověda k otázce: *V případě kombinace zvolte více možností*

- Mentální anorexie   
  Mentální bulimie   
  Záchvatovité přejídání  
 Jiná - napište jaká

#### 5 Jiné duševní onemocnění

Nápověda k otázce: *Pokud máte nebo jste měli nějaké jiné duševní onemocnění, napište jej/jeho název. Pokud ne, napište "ne".*

#### 6 Jiné somatické/tělesné onemocnění

Nápověda k otázce: *Pokud máte nebo jste měli nějaké jiné somatické/tělesné onemocnění, napište jej/jeho název. Pokud ne, napište "ne".*

#### 7 Léčba s PPP

Nápověda k otázce: *Léčili jste se někdy s PPP, případně docházeli k nějakému odborníkovi s tímto problémem?*

- Ano   
  Ne

#### 8 Forma léčby PPP

Nápověda k otázce: *Pokud jste se s PPP někdy léčili, jakou formou?*

- Neléčil/a jsem se   
  Hospitalizace na specializovaném psychiatrickém oddělení   
  Hospitalizace na jiném nemocničním oddělení (interní, JIP, metabolická jednotka,...)   
  Ambulantní péče (psycholog, terapeut, psychiatr, nutriční terapeut, ...)  
 Samoléčba (knihy, online kurzy, podpůrné skupiny,...)  
 Jiná

## 9 BMI v nejhorším období PPP

Nápověda k otázce: BMI je index, který ukazuje poměr mezi vaší váhou a výškou. Tento údaj nám pomůže lépe porozumět vašemu zdravotnímu stavu a vlivu PPP na vaši kvalitu života. Chápeme, že se můžete cítit nepříjemně, když se vás ptáme na vaši váhu. Respektujeme ale Vaše soukromí a dáváme Vám možnost neodpovídat na tuto otázku, pokud si to nepřejete. Pokud se rozhodnete odpovědět, stačí uvést přibližné rozmezí, ve kterém se vaše BMI nacházelo v nejhorším období PPP. Děkujeme vám za vaši důvěru a spolupráci. Pokud neznáte své BMI, můžete si ho spočítat zde: <https://www.bodymassindex.cz/>

- Pod 9 (kritická podváha)    
  9 - 15 (kritická podváha)    
  16 - 18 (podváha)    
  19 - 24 (normální stav)    
  25 - 29 (lehká nadváha)
- 30 - 34 (obezita 1. stupně)    
  35 - 39 (obezita 2. stupně)    
  40 a více (obezita 3. stupně)    
  Nechci uvádět

**INSTRUKCE:** Odpovězte prosím na následující výroky podle toho, jak dobře vystihují váš stav ve vámi osobně nejhůře vnímaném období vaší poruchy příjmu potravy. Buďte prosím co nejotevřenější. Neexistují žádné správné nebo špatné odpovědi. Vždy zaškrtněte příslušný sloupec.

## 10 PSYCHOLOGICKÉ

	NIKDY	ZŘÍDKA	OBČAS	ČASTO	VŽDY
1. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili trapně nebo "jiní/odlišní"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Jak často jste kvůli svému stravování/váze měli ze sebe špatný pocit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jak často se vám stalo, že jste kvůli svému stravování/váze nechtěli být s lidmi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Jak často se vám stalo, že jste si kvůli svému stravování/váze mysleli, že už vám nikdy nebude lépe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili osamělí?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Jak často mělo vaše stravování/váha za následek menší zájem nebo potěšení z různých činností?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Jak často vás vaše stravování/váha vedly k tomu, že jste se o sebe nestarali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili divně, zvláštně nebo neobvykle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Jak často jste se kvůli stravování/váze vyhýbali jídlu před ostatními?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 11 FYZICKÁ/KOGNITIVNÍ

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď v každém řádku

	NIKDY	ZŘÍDKA	OBČAS	ČASTO	VŽDY
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## EDQOL - Kvalita života osob s poruchami příjmu potravy

10. Jak často vám stravování/váha způsobily studené ruce nebo nohy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Jak často vám způsobilo vaše stravování/váha opakované bolesti hlavy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Jak často vám způsobily vaše stravování/váha slabost?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Jak často ovlivnilo vaše stravování/váha vaši schopnost věnovat něčemu pozornost, když jste chtěli?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Jak často ovlivnilo vaše stravování/váha vaši schopnost porozumět některým verbálním a písemným informacím?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Jak často vám stravování/váha snížily vaši schopnost soustředění?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 12 FINANČNÍ

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď v každém řádku*

	NIKDY	ZŘÍDKA	OBČAS	ČASTO	VŽDY
16. Jak často jste kvůli vašemu stravování/váze měli potíže s financováním léčby?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Jak často se stává, že jste měli kvůli svému stravování/váze potíže s placením měsíčních účtů?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Jak často vedlo vaše stravování/váha k výrazným finančním dluhům?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Jak často vedlo vaše stravování/váha k potřebě utracet peníze z úspor nebo často používat kreditní kartu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Jak často se vám stalo, že jste si kvůli stravování/váze museli půjčit peníze?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 13 PRÁCE/ŠKOLA

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď v každém řádku*

	NIKDY	ZŘÍDKA	OBČAS	ČASTO	VŽDY
21. Jak často vedlo vaše stravování/váha k tomu, že jste si museli vzít pracovní volno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Jak často vedlo vaše stravování/váha ke špatným známkám?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Jak často vedlo vaše stravování/váha k tomu, že jste museli odejít z práce dříve?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Jak často jste kvůli svému stravování/váze přišli o práci nebo opustili školu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Jak často vedlo vaše stravování/váha k neúspěchu ve výuce?

Děkujeme vám za vyplnění tohoto dotazníku.

Vaše odpovědi nám pomohou lépe porozumět kvalitě života osob s poruchami příjmu potravy a identifikovat jejich potřeby a možnosti podpory. Oceňujeme vaši spolupráci a důvěru.

Pokud máte pocit, že vy nebo někdo ve vašem okolí potřebujete pomoc s poruchou příjmu potravy, pomoc můžete vyhledat na některém z následujících odkazů:

<http://www.anabell.cz/>

<https://www.3pe.online/sit-kontaktu>

## Příloha 4: EDQOL – běžná populace

### EDQOL - běžná populace

Dobrý den,

Jmenuji se Jana Mandíková, jsem ergoterapeutka a aktuálně studentka magisterského oboru na FTVS UK. V rámci diplomové práce se zabývám kvalitou života osob s poruchami příjmu potravy. Toto téma vnímám v současné době jako velmi aktuální, poruchy příjmu potravy zasahují do zdraví a pohody mnoha lidí.

Ráda bych Vás proto požádala o vyplnění tohoto online dotazníku, který mi pomůže získat potřebná data pro mou výzkumnou práci. Jedná se o specifický dotazník, určený pro ženy, věnující se kvalitě života osob s poruchami příjmu potravy EDQOL. Dotazník je vytvořen tak, aby byl zcela anonymní, a nezabere Vám více než 10 minut. Vaše odpovědi budou použity pouze pro výzkumné účely a budou chráněny před zneužitím.

Velmi si vážím Vaší spolupráce a děkuji Vám za Váš čas. Prosím, klikněte na tlačítko Pokračovat a začněte vyplňovat dotazník.

V případě jakýchkoliv dotazů nebo připomínek k dotazníku mě můžete kontaktovat na emailové adrese [jane.mandikova@gmail.com](mailto:jane.mandikova@gmail.com).

#### 1 Pohlaví

Nápověda k otázce: *Vážené respondentky/respondenti, tento dotazník je součástí výzkumu zaměřeného výhradně na ženy. Prosíme, pokračujte ve vyplňování pouze v případě, že jste žena.*

- žena  
 Jiná

#### 2 Věk

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Do 14 let    15 - 18 let    19 - 24 let    25 - 34 let    35 - 44 let    45 - 54 let    55 - 64 let  
 65 let a více

### 3 Máte nějaké závažné tělesné nebo duševní onemocnění?

Nápověda k otázce: *Pokud máte nějaké závažné tělesné nebo duševní onemocnění, napište prosím jeho název. Pokud ne, napište "ne".*

### 4 Jak byste popsal/a svůj životní styl?

Nápověda k otázce: *Zaškrtněte vše, co se vás týká*

- Zajímám se o zdravý životní styl a stravu
  Aktivně cvičím/sportuji
  Vrcholově sportuji
  Vyznávám určitý stravovací směr (např. vegetariánství, veganství apod.)
- Mám zdravotní omezení nebo alergie, která ovlivňuje moji stravu (celiakie, intolerance laktózy, alergie apod.)
  Nic z výše uvedeného

**INSTRUKCE:** Odpovězte prosím na následující výroky podle toho, jak dobře vystihují váš stav v posledních 30 dnech. Buďte prosím co nejotevřenější. Neexistují žádné správné nebo špatné odpovědi. Vždy zaškrtněte příslušný sloupec.

### 5 PSYCHOLOGICKÉ

	NIKDY	ZŘÍDKA	OBČAS	ČASTO	VŽDY
1. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili trapně nebo "jini/odlišni"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Jak často jste kvůli svému stravování/váze měli ze sebe špatný pocit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jak často se vám stalo, že jste kvůli svému stravování/váze nechtěli být s lidmi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Jak často se vám stalo, že jste si kvůli svému stravování/váze mysleli, že už vám nikdy nebude lépe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili osamělí?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Jak často mělo vaše stravování/váha za následek menší zájem nebo potěšení z různých činností?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Jak často vás vaše stravování/váha vedly k tomu, že jste se o sebe nestarali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Jak často jste se kvůli svému stravování/váze cítili divně, zvláštně nebo neobvykle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Jak často jste se kvůli stravování/váze vyhýbali jídlu před ostatními?

## 6 FYZICKÁ/KOGNITIVNÍ

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď v každém řádku*

	NIKDY	ZŘÍDKA	OBČAS	ČASTO	VŽDY
10. Jak často vám stravování/váha způsobily studené ruce nebo nohy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Jak často vám způsobilo vaše stravování/váha opakované bolesti hlavy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Jak často vám způsobily vaše stravování/váha slabost?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Jak často ovlivnilo vaše stravování/váha vaši schopnost věnovat něčemu pozornost, když jste chtěli?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Jak často ovlivnilo vaše stravování/váha vaši schopnost porozumět některým verbálním a písemným informacím?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Jak často vám stravování/váha snížily vaši schopnost soustředění?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 7 FINANČNÍ

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď v každém řádku*

	NIKDY	ZŘÍDKA	OBČAS	ČASTO	VŽDY
16. Jak často jste kvůli vašemu stravování/váze měli potíže s financováním léčby?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Jak často se stává, že jste měli kvůli svému stravování/váze potíže s placením měsíčních účtů?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Jak často vedlo vaše stravování/váha k výrazným finančním dluhům?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Jak často vedlo vaše stravování/váha k potřebě utracet peníze z úspor nebo často používat kreditní kartu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Jak často se vám stalo, že jste si kvůli stravování/váze museli půjčit peníze?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 8 PRÁCE/ŠKOLA

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď v každém řádku*

	NIKDY	ZŘÍDKA	OBČAS	ČASTO	VŽDY
--	-------	--------	-------	-------	------

---

21. Jak často vedlo vaše stravování/váha k tomu, že jste si museli vzít pracovní volno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Jak často vedlo vaše stravování/váha ke špatným známám?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Jak často vedlo vaše stravování/váha k tomu, že jste museli odejít z práce dříve?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Jak často jste kvůli svému stravování/váze přišli o práci nebo opustili školu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Jak často vedlo vaše stravování/váha k neúspěchu ve výuce?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Děkujeme vám za vyplnění tohoto dotazníku.

Vaše odpovědi nám pomohou porovnat kvalitu života osob s poruchami příjmu potravy a osob bez tohoto onemocnění. Tímto způsobem přispějete k lepšímu pochopení a řešení této problematiky. Oceňujeme vaši spolupráci a důvěru.

Pokud máte nějaké dotazy nebo připomínky k dotazníku, můžete mi napsat na emailovou adresu [jane.mandikova@gmail.com](mailto:jane.mandikova@gmail.com).