UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ: OŠETŘOVATELSKÝ PŘÍSTUP

Bakalářská práce

Autor práce: **Aneta Šarounová**
Vedoucí práce**: doc. PhDr. Jana Marie Havigerová, Ph.D.**

2025

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ

DEPARTMENT OF NON- MEDICAL STUDIES

OUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA: A NURSING PERSPECTIVE

Bachelor´s thesis

Author: **Aneta Šarounová**

Supervisor: **doc. PhDr. Jana Marie Havigerová, Ph.D.**

2025

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne……. ……..

Poděkování

Děkuji všem, kteří mi byli nápomocni při zpracování této bakalářské práce. Především bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Janě Marii Havigerové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, cenné rady a připomínky v průběhu jejího zpracování. Mé poděkování také patří všem respondentkám, za ochotu a spolupráci při rozhovorech.

Obsah

Úvod 8
TEORETICKÁ ČÁST 10
1 Mentální anorexie 11
1.1 Historie 11
1.2 Další PPP 12
2 Příčiny 13
2.1 Biologické faktory 13
2.1.1 Ženské pohlaví 13
2.1.2 Tělesná hmotnost 14
2.1.3 Puberta 14
2.2 Sociální a kulturní faktory 15
2.3 Životní události 16
2.4 Rodinné a genetické faktory 17
2.5 Emocionální faktory 18
2.6 Osobnost a další psychické charakteristiky 18
3 Příznaky 20
3.1 Jídelníček a jídelní režim 20
3.2 Tělesná aktivita 21
3.3 Sebehodnocení 21
3.4 Fyzické projevy 21
3.5 Psychické změny 22
4 Diagnostika 23
4.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0) 24
4.2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV 24
5 Léčba 26
5.1 Denní stacionář 27
5.2 Ambulantní péče 27
5.3 Hospitalizace 27
5.4 Psychoterapie 28
5.4.1 Individuální psychoterapie 28
5.4.2 Psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie 28
5.4.3 Kognitivní behaviorální terapie 29
5.4.4 Skupinová psychoterapie 29
5.4.5 Další součásti psychoterapie 29
5.5 Farmakologická léčba 29

5.6 Nutriční terapie 30
6 Prevence a prognóza 31
7 Zdravotní komplikace 33
7.1 Kardiovaskulární systém a metabolismus 33
7.2 Poruchy vývoje a hormonální nerovnováhy 33
7.3 Nedostatek živin, vliv na pleť a vlasy 34
7.4 Poškození orgánů 34
7.5 Psychické komplikace 35
8 Specifika ošetřovatelského přístupu 36
8.1 Role sestry 36
8.2 Ošetřovatelská péče ve stravování 37
8.3 Ošetřovatelská péče v oblasti psychiky 38
9 Kvalita života 39
9.1 Dimenze kvality života 39
9.1.1 Subjektivní a objektivní dimenze 40
9.1.2 Rozdělení dimenzí kvality života za účelem měření 40
9.2 Přístupy ke kvalitě života 40
9.2.1 Medicínský přístup ke kvalitě života 41
9.2.2 Psychologický přístup ke kvalitě života 41
9.2.3 Sociologické hledisko kvality života 41
9.2.4 Ekologické a environmentální hledisko kvality života 42
9.3 Měření kvality života 42
PRAKTICKÁ ČÁST 44
10 Cíle práce a výzkumné otázky 45
11 Metodika výzkumu 46
11.1 Výběr a charakteristika respondentek 46
12 Výzkumné otázky 47
12.1 Otázky vztahující se k 1. fázi onemocnění 47
12.2 Otázky vztahující se ke 2. fázi onemocnění 47
12.3 Otázky vztahující se k 3. fázi onemocnění 48
12.4 Otázky sledující kvalitu života 48
12.5 Otázky zkoumající ošetřovatelské hledisko 49
13 Prezentace výsledků výzkumu 50
13.1 Shrnutí a interpretace prvního okruhu výzkumných otázek 50
13.2 Shrnutí a interpretace druhého okruhu výzkumných otázek 51
13.3 Shrnutí a interpretace třetího okruhu výzkumných otázek 52
13.4 Shrnutí a interpretace čtvrtého okruhu výzkumných otázek 54

13.5 Shrnutí a interpretace pátého okruhu výzkumných otázek 55
14 Zhodnocení naplněných cílů praktické části a diskuze 58
Závěr 61
Abstrakt 62
Abstract 63
Použitá literatura a prameny 64
Seznam zkratek 69
Seznam obrázků 70
Seznam tabulek 71
Seznam příloh 72

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá porovnáváním změn u dívek, které si prošly mentální anorexií. Porovnávání se zaměřuje na změny v kvalitě života a roli ošetřovatelské péče v jednotlivých fázích onemocnění. Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že mě velice zajímá problematika duševních onemocnění a nejvíce mě zaujala právě mentální anorexie.

Mentální anorexie představuje závažné psychické onemocnění, které se vyznačuje extrémní a nebezpečnou touhou po zhubnutí, výrazným omezením příjmu potravy a zkresleným vnímáním vlastního těla. Tento poruchový stav postihuje především mladé ženy, ale v posledních letech se objevují i případy onemocnění u mužů a starších jedinců. Poruchy příjmu potravy jsou v dnešní době velmi medializovaným tématem, o kterém každý někdy už něco slyšel. U adolescentů velmi často sehrává zásadní roli tlak na dosažení ideálu krásy, který je často nerealistický a zkreslený. Mnozí mladí lidé, ať už vědomě, nebo nevědomě, tento ideál přebírají a usilují o něj, přičemž se inspirují především tím, co vidí na sociálních sítích a v online médiích. Tyto obrazy krásy však většinou neodpovídají skutečnosti, což může vést k nerealistickým očekáváním a tlakům na vlastní tělo. Já jsem se ve své bakalářské práci zaměřila na věkové rozmezí 18-25 let a to z důvodu, že v tomto věku přicházejí většinou starosti dospělého života a je to velmi rizikové období.

Předkládaná práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části seznamuji čtenáře s definicí, diagnostickými kritérii, etiologií a o příznacích mentální anorexie. Dále se zaměřuji na možnosti léčby, prevenci a prognózu. Zmiňuji nejčastější komplikace u mentální anorexie. Také se zaměřuji na kapitolu o kvalitě života u pacienta s mentální anorexií a zmiňuji specifika kvality života. V poslední kapitole se soustředím na ošetřovatelské hledisko, v rámci ní na metody posouzení kvality života a role ošetřovatelské péče. V empirické části jsem se rozhodla zvolit výzkum formou rozhovorů. Rozhovory probíhali online formou se s třemi dívkami, které si prošly mentální anorexií a nyní jsou ve fázi zotavení, což mi umožní retrospektivní pohled právě na kvalitu života ve všech fázích nemoci (před, během a po onemocnění). V praktické části se soustředím na tyto cíle.

Prvním cílem výzkumu je posoudit kvalitu života pacientek s mentální anorexií před vznikem onemocnění, v průběhu onemocnění a po léčbě. A to z důvodu, že v těchto obdobích pacientka vnímala rozdílně příznaky, měla jiné priority a pohled na nemoc. Dalším cílem je zjistit úlohu ošetřovatelské péče v jednotlivých fázích onemocnění a její vliv na kvalitu života pacientek. V této části zjistím rozdílnost ošetřovatelské péče a důležitost pomoci zdravotníků v jednotlivých fázích onemocnění. Také se zaměřím na pozitivní a nega-

tivní dopady na kvalitu života pacientky. V rámci posledního cíle se budu snažit porovnat změny v kvalitě života během různých fázích onemocnění, identifikovat klíčové faktory, které ovlivňují tyto změny a zhodnotit, jakým způsobem se kvalita života měnila díky ošetřovatelským intervencím.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha příjmu potravy, charakterizována úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Nemocní nechtějí jíst a odmítají jídlo, mají strach z tloušťky, nadměrně se pozorují, hlavně vlastní vzhled a váhu. Snaží se tedy zhubnout nebo alespoň nepřibrat, což je spojené s omezeným příjmem a zvyšováním energetického výdeje. „Anorexie“ jako pojem může být zavádějící, jelikož ztráta chuti k jídlu nebo oslabení chuti je často až sekundární důsledek (Krch, 2005, str. 16). Tyto příznaky se nemusí vyskytnout u všech nemocných. U části pacientů je omezování se v jídle spojeno se zvýšeným zájmem o jídlo (Krch, 2005, str. 16). Což znamená, že na něj často myslí, rádi vaří nebo sbírají různé recepty. Proto anorektičtí pacienti neodmítají stravu, z důvodu že by neměli chuť, ale protože nechtějí jíst, popírají to a uvádějí různé důvody, které ale mohou mnohdy dávat smysl. Jejich odstup od jídla je projevem nezdravého a nekompromisního postoje k tělesné hmotnosti, tloušťce nebo jejich křivkám.

1.1 Historie

V průběhu staletí patřilo odmítání jídla k příznakům různých somatických poruch. Toto chování bylo dlouho považováno za zcela normální. Extrémní dodržování půstu bylo součástí sebetrestajících nebo asketických praktik u mnoha křesťanů (Krch, 2005, str. 27). V středověku byl přehnaný půst velmi důležitý v životě mnoha věřících žen, které tvrdily, že je při životě s omezeným příjmem nebo dokonce bez potravy udržuje Boží pomoc (Papežová, 2010). Na počátku novověku se začaly objevovat „zázračné panny“, postící se adolescentní dívky, ty se již neodvolávaly na boží pomoc (Krch, 2005, str. 28). Tyto ženy měli dostatek místní i mezinárodní pozornosti a vyvolávaly diskuse, zda se jedná o zázrak či o podvod. Lékaři se přiklonili k názoru, že se jedná o zázrak s pomocí Boží a použili proto termín „anorexia mirabilis“ neboli svatá anorexie (Krch, 2005). První důvěryhodně popsané případy mentální anorexie se začali objevovat ve druhé polovině 19. století. W. S. Chipley což byl hlavní lékař ústavu pro duševně nemocné v Kentucky popsal v roce 1859 tzv. „sitiomanii“ (Papežová, 2010). Kromě této formy odmítání potravy popsal i jiný typ a to u vyhublých dospívajících dívek pocházející z vyšší společenské vrstvy, které se na sebe tímto způsobem snažili upoutat pozornost (Papežová, 2010). O rok později, tedy r. 1860 popisuje francouzský lékař L.V. Marcé, formy „hypochondrického delirie“ u dospívajících pacientek. Ty trpěly nechutí k jídlu, bolestivým trávením a dospěly k závěru, že nemohou jíst.

Snaha o změnu dietního režimu se setkala s mnoha rafinovanými lstmi a neústupným odporem. Po roce 1914, kdy hamburský patolog M. Simmonds objevil u některých pacientek s podvýživou léze v podvěsku mozkovém, začala být mentální anorexie chybně spojována se „Simmondsovou chorobou“ (Krch, 2005). Tato chybná domněnka byla zpochybněna až po dvaceti letech a mentální anorexie byla opět zařazena mezi duševní choroby.

1.2 Další PPP

Mentální anorexie patří mezi poruchy příjmu potravy. Ty jsou definovány jako duševní onemocnění, které jsou charakterizovány právě zkresleným vnímáním svého těla a nevhodným stravovacím chováním. Mezi poruchy příjmu potravy patří kromě již zmíněné mentální anorexie ještě mentální bulimie. Ta je charakterizována přejídáním a následnou kompenzací. Přejídání je doprovázeno ztrátou kontroly a kompenzace může probíhat formou zvracení, užívaním projímadel, diuretik nebo nadměrnou fyzickou námahou. Jinak se mentální bulimie dost protíná právě s mentální anorexií. Psychogenní přejídání se také řadí mezi poruchy příjmu potravy. Je to porucha charakterizována nepřetržitým přijímáním velkého množství jídla, často bez přítomnosti hladu a se ztrátou kontroly nad jídlem (Papežová, 2012). Psychogenní přejídání na rozdíl od mentální bulimie nezahrnuje kompenzační metody. Je velmi důležité žádnou z poruch příjmu potravy nebrat na lehkou váhu, všechny jsou velice nebezpečné a je u nich podstatná včasná diagnostika a léčba.

2 Příčiny

Příčiny mentální anorexie jsou velmi složité. Každý pacient má jiný varovný signál a samozřejmě i rozdílný průběh nemoci. O příčinách mentální anorexie bylo řečeno spoustu různých hypotéz. U mnoha pacientek se ale zjistilo, že šlo o shodu okolností poruchy a určitého společného jevu pro danou populační skupinu (Krch, 2005, str. 57). Jedná se o nespecifické rizikové faktory. Ty byly zjištěny v rodinných a osobních anamnézách u daných pacientů a vyskytují se napříč psychiatrickými poruchami. Myslím tím například alkoholismus, nízké sebehodnocení nebo depresivita rodičů (Papežová, 2010, str. 36).

V této části se podrobně zaměřím na jednotlivé příčiny. Rozděluji je do kategorií, podle F.D. Krcha a jeho knih „Mentální anorexie“, „Poruchy příjmu potravy“.

2.1 Biologické faktory

2.1.1 Ženské pohlaví

Že se člověk narodí, jako žena je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů. Ženy jsou totiž postihnuty mentální anorexií asi desetkrát častěji než muži. Samozřejmě existují i muži trpící mentální anorexií. K nejvýznamnějším tělesným i psychickým změnám dochází v období adolescence. Velmi rychlý tělesný růst je spojen s přibírající tělesnou hmotností. Pro mnoho dívek toto způsobí hrozbu, jelikož se k rychlému růstu přidává i rychlý přírůstek tuků a tím dochází k zaoblování a nabírání ženských tvarů, což může vyvolat první impulzy k držením diet a sledováním tělesné hmotnosti. Tím může také dojít k touze vypadat jinak, nenávisti vůči sobě a to jednoduše způsobuje propuknutí mentální anorexie. Ženy se totiž spíše v tomto období vzdalují ideálu krásy, kterým jsou štíhlé dívky. Pro chlapce je období dospívání spíše pozitivní, protože dochází k nárůstu svalové hmoty. Tím se přibližují k ideálu svalnatého muže, což mnohdy způsobí, že získají i dostatek sebevědomí. Významnou roli pro dívky může být i dívčí kolektiv, v rámci různých sportů, koníčků například balet, atletika, tancování nebo zpívání, kde mají dívky příležitost se porovnávat. Zde také není výjimkou výskyt mentální anorexie.

2.1.2 Tělesná hmotnost

S nárůstem tělesné hmotnosti značně vzrůstá nespokojenost s tělem a tím se zvyšuje i nebezpečí redukčních diet a anorexie (Krch, 2005, str. 62). Držení diet je také rizikovým faktorem pro vznik mentální anorexie. Základním příznakem mentální anorexie je strach z tloušťky, ten může být popírán nebo zaměňován za snahu „něco zhubnout“, jíst zdravě nebo udělat něco pro své zdraví (Krch, 2023). Toto je samozřejmě přirozeně spojeno se zkreslenou představou o vlastním těle. Nemocní sledují své tělesné partie a proporce a nadhodnocují je (Krch, 2023). Tento strach z tloušťky má většinou nereálné kořeny, proto se také tato porucha často objevuje v životních obdobích, která jsou spojena s výraznými tělesnými změnami. Jde například o dospívání nebo těhotenství (Krch, 2005, str. 62).

Mnoho anorektiček má v rodinné anamnéze obezitu, či naopak vyhublost. Tím pádem mají buď pro ně jasnou představu toho jak určitě nechtějí vypadat a mít v rámci obezity další chronické problémy. A nebo naopak se vzhlédnou v členovi rodiny, který má vyhublou postavu a následně podlehnou také anorexii.

2.1.3 Puberta

Období puberty je typické pro vznik mentální anorexie. Crisp (1980) zdůrazňuje, že tělesné dospívání v pubertě je podstatným podnětem při vzniku příznaků mentální anorexie, což je ke konci puberty patrné až u šesti procent dívek (Krch, 2023). Negativní emoce v období puberty jsou spojovány s hormonálními změnami v tomto období a mohou mít určitou zprostředkovací roli. Dochází k rozvoji sebepojetí, sebeuvědomování a zvyšuje se zájem o svět vrstevníků. V tomto světě je dospívající velmi citlivý a vymezuje se k jeho hodnotám a kritériím, také je sociálně vnímavější, a proto zranitelnější a soupeřivější (Krch, 2023). Jeho sebevědomí je kolísavé a školní prostředí mu umožňuje zaměřené soustředění na cíl, což může být ještě upevněno třeba zájmovým kroužkem, jako je například sportovní oddíl nebo taneční skupina. V rámci kolektivu se mohou objevit dívky, které se srovnávají s ostatními dívkami anebo právě s kamarádkami ve sportovním oddílu nebo taneční skupině. V období puberty snadno podléhají vlivu pro ně významných vzorů,jako jsou například modelky na sociálních sítích, influencerky nebo sportovní hvězdy.

S pubertou také souvisí zásadní sociální změny, které mohou pro dospívající představovat značný stres. Tím dochází k stoupání míry úzkosti a citlivosti na reakce okolí (Krch, 2023).

Zvýšené sledování těla a příjmu potravy může být spojeno se zvýšenou kontrolou měnícího se života právě v období puberty. I přesto, že se sebevědomí děvčat v dospívání zlepšuje, nízké hodnocení vlastního těla setrvává až do dospělosti a je hlavním zdrojem jejich sebepodceňování (Krch, 2023). S dospíváním také souvisí a může být spojena separace od rodiny, snaha sebeprosazení a realizace vlastní nezávislosti, což může souviset s rozvojem mentální anorexie (Krch, 2023). Bydlení samostatně, erasmus nebo dlouhodobé studium v zahraničí může také narušit jídelní zvyklosti a přispět k rozvoji mentální anorexie.

2.2 Sociální a kulturní faktory

Tyto faktory jsou v dnešní době velmi konzultovaným tématem. V každém století je ideál krásy jiný. Zahrnuje psychické a fyzické aspekty, které považujeme za atraktivní. Většinou se jedná o vyhublé postavy, které jsou žádoucí pro okolí. Ať už chceme nebo ne každý z nás někdy odsoudil druhou osobu kvůli postavě, ať už cíleně nebo ne. Každý z nás má na sobě část těla, která se mu nelíbí a kterou by chtěl změnit.

Hlavně mladé dívky vidí v štíhlosti cestu ke kráse, úspěchu a sebekontrolu spojují s neustálým sledováním tělesné hmotnosti (Krch, 2005, str. 58). Ženy nejen v dnešní době jsou vystavovány stále většímu tlaku názoru společnosti, medií i blízkého okolí, které je přesvědčují o tom, že jejich osobní štěstí, vlastní hodnoty a krása závisí na tom, kolik váží a jakou mají postavu (Krch, 2002, str. 57). V štíhlosti vidí ženy neskutečné výhody, ale jen málo z nich pomýšlí na negativní důsledky spojené s omezováním jídla. Extrémní omezování jídla, které vede k mentální anorexii, je pro ně nejrychlejším řešením jak dosáhnout svoji vysněné postavy. Chtějí jen vyhovět společenským normám o ideální fyzické představě, které je vystavily nadměrnému tlaku na dodržování diet. „O něco více kil“ vede k selhání, šikaně, diskriminaci a nízkému sebevědomí. Velká váha ovlivnění se připisuje hlavně negativnímu vlivu reklamy, medií i třeba sociálních sítí.

Vliv mohou mít na dívky různé například modelky, herečky nebo influencerky na sociální sítích, pak fanoušci získají falešnou představu o životním stylu daného člověka. Na druhou stranu se na internetu už pohybuje mnoho známých osobností, které mají v dnešní době vliv na společnost, snaží se znormalizovat ideál krásy a ukazovat, že všichni mají některé fyzické nedostatky například celulitidu, podbřišek nebo podbradek. Chtějí, aby se ženy v svém těle hlavně cítily sebevědomě a nehledaly na sobě chyby. Ale i přes snahu znormalizovat normální postavu, módní ideál hubené dívky nepřímo ovlivňuje hlavně zranitelné ado-

lescentky. A stále vede představa hubené, úspěšné dívky. Nepomáhá tomu ani to, že se k dietním trendům a „fit“, hubené postavě přizpůsobuje i potravinářský průmysl, který podporuje stále více nízkokalorických „light“ a „fit“ výrobků.

Všichni chtějí být štíhlí také z důvodu, že obézní lidé bývají prezentováni jako líní, hloupí a neúspěšní. Proto také často dochází k diskriminaci těchto lidí. S obezitou se také často spojují odstrašující aspekty chronických onemocnění, jedná se, ale o extrémní případy. O důsledcích obezity se podle mě hovoří daleko více než o rizicích malnutrice tedy podvýživy, proto se ji také chce každý o to více vyhnout.

Sociální a kulturní tlaky na udržování extrémně štíhlé postavy jsou v rozporu s biologickou rozmanitostí a přirozeností lidského těla. Také oslabují sebedůvěru mladých dívek, kterým představují cíle, které zcela neodpovídají realitě a předkládají jim nevhodné vzory (Krch, 2005, str. 60). A tím u adolescentek posilují strach z tloušťky, přehnaný zájem o sledování tělesné hmotnosti a přispívají k nespokojenosti s vlastním tělem.

Dalším sociokulturním aspektem je nátlak na ženy spojený s širší škálou profesionálního uplatnění. Kdy i při výběrových řízeních do zaměstnání hledají „reprezentativní“ slečny, které mají vymezený vzhledový ideál například hostesky, promotérky nebo modelky. Pro některé ženy může být také dodržování diet spojeno s určitou obranou před úzkostí, kdy „v chaosu společnosti mohou alespoň mít pod kontrolou vlastní tělo“ (Krch, 2005, str. 60).

2.3 Životní události

Nejrůznější životní situace a události jsou často označovány za zásadní nebo spouštějící faktor poruch příjmu potravy. Podle NICE (2004) je až 70% případů anorexie spouštějícím mechanismem obtížná životní situace (Krch, 2005, str. 64). Nejčastěji se jedná o narážky na tloušťku nebo tělesný vzhled, který může přicházet od spolužáků ve škole nebo i dokonce členů rodiny či blízkých kamarádů. Tyto narážky mohou přicházet také v rámci sociální sítí od lidí, které ani neznáme a nikdy jsme je neviděli, ale oni se nás rozhodli ponížit a sdělit nám jejich názor. U těchto „narážek“ je podstatné si připomenout fakt, že se pacient pravděpodobně již s nějakými problémy ohledně svého vzhledu potýká a má určité tendence třeba i k poruchám příjmu potravy. V tomto případě pak i malá poznámka může být spouštějícím mechanismem psychické nemoci. A spousty těchto narážet si v dnešní době lidé neodpustí, což je opět způsobeno určitým ideálem krásy, kterým jsou v dnešní době vyhublé krásky. Dále se může jednat o sexuální nebo jiné konflikty, významnou životní

změnu, osobní nezdar nebo nemoc (Krch, 2005, str. 64). Tyto události jsou mnohdy pro pacienty velmi podstatnou příčinou nemoci a pacienti právě přes poruchy příjmu potravy a soustředění se na svou tělesnou váhu unikají od strachu, smutku nebo zlosti. Životní události, se také mohou týkat problémů v rodině jako třeba rozvod rodičů, odloučení od rodiny, vypjaté situace v dospívání, nečekané úmrtí blízkého nebo nedostatek lásky od rodičů. Dále pacienty v rámci rodiny může ovlivnit alkoholismus, užívání drog, psychické problémy, sexuální zneužití nebo násilí v rodině.

Všechny tyto události jsou sledovány zpětně tedy retrospektivně a je otázka jak moc jsou tato data variabilní, jelikož zobrazují to, co si pacient, jeho rodina a okolí si myslí o problému.

Za životní událost, která pacientovu nemoc zřetelně ovlivnila, můžeme považovat hlavně to, co řekne sám pacient. Každý totiž jinak vnímá různé životní situace, pro někoho to může být banalita a pro někoho velký problém, který se negativně projevila právě třeba na jeho psychice. Proto je důležité nepovažovat tyto události za nepodstatné, protože pro pacienta jsou součástí jeho života a významně ho ovlivnily.

2.4 Rodinné a genetické faktory

U převážné většiny případů mentální anorexie je příčinou kombinace genetických faktorů a vlivu prostředí (Kolářová, 2021). Tyto genetické faktory i vlivy prostředí se samozřejmě mohou různě mísit a protínat. Genetika má významný vliv na vztah k prostředí a to se projevuje hlavně v tom, že genetické faktory ovlivňují člověka k různým vlivům prostředí (Kolářová, 2021). Na podobné podněty tak má každý jinou reakci a o tom právě rozhodují genetické faktory, které jedince ochraňují a nebo mu naopak předpovídají rozvoj duševní choroby.

V rámci genetických faktorů vědci z Dětské nemocnice v Philadelphii určili typické a ojedinělé varianty genů spojovaným s mentální anorexií (Wang et al., 2010). Studiem na dvojčatech a jiných studiích týkající se rodiny ukázaly, že mentální anorexie je silně dědičná (Wang et al., 2010). Ovšem ačkoliv mnoho genetických studií rozpoznalo kandidátní geny, které jsou spojované s mentální anorexií, genetický plán podporující vnímavost k mentální anorexie je zatím neznám (Wang et al., 2010).

Velká část pacientů, jejich rodin, terapeutů připisuje počátek mentální anorexie i různým rodinným událostem. Už prodělání anorexie někým z rodinných příslušníků se považu-

je za rizikový faktor. Výskyt poruch příjmu potravy mezi sestrami byl odhadován na 11,4% a mezi sourozenci pacientů v rozmezí mezi 3- 10% (Krch, 2005, str. 65). Pro děti, které vyrůstají v rodinách, které jsou ovlivněny anorexií, může být normální neustálé sledování své tělesné váhy, proporcí a vzhledu. Můžou to mít okoukané například od matky anorektičky už od raného dětství, je pro ně normální se přehnaně sledovat, jelikož to matka také dělá.

2.5 Emocionální faktory

U pacientů během mentální anorexie se často vyskytují depresivní a úzkostné poruchy. Neustálá posedlost hubeností i přes zdravotní problémy, které jsou závažné, nás v některých případech vede k přirovnání mentální anorexie k pomalé sebevraždě (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006, str. 21-26).

Většina depresivních, úzkostných myšlenek mohou právě pocházet z poruchy příjmu potravy a zaobírají se svojí tělesnou váhou, vzhledem. Depresivní příznaky na rozdíl od úzkostných mohou ustupovat, ale pod podmínkou že se jedinci podaří získat kontrolu nad příjmem potravy, úzkostné příznaky pak často přetrvávají nebo se mohou dokonce i zhoršovat (Krch, 2004). Úzkostné a depresivní příznaky mají také zásadní roli, ale mnohdy velmi rozdílnou v tempu vývoje poruchy příjmu potravy (Krch, 2004). Nízká úroveň sebevědomí, pocit neschopnosti nebo neustálého sebepozorování patří mezi časté spouštějící faktory. Samozřejmě může být i deprese „finální možností“ pro pacienty, podobně jako tomu je v případě alkoholismu (Krch, 2004).

2.6 Osobnost a další psychické charakteristiky

U nemocných trpící mentální anorexií můžeme mnohdy sledovat určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti. Nelze ale specifikovat přesný obraz pacienta s mentální anorexií. U mnohých se totiž vyskytují společné osobnostní rysy častěji a může to být jedna z příčin. Problémem je, že tyto výzkumy probíhají retrospektivně a pouze na malém vzorku pacientů. Komplikací také je hodnotit jednotlivé rysy či poruchy po dlouhodobé diagnostice mentální anorexie, která zahrnuje určité psychické změny a změny v chování.

I přes to autoři předpokládají, že klíčovým aspektem patogeneze mentální anorexie jsou právě určité osobnostní rysy nebo poruchy osobnosti (Krch, 2005, str. 71). Anorektičky

jsou typicky popisovány jako dívky, které jsou zaměřené na dosažení úspěchu, perfekcionistky, většinou dodržují společenské normy a rodičovské hodnoty, nicméně postrádají fantazii, kreativitu a nezávislou vůli. Jako dívky zatížené záporným hodnocením sebe sama, která májí strach z přizpůsobení se novým situacím spojených s dospělostí, nejasných vztahům i cílům (Krch, 2005, str. 71-72).

3 Příznaky

Rozpoznat mentální anorexii může být někdy velmi náročné, ale existují úvodní příznaky, které nám mohou pomoci se ujistit, že daný nemocný má problém právě s nějakou poruchou příjmu potravy. U každého pacienta jsou tyto příznaky jiné a projevují se rozdílně. Spousty z nich se propojují a mísí. Nejčastější příznaky spadají do následujících kategorií.

3.1 Jídelníček a jídelní režim

Jedním z prvních rozpoznávacích faktorů mentální anorexie mohou být změny v jídelníčku, který se samozřejmě mění postupně. Nejdříve mizí jídla energeticky vydatná nebo nezdravá, také sladkosti a tučná jídla. Dále i může být vynecháno například bílé pečivo, maso, knedlíky, vše postupně. Až nakonec v jídelníčku zbydou pouze dietní potravy. Postupně dochází k vynechání hlavního jídla. Jsou schopny celý den jíst třeba jen jablka. Změny v jídelníčku jsou stále s větší důsledností a rafinovaností. Nemají čas na jídlo, vymlouvají se a přibývá podvodů kolem jídla. Po jídle mohou odbíhat na toaletu a snažit se jídla zbavit. Některé dívky dokáží zpracované jídlo udržet v ústech i překvapivě dlouhou dobu (Krch, 2023). Mohou také zneužívat diuretika a laxantiva. Anorektičky tvrdí, že ráno nejsou zvyklí jíst nebo nemají čas a večer jsou většinou už po jídle (Krch, 2002, str. 27). Jídlo konzumují pomalu a často se v něm nimrají, vybírají si, zdlouhavě si ho prohlížejí a krájejí si ho na miniaturní části. Tvrdí, že si musejí jídlo „vychutnat“ a nebo „jíst v klidu“ a proto jim jídlo trvá sníst i třeba 30 minut a víc. Při tom přehnaně reagují na to, když je při jídle někdo sleduje (Národní zdravotnický infomační portál, 2020). Stálé se při jídle srovnávají ostatními, chtějí co nejmenší porci a mohou dost žvýkat žvýkačky nebo kouřit (Národní zdravotnický infomační portál, 2020). Některé hodně solí, pijí kávu. Často se jim udělá po něčem špatně. Některé se snaží zapít hlad, tudíž hodně pijí a některé zas naopak nepijí vůbec, tím pádem jim hrozí riziko dehydratace. Vyhýbají se jídlu ve společnosti, snadno se cítí přejedeně a mluví o tom, jak moc toho snědly. Při jídle vypadají napjatě, vyděšeně a strnule. Donutit anorektičky jíst, je nadlidský úkol, reagují s neskutečným odporem (Krch, 2023). Vyhrožují, psychicky vydírají a na každý argument mají protiargument.

3.2 Tělesná aktivita

Dalším rozpoznávacím příznakem může být vzrůstající tělesná aktivita. Přestože primární účel může být „něco zhubnout“ nebo nabrat fyzickou zdatnost. Pacientky lehce podlehnou zvýšené aktivitě, to úzce souvisí s přidruženými změnami v jídelníčku a poté jednoduše vzniká porucha příjmu potravy. Často někde pobíhají, mají stálou potřebu něco dělat a chtějí se pořádně zapotit. Dokáží například nachodit mnohonásobně víc kilometrů, strávit v posilovně několik hodin (Národní zdravotnický infomační portál, 2020). Nejsou schopné prostě jen tak sedět a nic nedělat. Tím může dojít k zhoršené pozornosti, jelikož se nedokáží soustředit. Toto chování může způsobit závažné zdravotní problémy, jako je úbytek svalové a kostní hmoty (Národní zdravotnický infomační portál, 2020). S rostoucí podvýživou nemá tělo kde brát energii, tudíž přibývá únava, vyčerpání a pacientky nemají na nic sílu.

3.3 Sebehodnocení

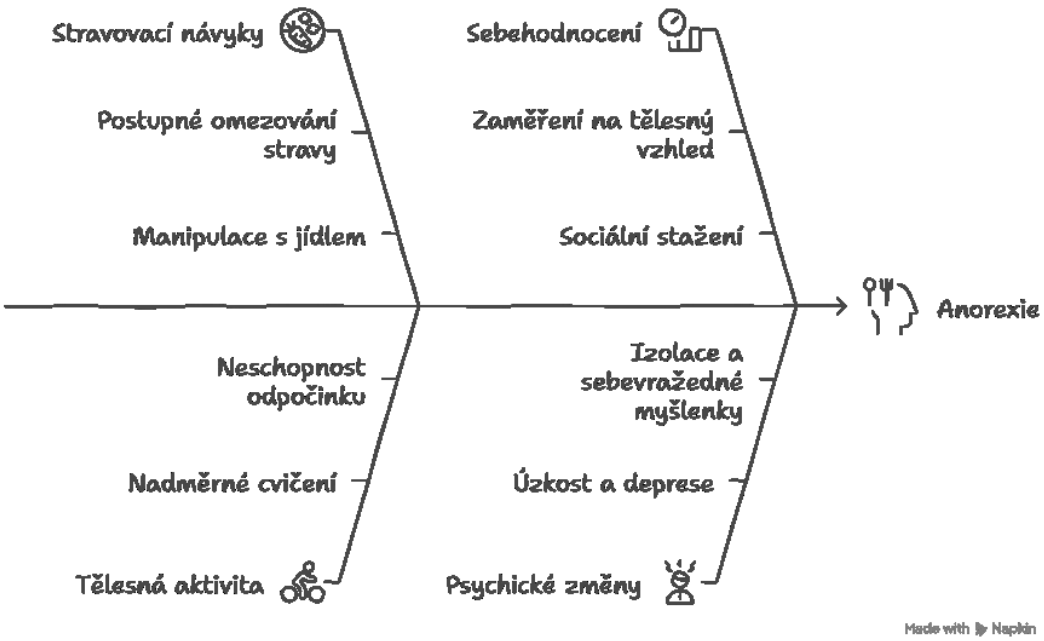
Dalším příznakem je, že se pacient příliš soustředí na svůj tělesný vzhled. Při prvním zhubnutí zpravidla dochází k vzrůstu sebevědomí a nálada se zlepšuje, pacienti jsou v této době velice společensky aktivní (Krch, 2023). Postupně se ale začnou stále více soustředit na sebe, svoji váhu a vzhled. Zaobírají se svojí postavou, hmotností. Tráví mnoho času před zrcadlem a na váze, jestli náhodou nepřibrali, třeba jen o 100g. Velmi často nosí volné oblečení, aby svou „tlustou“ postavu zakryli. Mluví o jídle anebo se naopak tomuto tématu vyhýbají. Také se začnou vyhýbat přátelům a rodině. Zvyšuje se jejich přecitlivělost a zhoršuje se jim nálada, což způsobuje právě zkreslený pohled na vlastní tělo, a to vede k nízkému sebevědomí a negativnímu vnímání vlastního těla.

3.4 Fyzické projevy

V rámci fyzických problémů se nejprve objevuje kachexie neboli extrémní ztráta hmotnosti. Může se vyskytnout také zácpa, nadýmání nebo rozvoj potravinových intolerancí (Papežová, 2010). Dále poruchy menstruačního cyklu, u mužů snížený sexuální apetit, mdloby, závratě, zimomřivost, poruchy spánku, únava a vyčerpání (Papežová, 2010). Mohou začít vypadávat vlasy, zhoršovat se pleť a po těle se jim objevují jemné chloupky (Krch, 2002, str. 28). Pacient je spíš bledý, má suchou kůži a zapadlé oči.

3.5 Psychické změny

Strach z tloustnutí a snížené sebehodnocení, které jsou spojovány s mentální anorexií, mohou vést k různým psychickým změnám. Pacienti mohou mít depresivní myšlenky, pocity smutku a bezmoci. Také je mohou poskytnout úzkostné poruchy, které mohou zdravotní stav zhoršit a výrazně ovlivnit (Papežová, 2010). Pacienti se také velmi často izolují od svého okolí, což vede k osamocení a nedostatku pozornosti od ostatních. Pacienta mohou také zasáhnout sebevražedné myšlenky, které mu přijdou jako možné východisko jeho situace.



Obrázek 1 Souhrn příznaků (Napkin, 2025)

4 Diagnostika

Stanovení diagnózy u dospívajících může být v určitých kritériích náročnější než u dospělých. Lékař mnohdy stanoví diagnózu až po nátlaku rodinných příslušníků. Ti se často dostanou do konfliktu s nemocným, který ale onemocnění popírá, což může vést až ke krizovým situacím. Významnou roli hrají praktiční lékaři, pediatři a gynekologové, kteří mají první kontakt s nemocným a proto jsou nepostradatelní v diagnostice a motivaci pacientky k léčbě (Papežová, 2010, str. 126).

Při podezření na mentální anorexii by se měl lékař významně zaměřit na anamnézu. Ta má totiž velmi významnou roli. Lékař se snaží dozvědět co nejvíce informací o stravovacích návycích, rodinném i školním prostředí a duševním stavu pacientky. Může se také vyptávat na zvracení, zácpu, nepravidelnou menstruaci, fyzickou aktivitu, užívání léků, konzumace drog či alkoholu, ale i na sebevražedné pokusy nebo sebepoškozovací tendence (Národní zdravotnický infomační portál, 2024). Provede důkladně fyzikální vyšetření, zjistí tělesnou hmotnost i výšku pacientky a vypočítá hodnotu BMI, u dětí a mladistvých dojde k srovnání s růstovými grafy.

BMI	**Kategorie**
Méně než 18,5	Podváha
18,5- 24,9	Normální váha
25,0- 29,9	Nadváha
30,0- 34, 9	Obezita 1. Stupně
35,0- 39,9	Obezita 2. stupně
Více než 40,0	Obezita 3. stupně

Tabulka 1: Body Mass Index

Lékař si také může vyžádat další vyšetření. Součástí mohou být odběry krve nebo moči, čím lékař získá důležité laboratorní hodnoty, které jsou velmi významné v diagnostice. Odebrat se může např. krevní obraz, sedimentace erytrocytů, ureu a kreatinin (funkční vyšetření ledvin), triacyglycerol a cholesterol (metabolismus lipidů), glykémii, amylázu, jater-

ní testy nebo celkovou bílkovinu (Národní zdravotnický infomační portál, 2024). Dále může lékař věnovat pozornost případné anémii, nechat si stanovit laboratorně hladiny hormonů jako například růstových hormonů nebo hormonů štítné žlázy, popřípadě i některých dalších látek (nzip.cz, 2024). Pro lékaře je také podstatné zjistit i případné zdravotní komplikace nebo další přidružené onemocnění. Mezi tyto onemocnění může spadat malabsorpční syndrom, Crohnova choroba, celiakie, hypertrofická osteoartropatie, diabetes mellitus, různé hormonální poruchy jako třeba hypertyreóza, nádorová nebo psychiatrická onemocnění popřípadě i závislost na drogách či alkoholu (Národní zdravotnický infomační portál, 2024). Lékař také může nechat provést ultrazvukové vyšetření břicha nebo v případě potřeby EKG, gastroskopie nebo CT (Národní zdravotnický infomační portál, 2024).

4.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0)

- Hmotnost těla, je udržována méně než 15% pod normální úrovní nebo je BMI nižší než 17,5. Pacienti před pubertou nenaberou během růstu vhodný přírůstek hmotnosti (Marádová,2007, str. 7).
- Vyhýbá se jídlům, po kterých se tloustne, nebo nadměrně cvičí, užívá laxantiva, anorektika a diuretika a tím dosáhne snížení tělesné hmotnosti (Marádová,2007, str. 7).
- Mají strach z tloušťky a mají zkreslené představy o vlastním těle. Představa tloustnutí je pro ně nepřekonatelná a stanoví si velmi nízký hmotností práh (Marádová,2007, str. 7).
- Porucha menstruačního cyklu u žen, může se jednat pouze o nepravidelnost, ale také o zástavu cyklu. Neděje se u žen, které užívají náhradní hormonální léčbu (Marádová,2007, str. 7).
- Opoždění až zastavení pubertálních projevů, pokud onemocnění tedy začalo před pubertou. Zastavuje se růst, u dívek se nevyvinou prsa a dochází k nedostavení první menstruace. U chlapců se nevyvinou genitály (Marádová,2007, str. 7).

4.2 Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- Odmítání příjmu potravy, nechce si udržet vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku nebo nedostatečný příbytek hmotnosti během růstu (Krch, 2005, str. 17).

- Intenzivní strach nebo obavy z přibývání na váze, přestože je pacientka podvyživená (Krch, 2005, str. 17).
- Narušení vnímání vlastního těla, hmotnosti, tvarů. Nepřiměřený vliv na sebehodnocení a popírání vlastní nízké tělesné hmotnosti (Krch, 2005, str. 17).
- Absence minimálně tří za sebou jdoucích menstruačních cyklů, pokud tedy není další důvod vynechání menstruace (Krch, 2005, str. 17).

5 Léčba

Základem každé léčby u jakékoliv nemoci je správná diagnostika, tomu není jinak ani u mentální anorexie. Léčba musí být komplexní, specializovaná s individuálním specifickým léčebným postupem (Papežová, 2010, str. 138). Důležitou součástí je psychoterapie. Hlavními cíli léčby jsou úprava tělesné hmotnosti, změna stravovacích návyků, přístupů k jídlu, vzhledu i sebehodnocení. V ideálním případě dochází k úzké spolupráci mezi lékařem a psychoterapeutem, měl by být také navázán terapeutický vztah s nemocným, popřípadě s rodiči dětských nebo dospívajících pacientů. Čím dříve započne léčba, tím lepší je prognóza pacienta. Léčba je založena na dobrovolné spolupráci pacienta a nesmí chybět ani jejich motivace k léčbě, což může být u dětí obtížné toho dosáhnout (Papežová, 2010, str. 138). Čím je dítě mladší a duševně nezralejší, tím je spolupráce v léčbě a náhledu na zdravotní stav horší a tím je větší odpovědnost na okolí dítěte a to zejména na rodičích (Papežová, 2010, str. 138). V léčbě je důležité jasné stanovení pravidel a nejlépe stoprocentní dodržování. To ale může být někdy v rámci rodiny dost komplikované, protože to vede ke konfliktům nejen s nemocným, ale může to způsobit hádky v rodině.

Důležitým rozhodnutím, je otázka zda zvolit ambulantní péči nebo je nutná hospitalizace na lůžkovém oddělení. V České republice je problém, protože chybí specializovaná centra ve formě denního stacionáře pro děti a dospívající s touto diagnózou (Papežová, 2010, str. 139). Ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové už nějakou dobu bojují s nedostatkem psychiatrů pro děti a mladistvé. V rámci každé léčby bychom měli sledovat tyto tři cíle:

- Léčba dlouhotrvající podvýživy a tělesných obtíží, což může být způsobeno vlivem opakovaného zvracení, užíváním laxantiv, diuretik nebo dlouhodobým hladověním (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, str. 54).
- Psychoterapie k pochopení příčin nemoci a to zejména v kontextu „role“ nemoci v současném životě nemocného (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, str. 54)
- Psychoterapie soustředěná na změnu nevhodných stravovacích návyků a životního stylu (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, str. 54).

5.1 Denní stacionář

Denní stacionář je forma ambulantní léčby, kdy pacient každý všední den navštěvuje stacionář a večer se vrací domů. V rámci návštěvy nabízejí stacionáře různé terapeutické programy jako například skupinové terapie, arteterapii, ergoterapii, individuální konzultace a další podpůrné služby. Cílem je umožnit pacientům podporu a léčbu, aby mohli žít co nejlépe ve své komunitě a minimalizovat potřebu hospitalizace. Denní stacionář je účinný u motivovaných pacientů, kteří jsou ochotni strávit čas na cestě. Mnohdy jim to vyhovuje víc, jelikož jsou přes noc v domácím prostředí a mají svůj klid. Důležitá je návaznost na ambulantní péči, pacienti jsou během návštěv stacionáře i po ukončení tohoto druhu léčby v kontaktu s ambulantním lékařem.

5.2 Ambulantní péče

Pacient v ambulantní péči je také v úzkém kontaktu s ambulantním lékařem. Dochází k léčbě a podpoře pacienta, tito pacienti docházejí do zdravotnického zařízení na pravidelné konzultace a terapie. Péče zahrnuje individuální či skupinové terapie, pravidelné kontroly hmotnosti, odběry krve a moči, farmakologickou léčbu, nutriční terapie a další podpůrné služby (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, str. 54). Ambulantní péče umožnuje pacientům žít doma, docházet pouze na předem domluvené návštěvy, což je výhodou pro ty, kterým stačí pravidelná podpora, ale nevyžadují intenzivní léčbu ve formě denního stacionáře či hospitalizace.

5.3 Hospitalizace

Důvodem hospitalizace je potřeba stabilizovat pacienta. Kritéria, která vedou k hospitalizaci, mohou být například velký váhový úbytek a jeho rychlost, sebepoškozování, riziko sebevraždy, deprese, vztahové problémy v rodině nebo ambulantní péče po dvou měsících nepřináší pozitivní výsledky (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, str. 58). Výhodou hospitalizace je mimo jiné vytržení z domácího prostředí, kde pacient, partner, popřípadě rodiče nezvládají jídelní patologii, své emoce, vzájemnou komunikaci a zodpovědnost (Papežová, 2010, str. 139). Nejlepší pro pacienta je hospitalizace na psychiatrickém oddělení s kvalifikovaným personálem, v rámci dětí je vhodná hospitalizace na oddělení, které má zkušenost s mentální anorexií u dětí.

Léčba začíná prvotně znovu začleněním, obnovením nebo vytvářením nových stravovacích návyků (Papežová, 2010, str. 139). Důležitá je i režimová terapie v rámci daného oddělení, kde je přesně daná struktura času a pravidel, včetně všech aktivit, učení, spánkového i jídelního režimu. Pacienti během pobytu navštěvují psychoterapii individuální i skupinovou, ergoterapie, arteterapie, různá dechová cvičení, vzdělávací aktivity atd. Postupně se dosahuje vhodného jídelního režimu a odpovídající tělesné hmotnosti (Papežová, 2010, str. 139). Další výhodou hospitalizace na oddělení je nepřetržitý kontakt s pacienty se stejnými, podobnými nebo úplně jinými duševními poruchami a díky tomu si předávají zkušenosti a poznatky z léčby i života.

5.4 Psychoterapie

Psychoterapie je jeden z možných léčebných postupů, který používá psychologické poznatky (Wallin, 2020). Cílem je úleva pacienta nebo vyléčení příznaků. Důležitý je silný terapeutický vztah s pacientem, založený na důvěře, pochopení a mívá dlouhodobý charakter. V tomto vztahu je velice důležité, aby oba spolupracovali na pacientem vymezených cílech a potřebách (Vymětal, 2010). Hlavním zdrojem psychoterapie je rozhovor. Existují různé typy psychoterapie, které odborníci považují za účinné.

5.4.1 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie je forma psychoterapie, při které se setkává pouze pacient s psychoterapeutem. Cílem je podpora osobního rozvoje, řešení psychických problémů a konfliktů a to prostřednictvím důvěrného rozhovoru mezi terapeutem a pacientem. Sezení obvykle trvá hodinu a četnost návštěv je na požadavku pacienta. Psychoterapie pomáhá pacientovi uvědomit si své potřeby, převzít zodpovědnost za svůj život a najít východiska problému.

5.4.2 Psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie

Psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie pomáhá porozumět hlubším příčinám onemocnění, včetně souvislostí o kterých pacient třeba ani neví (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, str. 57). Cílem psychodynamické psychoterapie je uvědomění si emocí a jejich zpracování, což může vést až k změně osobnosti. Psychodynamická psycho-

terapie se liší od té psychoanalytické tím, že se zabývá i současnými problémy pacienta a jeho mezilidských vztahů. Psychoanalytická psychoterapie pomáhá pochopit a změnit emoční a vztahové problémy, které jsou už ale hluboce zakořeněné. V obou druzích je také velmi důležitý vztah terapeuta a pacienta.

5.4.3 Kognitivní behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie je další možný typ psychoterapie, který se zabývá rozpoznáním problému, jeho popsáním a změnou chování (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, str. 58). Pacient se učí rozpoznávat a hodnotit své problémy. Následně dojde k popsání daného problému, terapie také pomáhá nahradit negativní myšlenky a to za pozitivnější a realističtější. V závěru se pacient učí novému chování, které mu pomáhá lépe zvládnout stresové životní situace.

5.4.4 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie probíhá většinou v menší skupině lidí, tedy 5-10 lidí. Cílem je řešení problémů jednotlivých pacientů, ale důležitá je také podpora rozvoje, osobního růstu a uzdravení v rámci vzájemné interakce mezi členy skupiny. Velkým pozitivem může být vzájemné předání zkušeností, poučení se z chyb druhým a pohled na náš problém očima někoho jiného.

5.4.5 Další součásti psychoterapie

Součástí psychoterapie může být i rodinná terapie, kde je nabízená pomoc nejen pacientů, ale i členům rodiny, které onemocnění negativně ovlivnilo. Tato terapie může pomoci i s narušeným vztahem v rodině. V takových případech mohou ještě pomoci svépomocné skupiny, které sdružují lidi s podobnými problémy a zkušenostmi. Ti se vzájemně podporují a předávají si cenné rady a učí se jak zvládat dané životní problémy.

5.5 Farmakologická léčba

V první řadě je důležitá informace, že neexistují žádné léky na mentální anorexii. Farmakoterapie je doporučována pouze, když jde o život ohrožující stavy nebo u atypických forem onemocnění, nebo tam, kde se ještě vyskytují duševní poruchy jako například poru-

chy nálady, deprese, úzkosti (Papežová, 2010, str. 140). V takových případech se podávají antidepresiva, anxiolytika nebo stabilizátory nálady popřípadě antipsychotika. Lékaři si ale musejí při předepisování dávat pozor na vedlejší účinky léků, spojených například s podvýživou u pacientky.

5.6 Nutriční terapie

Nutriční terapie je v rámci léčby mentální anorexie velmi podstatnou součástí léčby. Cílem je obnovit u pacienta normální stravovací návyky a normalizovat vnitřní prostředí jedince. Nutriční terapeut radí a pomáhá pacientovi v oblasti výživy, vysvětluje pacientovi podrobnosti týkající se hladovění, váhovému rozmezí, seznamuje jej s tělesnými následky a riziky podvýživy, užívání laxantiv, diuretik atd. (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017, str.). Hodnotí stav výživy pacienta a tvoří vhodný jídelníček, samozřejmě ve spolupráci s pacientem. Také u pacienta dochází k pravidelnému kontrolování tělesné hmotnosti a BMI, je sledován postupný přírůstek či úbytek váhy. Vše, když se daří, směřuje k postupnému nárůstu porcí jídla, pravidelnému stravovaní až k postupnému, zdravému přibírání na váze.

6 Prevence a prognóza

Prevence se dělí na primární, sekundární a terciální:

- Primární prevence spočívá především ve výchově v rodině, v působení společenských vlivů a kultuře stravování (Papežová, 2010, str. 140). Je důležité u dětí už od dětství budovat zdravé stravovací a pohybové návyky, naučit je vážit si vlastního těla a mít se rád. Rodiče by je neměli diskriminovat a měli by se vyhnout porovnávání s ostatními. Velmi podstatné je u každého jedince vlastní sebehodnocení, na které mají vliv média a společenské vzory. Tyto vzory velmi ovlivňují hlavně mladé lidi, kteří se nechají jednoduše strhnout davem. Školy mohou také pomoci v rámci prevence a to prostřednictvím různým preventivních programů o zdravém životním stylu, podpoře sebevědomí i informovanosti o šikaně zaměřené nejen na vzhled a hmotnost druhých dětí, ale i na její následky.
- Cílem sekundární prevence je odhalení a ovlivnění rizikových skupin, ke kterým patří skupiny léčící se s obezitou, se somatickým onemocněním spojených s dietou a hubnutím nebo i například děti navštěvující zájmové aktivity související se sledováním váhy a vzhledu, jako například modeling, gymnastika, atletika (Papežová, 2010, str. 140).
- Terciální prevence se zabývá prevencí relapsu neboli návratu k nemoci a obnovením plného zdraví včetně plodnosti (Papežová, 2010, str. 140). Pomáhá pacientovi najít nové zájmy ať už pohybové či kreativní, pomoci vypěstovat stravovací návyky a zabránit přenosu poruchy příjmu potravy na další generaci (Uhlíková, 2019).

Prognóza mentální anorexie závisí na několika faktorech. Úmrtnost se pohybuje mezi 2 až 20% (Němečková, 2007). Závisí to především na tíži onemocnění, hodnotě BMI, délce doby onemocnění před začátkem léčby a samozřejmě na kvalitě zdravotní péče (Ebeling a spol, 2003). Mohou na to mít vliv i přidružené komplikace například v podobě srdečního selhání nebo dysbalance elektrolytů (Němečková, 2007). Brzký začátek léčby, pacientův menší váhový úbytek nebo motivovaný postoj k léčbě mohou být znaky, které pozitivně ovlivní prognózu pacienta. Přibližně 44% pacientů dosáhne remise, někteří tedy dosáhnou pouze neúplné remise a někteří mají nepříznivou prognózu (Němečková, 2007). Chronický

průběh onemocnění může samozřejmě vést k dlouhodobému tlaku na psychickou i fyzickou stránku člověka a tím způsobit dlouhodobé problémy. V dětském věku se úmrtnost uvádí 3% (Papežová, 2010, str. 141). V období před pubertou, což je před 11. rokem, je prognóza horší. Důvodem může být zpoždění růstu a puberty nebo zhoršené zvládání stresu, což může vést k dlouhodobým důsledkům.

7 Zdravotní komplikace

Mentální anorexie může způsobovat řadu zdravotních komplikací, které mohou výrazně zvýšit úmrtnost. Ze všech psychických poruch vede právě mentální anorexie nejčastěji k smrti (Krch, 2005, str. 93). S postupnou ztrátou hmotnosti a pocitu hladu se objevuje více a více komplikací a tělo přestává mít energii, správně fungovat. Mnoho z příznaků mentální anorexie se projevuje fyzickými i psychickými komplikacemi.

7.1 Kardiovaskulární systém a metabolismus

U 90% nemocných s mentální anorexií se v průběhu onemocnění můžeme setkat s kardiovaskulárními potížemi (Krch, 2005, str. 94). Nejčastěji se jedná o sníženou srdeční frekvenci neboli bradykardii s frekvencí menší než 60 tepů za minutu. Bradykardie může vést k náhlé srdeční smrti. U většiny nemocných se můžeme setkat s nízkým srdečním tlakem neboli hypotenzí pod 90/60 mm Hg. Je způsobena chronickým sníženým objemu tělních tekutin a ortostatickými změnami. To způsobuje závratě, mdloby a náhlé ztráty vědomí (Krch, 2005, str. 94). Při nadměrném užívání diuretik nebo projímadel může dojít k narušení elektrolytové rovnováhy a tím k vyvolaným srdečním arytmiím (Krch, 2005, str. 94). Tyto srdeční arytmie většinou způsobí náhlé úmrtí. Mohou k nim být přidruženy další kardiovaskulární poruchy jako třeba poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory anebo zhoršená výkonnost srdečního svalu (Krch, 2005, str. 94).

U mentální anorexie je narušen metabolismus glukózy, hrozí hypoglykémie v rámci podvýživy. Hypoglykémie je tedy snížení hladiny cukru v krvi, což může vést k bezvědomí nebo kómatu. Existují údaje, které potvrzují, že u mentální anorexie dochází k narušení metabolismu kalcia a sodíku, což může být život ohrožující (Krch, 2005, str. 100). Podvyživené anorektičky nemají hluboký spánek, často se budí a celková doba spánku je kratší, budí se brzy ráno.

7.2 Poruchy vývoje a hormonální nerovnováhy

U dospívajících a dětí může mentální anorexie vést k zastavení nebo opoždění vývoje. U dívek se to může projevit opožděním puberty nebo pozdním nástupem první menstruace. U starších dívek může dojít k vynechání menstruace. Z důvodu sníženého příjmu výživy a narušení hormonální rovnováhy může být pozdním následkem mentální anorexie i osteo-

poróza (Národní zdravotnický informační portál, 2023). Za fyziologických okolností se totiž velká část kostní hmoty utváří právě před pubertou a během ní (Národní zdravotnický informační portál, 2023). Prokazatelnou komplikací mentální anorexie je také snížení minerální denzity kostí (Meisnerová, 2013). Přiměřené cvičení má ochranný vliv právě na denzitu kostí, neboť tím snižuje metabolický obrat kostní tkáně a zvyšuje tvorbu kostí (Krch, 2005, str. 97). Naopak při snížení denzity kostí roste výrazně riziko zlomenin.

Při hladovění dochází často ke změně osy hypothalamo- hypofyzární, což se projevuje sníženou produkcí gonadotropinů (FHS a LH), to vede k poklesu hladiny pohlavní hormonů, což často u žen způsobuje ztrátu menstruace. Je zvýšená sekrece kortikoliberunu, což způsobuje zvýšení hladiny kortizolu, toto může být spojováno se stresem a hladověním (Meisnerová, 2013). Mohou být i změny v sekreci růstových hormonů, které ovlivňují růst a metabolismus (Krch, 2005, str. 98). Hladina hormonu T4 je staticky nižší než norma, ale obvykle se pohybuje v přijatelném rozmezí hodnot (Krch, 2005, str. 98). Ale hormon T3 je snížen na polovinu v důsledku snížené periferní přeměny T4 na T3 (Krch, 2005, str. 98).

7.3 Nedostatek živin, vliv na pleť a vlasy

Mentální anorexie vede k nedostatku živin, ty mají vliv na pleť, vlasy. To se projevuje suchou, bledou a praskající pletí a i vlasy jsou suché, lámavé a vypadávají (Národní zdravotnický informační portál, 2023). Nedostatek živin může způsobit zažívací problémy, jako jsou zácpa a nadýmání. Nadměrné užívání projímadel může vyvolat nevolnost, zvracení, střídání zácpy a průjmu i případně poruchy malabsorpce, které mohou vést až k poruše vstřebávání bílkovin (Krch, 2005, str. 96). Negativní dopad na zubní sklovinu bývá hlavně u mentální bulimie, z důvodu zvracení, ale i u mentální anorexie může být sklovina poškozena nedostatečnou stravou a malnutricí (Žáková, 2021). Eroze zubní skloviny se u mentální anorexie nevyskytuje tak často, ale může být doprovázena dalšími problémy jako třeba sucho v ústech nebo záněty slinných žláz (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

7.4 Poškození orgánů

Nepřetržité hladovění poškozuje prakticky celé naše tělo, tedy i životně důležité orgány jako je mozek, játra, ledviny nebo už zmíněné srdce. Těžká forma této nemoci může mít velmi závažné komplikace a následky. Neurologické obtíže zahrnují spousty závažných stavů jako třeba atrofie mozku, což se vyskytuje u chronické mentální anorexie a může to vést

ke ztenčení kůry mozkové a rozšíření mozkových komor (Krch, 2005, str. 100). Mohou se objevit i poruchy kognitivních funkcí nebo křeče a svalová slabost, způsobená nedostatkem živin.

Dále může mentální anorexie zasáhnout ledviny. Může dojít k chronickému tabulárnímu poškození, což způsobí sníženou koncentrační schopnost ledvin, polyurii a polydipsii (Krch, 2005, str. 95). Hlavní poruchy elektrolytové rovnováhy, s kterými se u poruch příjmu potravy setkáme, jsou hypokalemie, hyponatremie, hypochloremie a metabolická alkalóza, které se vyskytují nejčastěji u pacientek dehydratovaných nebo při nadužívání projímadel a diuretik (Krch, 2005, str. 95). Právě dehydratace a snížená funkce ledvin výrazně ovlivňuje riziko infekcí močových cest a tvorby močových kamenů (Meisnerová, 2013).

7.5 Psychické komplikace

Mentální anorexii velmi často doprovázejí psychické příznaky jako poruchy soustředění, ztráty zájmu o své okolí, změny chování a nálady. V průběhu se může vyskytnout podrážděnost, apatie, depresivní nálady. Komplikace, které mohou vzniknout, jsou deprese. Ty mohou být způsobeny například kombinací s vnějšími vlivy. U pacienta se může často objevit i úzkostná nebo obsesivně- kompulzivní porucha. Některé rysy jako je perfekcionalismus mohou být spouštěčem osobnostních poruch. A určitě nesmím zapomenout zmínit větší riziko suicidálních myšlenek a chování, které je u mentální anorexie mnohem častější než u běžné populace.

8 Specifika ošetřovatelského přístupu

Příjem nemocných s poruchou příjmu potravy na oddělení má svá specifika. Kromě podrobné anamnézy, standardních odběrů a EKG je nezbytně nutné přesné zjištění hmotnosti, výšky a následně vypočítaného BMI. Tato hodnota je nutná a má důležitou roli pro skladbu jídelníčku, programu na oddělení, popřípadě vycházek. Vhodná je konzultace jídelníčku s nutriční terapeutkou. Při příjmu je důležitý podpis terapeutické smlouvy a dohody o možné cílové hmotnosti (Petr, Marková, 2014, str. 249). Je nutné rovněž poučit pacientku o zákazu mít u sebe jakékoliv léčivé přípravky, potravinové doplňky, slazené nápoje, potraviny. Vše je potřeba při příchodu odebrat. Během pobytu na oddělení je nutné provádět namátkové kontroly osobních věcí, samozřejmě za účasti pacienta. Nezřídka mohou být nalezena laxantiva, různé preparáty na hubnutí, diuretika. Také je důležité sledovat denní režim, včetně vycházek. Můžeme se totiž setkat s nadměrnou fyzickou aktivitou, která může souviset s navýšením jídla, pacient má snahu tím kompenzovat tělesnou hmotnost (Petr, Marková, 2014, str. 250). Velice podstatné je důsledné předávání informaci v zdravotnickém týmu, aby nedocházelo k manipulaci s personálem.

8.1 Role sestry

Důležité v ošetřovatelském přístupu celkově v psychiatrii je zachování neutrality a pozitivního postoje k pacientovi s vírou, že je schopen dělat vlastní rozhodnutí a změnit své již naučené vzorce chování. Přílišné ochranářské chování není vhodné z důvodu, že odrazuje pacienta od sdílení závažných zážitků. Sestra také pomáhá posilovat odpovědnost a svobodu volby pacienta, čímž snižuje jeho odpor k léčbě. Je mnoho alternativ, které sestra nabízí pacientovi při řešení problému a následně konzultuje jeho selhání a chyby. Nechrání ho před následky jeho chování, ale zároveň ho netrestá za únikové tendence. Snaží se poskytnout dostatek informací o probíhající péči a to nejen pacientům, ale i členům rodiny, popřípadě partnerům. V průběhu léčby sestra pomáhá pacientům stanovit si krátkodobé a dlouhodobé cíle, které jsou vhodné přímo pro ně. Mezi krátkodobé cíle patří například zvýšení motivace ke spolupráci, stanovení a splnění týdenního nárůstu hmotnosti, pravidelný jídelní režim, kontrola vlastní agresivity a emocí (Petr, Marková, 2014, str. 250). Mezi dlouhodobé cíle patří například odstranění biologických a psychologických následků podvýživy, změna sebehodnocení zúženého pouze na hmotnost a proporce těla, změna dysfunkčního myšlení,

postojů a pocitů, léčba komorbidit, prevence relapsu, podpora rodiny nebo partnera (Petr, Marková, 2014, str. 250). Tyto cíle se pacient za pomoci zdravotního týmu a i členů rodiny snaží splnit. Pacient by měl být motivovaný a cílevědomý pro splnění společně zvolených cílů.

8.2 Ošetřovatelská péče ve stravování

Hlavním pravidlem terapie je šest denních jídel, kdy množství a složení závisí na BMI pacienta. Nemocní se stravují u jednoho stolu a vždy je u toho přítomna zdravotní sestra. Hlavní jídlo by mělo být snězeno do 30 maximálně 45 minut, svačina a druhé večeře do 20 minut (Petr, Marková, 2014, str. 251). Sestra vede pacienty k tomu, aby se nevyjadřovali k množství, vzhledu či chuti servírovaného jídla. Vhodná je edukace o společném stolování, jako jsou používání příborů nebo vhodné tempo. Je nutné také hlídat pitný režim. Někteří pacienti mají potřebu přepíjet se, což má za následek otoky, rychlý nárůst hmotnosti a manipulaci s váhou (Petr, Marková, 2014, str. 251). Ale s nárůstem jídla pak omezují pitný režim na minimum a to může vést k poklesu krevního tlaku. Pacient se může cítit více unavený, může mít obstipaci až záněty ledvin. Proto je důležité, aby si pacient zapisoval, co a v jakém množství vypil. Úkolem sestry je také sledovat pacienta během dne, aby byl výsledek odpovídající.

Jídelníček by měl být různorodý, a měly by v něm být začleněny i potraviny, kterým se pacient záměrně vyhýbá. Je respektována pouze lékařsky potvrzená dieta (Petr, Marková, 2014, str. 251). Pacienti mnohdy mají pocit velké porce, ale tento pohled je zkreslený, podávány jsou klasické velikosti porcí. Nezbytné je, aby pacient při příjmu vyplnil společně se sestrou podrobný nutriční screening. Je to jednoduchý dotazník, který se kromě výšky, hmotnosti a BMI pacienta zaměřuje i na nežádoucí úbytek na váze v posledních třech měsících, snížení příjmu potravy, stravovací návyky, potravinové alergie, diety a závažná onemocnění (Balogová, 2012). V případě, že je v screenigu objevena alespoň jedna pozitivní odpověď, hlásí se tento údaj lékaři.

V první řadě se při příjmu potravy snažíme volit způsob příjmu per os. Pokud to ale není možné, podáváme nutriční podporu enterální cestou. Jestliže je kontraindikace, tak volíme cestu parenterální, vše samozřejmě pouze podle ordinace lékaře (Jelínková, 2019). Občas je nutná i kombinace enterální a parenterální cesty. Při podávání výživy musí sestra postupovat individuálně a respektovat energetické nároky pacienta. U enterální výživy často

využíváme perorální nutriční podporu neboli sipping. V dnešní době už se vyrábí mnoho druhů jako například různé mléčné nebo ovocné drinky nebo puding ve formě jogurtu.

8.3 Ošetřovatelská péče v oblasti psychiky

Mentální anorexie je sama o sobě porucha postihující psychiku, často jsou k tomu ještě přidruženy depresivní a úzkostné příznaky a ty jsou úzce spojeny s nespokojeností s vlastním tělem a s přibýváním na váze. Tato porucha od základu změní povahu nemocného. Typicky jsou pacienti více citliví až přecitlivělí, vztahovační, mají nízké sebevědomí, mohou se vyskytnout obsese a sebepoškozování (Petr, Marková, 2014, str. 250). Velmi často u nich dochází k zneužití alkoholu, psychoaktivních látek, čímž dochází ke zkreslenému pohledu na vlastní tělo. Velmi důležité je, aby byla léčba ze strany pacienta zcela dobrovolná a pacient měl motivaci k léčbě. Pokud by probíhala léčba proti jeho vůli, terapie nebude brána jako pomoc, ale jako násilí. Léčba je velice náročná, a to jak pro pacienta, tak ale i pro jeho okolí. Vyžaduje to porozumění, pochopení, toleranci, správnou komunikaci a terapeutické dovednosti. Pacienti velmi často v léčbě moc nespolupracují, jelikož překračují hranice léčebného režimu, mají vztek a nechuť k léčbě, léčbu přerušují. Může dojít z vyčerpání až frustraci sestry a to z důvodu, že do léčby pacienta vynakládá spousty energie, snahy a výsledky jsou minimální. Proto je podstatné, abychom i v těchto chvílích přijímali pacienta jako člověka, i když nespolupracuje v daný moment (Krch, Švédová, 2013).

Během léčby pacient prochází několika fázemi motivace ke změně. První fází je popření, pacient nechce nic měnit, protože přece žádný problém nemá (Jelínková, 2019). Další fází je úvaha. V této fázi, pacient začíná uvažovat o tom, že má nějaký problém. Ví, že je zapotřebí něco změnit, ale stále je nerozhodný (Jelínková, 2019). Poté přichází fáze akce, kdy se pacient rozhodne pro změnu a také ji začne podstupovat. Poslední fází je udržení, kdy pacient pokračuje v uzdravení, vyhýbá se relapsu (Jelínková, 2019). V rámci léčby je nutné sledovat léčebný režim, na kterém se s zdravotnickým týmem domluvili. Je nutné také sledovat sklony k sebepoškozování (Krch, Švédová, 2013).

9 Kvalita života

Kvalita života je velice široký a nejednoznačně definovaný pojem. Jedná se totiž o multidisciplinární pojem, který každý institut a odborník pojímá jinak. Slovo kvalita je ale odvozeno z latinského základu „qualis“, což znamená „jaký“. Kvalitou tedy můžeme chápat určitou jakost, neboli hodnotu nebo typický rys, kterým se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (Křivohlavý, 2001).

Podle psychologického slovníku zní definice kvality života takto: „vyjádření pocitu životního „štěstí“. K nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivosti, jako míra seberealizace a duševní harmonie čili míra životní spokojenosti a nespokojenosti…“ (Hartl, Hartlová, 2000).

Studium kvality života už dnes znamená hledání a identifikaci faktorů, které pomáhají k dobrému a smysluplnému životu. Nejdůležitějším cílem pro studium kvality zdraví je podporovat a rozvíjet určité životní prostředí a životní podmínky, které by společnosti umožnily žít pro ně nejlepším způsobem, ve kterém nacházejí smysl. V běžné komunikaci ve společnosti se pojem kvalita života pojí s pozitivním významem slova kvalita (kvalitní jakože dobrý). Naopak, ale jako odborný termín se pojem kvalita života užívá na popis negativních i pozitivních hledisek života (Gurková, 2011).

WHO definuje „kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“ (Vaďurová, Mühlpacher, 2005, str. 11).

9.1 Dimenze kvality života

Kvalita života je chápána jako důsledek interakce spousty různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické, environmentální podmínky, které často neznámým způsobem komunikují, a tím ovlivňují rozvoj jedinců, ale i celé společnosti. Odborníci se v dnešní době více přiklánějí k subjektivnímu hodnocení jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. Ke kvalitě života můžeme tedy přistupovat z dvou hledisek, buď právě subjektivního anebo objektivního.

9.1.1 Subjektivní a objektivní dimenze

Objektivní dimenze se soustředí na materiální zabezpečení, sociální podmínky, fyzickou odolnost, sociální status. Kvalita života je nahlížena jako míra, v níž člověk užívá možnosti života a která je zevnitř pozorovatelná, hodnocena a porovnávána s ostatními (Faťunová, 2007).

Subjektivní dimenze je v dnešní době zásadní a určující, a je chápána jako individuální hodnocení vlastního života, čímž se jedná o prožívání a vnímání vlastního postavení, svých cílů, zájmů a očekávání, odvíjí se od prožitých zkušeností a od osobních hodnot a představ o životě (Faťunová, 2007). Obsahuje emocionální odpovědi na jednotlivé životní situace. Je ovlivněna osobními rysy, ale také kulturními a socioekonomickými faktory.

9.1.2 Rozdělení dimenzí kvality života za účelem měření

WHO neboli světová zdravotnická organizace rozlišuje čtyři základní oblasti, které popisují dimenze lidského života bez ohledu na pohlaví, věk, etnikum nebo prostředí:

- Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti- do této oblasti spadá energie, únava, bolest, odpočinek, schopnost pracovat, každodenní život, závislost na lékařské pomoci atd.
- Psychické zdraví a duševní stránka- do této oblasti spadá sebepojetí, sebehodnocení, myšlení, paměť, negativní i pozitivní pocity, učení, víra, soustředěnost atd.
- Sociální vztahy- do této oblasti spadá osobní vztahy, sexuální aktivita, sociální podpora atd.
- Prostředí- do této oblasti spadá bezpečí, svoboda, finanční zdroje, dostupnost zdravotnické péče, domácí prostředí atd.

9.2 Přístupy ke kvalitě života

V dnešní době je pojem kvalita života velmi používaný. Postupy ke kvalitě péče se stále vyvíjejí a přizpůsobují se měnícím se potřebám a podmínkám. Podstatné je, že se výzkum nezaměřuje pouze na nemocné, ale i na normálního člověka.

9.2.1 Medicínský přístup ke kvalitě života

Medicínský přístup ke kvalitě života se soustředí na Healthy- Related Quality of Life (HRQoL), který zahrnuje úroveň duševních, tělesných a sociálních funkcí a vztahů, včetně vnímání zdraví, životního uspokojení a klidu. Tento přístup se často používá při léčbě chronických onemocnění, kde je za cíl nejen prodloužit život, ale také zlepšit kvalitu života. Tento přístup k HRQoL je důležitý pro komplexní péči o pacienty, jelikož umožnuje lépe porozumět dopadům zdravotních stavů a léčebných strategií na celkovou kvalitu života. Používá se k hodnocení účinnosti léčby a ke stanovení priorit v zdravotní péči. Obecné pojetí kvality života a HRQoL soustřeďující se na zdraví se mísí. Schopnost člověka vyrovnat se s nemocí velmi ovlivňují některé faktory jako například motivace, rodinné vztahy, typ osobnosti, přátelé, prostředí a společenské klima, ve kterém člověk žije.

Healthy- Related Quality of Life bývá rozdělena do čtyř kategorií (Libigerová, Müllerová, 2001):

- Tělesný stav a funkční schopnosti
- Psychický stav a pocit pohody
- Sociální vztahy
- Ekonomická situace a zaměstnání

9.2.2 Psychologický přístup ke kvalitě života

Psychologický přístup ke kvalitě života se zaměřuje na subjektivně prožívanou spokojenost a pohodu jedince (Křivohlavý, 2006). Tento přístup zdůrazňuje roli mezilidských vztahů, autonomie a osobních kompetencí pro kvalitu života. Psychologie se totiž zajímá o celkové subjektivní hodnocení života, zahrnující kognitivní a emocionální dimenze (Faťunová, 2007). Také tento přístup zahrnuje kladnou psychologii, která se orientuje na posilování pozitivních částí života. Existuje šest základních dimenzí osobní pohody: sebepřijetí, pozitivní vztahy s druhými, autonomie, zvládání životního prostředí, smysl života, osobní rozvoj (Fink, 2021).

9.2.3 Sociologické hledisko kvality života

Odborníci v oblasti sociologie sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a porovnávají ji, a to nejenom v rámci určité společnosti, ale i mezi různými kulturami, a hledají faktory, které ji nejvíce definují (Payne et al., 2005, str. 207). Zahrnuje zkoumání nejen

sociálních vztahů, ale i sociálního majetku, sociální udržitelnosti a integrace do společnosti. Tyto faktory výrazně ovlivňují kvalitu života tím, že utvářejí společnost a prostředí, ve kterém jedinci žijí a pracují. Další sociální činitelé, kteří mohou ovlivnit kvalitu života, jsou například modernizace, tlak společnosti, sociální a kulturní klima, sociální rovnost nebo ochrana společnosti (Fink, 2021).

9.2.4 Ekologické a environmentální hledisko kvality života

Ekologické a environmentální hledisko kvality se soustředí na vliv životního prostředí na kvalitu života jedinců. Zahrnuje faktory jako kvalita ovzduší, vody, dostupnost zeleně a estetiku krajiny, které ovlivňují fyzické i psychické zdraví (Kotecký, 2019). Tyto faktory jsou velmi důležité pro kvalitní život. Kvalita životního prostředí se liší regionálně, což ovlivňuje kvalitu života v různých oblastech. Také může být osobní vnímání kvality životního prostředí odlišné od objektivního měření, což je důležité také při celkovém hodnocení kvality života (Kotecký, 2019).

9.3 Měření kvality života

Principy měření kvality života zahrnují různé přístupy a úrovně hodnocení:

- Makro- rovina: Tato rovina kvality života zahrnuje hodnocení na úrovni velkých společenských celků, jako jsou země nebo kontinenty (Kotecký, 2019). Používá se pro politické úvahy.
- Mezo- rovina: Zaměřuje se na malé sociální skupiny, jako jsou podniky nebo školy, v kterých se sledují mezilidské vztahy a sociální klima (Kotecký, 2019).
- Personální rovina: Tato rovina se soustředí na subjektivní hodnocení kvality života jedinců, zahrnuje zdravotní stav, naději a spokojenost (Kotecký, 2019).

Typy měření můžeme rozdělit do několika kategorií. První kategorií je Objektivní měření, což zahrnuje hodnocení vnějších podmínek, jako jsou zaměstnanost, přístup k vzdělání a zdravotní péči (Havránek, 2025). Další kategorií je Subjektivní měření, které se zaměřuje na hodnocení spokojenosti, zkušeností jedinců a jejich blahobytu (Havránek, 2025). Poslední kategorií je Hybridní měření, které kombinuje objektivní a subjektivní ukazatele.

Nástroje, které se používají k hodnocení kvality života v různých regionech nebo zemích, nazýváme indexy. Tyto indexy zahrnují širokou škálu ukazatelů, jako jsou například zdraví, vzdělání, ekonomické podmínky nebo životní prostředí. Nejznámější mezinárodní indexy jsou Human Development Index, OECE Better Life Index, Happy Planet Index nebo Numbeo Quality of Life Index (Havránek, 2025). A mezi nejnámější regionální indexy patří například Index prosperity regionů, Interaktivní mapa kvality života nebo Život v regionu. Mezinárodní indexy poskytují celkový pohled o kvalitě života v různých zemích, kdežto regionální indexy umožňují detailnější analýzu a cílené zásahy v rámci konkrétních regionů

PRAKTICKÁ ČÁST

10 Cíle práce

Hlavní cíl:

- porovnat změny u dívek, co si prošly mentální anorexií se zaměřením na změny v kvalitě života a roli ošetřovatelské péče v jednotlivých fázích onemocnění

Dílčí cíle:

- posoudit kvalitu života pacientek s mentální anorexií před vznikem onemocnění, v průběhu onemocnění a po léčbě
- zjistit úlohu ošetřovatelské péče v jednotlivých fázích onemocnění a její vliv na kvalitu života pacientek
- porovnat změny v kvalitě života během různých fází onemocnění, identifikovat klíčové faktory, které ovlivňují tyto změny, a zhodnotit, jakým způsobem se kvalita života měnila díky ošetřovatelským intervencím

11 Metodika výzkumu

Pro sběr dat jsem zvolila kvalitativní výzkum, který analyzuje základní prvky a hledá vztahy mezi jevy. Měla jsem možnost sesbírat data pomocí rozhovorů, při kterých jsem se online setkala s respondentkami. Zvolila jsem polostrukturovaný rozhovor formou předem připravených otázek. Celkem je 27 otázek.

Rozhovory probíhaly online cestou. Respondentky měly na výběr, ale všechny upřednostnily tuto variantu, ať už z důvodu vzdálenosti anebo nedostatku volného času. U rozhovoru jsme byly přítomné pouze já a účastnice. Před začátkem samotného rozhovoru byl každé z respondentek sdělen důvod rozhovoru a všechny respondentky byly ujištěny o jejich anonymitě.

Na začátku rozhovoru jsem od všech respondentek dostala souhlas s nahráváním rozhovoru. Všem jsem objasnila práva s pořízením rozhovoru a to: respondentka zůstane v anonymitě a má plné právo na odmítnutí odpovědi na položenou otázku. Následně byl podstoupen samotný rozhovor, který trval v rozmezí 1-2 hodiny.

11.1 Výběr a charakteristika respondentek

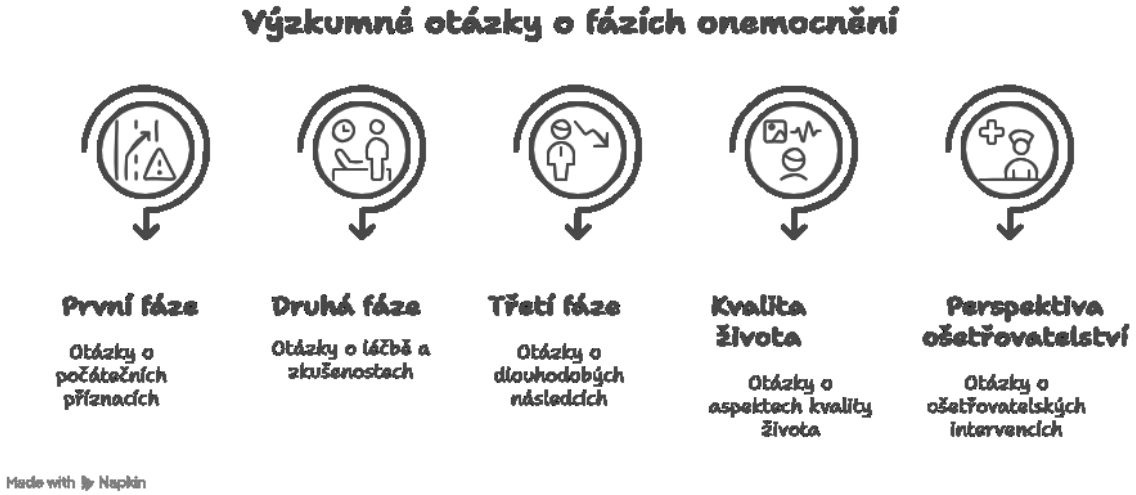
Výběr respondentek nebyl náhodný. Sháněla jsem dívky, které jsou ochotné se mnou toto citlivé téma sdílet a i přes některá odmítnutí, které jsem plně chápala, to nebyl zrovna lehký úkol. Nakonec jsem našla tři dívky, které byli ochotné se mnou vést tento rozhovor. Našla jsem je hlavně díky skupinám na Facebooku sdružující dívky a chlapce s poruchami příjmu potravy. Dívky museli splňovat pouze dva mé požadavky a to věk mezi 18-25lety a v minulosti podstoupení léčby mentální anorexie. Pro přehlednost jsem vytvořila tabulku se základními informacemi o respondentkách:

Respondentka	Věk nyní	Věk na začátku nemoci	Vzdělání	Délka onemocnění, typ léčby
č. 1	20let	16let	středoškolské s maturitou, nyní studuje VŠ	26 měsíců, hospitalizace
č. 2	24let	15let	středoškolské s maturitou, nyní pracuje	36 měsíců, hospitalizace
č. 3	23let	16let	středoškolské s maturitou, nyní studuje VŠ	60 měsíců, ambulantně

Tabulka 2: Informace o respondentkách

12 Výzkumné otázky

Na základě již zmíněných cílů práce, jsem se ve výzkumu zaměřila na pět částí. První tři části se věnují jednotlivým fázím onemocnění, tedy období před, během a po onemocnění. V další se věnuji kvalitě života s tímto onemocněním a v poslední části nahlížíme spolu s respondentkami na ošetřovatelské hledisko, spojené právě s mentální anorexií. Na základě těchto okruhů byly zformulovány jednotlivé výzkumné otázky.



Obrázek 2 Struktura rozhovoru (Napkin, 2025)

12.1 Otázky vztahující se k 1. fázi onemocnění

V této výzkumné části se soustředím na fázi před onemocněním. V rámci rozhovoru, jsem pokládala tyto otázky:

1. Kdy se u tebe projevily první příznaky? Jaké? Jak si to vnímala?
2. Jaký byl podle tebe spouštěč?
3. Kdy ses s tím poprvé někomu svěřila? Komu a po jaké době?

12.2 Otázky vztahující se ke 2. fázi onemocnění

V této výzkumné části se soustředím na fázi během onemocněním. V rámci rozhovoru, jsem pokládala tyto otázky:

1. Co ti nejvíce pomohlo v léčbě?

2. Jaký nejhorší zážitek máš spojený se svou diagnózou? Byla chvíle, kdy jsi to chtěla vzdát a nebojovat?
3. Kdy jsi vyhledala pomoc odborníků?
4. Co ti nejvíce pomohlo nevzdat se?
5. Jak moc pro tebe byla důležitá rodina a přátelé? Byli nápomocní? Kdo byl ten nejdůležitější?
6. Jaké byly dopady tvé nemoci na různé oblasti tvého života?
7. Jaký měla nemoc vliv na tvé fyzické zdraví, psychickou pohodu, sociální vztahy a celkovou spokojenost s životem?

12.3 Otázky vztahující se k 3. fázi onemocnění

V této výzkumné části se soustředím na fázi po onemocnění. V rámci rozhovoru, jsem pokládala tyto otázky:

1. Bereš teď ještě nějaké léky nebo chodíš na terapie?
2. Vnímáš nějaké dlouhodobé následky nemoci?
3. Je něco co ti nemoc vzala? A něco co ti naopak dala?
4. Jaký byl návrat do běžného života? A pomohla ti ošetřovatelská péče na zotavení a reintegraci do běžného života?
5. Jak se vnímáš dneska?
6. Co ti teď dělá v životě největší radost?

12.4 Otázky sledující kvalitu života

V této výzkumné části se zabývám kvalitou života. V rámci rozhovoru, jsem pokládala tyto otázky:

1. Co pro tebe znamená pojem kvalita péče?
2. Co pro tebe bylo v jednotlivých fázích (před, v průběhu, po nemoci) známkou, že žiješ kvalitní život?
3. Které aspekty jsou pro tebe nejdůležitější a zajímají tě (fyzické, psychické, sociální)?
4. Měnila se důležitost těchto aspektů v jednotlivých fázích (před, v průběhu, po nemoci)?
5. Jaké změny v kvalitě života jsi nejvíce pociťovala? A jaké byli klíčové faktory, které tyto změny nejvíce ovlivnily?
6. Co nejvíce ovlivnilo tvoji kvalitu života v období nemoci?

12.5 Otázky zkoumající ošetřovatelské hledisko

V této výzkumné části se soustředím na ošetřovatelské hledisko a v rámci rozhovoru, jsem se pokládala tyto otázky:

1. Byly u tebe prováděny specifické ošetřovatelské intervence v jednotlivých fázích (sonda, edukace, péče o ránu)? Ovlivnily dopad na kvalitu života?
2. Jak moc pro tebe byla důležitá ošetřovatelská péče v jednotlivých fázích nemoci? A jak tě zdravotníci podporovali při zvládání nemoci (prevence relapsu, zlepšení celkového stavu po léčbě)?
3. Jak vnímáš přístup zdravotnického personálu během tvé nemoci? Pomohli ti?
4. Setkala ses s chováním, které ti vadilo v rámci přístupu zdravotníků?
5. Vytvořila sis s pomocí zdravotníků nějaké krátkodobé/ dlouhodobé cíle léčby? Dařilo se ti jejich plnění?

13 Prezentace výsledků výzkumu

13.1 Shrnutí a interpretace prvního okruhu výzkumných otázek

V této části jsem se zaměřila na fázi před onemocnění, tedy jaké byly první příznaky, spouštěč onemocnění a komu se poprvé se svými problémy respondentky svěřily.

Z výpovědí tří respondentek vyplývá, že rozvoj mentální anorexie byl ve všech případech postupný a zprvu nenápadný. Onemocnění zpočátku působilo jako „pozitivní změna“ nebo bylo vnímáno jako součást běžné péče o zdraví. Respondentka č. 1 uvedla, že prvotním impulsem ke změně stravování byly opakované zažívací potíže a doporučení od praktické lékařky, které vedlo k omezení příjmu potravy a zvýšení fyzické aktivity. Chvála od okolí na adresu její štíhlé postavy jen podpořila další redukci hmotnosti. Druhá respondentka popsala, že u ní nemoc začala nenápadnou snahou „zhubnout a mít kontrolu nad svým tělem“, přičemž zpočátku vnímala změnu jako známku vnitřní síly a odhodlání. Tento sebeklam ale rychle přešel ve výraznou nespokojenost s vlastním tělem a nenávist vůči sobě samé. Respondentka č. 3 dlouho popírala, že by se s ní dělo něco neobvyklého. Problém si odmítala připustit, a byli to až rodiče, učitelka a širší okolí, kdo si začal všímat změn v jejím chování a fyzickém stavu.

Pokud jde o spouštěče onemocnění, každá z respondentek popsala kombinaci psychosociálních faktorů. V jednom případě hrál roli stres ze zdravotní situace v rodině, konkrétně vážná nemoc matky. Jiná respondentka identifikovala silný tlak na výkon a vzhled ve školním prostředí, potřebu být „viděna“ v rodině, a touhu získat kontrolu nad svým životem prostřednictvím jídla. V poslední výpovědi byl hlavním spouštěčem rozvod rodičů a přenesená zodpovědnost za mladšího sourozence, která vedla ke ztrátě vlastního prostoru a pocitu bezpečí.

Co se týče okamžiku prvního přiznání, ani jedna z respondentek se nesvěřila s problémem ihned. Dvě z nich uvádějí, že nebyly schopné o problému otevřeně mluvit. Jedna se rozhodla informaci sdělit písemně v den jiné hospitalizace, kde jí následně byla nabídnuta psychiatrická péče. Další respondentka byla k návštěvě lékaře doslova „donucena“ okolím po roce trvání potíží. A poslední třetí respondentka nikdy problém nepřiznala dobrovolně, porucha příjmu potravy byla odhalena náhodně při preventivní prohlídce na základě extrémního váhového úbytku, a následně byla odeslána ke specialistům.

Z výpovědí je patrné, že mentální anorexie se může vyvíjet skrytě po delší dobu a pacientky často nejsou schopny nebo ochotny svůj stav reflektovat. Často se cítí, že „mají věci pod kontrolou“, i když ve skutečnosti dochází k významné ztrátě autonomie a zdraví. Podpora okolí a včasné zachycení příznaků hrají klíčovou roli při odhalení onemocnění a zahájení léčby. Prvotní spouštěče často souvisejí s hlubšími emocionálními nebo rodinnými problémy, které přispívají k rozvoji patologického vztahu k jídlu a tělu.

13.2 Shrnutí a interpretace druhého okruhu výzkumných otázek

V dalším okruhu výzkumných otázek se zaměřuji na problematiku fáze během nemoci. Pokládala jsem otázky týkající se léčby, nejhorší zkušenosti, kdy vyhledaly pomoc odborníků, co jim v léčbě pomohlo. Také jsem se ptala, jak moc pro ně v tomto období byla důležitá rodina, jak je nemoc poznamenala a jaký měla nemoc vliv na jejich zdraví.

Všechny tři respondentky popisují zkušenost s odbornou léčbou poruch příjmu potravy, která však nebyla vždy pozitivní. Dvě respondentky podstoupily opakované hospitalizace, přičemž jedna z nich uvádí, že až čtvrtá v pořadí byla efektivní díky systematickému přístupu, kombinací víkendových návratů domů, kontinuální práce s jedním psychologem a tréninku návratu do běžného prostředí. Druhá respondentka zmiňuje, že její hospitalizace byla sice nedobrovolná, ale zpětně ji hodnotí jako klíčový moment pro zlom v léčbě. Pomohla jí především terapeutka, která ji brala vážně, a blízký vztah se spolupacientkou. Třetí respondentka má ale s léčbou spíše negativní zkušenosti. Terapie pro ni nebyly přínosné a kontakt s některými odborníky dokonce zhoršil její psychický stav. Pomoc našla až po čtyřech letech v Centru Anabell, kde jí nejvíce pomohla nutriční terapeutka propojující výživu s psychickým stavem.

Nejhorší zážitky respondentek se liší, ale mají společný základ v extrémní zátěži a to fyzické, psychické i sociální. První respondentka popisuje zážitek blízký smrti, kdy měla intenzivní vizuální představu konce života, a to v době, kdy byla hospitalizována na JIP. Druhá respondentka vzpomíná na situace spojené s absolutní ztrátou kontroly, zejména invazivní lékařské zásahy a stud z důsledků užívání projímadel. Třetí respondentka zažila největší psychickou bolest v rodinném prostředí. Cítila se nepochopená a dokonce obviňovaná za svůj stav, což vedlo k častým emočním zhroucením.

Iniciace odborné péče byla u všech pacientek zpočátku nedobrovolná nebo zprostředkovaná okolím. U první respondentky byla nemoc diagnostikována během hospitalizace ze somatického důvodu, další hospitalizace si již domluvila sama. Druhá respondentka

byla k léčbě přinucena rodiči a lékaři, přičemž zpětně je za to vděčná. A třetí respondentka se k první dobrovolné léčbě dostala až po několika letech, a to prostřednictvím Centra Anabell.

Motivace pokračovat v boji s nemocí se u všech respondentek vázala na vztahy a naději. Jedna respondentka zmiňuje, že ji držela vidina budoucnosti a touha po zdravém životě, včetně možnosti mít děti. Další motivoval strach ze smrti a podpora v podobě malých, ale významných gest, jako například dopisy od přátel nebo pochopení od terapeutky. První respondentka nechtěla zklamat své rodiče, což ji nakonec motivovalo k přijetí léčby.

Rodina a přátelé hráli důležitou roli, ačkoliv ne vždy byla tato pomoc vnímaná jako pozitivní. Jedna z respondentek si váží obrovské podpory rodičů, kteří za ní opakovaně cestovali během hospitalizací. Jiná respondentka vyzdvihla podporu kamarádky, která s ní zůstala i v těch nejtěžších chvílích. Třetí respondentka naopak reflektuje, že přemíra očekávání od milujících rodičů v ní vyvolávala silné výčitky. Přátelé o její situaci často nevěděli, což vedlo k větší izolaci.

Mentální anorexie ovlivnila různé aspekty života všech pacientek. V oblasti fyzického zdraví se objevila ztráta menstruace, vypadávání vlasů, kazivost zubů nebo srdeční obtíže. Psychicky byly respondentky často úzkostné, labilní, bez sebevědomí a silně ovlivněné negativními emocemi. Sociální izolace byla častá. Respondentky se vyhýbaly kontaktům kvůli obavám ze společného jídla nebo studu. V některých případech byla narušena i školní docházka a ztraceny blízké přátelské vztahy. Spokojenost se životem byla u všech tří výrazně snížena.

13.3 Shrnutí a interpretace třetího okruhu výzkumných otázek

V třetím okruhu se soustředím na poslední fázi onemocnění, tedy fázi po nemoci. V této části se ptám na otázky týkající se dlouhodobých následků, zda respondentka užívá ještě nějaké léky, či chodí na terapie, co ji nemoc vzala a naopak dala. Soustředím se i na návrat do běžného života, a zda jim pomohla ošetřovatelská péče, jak se vnímají dneska a co jim dělá nyní v životě největší radost.

Na otázku týkající se pokračování léčby po překonání akutní fáze nemoci odpovídaly respondentky různorodě. Jedna z nich již žádné léky neužívá, ale dochází přibližně dvakrát ročně ke své psychiatričce, s níž byla v kontaktu již před rozvojem poruchy. Druhá respondentka léky taktéž neužívá, nicméně navštěvuje kontrolní terapeutická sezení každé dva až tři měsíce, která jí pomáhají udržet si nadhled a vnitřní stabilitu. Poslední respondentka se

rozhodla jakoukoli formu léčby zcela ukončit, a to z vlastního přesvědčení. Tyto rozdíly ukazují, že potřeba další odborné péče se může výrazně lišit dle individuálních okolností a aktuální psychické stability.

Porucha příjmu potravy často zanechává výrazné stopy nejen na psychice, ale také na fyzickém zdraví. Jedna z respondentek popisuje rozsáhlé zdravotní problémy: osteoporózu, potíže s klouby a šlachami, střevní obtíže, zmenšení dělohy a nutnost bezlepkové diety. Další respondentka uvádí citlivější trávení, problémy s menstruačním cyklem, zranitelnost vůči tlaku na výkon a diagnózu úzkostné poruchy. Třetí respondentka zmínila kazivost zubů, potíže s trávením lepku a vlákniny. Společným jmenovatelem je narušený trávicí systém a psychické obtíže, přičemž některé důsledky (např. osteoporóza nebo zmenšená děloha) mohou být ireverzibilní.

Na otázku týkající se toho, co jim nemoc vzala a co naopak dala, odpovídaly ženy s překvapivou upřímností a sebereflexí. Všechny se shodují, že přišly o určité sociální vazby, čas nebo části dospívání. Jedna z nich popsala ztrátu několika přátel, jiná zmiňuje ztracenou bezstarostnost a další reflektuje celkové stažení se do sebe a vyčerpání. Zároveň však všechny nacházejí v nemoci i něco, co jim přinesla: schopnost pomáhat ostatním, hlubší vztahy s rodinou, empatii, sebereflexi a vděčnost za každý nový den. Tato bilance ukazuje, že i negativní životní zkušenost může přinést pozitivní změny ve způsobu uvažování a vnímání sebe sama.

Způsob reintegrace do každodenního života byl u každé respondentky odlišný. Jedna popisuje komplikovaný návrat, který zahrnoval několik hospitalizací, relapsy a emočně náročné situace spojené s nejasností. Výrazně jí pomohla strukturovaná péče ve zdravotnickém zařízení, kde byla připravována na návrat domů. Druhá respondentka zažila postupný návrat, který vnímá jako náročný nejen pro sebe, ale i pro své blízké. Vyzdvihuje lidský přístup zdravotnického personálu jako klíčový moment, na který nikdy nezapomene. Poslední žena popsala svůj návrat jako pozvolný, kdy nemoc prožívala ambulantně a zároveň pokračovala v běžném životě. Všechna svědectví však potvrzují, že reintegrace není jednoduchá a vyžaduje jak odbornou pomoc, tak i podporu okolí a vlastní motivaci.

Současné vnímání sebe sama se u dvou z respondentek výrazně proměnilo k pozitivnímu vnímání vlastní hodnoty. Popsaly samy sebe jako silné a svobodné osoby, které už se nehodnotí pouze podle vzhledu nebo čísla na váze. Vnímají se jako lidské bytosti, které si zaslouží lásku a přijetí. Naopak třetí respondentka přiznává, že stále podléhá tlaku na výkon a touze po dokonalosti, což ukazuje, že i po ukončení léčby mohou přetrvávat psychické nároky a vnitřní boj.

Závěrečná otázka v tomto okruhu přinesla velmi inspirativní a emotivní odpovědi. Všechny tři respondentky shodně uvedly, že největší radost jim dnes přinášejí běžné věci , jako je život sám, vztahy s blízkými, pohyb, příroda, hudba nebo pocit, že mohou být naživu. Dvě z nich vyzdvihly i profesní či osobní růst, například v podobě tvorby podpůrného obsahu na sociálních sítích nebo nově nabytého sebevědomí. Tyto odpovědi podtrhují význam drobných každodenních radostí v procesu uzdravení a návratu k plnohodnotnému životu.

13.4 Shrnutí a interpretace čtvrtého okruhu výzkumných otázek

V čtvrtém okruhu jsem se zaměřila na téma kvality života jednotlivých respondentek. Ptala jsem se na otázky, jako co pro ně znamená pojem kvalita péče, co pro ně bylo v jednotlivých fázích známkou kvalitního života a co pro ně bylo nejdůležitější. Zda se důležitost těchto aspektů měnila, jaké změny v kvalitě života nejvíce pociťovaly a co je ovlivnilo.

Pojem kvalita péče vnímaly všechny tři respondentky primárně ve spojení s lidským přístupem zdravotníků. Zmiňují důležitost individuálního zájmu, empatie, kontinuity a respektu. Kvalita péče pro ně není jen odborná způsobilost, ale i schopnost zdravotníků projevit lidskost a vidět pacienta jako jedinečnou osobnost, nikoli „číslo v systému“. Jedna z respondentek navíc doplňuje, že kvalita péče o sebe sama zahrnuje přijetí vlastních nedokonalostí, péči o psychiku a seberozvoj.

Při pohledu na vnímání kvalitního života před, během a po nemoci se napříč výpověďmi opakuje posun od zaměření na výkon, vzhled a očekávání okolí (před nemocí), přes stav přežívání a apatie (v průběhu), až po znovuobjevování radosti a autenticity (po nemoci). Kvalita života v průběhu nemoci byla prakticky popřena. Respondentky ji vnímaly spíše jako existenci bez smyslu, naplněnou bojem se sebou samými. Po zotavení začaly klást důraz na emoční prožívání, mezilidské vztahy a schopnost být „sami sebou“.

Důležité aspekty kvality života se podle jejich odpovědí mění v závislosti na fázi onemocnění, jak jsem očekávala. V průběhu nemoci převažovalo zaměření na fyzické tělo a výkon, čemuž odpovídala i posedlost vzhledem a dodržováním přísných pravidel. Po uzdravení se u všech z nich zvýšil význam psychického zdraví a sociálních vztahů. Některé respondentky stále uvádějí, že vzhled pro ně zůstává významný, nicméně více se učí pracovat i se svojí psychikou, přestože se sebepoznáním a emočním prožíváním mají někdy problém.

Na otázku, jaké změny v kvalitě života zaznamenaly, odpovídají shodně, že největším posunem byl přechod od vyčerpání a ztráty smyslu k obnovení chuti do života, radosti a vztahům. Klíčovými faktory změny byly především vlastní rozhodnutí ke změně, terapeutická pomoc a podpora blízkých. Zaznívá i silný moment vnitřního uvědomění, například konfrontace se smrtí nebo ztráta vlastní identity, která přiměla jednu z respondentek k hlubší proměně.

Faktory, které ovlivňovaly kvalitu života během nemoci, byly zejména vnitřní konflikty, neustálý tlak na výkon, přísné sebekontroly a pocity bezmoci. Hospitalizace a ztráta autonomie hrály významnou roli negativně, nicméně pozitivně se projevil vliv podpory rodiny a odborníků, především terapeutů a nutričních poradců, u nichž respondentky cítily skutečný zájem a porozumění.

Lze říct, že výpovědi tří respondentek ukazují nejen individuální prožitky, ale i společné rysy procesu uzdravování a pohledu jinak na kvalitu života. Zásadními tématy jsou důvěra, lidskost v péči, vlastní aktivita při změně a postupný návrat k plnohodnotnému životu, který je založen nejen na fyzickém zdraví, ale především na vnitřní stabilitě, přijetí a autenticitě.

13.5 Shrnutí a interpretace pátého okruhu výzkumných otázek

V poslední okruhu jsem se věnovala ošetřovatelskému hledisku. Zajímala jsem se o to, jaké ošetřovatelské intervence byly u respondentek prováděny, jak moc pro ně byla ošetřovatelská péče důležitá. Jaký byl přístup zdravotnického personálu, ať už pozitivní či negativní a zda si s pomocí zdravotníků vytvořily nějaké cíle v léčbě.

Všechny tři respondentky popisují různé formy intervence, přičemž nejčastěji zmiňovanou je zavedení nutriční sondy a edukace o výživě a duševním zdraví. První respondentka zmiňuje, že si o zavedení sondy sama požádala a přestože to pro ni bylo emočně náročné, zpětně ji vnímá jako život zachraňující zásah. Edukace jí však nebyla ze strany personálu poskytnuta a musela si informace dohledávat sama. Druhá respondentka popisuje výživu sondou, edukaci s nutriční terapeutkou a další podpůrné intervence jako velmi přínosné, zejména pokud byly prováděny citlivě. Třetí účastnice neabsolvovala žádné technické zákroky, ale zmiňuje edukaci o jídelníčku a duševním zdraví, kterou hodnotí jako klíčovou pro zlepšení kvality života. Společným rysem všech tří odpovědí je, že vnímaný dopad

intervencí na kvalitu života závisel nejen na samotné intervenci, ale především na její formě provedení a lidském přístupu personálu.

Z pohledu respondentek byla ošetřovatelská péče v jednotlivých fázích onemocnění často zcela zásadní. První respondentka popisuje rozdílnou kvalitu péče napříč jednotlivými zařízeními, přičemž nejpozitivnější zkušenost měla s personálem specializovaného pracoviště v Brně- Bohunicích, kde ji připravovali na návrat domů. Druhá respondentka vnímala sestry jako klíčové opory, zejména v akutní fázi, kdy nebyla schopna se o sebe postarat. Pozitivně hodnotí jejich praktické rady, empatický přístup, ale i pomoc při prevenci relapsu. Třetí respondentka byla léčena pouze ambulantně a její zkušenosti se zdravotníky byly spíše negativní. Necítila dostatečnou podporu, přestože byla slovně ujišťována o své síle. Všechny odpovědi zdůrazňují, že míra individuální péče a pozornosti se zásadně promítla do prožívání léčby i její účinnosti.

Přístup zdravotníků k pacientkám s PPP byl vnímán velmi rozdílně. Všechny respondentky upozorňují na velké rozdíly mezi jednotlivými pracovišti i jednotlivými zdravotníky v rámci týmů. První respondentka hovoří o kolísající kvalitě přístupu, od vstřícného a chápajícího až po necitlivý. Druhá respondentka obecně hodnotí přístup zdravotníků pozitivně a oceňuje zejména empatii, schopnost vysvětlovat a vytvořit bezpečné prostředí. Třetí respondentka má negativní zkušenosti s většinou odborníků, s výjimkou nutriční terapeutky, která jí podle jejích slov skutečně pomohla. V odpovědích se opakovaně objevuje téma nedostatku odborné přípravy některých zdravotníků, nerespektující komunikace či pocit nepochopení.

Všechny respondentky uvedly zkušenosti s nevhodným nebo dokonce traumatizujícím chováním personálu. První popisuje velmi těžkou zkušenost z JIP, kde slyšela, jak personál předpovídá její smrt, což u ní vyvolalo posttraumatickou stresovou poruchu. Také zažila křik, nátlak na jídlo nebo ponižující zacházení. Druhá respondentka zmiňuje necitlivé komentáře a přístup, kdy zdravotníci ignorovali její psychický stav. Třetí se setkala s nevhodným přístupem dvou psycholožek, jejichž postoje a vyjádření pro ni byly škodlivé a neefektivní. Tyto zkušenosti ukazují na riziko navrácení k onemocnění, kdy nevhodné zacházení může dokonce prohloubit trauma a narušit důvěru v léčebný systém.

V oblasti stanovení cílů léčby byly odpovědi různorodé. První respondentka měla stanovené cíle především během poslední hospitalizace, kde se jí je také dařilo plnit. V dřívějších fázích léčby naopak cíle chyběly, nebo nebyly realistické. Druhá respondentka po-

psala konkrétní krátkodobé i dlouhodobé cíle, na kterých spolupracovala s terapeutkou a sestrou. Jejich plnění jí pomáhalo nejen v léčbě samotné, ale i v návratu do běžného života. Třetí respondentka se na cílech domlouvala pouze s nutriční terapeutkou, ale uvádí, že s některými formami podpory měla problémy (například vedení deníku). Plnění cílů se jí dařilo až v momentě, kdy našla vhodné terapeutické zázemí. Odpovědi ukazují, že stanovení individuálních, dosažitelných cílů společně se zdravotníky může významně podpořit motivaci pacientek a zlepšit výsledky léčby.

Tyto odpovědi respondentek dokládají, že kvalitní a citlivě vedená ošetřovatelská péče, důkladná edukace, individuální přístup a emocionální podpora ze strany zdravotnického personálu jsou klíčovými faktory, které mohou zásadním způsobem ovlivnit nejen průběh léčby poruch příjmu potravy, ale i kvalitu života pacientek. Nedostatek porozumění, necitlivé chování a absence odborné podpory mohou mít naopak devastující důsledky pro psychický stav i důvěru pacientek ve zdravotní systém.

14 Zhodnocení naplněných cílů praktické části a diskuze

Prvním cílem bakalářské práce bylo posoudit kvalitu života pacientek s mentální anorexií před vznikem onemocnění, v průběhu onemocnění a po léčbě.

Na základě výpovědí lze konstatovat, že kvalita života před propuknutím mentální anorexie byla subjektivně vnímána jako relativně uspokojivá, byť již v této fázi byly patrné určité psychosociální faktory, jako například tlak okolí, perfekcionismus nebo nízké sebevědomí. Tyto faktory mohly přispět k rozvoji onemocnění. V průběhu nemoci došlo u všech respondentek k výraznému zhoršení kvality života, a to jak v rovině fyzického zdraví, tak psychického stavu a sociálních vztahů. Po léčbě zaznamenaly všechny ženy zlepšení, avšak míra návratu ke kvalitnímu životu se lišila v závislosti na tíži a délce onemocnění i kvalitě poskytnuté péče. Výpovědi potvrzují, že mentální anorexie zanechává dlouhodobé dopady, a to i po odeznění akutních příznaků.

Další cíl byl zjistit úlohu ošetřovatelské péče v jednotlivých fázích onemocnění a jejího vlivu na kvalitu života pacientek.

Respondentky se shodují na tom, že ošetřovatelská péče sehrála důležitou roli především v akutní fázi hospitalizace. Kladně hodnotily přístup sester, jejich empatii, podporu a schopnost navázat důvěrný vztah. Významná byla i edukace a praktická pomoc v každodenní péči o tělo a stravování. Naopak v některých případech se objevila i kritika nedostatečné návaznosti péče po propuštění nebo příliš přísného, málo individuálního přístupu. Z toho plyne, že kvalita ošetřovatelské péče může ať už pozitivně i negativně významně ovlivnit průběh nemoci a také vnímanou kvalitu života pacientky.

Posledním cílem práce bylo porovnat změny v kvalitě života během různých fází onemocnění, identifikovala jsem klíčové faktory ovlivňující tyto změny a zhodnotila vliv ošetřovatelských intervencí.

Z porovnání jednotlivých fází vyplývá, že největší propad kvality života nastává během aktivní fáze onemocnění, kdy dochází ke kombinaci fyzického vyčerpání, psychického stresu, sociální izolace a ztráty životního smyslu. Klíčovými faktory, které ovlivňují změny v kvalitě života, byly: přístup blízkých, schopnost přijetí onemocnění, motivace k léčbě a kvalita terapeutického i ošetřovatelského týmu. Ošetřovatelské intervence přispěly ke zlepšení kvality života zejména tehdy, když byly individualizované, založené na empatii a zahr-

novaly jak praktickou péči, tak psychickou podporu. Vliv těchto intervencí je patrný zejména v období hospitalizace a při navazující ambulantní péči.

Přestože výzkumný vzorek byl omezený a výsledky nelze zobecnit na celou populaci, bakalářská práce přináší důležité poznatky o subjektivním prožívání pacientek s mentální anorexií a poukazuje na oblasti, kde lze ošetřovatelskou péči dále zlepšovat.

Porovnání s existujícími informacemi

Na základě výpovědí tří žen s diagnózou mentální anorexie lze potvrdit výraznou shodu mezi teoretickými poznatky a osobními zkušenostmi. Onemocnění se u všech respondentek rozvíjelo postupně a nenápadně, často bylo zpočátku vnímáno jako běžná péče o zdraví nebo touha po zdravém životním stylu. Teorie popisuje postupné vyřazování energeticky bohatých potravin a preferenci dietních jídel. Dívky se často vyhýbají jídlu ve společnosti, jedí velmi pomalu, případně jídlo zcela odmítají, přičemž využívají výmluvy a manipulaci. V rozhovorech tento vývoj potvrzují všechny respondentky. Restrikce v jídelníčku probíhaly nenásilně a zpočátku byly chápány jako péče o zdraví. Klíčovým faktorem byl často vliv okolí. Z teoretických poznatků také vyplývá, že dívky s mentální anorexií jsou fixované na svou váhu, mají výčitky po jídle, neustále se pozorují v zrcadle, váží se, a jsou výrazně nespokojené se svým tělem. Nosí volné oblečení a vyhýbají se společnosti. Všechny respondentky uvádějí, že prvotní úbytek váhy vedl ke zvýšení sebevědomí, avšak následně se dostavila hluboká nespokojenost a nenávist k vlastnímu tělu. Docházelo k narušení vztahů a izolaci, což potvrzují i teoretické poznatky. Dále se mentální anorexie se projevuje celou řadou somatických symptomů jako například vypadávání vlasů, kazivost zubů, ztráta menstruace, únava, mdloby, zimomřivost, srdeční komplikace. Tyto příznaky byly přítomny u všech tří respondentek. V rozhovorech otevřeně hovoří o ztrátě menstruace, výrazném oslabení organismu a dalších tělesných problémech. Teoretické zdroje také uvádějí deprese, úzkosti, pocity izolace a zvýšené riziko sebevraždy. Tyto aspekty byly potvrzeny i výpověďmi respondentek. Všechny se potýkaly s úzkostmi, depresí a nízkým sebevědomím. Jedna z respondentek popsala, že nemoc jí „vzala identitu“ a vedla k vnitřní prázdnotě, kterou překonala až s pomocí terapeutické péče.

Teorie dále uvádí, že příčiny mentální anorexie jsou komplexní tedy biologické (např. puberta), psychologické (např. nízké sebevědomí, perfekcionismus, potřeba kontro-

ly), sociokulturní (např. ideál štíhlosti, tlak na výkon) a rodinné faktory. Výpovědi respondentek tyto příčiny potvrzují, ale zároveň ukazují, že nástup nemoci byl pozvolný a zpočátku vnímaný jako „zdravý životní styl“. Také na základě výpovědí lze konstatovat, že kvalita života před propuknutím mentální anorexii byla subjektivně vnímána jako relativně uspokojivá, byť již v této fázi byly patrné určité psychosociální faktory. Toto zjištění je plně v souladu s poznatky jiných studií (Silverstone, 1990), které prokázaly vliv nízkého sebevědomí na rozvoj mentální anorexie. Klíčovým spouštěčem u respondentek byla zejména potřeba kontroly a nízké sebevědomí, často v reakci na vnější tlak nebo citové napětí v rodině. Další studie (Wang et al., 2010) potvrzuje vliv těchto rodinných a genetických faktorů.

Teoretické poznatky také popisují široké spektrum léčebných možností: od ambulantní péče přes hospitalizaci až po různé typy psychoterapie, farmakoterapii a nutriční podpory. Výzkum ukazuje, že všechny tři respondentky prošly odbornou léčbou, přičemž u dvou z nich byla klíčová hospitalizace. Třetí respondentka nalezla účinnou pomoc až po několika letech díky propojení psychoterapie a nutriční podpory v Centru Anabell. Významnou roli hrála i podpora terapeutky a vztahy se spolupacientkami.

Ošetřovatelství klade důraz na edukaci o výživě, psychickou podporu, prevenci relapsu a empatický přístup. V rozhovorech se ukázalo, že kvalita péče se výrazně liší v závislosti na konkrétním zařízení a přístupu personálu. Respondentky hodnotily jako nejpřínosnější takovou péči, kde byl zachován lidský přístup a empatie.

Závěr

V této bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku kvality života u pacientek s mentální anorexií a na význam ošetřovatelské péče v jednotlivých fázích onemocnění. Cílem bylo porovnat proměny kvality života před onemocněním, během jeho průběhu a po léčbě, a zároveň zhodnotit, jakou roli v tomto procesu sehrává ošetřovatelský přístup.

V teoretické části práce byla podrobně popsána problematika mentální anorexie z hlediska příčin, projevů, diagnostiky, komplikací, možností léčby a prevence. Zvláštní pozornost byla věnována kvalitě života pacientek a specifikům ošetřovatelské péče. Teoretická část tak vytvořila pevný základ pro pochopení kontextu onemocnění a umožnila lepší interpretaci dat získaných v rámci praktického výzkumu.

V praktické části na základě výpovědí tří respondentek bylo zjištěno, že mentální anorexie výrazně zasahuje do všech oblastí života od fyzického a psychického zdraví až po mezilidské vztahy a sociální fungování. Nejvýraznější pokles kvality života byl zaznamenán během aktivní fáze onemocnění, kdy pacientky zažívaly úzkost, ztrátu smyslu života, vyčerpání a sociální izolaci. Po léčbě došlo u všech respondentek ke zlepšení, avšak míra návratu k plnohodnotnému životu se lišila v závislosti na délce a závažnosti onemocnění, podpoře okolí i na kvalitě terapeutických a ošetřovatelských služeb.

Významným zjištěním výzkumu bylo, že kvalita ošetřovatelské péče má zásadní dopad na subjektivní prožívání pacientek a jejich motivaci ke změně. Empatický, individuální a lidský přístup sester byl vnímán jako klíčový, zvláště v akutní fázi hospitalizace. Naopak necitlivý, přísně formální nebo nedostatečně informovaný přístup mohl negativně ovlivnit důvěru pacientek a zpomalit proces uzdravení. Z výzkumu vyplývá, že ošetřovatelství má potenciál nejen podporovat tělesné zotavení, ale i sehrát důležitou roli při obnově psychické stability a sebedůvěry pacientek. Důraz na edukaci, podporu autonomie a respekt k individualitě pacientky představuje zásadní faktory při zajištění kvalitní péče a úspěšné léčby.

Závěrem lze říci, že mentální anorexie je komplexní onemocnění vyžadující citlivý a všetranný přístup. Ošetřovatelská péče, pokud je poskytována kompetentně a s respektem, může být nejen podpůrným prvkem léčby, ale i hybatelem pozitivních změn v kvalitě života pacientek. Tato práce si klade za cíl přispět k hlubšímu porozumění této problematiky a povzbudit k rozvoji citlivé, informované a individuálně zaměřené ošetřovatelské praxe.

Abstrakt

Autor: Aneta Šarounová

Instituce: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Název práce: Kvalita života pacientů s mentální anorexií: Ošetřovatelský přístup

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Marie Havigerová, Ph.D.
Počet stran: 87

Počet příloh: 3

Rok obhajoby: 2025

Klíčová slova: mentální anorexie, kvalita života, ošetřovatelská péče, porucha

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá problematikou mentální anorexie. Sumarizuje údaje ohledně definice samotné mentální anorexie, vysvětluje její možné příčiny vzniku, příznaky nemoci, zmiňuje diagnostická kritéria a mnoho způsobů léčby. Jejím obsahem jsou také specifika ošetřovatelského přístupu u mentální anorexie a kvalita života. V empirické části bakalářská práce pojednává o porovnávání změn u dívek, které si prošly mentální anorexií, se zaměřením na změny v kvalitě života a roli ošetřovatelské péče v jednotlivých fázích onemocnění. Výzkumné šetření probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů s třemi respondentkami. Cílem této práce bylo zhodnotit změny v kvalitě života a roli ošetřovatelské péče v jednotlivých fázích onemocnění. Bakalářská práce zjistila, že mentální anorexie výrazně snižuje kvalitu života, zejména během nemoci, a že individuální ošetřovatelská péče hraje zásadní roli v procesu zotavení.

Abstract

Name and surname of the author: Aneta Šarounová

Institution: Medical faculties of Charles University in Hradec Králové

Title: Ouality of Life in Patients with Anorexia Nervosa: A Nursing Perspective

Supervisor: doc. PhDr. Jana Marie Havigerová, Ph.D.
Number of pages: 87

Number of attachments: 3

Year of defense: 2025

Keywords: anorexia nervosa, quality of life, nursing care, disorder

The theoretical part of the bachelor thesis deals with the issue of mental anorexia. It summarizes data regarding the definition of mental anorexia itself, explains its possible causes, symptoms of the disease, mentions diagnostic criteria and many methods of treatment. It also covers the specifics of the nursing approach to mental anorexia and quality of life. In the empirical part, the bachelor thesis discusses the comparison of changes in girls who have undergone mental anorexia, focusing on changes in quality of life and the role of nursing care in the different stages of the disease. The research investigation took the form of semi-structured interviews with three female respondents. The aim of this study was to assess the changes in quality of life and the role of nursing care in different stages of the disease. The thesis found that anorexia nervosa significantly reduces quality of life, especially during illness, and that individual nursing care plays a crucial role in the recovery process.

Použitá literatura a prameny

- BALOGOVÁ, Eva. 2012. *Hodnocení stavu výživy kriticky nemocných*. Sestra 22(6), 50-51. ISSN 1210-0404 Dostupné také z: https://zdravi.euro.cz/clanky/hodnoceni-stavu-vyzivy-kriticky-nemocnych/.J

- EBELING, Hanna; TAPANAINEN, Päivi; JOUTSENOJA, Auli; KOSKINEN, Minna; MORIN-PAPUNEN, Laure et al. A practice guideline for treatment of eating disorders in children and adolescents. Online. Annals of medicine (Helsinki). 2003, roč. 35, č. 7, s. 488-501. ISSN 0785-3890. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/07853890310000727.

- FAŤUNOVÁ, MUDr. Zuzana. *Kvalita života*. Online, diplomová práce. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, 2007. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/10214/DPTX_2006_2_11210_ASZK10001_106609_0_27875.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- FINK, MUDr. Martin. *Kvalita života a CRS*. Online. In: Is.mvso.cz. 2021. Dostupné z: https://is.mvso.cz/el/mvso/zima2021/YSO/247969/Kvalita_zivota.pdf.

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

- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

- HAVRÁNEK, Jan. *Dá se kvalita života měřit?* Online. In: Aqe.cz. 2025. Dostupné z: https://www.aqe.cz/da-se-kvalita-zivota-merit/.
- JELÍNKOVÁ, Kristýna. *Specifika ošetřovatelské péče při poruchách příjmu potravy*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Marie Froňková. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2019. Dostupné z: https://theses.cz/id/a7ljjg/BP_Jelnkov.pdf?lang=en.

- K Wang, H Zhang, C S Bloss, V Duvvuri, W Kaye, N J Schork, W Berrettini, H Hakonarson. *A genome-wide association study on common SNPs and rare CNVs in anorexia nervosa*. Molecular Psychiatry, 2010; DOI: 10.1038/mp.2010.107

- KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Závažné duševní poruchy ovlivňuje kumulace vnějších vlivů. *Medical tribune*. 2021, roč. 2021, č. 03/21, s. 3.

- KOTECKÝ, Mgr. Vojtěch. *Indikátory kvality života v oblasti životního prostředí*. Online. In: Cr2030. 2019. Dostupné z: https://www.cr2030.cz/sites/cr2030/files/featured_images/10_%25C5%25BDivotn%25C3%25AD-prost%25C5%2599ed%25C3%25AD.pdf.

- KRCH A KOLEKTIV, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. dopl. vyd. Grada, 2005. ISBN 802470840X.

- KRCH, František David a ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Příručka pro zdravotníky, aneb, Různé tváře poruch příjmu potravy*. Brno: Anabell, [2013]. ISBN 978-80-905436-3-8.

- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Rádci pro život. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071785989.

- KRCH, PH. D., PhDr. František D. *Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících*. Online. In: Šance dětem. 2013, 19. 12. 2023. Dostupné z: https://sancedetem.cz/poruchy-prijmu-potravy-u-deti-dospivajicich.

- KRCH, PhDr. František David. *Poruchy příjmu potravy- rizikové faktory*. Online. In: Psychiatrie pro praxi. 2004. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf.

- KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 8071785512.

- LIBIGEROVÁ, E., MÜLLEROVÁ, H. Posuzování kvality života v medicíně. ČS Psychiatrie, 97, 2001, č. 4, s 183-186. In: VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHER, P. Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80- 210-3754-7

- MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2. Dostupné také z: http://krameriusndk.nkp.cz/search/handle/uuid:4f38fc60-a403-11e5-b5dc-005056827e51.

- MEISNEROVÁ, MUDr. Eva. *Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty*. Online. In: Interní medicína. 2013. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf.
- *Mentální anorexie: co to je?* Online. In: Národní zdravotnický informační portál. 2023. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/702-mentalni-anorexie-zakladni-informace.

- *Mentální anorexie: diagnóza a léčba*. Online. In: Národní zdravotnický informační portál. 2024. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/703-mentalni-anorexie-diagnoza-a-lecba.

- NĚMEČKOVÁ, PH. D., MUDr. Pavla. *Poruchy příjmu potravy*. Online. In: Psychiatrie pro praxi. 2007. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/04/02.pdf.

- PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Psyché. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 9788024724256.

- PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.

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

- PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada, 2014. ISBN 978-80-247-9253-8.

- *Poruchy příjmu potravy: jak rozpoznat příznaky?* Online. In: Národní zdravotnický informační portál. 2020. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/700-poruchy-prijmu-potravy-jak-rozpoznat-priznaky.
- PRAŠKO, Ján; VYSKOČILOVÁ, Jana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Rádci pro zdraví. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-079-8.

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

- SILVESTORE P. H. (1990). Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression. *Psychological reports*, *67*(1), 276–278. https://doi.org/10.2466/pr0.1990.67.1.276

- UHLÍKOVÁ, MUDr. Petra. *Poruchy příjmu potravy*. Online. In: Asociace dětské a dorostenecké psychiatrie. 2019. Dostupné z: https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/poruchy-prijmu-potravy/.

- VAĎUROVÁ, Helena a MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

- VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Psyché. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.

- WALLIN, David J. *Vazba v psychoterapii*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1671-1.

- K. Wang; , H. Zhang; , C. S. Bloss; , V. Duvvuri; , W. Kaye et al. *A genome-wide association study on common SNPs and rare CNVs in anorexia nervosa*. Online. In: Molecular Psychiatry. 2010. Dostupné z: https://www.nature.com/articles/mp2010107.

- ŽÁKOVÁ, Iva. *O významné roli stomatologa při diagnostice PPP s profesorkou psychiatrie H. Papežovou*. Online. In: LKS časopis. 2021. Dostupné z: https://www.lks-casopis.cz/clanek/o-vyznamne-roli-stomatologa-pri-diagnostice-poruch-prijmu-potravy-s-profesorkou-psychiatrie-hanou-papezovou/.

Seznam zkratek

HRQoL	Healthy- Related Quality of Life
JIP	Jednotka intenzivní péče
PPP	Poruchy příjmu potravy
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
VŠ	Vysoká škola
WHO	World Health Organization

Seznam obrázků

Obrázek 1 Souhr příznaků 22
Obrázek 2 Struktura rozhovoru (Napkin, 2025) 47

Seznam tabulek

Tabulka 1: Body Mass Index 23
Tabulka 2: Informace o respondentkách 46

Seznam příloh

Příloha A: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 1

Příloha B: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 2

Příloha C: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 3

Příloha A: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 1

- věk nyní: 20let, věk na začátku nemoci: 16let
- vzdělání: středoškolské s maturitou, nyní studuje VŠ
- délka onemocnění: 26 měsíců

1. **Kdy se u tebe projevily první příznaky? Jaké? Jak si to vnímala?**
   „ První příznaky už jsem vnitřně pociťovala už nějakou dobu. Měla jsem už delší dobu problémy se zažíváním a stále nafouklé břicho, tak jsem to začala řešit s praktickou lékařkou. Ta mi doporučila méně jíst a více pohybu. A já samozřejmě začala hubnout, do toho si mé okolí začalo všímat a chválit mi postavu. Ale bohužel jsem zašla až do extrému. Začala jsem vynechávat jídlo, schovávat potraviny a nadměrně se sledovat.“

2. **Jaký byl podle tebe spouštěč?**
   „ Velký vliv na to měl určitě to zdravotní doporučení od praktické lékařky. Na psychice mi ale nepomohlo, když mamce diagnostikovali rakovinu.“

3. **Kdy ses s tím poprvé někomu svěřila? Komu a po jaké době?**
   „ Sama už jsem to podvědomě tušila, ale nebyla jsem schopná to někomu říct. Napsala jsem to mamce proto na papír, v den plánované hospitalizace na interně. Hospitalizace byla z jiného zdravotního důvodu. Tam mě zvážili, normálně jsem tam jedna všechno. A během hospitalizace proběhla konzultace s psychiatrem, který mi po rozhovoru nabídl hospitalizaci na psychiatrické klinice. Já souhlasila a tím proběhla nějaká první diagnostika. “

4. **Co ti nejvíce pomohlo v léčbě?**
   „ Já celkově prošla čtyřmi hospitalizacemi, s tím že ty tři nebyly úplně úspěšné. Dvě z nich mi vlastně vůbec nepomohyi, jedna vedla k relapsu a jedna teda už mi opravdu pomohla. Na té poslední, která teda pomohla mi nejvíce pomohli tím, že mě naučili se připravit na to domácí prostředí, jezdila jsem i na víkendy domů, kde jsem si to vlastně „zkoušela“ jestli to zvládnu. Měla jsem tam i vlastního psychologa, který se mi věnoval, což bylo taky neskutečně fajn, protože jsem to nemusela řešit každý den s někým jiným. “

5. **Jaký nejhorší zážitek máš spojený se svou diagnózou? Byla chvíle, kdy jsi to chtěla vzdát a nebojovat?**
   „ Nejhorší zážitek určitě byl můj zážitek blízké smrti, kdy jsem ve snu viděla celý svůj život a to i momenty, které jsem si nemohla pamatovat, také jsem viděla bílé světlo a své tělo, jak leží na posteli. To byl absolutně můj nejhorší zážitek. Tenkrát když přišla mamka s tím, že má rakovinu a já už jsem se svou nemocí potýkala. Byla jsem taková jakože smířená s tím, že tohle nezvládnu. Uvědomovala jsem si, že mám problém. Ale

byla jsem odhodlaná, se jakože obětovat za tu mamku. Nechtěla jsem ji zatěžovat svými problémy. A chtěla jsem hlavně, aby byla zdravá ona.“

6. **Kdy jsi vyhledala pomoc odborníků?**
   „Pomoc si mě vlastně vyhledala na té plánované hospitalizaci. Z psychiatrické kliniky, jsem se dostala poté do Brna do Bohunic na JIP. Po nějaké době mě propustili domů, protože jsem nebyla v ohrožení života. Následné dvě hospitalizace jsem si už telefonicky domluvila sama, protože jsem cítila, že to nezvládám. “

7. **Co ti nejvíce pomohlo nevzdat se?**
   „To finální nevzdání, určitě bylo to, že jsem nechtěla zklamat rodiče a nechtěla jsem umřít. “

8. **Jak moc pro tebe byla důležitá rodina a přátelé? Byli nápomocní? Kdo byl ten nejdůležitější?**
   „Důležití pro mě byli úplně neskutečně, jezdili za mnou na návštěvy přes celou republiku, když jsem byla hospitalizovaná. Podporovali, pomáhali mi. Největší oporou pro mě byla určitě mamka. “

9. **Jaké byly dopady tvé nemoci na různé oblasti tvého života?**
   „ Pořád jsem potřebovala pít, více mi bušilo srdce, ale neměla jsem žádné stavy na omdlení nic. Což se dost divím, protože moje tělo nemělo z čeho čerpat podle mě.“

10. **Jaký měla nemoc vliv na tvé fyzické zdraví, psychickou pohodu, sociální vztahy a celkovou spokojenost s životem?**
    „Zdravotně to se mnou šlo opravdu z konce, neskutečně jsem hubla, nejméně jsem měla 28kg a to je opravdu málo při mých 162cm. Jinak mi řídly vlasy a přišla jsem o menstruaci. V rámci psychiky to bylo velice špatné, už od malička jsem úzkostně depresivní, takže mě vždycky všechno hrozně sebralo. Společensky jsem se dost izolovala, odmítala jsem kamkoliv chodit, protože tam přeci bude jídlo. “

11. **Bereš teď ještě nějaké léky nebo chodíš na terapie?**
    „ Ani jedno. Jediné co tak pravidelně navštěvuji psychiatričku cca 2x do roka. A to i z důvodu, že už před anerexií jsem měla antidepresiva na deprese.“

12. **Vnímáš nějaké dlouhodobé následky nemoci?**
    „Tak určitě to vypadávání vlasů, mám taky osteoporózu, kterou máme tedy geneticky v rodině, ale myslím, že mi ji anorexie urychlila. Mám celkově dost problémy s klouby a šlachami. Také mám problémy s vyprazdňováním, střídá se mi průjem a zácpa. A v důsledku anorexie mám strašně zmenšenou dělohu. Musím také dodržovat bezlepkovou stravu, protože po lepku mi není dobře. “

13. Je něco co ti nemoc vzala? A něco co ti naopak dala?

„Tak kromě těch zdravotních problémů, které mám teď a neměla jsem je. Jsem přišla o pár kamarádů. Ale zas jsem jich i pár získala. Dala mi hustší vlasy, protože díky vypadávání vlasů v období nemoci, je mám teď neskutečně husté a začaly se mi i kroutit. Také mi nemoc určitě dala zkušenost, kterou já teď můžu pomáhat ostatním a předávat rady.“

14. Jaký byl návrat do běžného života? A pomohla ti ošetřovatelská péče na zotavení a reintegraci do běžného života?

„ Prošla jsem si vlastně i jedním neúspěšným návratem do života. Bylo to po hospitalizaci za JIP v Brně, kde mě propustili domů, protože jsem nebyla v ohrožení života, ale jejich standartní oddělení se na prázdniny zavíralo. Odcházela jsem s termínem nástupu na září a jela domů, kde jsem to zezačátku docela zvládala. Když jsem ale doma na váze viděla, že jsem přibrala 10kg, zlomilo se to opět v mě, já začala opět schovávat jídlo a manipulovat okolím. V září jsem se dozvěděla, že oddělení v Brně se neotevře a já se zhroutila a vybrečela jsem si hospitalizaci v Praze. Odtamtud jsem se pak dostala do Brna, kde znovu otevřeli to dané oddělení, na které jsem měla nastoupit. Tam mi již konečně pomohli a já se mohla vrátit do života. Návrat byl těžký, protože spousty lidí v škola, vědělo čím jsem si prošla, ale já se rozhodla to s ostatními sdílet a ne se za to stydět. V Brně mi dost s reintegrací pomohli, jelikož nás tam na to připravovali a já jezdila na víkendy domů, kde jsem se na to připravovala psychicky taky. “

15. Jak se vnímáš dneska?

„Dnes se vnímám jako někdo, kdo si prošel peklem, ale dokázal z něj vyjít silnější. Už se na sebe nedívám jen přes čísla na váze nebo v zrcadle. Vidím v sobě člověka, který si zaslouží žít, milovat a být milován. Mám za sebou obrovskou cestu, a i když mám pořád chvíle nejistoty, dneska se umím mít ráda i s nedokonalostmi. Vnímám se jako zdravá, svobodná a je mi jedno co si o mě myslí ostatní. “

16. Co ti teď dělá v životě největší radost?

„ Tohle je tak jednoduchá otázka, že je vlastně hrozně těžký říct nějakou komplexní odpověď. Už jenom to, že žiju, tak z toho mám radost. Mám tedy vlastně radost z toho, že taky můžu být a dělám, co mě baví. Dělám kontent na sociální sítě, který lidem pomáhá. A pocit, když mi někdo napíše, že jsem mu fakt pomohla, je pro mě neskutečná radost. Další z čeho mám neskutečnou radost, jsem já sama, protože díky tomu co dělám a co jsem zvládla, jsem získala sebevědomí, které mi chybělo. Mám radost z běžných věcí jako je můj vztah s mamkou, studium, přátelé a celá moje rodina. Taky mi dělá radost to, že se vůbec hýbu. “

17. Co pro tebe znamená pojem kvalita péče?

„ Kvalita péče je pro mě to, že se mi věnuje lékař i sestra několikrát denně. A individuálně se mi věnují. Je to taková péče, kterou bych chtěla, aby mi byla také poskytována. A v rámci péče sama o sebe je to určitě, že člověk akceptuje všechny svoje ne-

dokonalosti, ale uvědomuje si i svoje kvality a rozvíjí se v těch věcech, ve kterých je dobrý. Má se rád a pečuje o sebe, nejen zevně, ale i vnitřně.“

18. Co pro tebe bylo v jednotlivých fázích (před, v průběhu, po nemoci) známkou, že žiješ kvalitní život?

„ Co pro mě před tou nemocí bylo důležité, to ani nevím. Já jsem na sebe totiž dost kašlala. Můj život vlastně před PPP bylo Jitro, což se sbor. Kam jsem chodila od první třídy, až do hospitalizace. Před poruchou to bylo tedy asi to, že zpívám a jezdím se sborem na zájezdy. V té poruše jsem to, že žiju, vnímala v rámci biologických příznaků. Tedy to, že se ráno probudím, dýchám, jsem schopná se najíst, dojít na záchod. Ale spíše to bylo, takové přežívání, s kvalitním životem to rozhodně nesouviselo. Po poruše to je vlastně známkou kvalitního života, ty věci, které už jsem jmenovala a to co mě dělá šťastnou. Konečně můžu být sama sebou a mám ze sebe radost a můžu konečně prožívat nějaké emoce. “

19. Které aspekty jsou pro tebe nejdůležitější a zajímají tě (fyzické, psychické, sociální)?

„ Nejdůležitější pro mě je, hlavně to co si myslím já, popřípadě moje blízké okolí. Fyzicky na sebe samozřejmě koukám, ale spíše z hlediska, že chci připrat a zásobovat se kvalitními potravinami. Je pro mě i velice důležité se udržovat v psychické pohodě a soustředit se právě na sebe. Vůbec se nezaobírat názorem druhých lidí. A je mi úplně jedno co si o mě ostatní myslí. Dost se o to zajímám celkově a snažím se tyto informace o zdravém těle a mysli šířit dál.“

20. Měnila se důležitost těchto aspektů v jednotlivých fázích (před, v průběhu, po nemoci)?

„ Určitě se důležitost těchto aspektů se měnila. Před nemocí jak říkám jsem žila jenom sborem a vlastně jsem vůbec nežila. V průběhu nemoci to už vůbec život nebyl, to bylo pouze přežívání. A po nemoci, se právě snažím hodně soustředit hlavně na sebe.“

21. Jaké změny v kvalitě života jsi nejvíce pociťovala? A jaké byli klíčové faktory, které tyto změny nejvíce ovlivnily?

„Změny byly obrovské – od fyzického vyčerpání a zdravotních problémů až po úplnou ztrátu radosti ze života. Během nemoci jsem byla často apatická, uzavřená, neschopná cítit štěstí nebo se jen zasmát. Všechno mělo příchuť únavy a boje. Klíčovým faktorem bylo asi to, že nemoc převzala identitu nebyla jsem já.Ale když mluvím o změnách k lepšímu, po vyléčení, tak těch je taky nespočet. Začala jsem znovu žít – doslova. Vrátila se mi energie, chuť tvořit, být mezi lidmi, mít sny. Klíčovým momentem zvratu byla zkušenost se smrtí – ta mě probudila. Uvědomila jsem si, že jestli se opravdu chci uzdravit, musí to jít ze mě. Pomohla mi terapie, rodina, ale hlavně moje vlastní rozhodnutí, že už nechci jen přežívat, chci žít naplno.“

22. Co nejvíce ovlivnilo tvoji kvalitu života v období nemoci?

„V období nemoci moji kvalitu života nejvíce ovlivňoval neustálý vnitřní boj – s jídlem, s vlastním tělem, s tím, kdo jsem a jakou mám hodnotu. Nežila jsem vlastně vůbec život, když nad tím zpětně přemýšlím. Mentální anorexie mi totiž úplně převzala kontrolu nad životem. Nezajímala jsem se ani o věci, lidi, které jsem dřív milovala."

23. Byly u tebe prováděny specifické ošetřovatelské intervence v jednotlivých fázích (sonda, edukace, péče o ránu)? Ovlivnily dopad na kvalitu života?

„ Byly, dvakrát jsem měla zavedenou sondu. Jednou do žaludku a podruhé pak do střev. A jsem za to nejvíc vděčná na celém životě. O obě jsem si vlastně řekla sama, svoji vůlí. Ale ta první to byla takové volání o pomoc, ale nechtěla jsem ji a obrečela jsem to. Přesně ta první nasogastrická sonda mi zachránila život a kdyby mi ji nezavedli tenkrát, tak teď tady s tebou vůbec nemluvím. V rámci edukace jsem si to dost všechno musela zjistit sama, ta mi teda rozhodně nebyla poskytována."

24. Jak moc pro tebe byla důležitá ošetřovatelská péče v jednotlivých fázích nemoci? A jak tě zdravotníci podporovali při zvládání nemoci (prevence relapsu, zlepšení celkového stavu po léčbě)?

„ Já jsem byla hospitalizována několikrát i na několika pracovištích, čímž je to složitější, jelikož na každém pracovišti to bylo jiné. Pomoc zdravotníků pro mě ale byla podstatná všude, jen někde se mi věnovali méně a někdo zase více. Nejlepší byla má poslední hospitalizace v Brně v Bohunicích, kde se i specializují na PPP. Kde mě personál připravoval na návrat domů, já i na víkendu domů jezdila, což byla skvělá příprava. Psychiatrička, se kterou jsem se setkala v rámci této hospitalizace v Brně, byla skvělá, byl tam i zdravotní bratr, který si se mnou chodil povídat."

25. Jak vnímáš přístup zdravotnického personálu během tvé nemoci? Pomohli ti?

„ Tady hodně váhám, je to ano i ne. Záleželo na tom, jak kde. Na každém oddělení byl někdo ochotný, hodný, vstřícný a chápal mou poruchu, ale na druhou stranu tam byli i nepříjemní zdravotníci, kteří vůbec nebrali moji poruchu. A to mluvím i o pracovištích zaměřených na PPP. Samozřejmě to na jednu stravu chápu, jelikož spousty nemocných s PPP je schopných nalhat lékařům a sestrám všechno možné a ti pak nemají 100% důvěru. Jediné oddělení, kde byli všichni ochotni a neodsuzovali nás, bylo v Brně v Bohunicích. Tam opravdu každý ze zaměstnanců nám pomohl. Nikdo vlastně, kromě těch v tom Brně mě vůbec needukoval ani o té poruše, já jsem sama věděla, ale nerozuměla jsem tomu."

26. Setkala ses s chováním, které ti vadilo v rámci přístupu zdravotníků?

„Nejhorší bylo, když personál vím, že máš problém s jídlem a ten personál na tebe začne křičet, ať začneš žrát, je přece musím atd. a to pro mě bylo nejhorší. Velmi špatnou zkušenost mám také z první hospitalizace v Brně, dostala jsem se na JIP, a oni mě tam dovezli, napojili na ty hadičky všechny a odešli, zavřeli dveře, ale ne úplně. A já slyšela sanitářku říct, větu „Tak ta do rána nepřežije, ta umře" a všichni byli, jakože asi jo a souhlasili s ní. Skoro nikdo už tam za celý den nepřišel a kvůli

této zkušenosti mám i PTSD. Rok potom jsem se bála usínat, protože jsem se bála, že umřu. V rámci další hospitalizace v Praze jsem nebyla vůbec spokojená s personálem, byli opravdu nepříjemní. Křičeli na mě, nutili mě sníst i drobky ze země, které jsem tam nadrobila, jablko muselo být okousané až k jádru.“

27. **Vytvořila sis s pomocí zdravotníků nějaké krátkodobé/ dlouhodobé cíle léčby? Dařilo se ti jejich plnění?**
„Ano, cíle jsem s pomocí zdravotníků měla vytvořené. Ale plnění bylo horší. Na mojí úplně první hospitalizaci na psychiatrii jsem jedla, ale kilogramy nahoru vůbec nešly, během této hospitalizace jsem dokonce zhubla cca 10kg. Poté jsem odjela do Brna na JIP, kde mi zachránili život a tam jsme společné cíle neměli, bylo to o tom hlavě přežít. Na další hospitalizaci tentokrát v Praze šli kilogramy také spíše dolů a nic se nedělo, takže tak jsem ty cíle úplně nezvládala plnit. A poslední hospitalizace v Brně, tam už to postupovalo skvěle, kilogramy šli nahoru a cíle se plnili, i po návratu domů, šlo všechno podle plánu. “

Příloha B: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 2

- věk nyní: 24let, věk na začátku nemoci: 15let
- vzdělání: středoškolské s maturitou, nyní pracuje
- délka onemocnění: 36 měsíců

1. **Kdy se u tebe projevily první příznaky? Jaké? Jak si to vnímala?**
   „První příznaky se u mě objevily kolem čtrnáctého roku. Začalo to nenápadně, chtěla jsem „jen trochu zhubnout" a mít kontrolu nad svým tělem. Vnímala jsem to tehdy jako pozitivní změnu, měla jsem pocit, že jsem silná a odhodlaná. Ale rychle se to zvrhlo. Cítila jsem se tlustá a nenáviděla jsem pohled na sebe do zrcadla."

2. **Jaký byl podle tebe spouštěč?**
   „Hodně to souviselo s tlakem ve škole, porovnáváním se s ostatními holkami, poznámkami o vzhledu a taky tím, že jsem se v rodině cítila neviditelná. Kontrola nad jídlem mi dávala pocit, že alespoň něco řídím já sama. Možná to ovlivnily i psychické problémy, které mi byly později i diagnostikovány. "

3. **Kdy ses s tím poprvé někomu svěřila? Komu a po jaké době?**
   „Upřímně? Dlouho nikomu. Spíš si toho všimli rodiče, učitelka a moje okolí. Já sama si nechtěla přiznat, že mám problém. Trvalo to asi rok, než jsem byla donucena jít k lékaři."

4. **Co ti nejvíce pomohlo v léčbě?**
   „Paradoxně až ta hospitalizace, ačkoliv byla nedobrovolná. Tam se konečně zpomalil ten kolotoč. A pak mi pomohla podpora lidí. Konkrétně jedna terapeutka, která mě brala vážně, a jedna spolupacientka, se kterou jsme se hodně podporovaly. "

5. **Jaký nejhorší zážitek máš spojený se svou diagnózou? Byla chvíle, kdy jsi to chtěla vzdát a nebojovat?**
   „Nejhorší byly sondy a vážení. Ten pocit absolutní ztráty kontroly, studu a bezmoci. Hrozný zážitek taky byl, když jsem se z nadměrného užívání projímadel, pokálela na ulici. Pro mě jako mladou holku to bylo něco nejhoršího. A ano, byly chvíle, kdy jsem to chtěla vzdát. Byla jsem psychicky i fyzicky už hrozně vyčerpaná a měla jsem pocit, že budu radši mrtvá než žít s tím vším. "

6. **Kdy jsi vyhledala pomoc odborníků?**
   „Já jsem si sama aktivně pomoc nevyhledala, přinutili mě rodiče a lékaři. Ale zpětně jsem za to vděčná. "

7. **Co ti nejvíce pomohlo nevzdat se?**
   „Malé naděje. První moment, kdy jsem si připadala zase trochu jako člověk. Podpora terapeutky, dopisy od kamarádky. Občas jen úsměv někoho, kdo viděl mě a ne jen moji nemoc. Také jsem měla strach, nechtěla jsem umřít. "

8. **Jak moc pro tebe byla důležitá rodina a přátelé? Byli nápomocní? Kdo byl ten nejdůležitější?**
   „Hodně. I když rodina to ze začátku moc nezvládala, táta se postupně hodně snažil. Ale nejvíc asi jedna kamarádka, byla se mnou, i když jsem byla fakt na dně. "

9. **Jaké byly dopady tvé nemoci na různé oblasti tvého života?**
   „Škola šla stranou, dost jsem přišla i o kamarády, nebyla jsem schopná se radovat. Ztratila jsem sebevědomí, menstruaci, svaly a kontakt s realitou."

10. **Jaký měla nemoc vliv na tvé fyzické zdraví, psychickou pohodu, sociální vztahy a celkovou spokojenost s životem?**
    „Fyzicky jsem byla vyčerpaná, neustálé bolesti, zima, vypadávání vlasů. Psychicky jsem byla labilní, podrážděná, úzkostná. Sociálně jsem se izolovala. Spokojenost se životem? Nula. "

11. **Bereš teď ještě nějaké léky nebo chodíš na terapie?**
    „Léky už ne, ale chodím jednou za dva až tři měsíce na kontrolní sezení. Pomáhá mi to udržet si nadhled."

12. **Vnímáš nějaké dlouhodobé následky nemoci?**
    „Ano. Metabolismus není úplně ideální, mám citlivější trávení a někdy problémy s cyklem. Psychicky jsem pořád zranitelná vůči tlaku na výkon a vzhled. Také si myslím, že mi anorexie rozjela úzkostnou poruchu, kterou mi během léčby diagnostikovali."

13. **Je něco co ti nemoc vzala? A něco co ti naopak dala?**
    „Vzala mi kus dospívání, vztahy, bezstarostnost. Ale dala mi taky hlubší pochopení sebe sama a větší empatii k ostatním. Vždyť přece i negativní zkušenost je zkušenost."

14. **Jaký byl návrat do běžného života? A pomohla ti ošetřovatelská péče na zotavení a reintegraci do běžného života?**
    „Byl postupný, náročný, ale šel. Nebyl náročný jen pro mě, ale i pro moji rodinu, která to se mnou prožívala. Péče zdravotních sester byla často klíčová, nejen fyzicky, ale i lidsky. Když mě někdo držel za ruku při zavádění sondy, nezapomenu na to."

15. **Jak se vnímáš dneska?**
    „Jako někdo, kdo si toho dost prošel, ale kdo na sebe může být i hrdý. Už nejsem jen „ta, co měla anorexii"."

16. Co ti teď dělá v životě největší radost?
„Pohyb, ale ne z trestu, ale z radosti. Hudba. Káva s kamarádkou. A pocit, že jsem naživu."

17. Co pro tebe znamená pojem kvalita péče?
„Lidskost, respekt, nepřetržitost, důvěra. Když tě vidí jako člověka, ne jako číslo."

18. Co pro tebe bylo v jednotlivých fázích (před, v průběhu, po nemoci) známkou, že žiješ kvalitní život?
„Před nemocí jsem žila jenom pro výkon. V průběhu nemoci jsem vůbec neměla pocit, že žiju kvalitní život, takže nic. A po nemoci rovnováha v životě, pocit, že zvládám žít, být sama sebou a cítit radost. "

19. Které aspekty jsou pro tebe nejdůležitější a zajímají tě (fyzické, psychické, sociální)?
„Dnes už hlavně psychické a sociální. Fyzická stránka je důležitá, ale až jako důsledek těch předchozích."

***20.* Měnila se důležitost těchto aspektů v jednotlivých fázích (před, v průběhu, po nemoci)?**
„Určitě. V nemoci jsem myslela jen na tělo, teď chápu, že bez duševního zdraví to nemá smysl."

***21.* Jaké změny v kvalitě života jsi nejvíce pociťovala? A jaké byli klíčové faktory, které tyto změny nejvíce ovlivnily?**
„Měla jsem pocit znovuzískání energie, chuti do života, možnosti se na něco těšit. Asi to, že jsem chtěla žít."

22. Co nejvíce ovlivnilo tvoji kvalitu života v období nemoci?
„To, že jsem byla hospitalizována a nějakým způsobem izolována, stále kontrolována a měla jsem pocit bezmoci, to mě velice tu kvalitu života na to období ovlivnilo. Naopak podpora a důvěra, kterou jsem cítila, mě držela nad vodou."

23. Byly u tebe prováděny specifické ošetřovatelské intervence v jednotlivých fázích (sonda, edukace, péče o ránu)? Ovlivnily dopad na kvalitu života?
„Ano, výživa sondou, edukace o zdravém stravování s nutriční terapeutkou, podpora při krizi. Když to bylo prováděno citlivě, hodně mi to pomohlo. Právě třeba sonda mi rozhodně zlepšila kvalitu života v ten daný čas a urychlila můj návrat do běžného života. Když se nad tím zamyslím, tak všechny intervence pro mě byli přínosem, ikdyž jsem je třeba zezačátku odmítala. Přístup sester byl často tím, co rozhodovalo, jestli se cítím jako člověk"

24. Jak moc pro tebe byla důležitá ošetřovatelská péče v jednotlivých fázích nemoci? A jak tě zdravotníci podporovali při zvládání nemoci (prevence relapsu, zlepšení celkového stavu po léčbě)?

„Ošetřovatelská péče pro mě hrála obrovskou roli, hlavně v akutní fázi, kdy jsem sama nebyla schopná o sebe vůbec pečovat. Sestry byly ty, kdo se mnou trávily nejvíc času, kdo mě ráno budily, sledovaly jídlo, ale hlavně tam byly pro mě. Někdy stačilo jenom, aby tam byly se mnou, jindy se mě zeptaly, jak se cítím, a braly to vážně. To bylo víc než jakákoli tabulka nebo jídelníček. V prevenci relapsu mi hodně pomohly rozhovory o varovných signálech a vytvoření si rutiny, která zahrnovala péči o sebe a to nejen jídlo, ale i odpočinek, pohyb, sociální kontakt. Dávaly mi praktické tipy, jak si všímat prvních náznaků návratu do starých vzorců. Po léčbě jsem také ocenila to, že jsem věděla, že se mám kam obrátit. Vědomí, že v nemocnici nebo centru existují lidi, kteří mi rozumí a nepodceňují to, mi dodávalo pocit jistoty a bezpečí. Pomohlo mi to znovu se začlenit do normálního života, ale tentokrát s větším respektem k sobě.“

25. Jak vnímáš přístup zdravotnického personálu během tvé nemoci? Pomohli ti?

„Většinou pozitivně. Byli profesionální, empatičtí, někdy přísní, ale spravedliví. Mnozí z nich byli trpěliví, vysvětlovali mi věci do detailu a nikdy mě neodsuzovali. Nejvíc si vážím těch, kteří mi dali prostor být i zranitelná. Na druhou stranu, setkala jsem se i s některými, kteří mi připadali příliš chladní nebo necitliví. Někteří zdravotníci ne vždy věnovali pozornost tomu, jak se cítím psychicky. Vzpomínám si na jeden moment, kdy jsem byla po sondě a sestra na mě byla hodně přísná, zdálo se mi, že se soustředí jen na to, jak mi "správně" podat stravu, ale vůbec se nezajímala, jak se v tu chvíli cítím já. To mě tehdy hodně zranilo. Ale celkově bych řekla, že přístup zdravotníků byl klíčový pro moje zotavení. Vědět, že v nich mám důvěru a mohu se na ně obrátit, když cítím, že něco není v pořádku, mi dávalo pocit kontroly nad situací “

26. Setkala ses s chováním, které ti vadilo v rámci přístupu zdravotníků?

„Ano, bohužel i to se stalo. Některé situace už jsem zmiňovala. Někteří zdravotníci působili necitlivě, mluvili o mě v mé přítomnosti, jako bych tam nebyla, nebo dávali najevo, že si za to "můžu sama". To hodně bolelo. A pak taky neempatické komentáře ohledně jídla nebo vzhledu, i když mnohdy třeba neúmyslné, dokážou ublížit. Člověk si v tom stavu pamatuje každé slovo. Ale toto negativní chování jsem zažila jen u malého zlomku z nich.“

27. Vytvořila sis s pomocí zdravotníků nějaké krátkodobé/ dlouhodobé cíle léčby? Dařilo se ti jejich plnění?

„Ano. Společně s terapeutkou a jednou velmi vstřícnou sestrou jsme si stanovily krátkodobé cíle, jako např. pravidelné jídlo, zvládnutí jídla bez úzkosti, nebo vedení deníku emocí. Dlouhodobě jsme se zaměřily na návrat do školy, zlepšení vztahu k sobě a znovu navazování sociálních kontaktů. Nebylo to vždy snadné, ale postupně

jsem je plnila. A když to nešlo, hledaly jsme jiné cesty. Důležité pro mě bylo, že mi v tom někdo věřil.“

Příloha C: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 3

- věk nyní: 23let, věk na začátku nemoci: 16let
- vzdělání: středoškolské s maturitou, nyní studuje
- délka onemocnění: 60 měsíců

1. **Kdy se u tebe projevily první příznaky? Jaké? Jak si to vnímala?**
   „Nevnímám zpětně úplně nějaké příznaky, bylo to všechno takové skryté. Když se nad tím ale zamyslím, pociťovala jsem vnitřní nepohodu a touhu vypadat jinak. Všichni okolo mě prožívali první lásky a já nic, tak jsem zkoumala co je se mnou špatně."

2. **Jaký byl podle tebe spouštěč?**
   „Velký vliv na to měl rozvod rodičů, kdy rodiče šli od sebe a přestali to zvládat a já jsem převzala roli mámy, jelikož mám mladší sestru."

3. **Kdy ses s tím poprvé někomu svěřila? Komu a po jaké době?**
   „Nikdy jsem se nikomu oficiálně nesvěřila, ale přišlo se na to při preventivní prohlídce, kdy byl samozřejmě zjištěn můj velký váhový úbytek. Doktorka mě poslala k nutriční poradkyni a dětské psycholožce."

4. **Co ti nejvíce pomohlo v léčbě?**
   „Zkušenost s léčbou mám spíše negativní, takže nedokážu říct, co mi pomohlo nejvíce. Ale kdybych měla zhodnotit něco pozitivního na tom procesu léčby, tak by to byla asi nutriční terapeutka. Bohužel ne ta první, ale až po4 letech léčby, od centra Anabell. Nikdy mi nepomohla žádná terapie, ani u psycholožky. Psycholožky dvě, které jsem navštívila, mi spíše přitížily, než pomohly. Jedna mi byla schopná říct, že umřu a druhá mi řekla, že je to v pohodě a mám to prostě příjmout, že život jde dál. Ani léky předepsané od psychiatričky, které jsem nechtěla, nepomohly. Pak jsem začala chodit do Anabel, kde jsem měla psychoterapie, kde mi právě nutriční terapeutka v rámci psychiky pomohla nejvíce."

5. **Jaký nejhorší zážitek máš spojený se svou diagnózou? Byla chvíle, kdy jsi to chtěla vzdát a nebojovat?**
   „Můj nejhorší zážitek byl spíše založený na citech. Doma nebyl nikdo, kdo by mě pochopil. Rodiče se oba pohybují ve zdravotnictví, a pro ně to bylo absolutně nepřijatelné. Máma mě skoro až vydírala, tím že se dobrovolně zabíjím a snažím se na sebe pouze upozorňovat. Každé jídlo k večeři, se kterým jsem nepočítala, pokračoval pro mě hysterickým záchvatem, protože jsem na to nebyla připravená. Prostě každý zásah do mého plánu, který nebyl uskutečněn, jako právě třeba jiné jídlo k večeři nebo zrušení plánů byl pro mě průser a rodiče mi v tom nepomáhali. Měla jsem prostě obrovské výkyvy nálad. "

6. **Kdy jsi vyhledala pomoc odborníků?**
   „První pomoc proběhla po půl roce od zmíněné preventivní prohlídky u doktorky. K té nutriční terapeutce a psycholožce, mě spíše dost dotáhla máma. Moje první dobrovolné vyhledání pomoci bylo po 4 letech a začala jsem docházet do centra Anabell. "

7. **Co ti nejvíce pomohlo nevzdat se?**
   „Otázka nevzdat se, je pro mě hrozně zvláštní. Od té doby se toho stalo dost. Myslím si, ale to že jsem t, že jsem se nevzdala bylo tím, že jsem okolo sebe měla lidi, kteří mě nechápali a spíše i stěžovali cestu. Ale vidina toho že chci žít, jednou mít zdravý děti a mít prostě život podle sebe, to byla pro mě motivace to nevzdat a jít dál. "

8. **Jak moc pro tebe byla důležitá rodina a přátelé? Byli nápomocní? Kdo byl ten nejdůležitější?**
   „Určitě rodina při mě stála, ale tím, jak moc mě mají rádi a přáli si, abych byla zdravá, tak to bylo strašně náročný. Měla jsem o 350% víc výčitek, že se tohle děje. A kamarádi o tom moc nevěděli. "

9. **Jaké byly dopady tvé nemoci na různé oblasti tvého života?**
   „ Řekla bych, že jsem měla štěstí, že jsem byla v dobré fyzické kondici a zdraví mi docela drželo. Samozřejmě jsem v rámci fyzického zdraví ztratila menstruaci a více se mi kazily zuby, jinak jsem nic nepociťovala."

10. **Jaký měla nemoc vliv na tvé fyzické zdraví, psychickou pohodu, sociální vztahy a celkovou spokojenost s životem?**
    „Z psychické stránky to už bylo horší, protože to hlava schytala mnohem více, měla jsem problémy se soustředěním a šílené výkyvy nálad. Vztah s rodinou moji psychiku moc nepodpořil, kamarádky to spíše nevěděli, nikdo to vlastně moc nevěděl, ačkoliv to bylo dost vidět. Podporou pro mě byl i přítel, kterého jsem si našla po 2 letech od „diagnózy", jsme spolu doteď. Ale pro něj to bylo hodně těžké, protože do té doby vůbec nevěděl ani co jsou kcal. Snažil se to se mnou řešit a dost při mě stál. "

11. **Bereš teď ještě nějaké léky nebo chodíš na terapie?**
    „Ne, neberu. Rozhodla jsem se, že už nechci. "

12. **Vnímáš nějaké dlouhodobé následky nemoci?**
    „ V rámci zdravotního stavu se mi dost kazily zuby, ale snad jsem je zachránila. Hodně rozházené mám trávení, hůře trávím lepek a vlákninu."

13. **Je něco co ti nemoc vzala? A něco co ti naopak dala?**
    „Určitě mi dala to, že se více snažím komunikovat s rodinou a svěřovat se s problémy. Také mě máma během mé nemoci naučila děkovat za každý další prožitý den, což dělám do teď. Hodně si hlídám, co vypustím nebo nevypustím z pusy. Samo-

zřejmě, tím jak jsem se stáhla do sebe a nechtěla nikam chodit, jsem přišla o pár přátel, ale to už k tomu nějak holt patří. Také mi to vzalo spoustu času a sil.“

14. Jaký byl návrat do běžného života? A pomohla ti ošetřovatelská péče na zotavení a reintegraci do běžného života?

„ Jako návrat do života bych to úplně nenazvala, tím že jsem docházela ambulantně, tak jsem vlastně stále žila svůj život, akorát s takovou komplikací. Určitě mě péče naučily na sebe jinak nahlížet a to mě určitě pomohlo více se vrátit „do normálu“. “

15. Jak se vnímáš dneska?

„Stále se ženu za vidinou být dokonalá, mít vysportovanou a krásnou postavu. Potřebuju furt mít nějaký cíl, za kterým se ženu, ale vlastně nevím co to je.“

16. Co ti teď dělá v životě největší radost?

„Já jsem člověk, kterému k štěstí stačí sluníčko, kytky, les a pes. Samozřejmě i moje rodina, kamarádi, přítel. Mně fakt stačí málo, třeba včera jsme jela na běžecké závody a jeli jsme v autě, a jak bylo krásně, svítilo sluníčko, kvetly stromy, tak jsem z toho byla úplně nadšená a mám z toho obrovskou radost.“

17. Co pro tebe znamená pojem kvalita péče?

„ V rámci kvality péče, pro mě bylo podstatné to, abych viděla, že se o mě ten člověk (zdravotník) zajímá a opravdu to se mnou chce řešit. Což jsem občas necítila z druhé strany a dost jsem to postrádala.“

18. Co pro tebe bylo v jednotlivých fázích (před, v průběhu, po nemoci) známkou, že žiješ kvalitní život?

„ Předtím to pro mě byl běh za úspěchy, dokonalostí a tím, co si o mě ostatní myslí. Měla jsem pocit, že kvalitní život znamená být stále ‚na vrcholu‘. Během nemoci to bylo hodně o přežívání. Kvalitní život pro mě znamenal jenom to, že se držím nějakých pravidel, které jsem si stanovila, a že se vyhýbám ‚přehmatům‘. Moment kdy jsem se cítila, že ‚zvládám‘ svoji nemoc, byly pro mě známkou kvalitního života. A teď je pro mě známkou kvalitního života, jenom fakt toho že jsem to zvládla, že můžu sedět na sluníčku, procházet se lesem se psem a trávit čas s rodinou a přítelem.“

19. Které aspekty jsou pro tebe nejdůležitější a zajímají tě (fyzické, psychické, sociální)?

„ Vždycky pro mě byla nejdůležitější ta fyzická stránka, to jak vypadám. Ale jak jsem říkala, bylo pro mě dost podstatné držet tu rodinu a mé nejbližší, abychom byli schopni spolu komunikovat a rozuměli jsme si a byli schopni spolu žít.“

20. Měnila se důležitost těchto aspektů v jednotlivých fázích (před, v průběhu, po nemoci)?

„Moje fyzická stránka je pro mě stále dost důležitá, asi nejdůležitější do teď. Ale hned v návaznosti za ní je to sociální vnímání. Moje psychika je stále ještě taková

haprující. Snažila jsem se na psychice dost pracovat, ale nesnáším se hrabat ve svých pocitech. To analyzování jsem nedávala, potřebovala jsem slyšet jen to, jak to mám zkusit udělat. Nedávala jsem, když mě někdo začal jakoby litovat.“

21. Jaké změny v kvalitě života jsi nejvíce pociťovala? A jaké byli klíčové faktory, které tyto změny nejvíce ovlivnily?

„Největší změnou bylo to, že jsem se začala soustředit na to, jak se cítím, místo toho, jak vypadám. Před nemocí jsem se neustále snažila kontrolovat svou váhu a vzhled, což mám trochu doteď. Během zotavení jsem začala víc vnímat vztahy a opravdovou podporu od lidí kolem sebe. Klíčové faktory určitě byli návštěvy centra Anabell, podpora blízkých a učení sebepoznání.“

22. Co nejvíce ovlivnilo tvoji kvalitu života v období nemoci?

„ Pokud bych měla vypíchnout jednu věc, která ovlivnila moji kvalitu života tak určitě nutriční terapeutka z centra Anabell. Celý ten proces se s ní dost táhnul a už to vypadalo docela dobře, akorát já jsem pak odjela na 9 týdnů mimo ČR a tím se to pokazilo. Ona mi hodně pomohla a já jsem s ní spolupracovala. To vnímám, jakože mi to nejvíce pomohlo. “

23. Byly u tebe prováděny specifické ošetřovatelské intervence v jednotlivých fázích (sonda, edukace, péče o ránu)? Ovlivnily dopad na kvalitu života?

„Kromě edukace o správném jídelníčku a edukace o vnitřní psychické pohodě a jak bojovat s nemocí, u mě žádné další intervence prováděny nebyly. Psychoterapie jsem pak už začala odmítat, jelikož mi přišlo, že nemá efekt. Zezačátku mi, ale dost pomáhala. Určitě mi obě intervence dost zlepšili kvalitu života, jelikož jsem díky tomu věděla jak mám k sobě a jídelníčku přistupovat. “

24. Jak moc pro tebe byla důležitá ošetřovatelská péče v jednotlivých fázích nemoci? A jak tě zdravotníci podporovali při zvládání nemoci (prevence relapsu, zlepšení celkového stavu po léčbě)?

„ Jelikož jsem byla léčena pouze ambulantně, tak prevencí relapsu se nikdo nezabýval. Podporu ze strany zdravotníků jsem moc necítila. Říkali mi, že to zvládnu, že jsem silná. Ale doufala jsem, že se o mě začnou více zajímat. Docházení na psychoterapie mi ze začátku smysl dávala, ale pak už přestalo.“

25. Jak vnímáš přístup zdravotnického personálu během tvé nemoci? Pomohli ti?

„ Odborníci, se kterými jsem se setkala na začátku léčby nebyli za mě vlastně vůbec odborníky a rozhodně mi nepomohli. Většinu času jsem měla pocit, že se jim nedaří pochopit, co prožívám, a že to, co mi doporučovali, nebylo úplně přizpůsobené mým potřebám. Jediná, kdo mi opravdu pomohla, byla nutriční terapeutka v centru Anabell. Ta se mi věnovala, měla trpělivost a hlavně mi ukázala, jak se správně postarat o své tělo, aniž bych musela mít strach z jídla.“

26. Setkala ses s chováním, které ti vadilo v rámci přístupu zdravotníků?

„ Ano bohužel setkala. První dvě psycholožky, které jsem navštívila, neměly za mě úplně vhodný přístup anebo mi ten jejich zrovna nevyhovoval. Ta první mi tenkrát řekla, že umřu a druhá měla přístup, že je to v pohodě a mám tu nemoc prostě přijmout, že život jde dál.“

27. **Vytvořila sis s pomocí zdravotníků nějaké krátkodobé/ dlouhodobé cíle léčby? Dařilo se ti jejich plnění?**
„Krátkodobé cíle mi nikdy moc nepomáhali. Třeba psát si deníček mi nikdy nešlo. S nutriční terapeutkou jsme měli vytvořené váhové cíle, ze začátku se mi je plnit vůbec nedařilo, ale měla jsem určený hrozně moc kcal. V centru Anabell to pak šlo, když jsem měla pravidelné terapie.“