

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o.**



**Subjektivní hodnocení léčby klientů s poruchou příjmu  
potravy a vliv preferované léčby na zdravotní stav**

**Tereza Prachňarová**

**Vedoucí práce: Mgr. Antonín Klecanda**

**Praha 2011**

**Prague college of psychosocial studies**



**Subjective assessment treatment of the clients with the  
eating disorders and the influence of the preferred  
treatment on health**

**Tereza Prachňarová**

**The Diploma Thesis Work Supervisit:  
Mgr. Antonín Klecanda**

**Praha 2011**

**Anotace:**

Hlavním tématem této bakalářské práce jsou poruchy příjmu potravy. První část práce se zaměřuje na stručné seznámení s teorií nemoci, s řádem a terapeutickými aktivitami na specializovaném oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy. V praktické části se autorka zabývá subjektivním hodnocením léčby klientů s poruchou příjmu potravy a možným vlivem preferované léčby na změnu zdravotního stavu klienta.

Dále práce poukazuje na to, jaké terapeutické aktivity výzkumný vzorek tohoto šetření preferuje a naopak, které terapeutické aktivity vnímá jako nejméně účinné v léčbě.

Diskuze v závěru práce obsahuje polemiku o možném využití poznatků z šetření.

**Klíčová slova:**

Body Mass Index, důsledky, hodnocení lékaře, jídelní režim, léčebný režim, Lůžkové specializované oddělení pro léčbu poruch, mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, preference, příčiny, psychiatrická klinika, subjektivní hodnocení, tělesná hmotnost, terapie, zdraví.

**Abstrakt:**

Main topic of this bachelor thesis is eating disorders. First part of this work is focused on a brief introduction with a theory of the disease, an arrangement and therapeutic activities in a specialized inpatient department for a treatment of the eating disorders. In a practical part, the author deals with a subjective assessment treatment of the patients with eating disorders and possible influence of the preferred treatment for a client's health change.

Further this thesis notes which therapeutic activities are preferred after investigation and vice-versa, which activities belong to the least efficient. A discussion at the end contains a polemic about the possible use of the knowledge obtained by the investigation.

**Key words:**

Body Mass Index, results, doctor assessment, eating regime, eating regime, specialized inpatient department for a treatment of the eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, Eating disorders, preference, causations, mental home, subjective assessment, body weight, therapy, health.

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto práci k bakalářské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze, dne 2.5.2011

.....

podpis studenta

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce, Mgr. Antonínu Klecandovi, za odborné vedení a připomínky k dané problematice. Rovněž děkuji Doc. PhDr. Karlovi Balcarovi, CSc. za odborné konzultace k výzkumné části práce. V neposlední řadě děkuji vedoucí lékařce Lůžkového specializovaného oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, prof. MUDr. Haně Papežové, CSc. a celému terapeutickému týmu za umožnění provedení šetření a obohacení se o znalosti a zkušenosti v problematice poruch příjmu potravy.

ÚVOD.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1. OBJASNĚNÍ POJMŮ .....	9
2. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	11
2.1 Rozdělení .....	11
2.1.1 Mentální anorexie (MA) .....	11
2.1.2 Mentální bulimie (MB).....	12
2.2 Příčiny vniku.....	13
2.3 Důsledky .....	15
3. VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE .....	17
3.1 Lůžkové specializované oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy .....	17
3.2 Cíl léčby.....	17
3.3 Terapeutické metody.....	18
3.4 Objektivní hodnocení tělesné hmotnosti .....	21
II. PRAKTICKÁ ČÁST .....	23
1. CÍL A HYPOTÉZY .....	23
1.1 Cíl.....	23
1.2 Hypotézy .....	23
2. METODIKA.....	24
2.1 Zkoumaný soubor.....	24
2.2 Sběr dat.....	24
2.3 Metoda .....	25
3. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ .....	26
4. ZÁVĚR ŠETŘENÍ.....	37
5. DISKUSE .....	38
ZÁVĚR .....	40
SLOVNÍK POJMŮ .....	42
LITERATURA .....	45
PŘÍLOHY .....	49
Příloha č.1-Dotazník subjektivního hodnocení léčby .....	49
Příloha č.2- Informovaný souhlas.....	50
Příloha č.3-Tabulky zobrazující pořadí skór a testových statistik $U_1$ a $U_2$ jednotlivých terapeutických aktivit. ....	51

## **ÚVOD**

Poruchy příjmu potravy jsou v současné době velmi časté duševní onemocnění. Onemocnět touto nemocí může kdokoliv, bez ohledu na pohlaví a věk. Ve velké míře se však objevuje u dospívajících dívek a mladých žen. Porucha je velmi závažná nejen pro její důsledky na celkový zdravotní stav, ale i pro její léčbu, která je pomalá a obtížná.

Tato práce má čtenáře seznámit nejen s problematikou onemocnění, ale i možnostmi její léčby.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

Teoretická část pojednává o diagnóze poruchy příjmu potravy, anorexii a bulimii, příčinách a důsledcích onemocnění.

Třetí kapitola provede čtenáře Centrem pro léčbu poruch příjmu potravy na Psychiatrické klinice v Praze. Rovněž je seznámí s léčebným režimem a terapeutickými aktivitami, které klientky hospitalizované na tomto oddělení podstupují.

V práci se píše o osobách nemocných poruchami příjmu potravy v ženském rodě, neznamená to však, že by se toto onemocnění týkalo pouze žen. Onemocnět anorexií nebo bulimií mohou i muži. Do šetření, které je součástí této práce, byly však zahrnuty pouze ženy, z důvodu čtenějšího výskytu onemocnění právě u tohoto pohlaví.

Zmíněné šetření je součástí teoretické části práce. Cílem je zjistit, jaké z terapeutických aktivit klientky vnímají jako nejúčinnější v léčbě, a zda je možné potvrdit vztah mezi preferovanými terapeutickými aktivitami a změnou zdravotního stavu během léčby.

Šetření bylo provedeno na Psychiatrické klinice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, na Lůžkovém specializovaném oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy, proto nelze výsledky šetření interpretovat ve vztahu k celé České republice.



# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. OBJASNĚNÍ POJMŮ

### **Subjektivní**

Subjektivitu vymezuje psychologický slovník následovně.

*„Subjektivní je závislé na jedinci, na jeho vnímání, je tedy často nevěcné jednostranné. Subjektivní je často ovlivněno osobní zkušeností, předsudky a emocemi. Bývá přístupné jen sebezpozorováním. Je opakem objektivního, též fyzického nebo tělesného.“* (HARTH a HARTLOVÁ, 2000, s. 574).

### **Sebehodnocení**

Také self-evaluation. Sebehodnocení je definováno jako: *„Vědomé prožívání vlastní sociální pozice; většinou poplatné vztahům v nukleární rodině, někdy podmíněno organicky, např. sebezpřeceňování u oligofrenií či primitivních osobností.“* (HARTH a HARTLOVÁ, 2000, s. 523).

### **Hodnocení**

Je psychologická charakteristika či klasifikace jevů, které nelze exaktně měřit, nejčastěji za pomoci škál v diagnostice osobnosti; obsahuje vždy subjektivní vlivy hodnotitele (HARTH a HARTLOVÁ, 2000, s.191).

Oldřich Matoušek vnímá hodnocení jako základní úkon při profesionální výkonu sociální práce. Jde o posouzení situace klienta nebo skupiny.

Dále specifikuje hodnocení jednotlivého případu, které znamená hodnocení popisující vývoj jednoho problému, případně více problému jednoho klienta nebo vliv jednoho programu na jednotlivého klienta. Je nutné užívání přiměřených kritérií hodnocení, nejlépe takových, které se dají určit pomocí standardizovaných nástrojů (MATOUŠEK, 2003, s. 75).

### **Poruchy příjmu potravy**

Časté duševní onemocnění projevující se v oblasti příjmu potravy a vnímání vlastního těla. Více v následující kapitole.

## **Preference**

Preferovat dle všeobecné encyklopedie znamená dávat něčemu nebo někomu přednost (KOLEKTIV AUTORŮ, 1999, s. 243).

## **Zdravotní stav**

Zdraví Praktický slovník medicíny vymezuje definicí Světové zdravotnické organizace WHO, jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby.“ (VOKURKA a HUGO, 2004, s. 487).

*„K dosažení stavu úplné fyzické, duševní a sociální pohody musí být jednotlivec nebo skupina lidí schopna stanovit a realizovat své cíle, uspokojit své potřeby, změnit své prostředí, nebo se s ním vyrovnat. Zdraví je tedy nahlíženo jako zdroj každodenního života, a nikoli jako životní cíl. Zdraví je pozitivní pojem zdůrazňující sociální a osobní zdroje právě tak jako fyzické schopnosti.“* (KOLEKTIV AUTORŮ, 2009).

## **2. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY**

Jedná se o časté duševní onemocnění postihující především ženy. Tato nemoc spočívá v poruše myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a ve vnímání vlastního těla.

Mezinárodní klasifikace nemoci řadí poruchy příjmu potravy (PPP) do kategorie F50-F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory pod skupinu F50 Poruchy příjmu potravy (PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA, 2006).

Pro lepší představu nemoci poruchy příjmu potravy je zde uvedeno, jak by měl vypadat zdravý vztah k jídlu.

Člověk by měl být schopen jíst a vybrat si jídlo, které má rád, když má hlad a do sytosti se najíst. Dopřát si jídlo, když je šťastný nebo smutný. Dopřát si větší porci jídla a nevyčítat si to. Jídlu by měl člověk věnovat pouze omezený čas a pozornost. Nesníst všechny zákusky z talíře, když si může část nechat na další den. Zdravý vztah k jídlu znamená věřit vlastnímu tělu, že chyby v jídlu zvládne (PAPEŽOVÁ, 2003).

### **2.1 Rozdělení**

MKN-10 vymezuje dva důležité a jasně vyhraněné syndromy: Mentální anorexie a mentální bulimie (PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA, 2006).

V praxi se setkáme i s atypickými poruchami poruch příjmu potravy, ale ty nejsou tématem této práce.

#### **2.1.1 Mentální anorexie (MA)**

Mentální anorexie je nemoc charakterizovaná úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, kterou si člověk způsobuje a udržuje sám, především vyhýbáním se kalorické stravě až hladověním, vyvoláváním zvracení, užíváním laxativ, anorektik, diuretik (viz. slovník pojmů), nadměrným cvičením a chorobným strachem z tloušťky (PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA, 2006).

Tělesná hmotnost je při této nemoci nejméně o 15% nižší než by odpovídalo věku a výšce jedince, u starších dívek odpovídá hmotnosti nižší než 17,5 BMI (KRCH, 2003).

Kritéria pro diagnostiku mentální anorexie podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch vydaného Americkou psychiatrickou asociací:

- Tělesná hmotnost je o 15% nižší, než odpovídá normě pro danou věkovou skupinu, výšku a tělesný typ.
- Silná obava z hmotnostních přírůstků a tloušťnutí, dokonce i v případě podváhy.
- Dochází ke zkreslenému vnímání tělesného schématu. Jejich sebehodnocení závisí na objemu a proporci těla.
- U žen alespoň třikrát po sobě chybí menstruace. Toto kritérium je splněno i v případě, že se menstruace objeví jen tehdy, užívá-li žena hormonální přípravky (HALL a COHN, 2003).

### **2.1.2 Mentální bulimie (MB)**

Mentální bulimie je příbuzným onemocněním mentální anorexie. Vyznačuje se opakujícím nutkavým přejídáním následovaným vynuceným zvracením. Cykly přejídání a vyprazdňování se opakují až čtrnáctkrát týdně. Nemoc je doprovázena nadměrným zájmem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost (KASSIN, 2007).

Kritéria pro diagnózu mentální bulimie definována Americkou psychiatrickou asociací v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch:

- Opakované epizody záchvatovitého přejídání charakterizované za prvé jedením v ohraničených časových periodách, které obvykle trvají déle než dvě hodiny, přičemž množství zkonsumovaných potravin výrazně převyšuje množství jídla, které dokáže za tutéž dobu a za stejných okolností zkonsumovat většina lidí, a za druhé vědomím, že průběh jedení během záchvatu přejídání není plně pod kontrolou, objevuje se například pocit, že konzumaci jídla nelze zastavit.
- Opakovaně se objevuje nepatřičné kompenzační chování, jež má zamezit váhovému přírůstku, například vyvolávání zvracení, zneužívání projímadel, diuretik nebo klystýru, nebo hladovění či nepřiměřené cvičení.

- Toto chování se objevuje minimálně dvakrát týdně po dobu nejméně tří měsíců.
- Tělesné proporce a hmotnost výrazně ovlivňují sebehodnocení (HALL a COHN, 2003).

## 2.2 Příčiny vzniku

Poruchy příjmu potravy nemají jednu vymezenou příčinu vzniku, dle většiny autorů se na vzniku nemoci podílí několik faktorů.

Jana Sladká-Ševčíková uvádí čtyři základní faktory:

### - **Biologické faktory**

Riziko pro vznik poruchy příjmu potravy představuje ženské pohlaví, hruškovité uložení tuku v těle, které zvyšuje nespokojenost s tělem a vysoký index hmotnosti těla.

Porucha příjmu potravy je provázána dysfunkcí hormonálních vztahů hypotalamu a hypofyzogonádové osy, které jsou vázány na hlad, regulaci pocitu sytosti, nálady, je ovšem nejasné v jaké míře jsou změny výsledkem základní neuroendokrinní abnormality a v jaké míře následkem hladovění.

### - **Psychologické faktory**

Zmiňovaná autorka poukazuje na odlišné osobnostní charakteristiky u pacientek s mentální anorexií a bulimií. Ženy trpící anorexií bývají úzkostné, emocionálně pasivní, perfekcionistické, zaměřené na výkon, kdežto bulimičky bývají impulzivní s projevy emocionální lability, mají tendence k depresi a k sebepoškozujícímu chování.

### - **Rodinný faktor**

V současné době práce nesměřují tolik k osobnostním vlastnostem rodičů, ale k formě, jak se v rodině komunikuje.

Je-li komunikace v rodině zaměřená na jídlo, diety, tělesnou hmotnost, má nesprávné nebo chaotické jídelní návyky, jde o faktor, který má vliv na spuštění poruch příjmu potravy (SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2003, s. 8-12).

Čím více se matka omezuje v jídle a drží různé diety, tím více v jídle kontroluje také své dcery (TIGGEMAN a LOWES, 2002).

Jako typické patologické interakční styly anorektických rodin byly označeny například hyperprotektivita, rigidita a vyhýbání se konfliktům (JAKOBI aj. 2006).

Vliv mají i různé zraňující zážitky z dětství a v období před onemocněním. Nedostatečná, emocionálně chladná péče rodičů v dětství, především matky, má svůj vliv na vznik nespokojenosti s tělem v dospělosti jedince (CHENG a MALLINCKRODT, 2009).

Z výzkumu, který provedli Benjamin A. Shaw, Neal Krause, Cathleen M Connell, Berit Ingersoll-Dayton ve Spojených Státech, vyplývá že, raná rodičovská podpora má vliv na mentální a fyzické zdraví v dospělosti (SHAW aj. 2004).

#### - **Sociokulturní faktor**

Daný problém se objevuje v kultuře, která klade velký důraz na tělesnou hmotnost. Media stále více prezentují vyhublé modelky a herečky s anorektickou váhou. V každém časopise pro ženy najdeme recept na snížení hmotnosti, ať už formou nejrůznějších diet, doporučených cviků pro štíhlou postavu, nebo užíváním hubnoucích přípravků. Tyto postoje mohou nemoc spouštět a udržovat ji.

Kulturní ideál štíhlosti může být stanoven už v dětském věku. Kevin Norton s kolegy v roce 1996 promítali obrazy světově proslulé Barbie a Kena v lidské velikosti a zjistili, že obě postavy jsou ve srovnání s průměrnými mladými dospělými nerealisticky vyhublí. Pravděpodobnost, že by žena vypadala jako postavička Barbie, je jedna ku stu tisícům (KASSIN, 2007).

Dalším sociokulturním vlivem může být hojná nabídka potravin. Bernard Leibold ve své knize Mentální anorexie popisuje případ dívky, která začala hladovět ze solidarity k hladovějícím z třetího světa a uklidňuje tak své špatné svědomí s ohledem na velkou nabídku potravin u nás v zemi (LEIBOLD, 1995).

## 2.3 Důsledky

Návyky spojené s mentální anorexií a mentální bulimií jako jsou diety, hladovění, záchvatovité přejídání, zvracení, užívání anorektik, diuretik a laxativ, způsobují řadu obtíží, které představují vážné ohrožení zdravotního stavu a kvality života nemocného (KRCH, 2003).

### - **Mentální anorexie**

Fyzické následky závisí na délce patologického trvání. Pokud anorektické chování trvá příliš dlouho, může se stát, že došlo k takovým tělesným poškozením, že se nedá zabránit smrti (LEIBOLD, 1995).

U nemocných se objevuje zhoršená kvalita vlasů a nehtů vlivem úbytku vitaminů a minerálů v těle, křeče z nedostatku vápníku a hořčíku. Špatná funkce ledvin a následné zadržování vody způsobují otoky nohou. Tělesná teplota je snižena. Kůže nemocného je suchá, přecitlivělá a porostlá jemným, měkkým ochlupením, pokožka je zašedlá nebo zažloutlá a oči jsou zapadlé.

U žen může vlivem nemoci dojít k amenoree a snížení zájmu o sexualitu (KOLEKTIV AUTORŮ, 2006).

Mezi závažné důsledky patří srdečně oběhové potíže, které mohou způsobovat nejen záchvaty závratí až mdloby, ale i zhroucení krevního oběhu a selhání srdce (LEIBOLD, 1995).

Nejen tělo ale i psychika člověka trpícího mentální anorexií je velmi ovlivněna. Pacient se nedokáže na nic dlouho soustředit, trpí podrážděností, nervozitou, často přehnanou starostlivostí o druhé osoby, aby odpoutal pozornost od sebe. Nemocní ztrácejí své známé, blízké a stávají se izolovanými od společnosti. Mohou se objevit pocity hanby, viny, deprese a následně i suicidium (LEIBOLD, 1995).

Vlivem mentální anorexie a suicidalního chování s ní spojeného zemře 1,4 až 16% nemocných touto poruchou (JAKOBI aj. 2006).

### - **Mentální bulimie**

Stejně jako pacientka s mentální anorexií, i pacientka s mentální bulimií trpí špatnou suchou pleť, řídkými vlasy a měkkými lámavými nehty. Objevuje se

citlivost na chlad, únava a slabost, poruchy spánku, střevní obtíže-jako je zácpa, nepravidelná menstruace až amenorea. Stejně tak mohou vzniknout srdeční obtíže, oslabený krevní oběh a oslabení celkové obranyschopnosti organismu (KRCH, 2003).

Velký problém u bulimiček představuje zvracení. Může dojít ke zranění krku od vyvolávání dávicího reflexu prstem, až k nedostatku draslíku, který vyvolává nepravidelnosti srdečního tepu a neurologické komplikace (křeče, zmatenost, ztráta vědomí). Žaludeční šťávy způsobují záněty, vředy jícnu a erozi zubní skloviny (KRCH, 2003).

Následkem ztráty tekutin, způsobené zvracením a užíváním diuretik nebo laxativ, vzniká dehydratace, suchá pleť, ale i zácpa (MALONEY a KRANZOVÁ, 1997).

I k bulimii se váží různé psychické obtíže. Nemoc na sebe neustále upoutává pozornost, nutí pacientku bez přestání myslet na jídlo, na nutkání sníst vše, co je v dosahu, to u ní vyvolává vinu, neschopnost až deprese spojené se strachem o tělesnou hmotnost. Dochází k narušení interpersonálních vztahů a stejně jako u mentální anorexie dochází k osamocení a izolaci (KRCH, 2003).



### ***3. VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE***

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN) patří mezi největší zdravotnická zařízení v České republice. Poskytuje základní, specializovanou a zvláště specializovanou, ošetrovatelskou, ambulantní a diagnostickou péči dětem i dospělým ve všech základních oborech (VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE, 2011).

Centrum pro poruchy příjmu potravy je součástí Psychiatrické kliniky 1.Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Klinika nabízí tři formy péče. Lůžkové specializované oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy, Denní stacionář pro klienty s poruchou příjmu potravy a specializovanou ambulantní péči.

#### **3.1 Lůžkové specializované oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy**

Toto oddělení vzniklo v roce 1983 na základě zkušeností Jednotky pro poruchy příjmu potravy v Belgii (CENTRUM PRO DIAGNOSTIKU A LÉČBU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY, 2010).

Lůžkové oddělení je určeno pro pacienty starší 18 let trpící poruchou příjmu potravy. Pacientky jsou na oddělení hospitalizovány na základě doporučení svého ambulantního psychiatra a pořadníku, v kterém jsou zájemci zapsáni. Podmínkou pro příjem je kompenzovaný zdravotní stav. Hospitalizace trvá 56 dnů a po tuto dobu jsou pacientky v režimové léčbě, součástí jídelního, pracovního, terapeutického a sociálního programu.

Spolupráce s terapeutickým týmem a přibývání na váze je hlavním kritériem terapie (VYMĚTAL, 1992).

#### **3.2 Cíl léčby**

Cílem léčby je rozšířit jídelníček pacientek o všechny běžné kategorie jídel (maso, tuky, sladkosti), upravit jídelní režim a naučit pacientky přijímat větší porce. Dosažení biologicky zdravé tělesné hmotnosti, smíření se s ní. Dále změna postoje k jídlu a jídelní chování. A v neposlední řadě úprava postoje a chování i v ostatních oblastech života (řešení problémů, aktivita, volný

čas...), jejichž základem by mělo být přijetí zodpovědnosti za vlastní osobu (TERAPEUTICKÝ TÝM LO CENTRA PRO PPP, 2009).

### 3.3 Terapeutické metody

#### Jídelní režim

Lůžkové oddělení je režimové, proto od prvního dne hospitalizace pacientky dodržují pravidelný jídelní režim, který se skládá ze snídaně, svačiny, oběda, druhé svačiny, večeře a druhé večeře. Na základě nízké hodnoty BMI mají některé pacientky přídatky nebo fresubin. Protože většina pacientek s poruchou příjmu potravy má v důsledku hladovění a zvracení stažené žaludky, dostávají tři dny na to, aby pomalu navyšovaly porce, až do plného jídelního režimu.

Plný jídelní režim je vyobrazen v následující tabulce:

**Tabulka č.1 Přehled plného jídelního režimu (TERAPEUTICKÝ TÝM LO CENTRA PRO PPP, 2009).**

	<b>Přidavky do BMI 18</b>	<b>Svačiny BMI 18-19</b>	<b>Normální porce BMI 19 a více</b>
<b>Snídaně</b>	Např.: 3 rohlíky, sýr, máslo, šunka	Např.: 2 rohlíky, sýr, máslo, šunka	Např.: 2 rohlíky, sýr, máslo, šunka
<b>Svačina</b>	Např.: Rohlík, máslo, marmeláda	Např.: Rohlík, máslo, marmeláda	Ovoce dle vlastního výběru
<b>Oběd</b>	Polévka a rohlík, hlavní jídlo, sušenka	Polévka a hlavní jídlo	Polévka a hlavní jídlo
<b>Svačina</b>	Pudink s piškoty	Pudink s piškoty	Ovoce dle vlastního výběru
<b>Večeře</b>	Teplé hlavní jídlo nebo např.: 3 krajíce chleba, máslo, pomazánka	Teplé hlavní jídlo nebo např.: 2 krajíce chleba, máslo, pomazánka	Teplé hlavní jídlo nebo např.: 2 krajíce chleba, máslo, pomazánka
<b>2.Večeře</b>	Jogurt a rohlík	Jogurt	Jogurt

Tak jako mají pacientky upraven jídelníček podle současného BMI, mají upraven i terapeutický program. Ty, které nedosahují BMI 16, se neúčastní skupinové dynamické terapie.

*„Psychoterapie není při výrazné podvýživě účinná, protože postižená není schopna pracovat s novými informacemi, je porušena flexibilita myšlení.“* (PAPEŽOVÁ, 2003, s. 27).

Po dobu hospitalizace prochází pacienti léčebným programem sestaveným terapeutickým týmem. Program na oddělení sestává z následujících terapií.

**Terapeutická komunita** probíhá každé všední ráno a trvá cca 30 minut. Jedná se zde výměnu informací mezi pacienty a terapeutickým týmem a zároveň o možnost naučit se naslouchání, stejně tak asertivnímu chování, který je nedílnou součástí běžného života.

**Individuální terapie** nemá podobu terapie, o které píše mnozí autoři. Jedná se o rozhovor mezi pacientem a ošetřujícím lékařem, který je zařazen dle potřeby pacientky a časových možností lékaře. Pokaždé je jinak dlouhý.

**Psychoterapeutická dynamická skupina** využívá dynamiky vztahu vznikající mezi členy terapeutické skupiny. „...věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže.“ (KRATOCHVÍL, 2002, s. 16).

**Kognitivně – behaviorální terapii**, pod vedením klinického psychologa, mají pacientky pravidelně dvakrát týdně. Skupina je zaměřena na práci s motivací, emočním prožíváním a na edukaci v oblasti jídla a tělesné hmotnosti. Je zde snaha o nahrazení patologických modelů chováním vhodnějším.

*„Pacienti se učí, že mluvení o jídle, stížnosti na pocity přesycení, manifestní hladovky a obdobné symptomatické chování již není účinné jako získání pozornosti a soucitu okolí a naopak, že přiměřené jídlo a přírůstek hmotnosti jsou v tomto stavu vhodným nástrojem k dosahování žádoucích cílů.“* (LANGMEIER aj. 1989, s. 268).

**Arteterapie** je zařazena do programu jednou týdně. Využívá se projekce zážitku a pocitů do výtvarného projevu.

*„Pacientka dochází k porozumění ambivalentním pocitům a k uvědomění potlačených vnitřních konfliktů a nevědomých obsahů tím, že hledá významy obrazové symboliky a interpretuje si své projekce do obrazu.“* (VYMĚTAL, 2007, s. 274).

**Ergoterapie** umožňuje pacientkám pomocí ručních prací s různými materiály a technikami relaxovat a zabývat se tvůrčí činností. I tato terapie se uskutečňuje jednou za týden.

**Svépomocné manuály** jsou skupina probíhající pravidelně jednou týdně. Náplní je hledání nástrojů a návodů ke změně chování ve třech základních oblastech, které nemoc ovlivňuje. Pacientky si plánují postupné malé splnitelné kroky v oblastech jídelních návyků, mezilidských vztahů, vnímání sama sebe a pracují na jejich splnění.

**Samořídící skupina** je do programu zařazena opět jednou týdně. Probíhá bez přítomnosti personálu. Pacientky zde diskutují na zadané téma týkající se nemoci poruchy příjmu potravy, její léčby, pocity apod.

**„Jídelníčky“**. Jedná se o skupinu pod vedením režimové sestry. Jde o edukační a nácvikové sestavování jídelníčků a jejich následná konzultace se sestrou a ostatními pacientkami.

**Relaxace**. Smyslem relaxace je uvolnění celého těla a dosažení psychické pohody. Na uvolnění je možné navázat dalšími relaxačními technikami, dechovými cvičeními, autogenním tréninkem nebo řízenou imaginací. Pacientky se učí uvolnění každý den.

**Jóga** je ucelený systém fyzických, dechových, relaxačních a meditačních technik. Působí celistvě a uvádějí tělo, mysl, vědomí i duši do rovnováhy.

**Vycházka s terapeutem** umožňuje popovídání si o problematice poruch příjmu potravy, o svém prožívání nebo obavách s terapeutem během vycházky parkem kliniky nebo jejím okolím.

**Program zahrada** je velmi oblíbená terapie. Jde o manuální tvořivé činnosti, u kterých se pacientky odreagují a udělají sobě nebo blízkým radost kreativním výrobkem (šperky, obrázky...).

**Klub pro rodiče, příbuzné a partnery** je určen pro ty, kteří se chtějí dozvědět více nejen o nemoci, ale také o tom, jak efektivněji pomáhat nemocnému touto nemocí. Mohou se zde informovat o projevech a důsledcích poruch příjmu potravy a o možnostech léčby. Uskutečňuje se zde výměna zkušeností v motivaci nemocných k léčbě a v podpoře blízké osoby, která léčebným programem prochází.

**Anamorfik** je nový program, jehož cílem je zjistit, jak je vnímání vlastního těla pacientky s PPP narušeno/ovlivněno touto nemocí. Vyšetření pacientka podstupuje na začátku a na konci hospitalizace z důvodu porovnání výsledků a zjištění, zda se s léčbou mění i vnímání sama sebe.

Vyšetření anamorfik probíhá tak, že pacientka již počítačově upravenou fotografii své postavy upraví tak, jak si pacientka myslí, že v současnosti vypadá. Fotografie se upravuje jednoduchými kroky tak, že se postava rozšiřuje nebo zužuje. V druhém kroku pacientka upraví výchozí upravenou fotografii tak, jak by chtěl/la vypadat. Tyto kroky se opakují dvakrát, poté program upravené fotografie vyhodnotí a vypočítá, na kolik procent je pacientčino vnímání sama sebe zkreslené a ovlivněné nemocí PPP. Tyto výsledky jsou významné pro práci v ostatních terapiích.

Léčba je většinou doplněna psychofarmaky, o jejichž správnou indikaci a dávkování se starají ošetřující lékaři.

### **3.4 Objektivní hodnocení tělesné hmotnosti**

Pro objektivní posouzení tělesné hmotnosti se používá řada indexů, pomocí kterých můžeme zjistit, zda člověk trpí podváhou nebo nadváhou.

Od 80. let je nejpoužívanějším indexem v praxi Body Mass Index, značen BMI (FIALOVÁ, 2001). Tento index, který je používán také ve VFN na oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy, vyjadřuje poměr tělesné hmotnosti a výšky na druhou.

### - **Tělesná hmotnost**

Tělesnou hmotnost do vzorce pro výpočet BMI uvádíme vždy v kilogramech a zjišťujeme ji pomocí osobní váhy. Nejvhodnější je vážení ráno nalačno. Osoba by měla stát v klidu bez bot, s minimálním oděvem, který by měl být při převažování vždy stejný.

Normální tělesná hmotnost kolísá v průběhu roku v rozmezí dvou až čtyř kilogramů a s přibývajícím věkem roste (KRCH, 2003).

### - **Výška**

Výška se do vzorce vždy uvádí v metrech na druhou.

Tělesná výška, stejně jako tělesná hmotnost, je do určité míry ovlivněna geny, které jsme zdědili.

Vliv genetických faktorů je odhadován na 80% a zbylých 20% je přisuzován vlivu prostředí (FIALOVÁ, 2001).

**Tabulka č. 2 Klasifikace tělesné hmotnosti dle BMI (FIALOVÁ, 2001).**

<b>BMI</b>	<b>Kategorie</b>
Méně než 16	Těžká podvýživa
16-18,5	Podváha
18,5-24,9	Normální váha
Nad 25	Zvýšená váha
25-29,9	Nadváha
30-34,9	Obezita I. stupně
35-39	Obezita II. stupně
Nad 40	Obezita III. stupně

Pan doktor Krch uvádí, že normální váha se pohybuje v BMI hodnotách 19 až 25. O obezitě lze mluvit při hodnotách vyšších než 30 BMI a naopak osoby, které mají BMI index nižší než 19, trpí různými stupni podvýživy (KRCH, 2003).

Člověk trpící obezitou je stejně ohrožen jako člověk trpící výraznější vyhublostí (MÁLKOVÁ a KRCH, 2001).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### ***1. CÍL A HYPOTÉZY***

#### **1.1 Cíl**

Cílem této studie je zjistit, jaké terapeutické aktivity pacientky s poruchou příjmu potravy preferují v léčbě. Jinými slovy, kterou z terapií vnímají za nejúčinnější, a ověřit možnost vlivu zvolené terapie na změnu celkového zdravotního stavu pacientky.

#### **1.2 Hypotézy**

Svým šetřením na Lůžkovém specializovaném oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy, které je součástí Psychiatrické kliniky 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze jsem ověřovala průkaznost následujících dvou hypotéz:

- 1) Na základě výsledků šetření bude možné interpretovat vztahy mezi preferovanými terapeutickými aktivitami a úspěšností léčby.
  
- 2) Většina patientek hospitalizovaných na Lůžkovém specializovaném oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy ve VFN v Praze zařadí psychoterapeutické aktivity na první tři místa preferovaných terapeutických aktivit.

## **2. METODIKA**

### **2.1 Zkoumaný soubor**

Zkoumaným souborem mého šetření jsou pacientky Psychiatrické kliniky 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze hospitalizované na Lůžkovém specializovaném oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy. Vzorek tvoří 30 žen trpících poruchou příjmu potravy. Z toho 10 žen s diagnózou mentální anorexie s BMI>16, 6 žen s mentální anorexií, které nedosahují BMI 16 a 14 žen léčících se s mentální bulimií.

Do šetření byly zařazeny všechny ženy, které se léčily s PPP na Lůžkovém specializovaném oddělení v období od září roku 2010 do března roku 2011 a prošly celou léčbou, která trvá 56 dní.

Věk patientek je ohraničen pouze spodní hranicí 18 let.

### **2.2 Sběr dat**

Data byla sebrána v Psychiatrické klinice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze na Lůžkovém specializovaném oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy v období od září roku 2010 do března roku 2011.

Pro sběr dat byl použit dotazník Subjektivní hodnocení léčby, který byl zpracován pod číselným kódem. Všechny respondentky se šetření zúčastnily dobrovolně, bez nároku na honorář.

Ke sběru dat jsem zvolila týden ukončení hospitalizace pacientky. Před vyplněním dotazníku byla každá členka zkoumaného vzorku poučena o šetření a zacházení s jejími daty a na základě toho podepsala informovaný souhlas. Po vyplnění dotazníku, které trvalo cca 20 minut, pacientky ihned dotazník odevzdávaly, čímž byla zajištěna 100% návratnost.

Hodnocení změny zdravotního stavu jsem také získala vždy týž týden ukončení hospitalizace pacientky od ošetřujícího lékaře.



## **2.3 Metoda**

První část šetření byla uskutečněna pomocí dotazníku Subjektivního hodnocení léčby, který jsem převzala od vedoucí lékařky Centra pro léčbu poruch příjmu potravy.

Dotazník spočívá v rozdělení 100 bodů na základě osobních zkušeností mezi ty terapie, které pacientka vnímá v léčbě za nejúčinnější. Celý dotazník viz příloha č.1.

Druhá část šetření se týká hodnocení ošetřujícího lékaře změny ve zdravotním stavu pacientky. Do hodnocení změny (zlepšení/nezlepšení) se zahrnuje nejen příbytek hmotnosti, ale celkový vztah k jídlu, vnímání svého těla a řešení problémů.

K posouzení byla lékaři poskytnuta pětibodová škála:

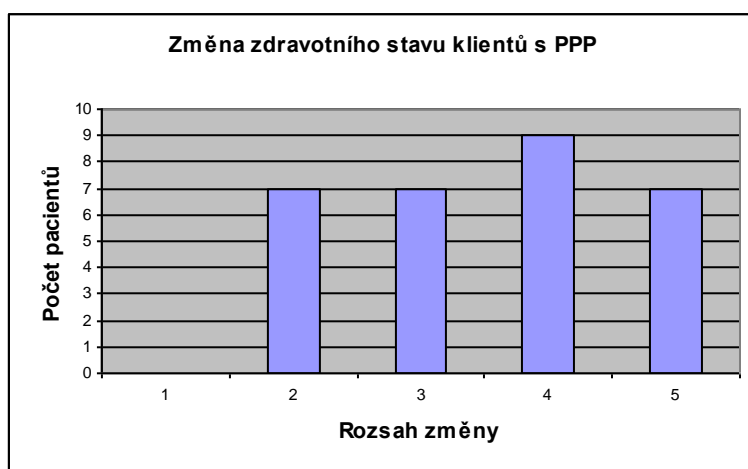
- 1- Zhoršen
- 2- Nezměněn
- 3- Nepatrně zlepšen
- 4- Mírně zlepšen
- 5- Velmi zlepšen

### 3. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Při ověřování první hypotézy, která předpokládá, že na základě výsledků šetření bude možné interpretovat vztahy mezi preferovanými terapeutickými aktivitami a úspěšností léčby, jsem postupovala následovně.

Hodnocení změny zdravotního stavu ošetřujícím lékařem celého výzkumného vzorku je zvládnutě v následujícím grafu.

Graf č.1 Přehled změn zdravotního stavu při ukončení hospitalizace



- 1- Zhoršen
- 2- Nezměněn
- 3- Nepatrně zlepšen
- 4- Mírně zlepšen
- 5- Velmi zlepšen

Z hodnocení ošetřujícího lékaře vyplývá, že žádné ženě se zdravotní stav během hospitalizace nezhoršil, sedm žen absolvovalo léčbu bez změny, dalších sedm pacientek se nepatrně zlepšilo, devět pacientek se mírně zlepšilo a u sedmi pacientek hodnotil změnu jako velmi zlepšena.

Pro ověření první hypotézy byl zvolen Mannův Whitneyův test. Tento test se řadí mezi neparametrické metody, které nepředpokládají nic o konkrétním typu rozdělení základního souboru ani o jeho parametrech a vyžadují zpravidla

pouze jeho spojitost. Testy jsou založeny na pořadových skórech, které zastupují výchozí data.

Pro další výpočty byly ze vzorku vyřazeny respondenky nedosahující 16 BMI, protože tyto ženy svých 100 bodů rozdělovaly pouze mezi 14 terapeutických aktivit.

Data o preferencích terapeutických aktivit od zbývajících 24 respondentek byla rozdělena do dvou skupin. Jednu skupinu tvořily pacientky ohodnocené jako nepatrně zlepšené a nezměněné, dále značena „nezlepšené“. A druhou skupinu tvořily pacientky ohodnoceny jako mírně a velmi zlepšené, ve výpočtech značeny jako „zlepšeny“.

Výpočet pomocí Mannonova-Whitneyova testu byl proveden pro každou terapeutickou aktivitu zvlášť. Celkem bylo tedy vyhotoveno 15 testů.

Pro každou aktivitu zvlášť byla vytvořena tabulka se skóry preferencí od 24 respondentek, které byly rozděleny do dvou sloupců podle již zmíněných dvou skupin „zlepšeny“ a „nezlepšeny“. K těmto datům bylo do vedlejších sloupců připsáno pořadí, které bylo pro obě skupiny počítáno společně. Jestliže mělo více respondentek u aktivity stejné skóre, pořadí na odpovídajících místech odpovídalo průměru jejich pořadových čísel. V dalším kroku byla sečtena pořadí pro každou ze skupin zvlášť a spočítány testové statistiky  $U_1$  a  $U_2$  podle vzorce:

$$U_1 =$$

$$S_1 - \frac{n_1(n_1 + 1)}{2}$$

$$U_2 =$$

$$S_2 - \frac{n_2(n_2 + 1)}{2}$$

$S_1$  = součet pořadí skupiny „zlepšeny“

$S_2$  = součet pořadí skupiny „nezlepšeny“

$n_1$  = 14, rozsah výběru „zlepšeny“

$n_2$  = 10, rozsah výběru „nezlepšeny“

Dále menší z čísel  $U_1$  a  $U_2$  byla porovnána s kritickou hodnotou výběru  $n_1$  a  $n_2$  zobrazené v tabulce kritické hodnoty Mannova-Whitneyova testu pro hladinu významnosti 0,05. Nulová hypotéza je zamítnuta pokud menší z čísel  $U_1$  a  $U_2$  je menší než kritická hodnota.

**Tabulka č. 3 Kritické hodnoty Mannova-Whitneyova testu pro  $\alpha=0,05$  (KOLEKTIV AUTORŮ, 1999).**

	$n_2$																			
$n_1$	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
4	-	-	0																	
5	-	0	1	2																
6	-	1	2	3	5															
7	-	1	3	5	6	8														
8	0	2	4	6	8	10	13													
9	0	2	4	7	10	12	15	17												
10	0	3	5	8	11	14	17	20	23											
11	0	3	6	9	13	16	19	23	26	30										
12	1	4	7	11	14	18	22	26	29	33	37									
13	1	4	8	12	16	20	24	28	33	37	41	45								
14	1	5	9	13	17	22	26	31	36	40	45	50	55							
15	1	5	10	14	19	24	29	34	39	44	49	54	59	64						
16	1	6	11	15	21	26	31	37	42	47	53	59	64	70	75					
17	2	6	11	17	22	28	34	39	45	51	57	63	69	75	81	87				
18	2	7	12	18	24	30	36	42	48	55	61	67	74	80	86	93	99			
19	2	7	13	19	25	32	38	45	52	58	65	72	78	85	92	99	106	113		
20	2	8	14	20	27	34	41	48	55	62	69	76	83	90	98	105	112	119	127	
21	3	8	15	22	29	36	43	50	58	65	73	80	88	96	103	111	119	126	134	
22	3	9	16	23	30	38	45	53	61	69	77	85	93	101	109	117	125	133	141	
23	3	9	17	24	32	40	48	56	64	73	81	89	98	106	115	123	132	140	149	
24	3	10	17	25	33	42	50	59	67	76	85	94	102	111	120	129	138	147	156	
25	3	10	18	27	35	44	53	62	71	80	89	98	107	117	126	135	145	154	163	
26	4	11	19	28	37	46	55	64	74	83	93	102	112	122	132	141	151	161	171	
27	4	11	20	29	38	48	57	67	77	87	97	107	117	127	137	147	158	168	178	
28	4	12	21	30	40	50	60	70	80	90	101	111	122	132	143	154	164	175	186	
29	4	13	22	32	42	52	62	73	83	94	105	116	127	138	149	160	171	182	193	
30	5	13	23	33	43	54	65	76	87	98	109	120	131	143	154	166	177	189	200	

Tabulka č. 4 Testové statistiky  $U_1$  a  $U_2$

	$U_1$	$U_2$
Komunita	90,5	49,5
Individuální terapie	74	66
Skupinová dynamická terapie	68	72
Kognitivně-behaviorální terapie	59	81
Arteterapie	89,5	50,5
Ergoterapie	83,5	56,5
Manuály	73,5	66,5
Samořídící skupina	64	77
Jídelníček	50	90
Relaxace	68	83
Jóga	74	66
Vycházka s terapeutem	15	125
Program zahrada	79	61
Klub s rodinou	46,5	93,5
Anamorfik	44	96

Kompletní tabulky všech terapeutických aktivit s udělenými skóry a pořadím viz příloha.

Nalezená kritická hodnota pro výběr  $n_1$  a  $n_2$  při 5% hladině významnosti je 36. Zjištěné rozdíly preferencí terapeutických aktivit mezi skupinami „zlepšenými“ a nezlepšenými“ tedy nedosahuje dle Mannova-Whitneyova testu statistické významnosti, a proto jej nelze považovat za statisticky prokázané. Případné potvrzení vyžaduje větší rozsah porovnávaných podsouborů.

Statisticky průkazný na 5% hladině pravděpodobnosti je pouze rozdíl preferencí vycházky s terapeutem.

Hypotézu, že na základě výsledků šetření bude možné interpretovat vztahy mezi preferovanými terapeutickými aktivitami a úspěšností léčby nelze v této chvíli podpořit.

Pro ověření druhé hypotézy, byla data rozdělena do tří skupin:

- 1) Pacientky s anorexií s BMI 16 a výše
- 2) Pacientky s anorexií nedosahující 16 BMI
- 3) Pacientky s bulimií

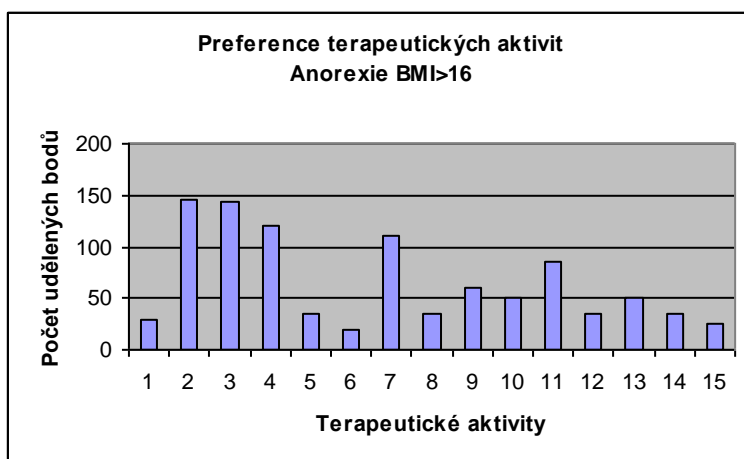
Pro každou z těchto skupin byla data vyhodnocena zvlášť.

Tabulka č. 5 a grafy č. 2 a č. 3 ukazují data od pacientek s anorexií s BMI dosahující hodnoty 16.

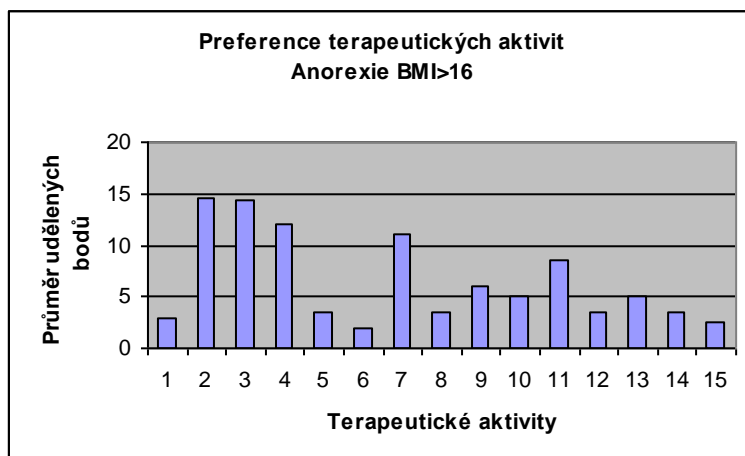
Tabulka č. 5 Zobrazení rozdělení počtu bodů u jednotlivých terapií pacientkami s anorexií s BMI>16.

Klientky Anorexie BMI>16	Komunita	Individuální terapie	Skupinová dynamická terapie	Kognitivně-behaviorální terapie	Arteterapie	Ergoterapie	Manuály	Samotřídící skupina	Jídelníček	Relaxace	Jóga	Vycházka s terapeutem	Program zahrada	Klub s rodinou	Anamorfik	Náhled ošetřujícího lékaře na změnu zdravotního stavu
K 004	0	0	40	30	0	0	10	0	0	20	0	0	0	0	0	4
K 006	0	90	4	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
K 012	5	20	10	20	0	0	20	0	0	5	15	0	5	0	0	3
K 013	0	0	10	10	0	0	0	0	0	0	50	20	10	0	0	4
K 015	5	10	10	10	5	5	5	5	10	5	5	5	10	5	5	5
K 017	0	5	15	10	0	0	20	0	10	0	5	5	5	20	5	4
K 024	5	0	20	5	10	0	20	0	10	5	5	0	0	0	0	2
K 027	10	5	10	10	5	5	10	10	10	5	5	0	10	0	5	2
K 028	5	5	10	15	10	0	15	10	15	5	0	5	5	0	0	4
K 029	0	10	15	10	5	5	10	10	5	5	0	0	5	10	10	4
Suma	30	145	144	120	35	20	111	35	60	50	85	35	50	35	25	
Půměr	3	15	14,4	12	3,5	2	11	3,5	6	5	8,5	3,5	5	3,5	2,5	

Graf č. 2 Zobrazení součtu bodů u jednotlivých terapeutických aktivit-pacientky s anorexií BMI>16.



**Graf č. 3 Zobrazení průměrů bodů u jednotlivých terapeutických aktivit-pacientky s anorexií BMI>16.**



Z uvedených grafů vyplývá, že klientky preferují terapeutické aktivity v následujícím pořadí:

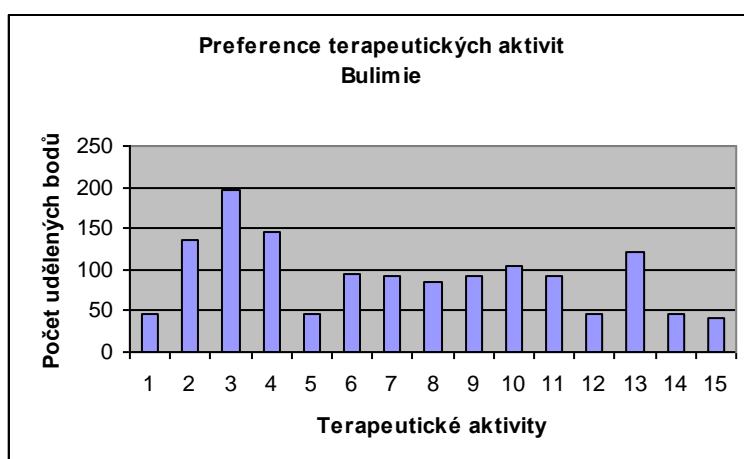
1. Individuální terapie
2. Skupinová dynamická terapie
3. Kognitivně-behaviorální skupina
4. Manuály
5. Jóga
6. Jídelníček
7. Relaxace, program zahrada
8. Klub s rodinou, samořídící skupina, vycházka s terapeutem, arteterapie
9. Komunita
10. Anamorfik
11. Ergoterapie

Tabulka č. 6 a grafy č. 4 a č. 5 prezentují nashromážděná data od pacientek s bulimií, které stejně jako první skupina dosahovaly BMI 16.

Tabulka č. 6 Zobrazení rozdělení počtu bodů u jednotlivých terapií pacientkami s bulimií s BMI>16.

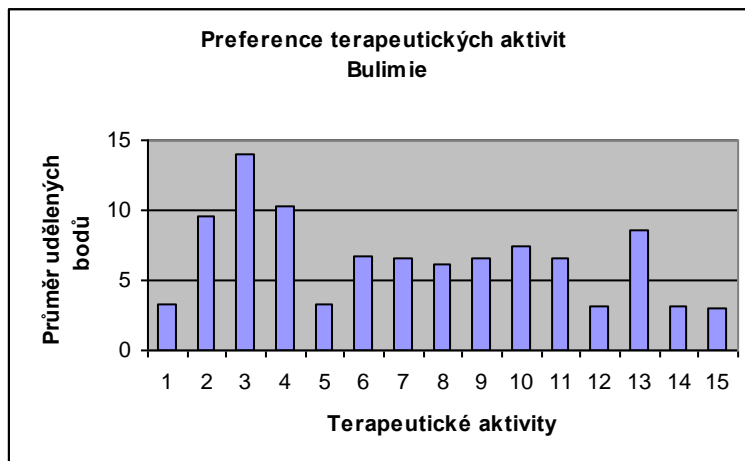
Klientky Bulimie BMI>16	Komunita	Individuální terapie	Skupinová dynamická terapie	Kognitivně-behaviórální terapie	Arteterapie	Ergoterapie	Manuály	Samotřídící skupina	Jídelníček	Relaxace	Jóga	Vycházka s terapeutem	Program zahrada	Klub s rodinou	Anamorfik	Náhled ošetřujícího lékaře na zlepšení zdrav. stavu
K 001	10	20	0	20	0	0	0	0	20	10	0	10	0	10	0	5
K 002	5	0	10	5	5	10	10	15	10	20	0	10	0	0	0	4
K 005	0	5	20	15	0	0	5	0	10	0	20	5	0	5	10	5
K 007	0	30	10	5	0	5	0	25	0	0	7	10	3	0	5	5
K 011	5	0	5	0	10	10	0	30	10	0	20	0	10	0	0	2
K 014	5	0	10	0	5	10	10	5	5	10	10	5	15	0	10	4
K 016	0	5	30	20	0	0	5	0	0	5	5	0	20	0	0	2
K 018	10	2	0	12	3	26	2	1	3	8	2	0	31	0	0	2
K 020	2	20	10	10	0	10	3	0	5	7	10	3	5	10	5	4
K 021	1	0	20	10	5	5	15	3	7	5	5	2	10	7	5	5
K 022	0	20	30	10	10	10	20	0	0	0	0	0	0	0	0	3
K 025	0	20	20	20	0	0	10	0	10	10	0	0	10	0	0	4
K 026	3	3	17	3	3	3	3	0	3	26	13	0	17	3	2	3
K 030	5	10	15	15	5	5	10	7	10	3	0	0	0	10	5	3
Suma	46	135	197	145	46	94	93	86	93	104	92	45	121	45	42	
Půměr	3,2	9,6	14	10,3	3	7	7	6	7	7,4	7	3,2	8,6	3	3	

Graf č. 4 Zobrazení počtu bodů u jednotlivých terapeutických aktivit-pacientky s bulimií.





**Graf č. 5 Zobrazení průměru bodů u jednotlivých terapeutických aktivit-pacientky s bulimií.**



Pacientky léčící se s bulimií preferují terapeutické aktivity v následujícím pořadí:

1. Skupinová dynamická terapie
2. Kognitivně-behaviorální skupina
3. Individuální terapie
4. Program zahrada
5. Relaxace
6. Ergoterapie
7. Manuály, jídelníček
8. Jóga
9. Samořídící skupina
10. Arteterapie, komunita
11. Vycházka s terapeutem, klub s rodinou
12. Anamorfik

Z šetření vyplývá, že obě zkoumané skupiny, pacientky nemocné anorexií, jejichž BMI dosáhlo hodnoty 16 a pacientky s bulimií řadí mezi tři nejvíce preferované terapie stejné terapeutické aktivity, pouze v jiném pořadí. Mezi tyto tři terapeutické aktivity patří individuální terapie, skupinová dynamická terapie a kognitivně-behaviorální skupina. Tudíž druhou hypotézu šetření, která zní: Většina patientek hospitalizovaných na Lůžkovém specializovaném

oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy ve VFN v Praze zařadí psychoterapeutické aktivity na první tři místa preferovaných terapeutických aktivit, lze podpořit.

Naopak mezi tři nejméně preferované terapeutické aktivity pacientky svým hodnocením zařadily komunitu a anamorfik. Třetí nejméně preferovaná terapeutická aktivita se mezi těmito dvěma skupinami liší.

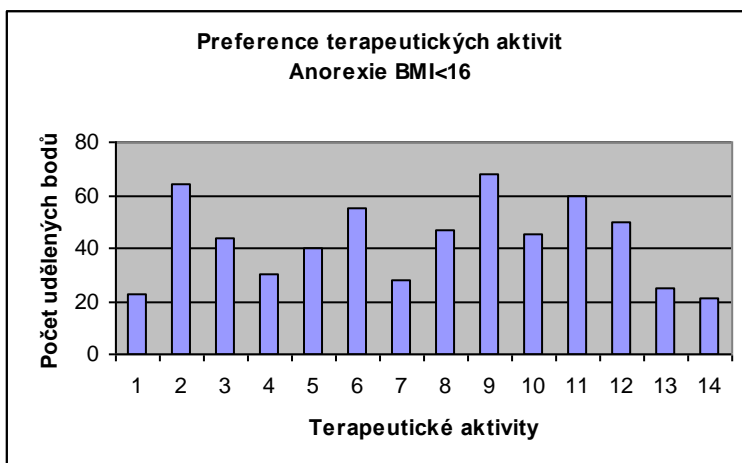
Pacientky nemocné anorexií, které nedosahují 16 BMI, byly z předchozí části šetření vyloučeny, kvůli zabránění zkreslení výsledku. Tyto pacientky se z důvodu nízké hodnoty BMI nezúčastnily během své léčby všech terapeutických aktivit.

Jejich data jsou uvedena v následující tabulce.

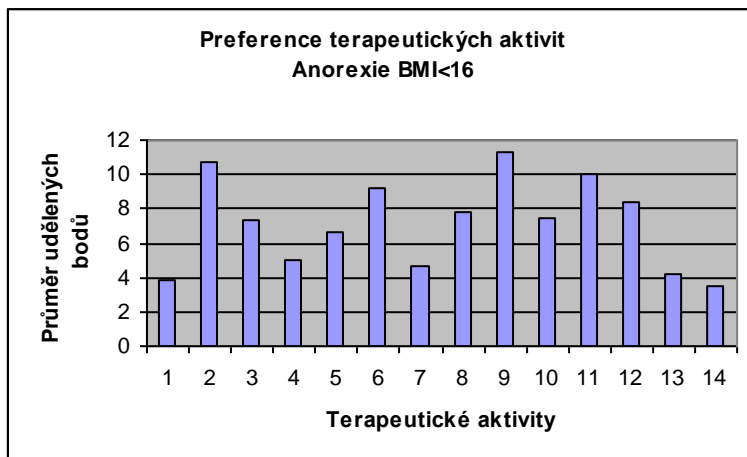
**Tabulka č. 7 Zobrazení rozdělení počtu bodů u jednotlivých terapiích pacientkami s anorexií nedosahující 16 BMI.**

Klienti Anorexie BMI<16	Komunita	Individuální terapie	Skupinová dynamická terapie	Jídelní skupina	Arteterapie	Ergoterapie	Manuály	Samotřídicí skupina	Jídelníček	Relaxace	Jóga	Vycházka s terapeutem	Program zahrada	Klub s rodinou	Anamorfik	Náhled ošetřujícího lékaře na zlepšení zdravot. stavu
K 003	0	10	0	10	5	5	0	0	10	15	15	10	10	10	0	2
K 008	3	4	0	14	5	15	5	3	7	3	0	20	15	0	6	3
K 009	5	10	0	0	10	10	5	5	10	5	10	10	10	0	10	5
K 010	10	5	0	10	5	5	5	5	10	10	10	10	5	10	0	5
K 019	0	25	0	0	0	0	30	5	0	30	10	0	0	0	0	3
K 023	5	10	0	10	5	5	10	10	10	5	0	10	10	5	5	2
<b>Součet</b>	<b>23</b>	<b>64</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>55</b>	<b>28</b>	<b>47</b>	<b>68</b>	<b>45</b>	<b>60</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	
<b>Průměr</b>	<b>3,8</b>	<b>10,7</b>	<b>0</b>	<b>7,3</b>	<b>5</b>	<b>6,7</b>	<b>9,2</b>	<b>4,7</b>	<b>7,8</b>	<b>11</b>	<b>7,5</b>	<b>10</b>	<b>8,3</b>	<b>4,2</b>	<b>3,5</b>	

**Graf č. 6** Zobrazení počtu udělených bodů u jednotlivých terapeutických aktivit – pacientky s anorexií BMI<16.



**Graf č. 7** Zobrazení průměru bodů u jednotlivých terapeutických aktivit.



Pořadí preferovaných terapeutických aktivit u pacientek s anorexií nedosahující 16 BMI se výrazně liší od předchozích dvou skupin. Mezi tři nejvíce preferované terapeutické aktivity tyto pacientky řadí relaxaci, individuální terapii a vycházku s terapeutem. Ovšem mezi tři nejméně preferované terapeutické aktivity se s nízkým počtem udělených bodů zařadila komunita a anamorfik, shodně s ostatními dvěma skupinami. Třetí nejméně preferovanou terapeutickou aktivitou je klub s rodinou.

Pořadí je následující:

1. Relaxace
2. Individuální terapie
3. Vycházka s terapeutem
4. Manuály
5. Program zahrada
6. Jídelníček
7. Jóga
8. Kognitivně-behaviorální skupina
9. Ergoterapie
10. Arteterapie
11. Samořídící skupina
12. Klub s rodinou
13. Komunita
14. Anamorfik

#### **4. ZÁVĚR ŠETŘENÍ**

Šetření provedené na Lůžkovém specializovaném oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy ve VFN v období od září 2010 až březnu 2011 ukázalo, že na základě výsledků šetření není možné interpretovat vztahy mezi preferovanými terapeutickými aktivitami a úspěšností léčby. Pro případné potvrzení statistické významnosti by bylo třeba porovnat podsoubory o větším rozsahu.

Za povšimnutí stojí rozdíl mezi skupinami „zlepšeny“ a „nezlepšeny“ v preferenci vycházky s terapeutem, který jako jediný z testů vyšel statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Hypotézu, že na základě výsledků šetření bude možné interpretovat vztahy mezi preferovanými terapeutickými aktivitami a úspěšností léčby nelze v této chvíli podpořit.

V druhé části šetření bylo zjištěno, že klientky nemocné anorexií s hodnotou BMI 16 a vyšším preferují v léčbě psychoterapeutické metody, mezi něž patří individuální terapie, skupinová dynamická terapie a kognitivně-behaviorální terapie. I pacientky s bulimií vnímají tyto tři terapie v léčbě poruch příjmu potravy za nejúčinnější. Oproti tomu klientky léčící se na tomto oddělení s anorexií, které nedosahují 16 BMI, vnímají za nejúčinnější v léčbě relaxaci, individuální terapii a procházku s terapeutem, při níž mohou mluvit o svých obavách, prožívání léčby a jiných tématech s profesionálem na čerstvém vzduchu.

Ze sestavených žebříčků preferencí terapeutických aktivit lze také odvodit, které terapie jsou nejméně oblíbené. Každá ze tří skupin respondentek zařadila mezi posední tři místa komunitu a anamorfik.

Druhá z hypotéz, že většina pacientek hospitalizovaných na Lůžkovém specializovaném oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy ve VFN v Praze zařadí psychoterapeutické aktivity na první tři místa preferovaných terapeutických aktivit, lze po vyhodnocení dat podpořit.

Jak již bylo řečeno v úvodu, výsledky tohoto šetření pocházejí z Lůžkového specializovaného oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy ve VFN v Praze a nelze je zevšeobecnit na všechny kliniky pro léčbu PPP v České republice.

## **5. DISKUSE**

Je nutné zdůraznit, že přestože pacientky označily za nejúčinnější v léčbě konkrétní terapie, nemusí být pravdivé, že právě ony měly vliv na změnu v jejich zdravotním stavu. Hodnocení je subjektivní. Je důležité podotknout, že na celkovou léčbu patientek mají vliv různé činitele. Mezi ně patří podpora a zázemí rodiny, mezilidské vztahy, sociální prostředí, škola, zaměstnání, ale také vztahy s personálem pracujícím na oddělení. Zrovna tak změnu mohla způsobit terapie, která pacientkou nebyla preferovaná.

Sběr dat mohl být zkreslen momentální náladou, která se nedala předpovědět ani ovlivnit.

Domnívám se, že komunita se mezi poslední tři pozice žebříčku preferovaných aktivit sestavených respondentkami dostala pro její nedostatečné využití. Z vlastní zkušenosti s komunitou na tomto oddělení vím, že pacientky mnohdy využívají prostor pro sdílení a učení se komunitnímu chování k informování o technických závadách na oddělení a strohému konstatování momentálního stavu.

Anamorfik je nová metoda pro zjištění informací o tom, jak pacientky vnímají vlastní tělo. Mnohdy odhaluje, že pacientky vnímají svoji postavu až o několik desítek procent silnější. A i přestože výsledky testu vidí na monitoru, nemoc jim brání tomuto faktu uvěřit.

Tuto metodu vnímám jako velmi zajímavou a pro práci s pacientem přínosnou.

Preference relaxace skupinou patientek s anorexií s hodnotou BMI nedosahující 16, lze podpořit teorií (viz s. 18), která říká, že pacientky s nízkým BMI nejsou schopny pracovat s novými informacemi pro jejich narušenou flexibilitu myšlení. Domnívám se, že právě proto se na prvních místech žebříčku preferencí této skupiny respondentek neobjevují psychoterapeutické metody jako tomu je u zbylých dvou skupin. Ale naopak volí terapeutické aktivity, při nichž se učí uvolnění a odreagování myšlenek od problematiky PPP.

Druhá část šetření prokázala, že statisticky významný je pouze rozdíl v preferenci procházky s terapeutem. Pacientky velmi a mírně zlepšené, které byly značeny jako „zlepšeny“, vnímají tuto aktivitu více účinnější v léčbě, oproti klientkám vykazující nepatrné či žádné zlepšení.

Tabulka č.18 znázorňuje udělené skóry aktivitě procházka s terapeutem. Stojí za povšimnutí, že pacientky ve skupině „zlepšeny“ udělovaly této aktivitě skóry v rozmezí od 20 do 0 bodů a pacientky ve skupině „nezlepšeny“ udělily této aktivitě každá skór 0.

Na kolik přínosná pro praxi budou data z tohoto šetření mohu jen spekulovat. Mohu pouze doporučit zaměření pozornosti na terapeutickou komunitu, která při správném užívání může klientkám pomoci naučit se komunitnímu chování, zdravému asertivnímu chování a stejně tak sdílení s ostatními.

## **ZÁVĚR**

Cílem této bakalářské práce na téma Subjektivní hodnocení léčby klientů s poruchou příjmu potravy a vliv preferované léčby na zdravotní stav bylo vysvětlit čtenářům, co nemoc poruchy příjmu potravy obnáší. Poruchy příjmu potravy jsou vymezeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí a jejími hlavními představiteli jsou mentální anorexie a mentální bulimie. S těmito dvěma poruchami se čtenář mohl seznámit v teoretické části.

Příčiny nemoci nejsou jednoznačné, vždy má na onemocnění vliv více faktorů, které mohou být biologické, psychologické, rodinné a v neposlední řadě sociokulturní. Nikdy se s určitostí nedá říci, co nemoc vyvolalo, ovšem důsledky nemoci jsou více než zjevné. Nemoc nepostihuje pouze zdravotní stav pacienta, ale celý jeho život. Nemoc zaútočí na mezilidské vztahy, odváděné výsledky ve škole či zaměstnání. Volný čas už pacient netráví oblíbenými koníčky, ale myšlenkami na jídlo a svoji postavu.

Poruchy příjmu potravy jsou velmi složité onemocnění, které se pomalu a obtížně léčí. Pacientky v sobě musí nalézt velké množství odvahy, síly a především motivaci k uzdravení se. Léčba může trvat několik měsíců, ale i několik let, někdo ani po několikanásobných hospitalizacích nezmění svůj způsob života a umírá na poruchu příjmu potravy.

Lůžkové specializované oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze nabízí terapeutický program, který je zaměřen na dosažení zdravé biologické hmotnosti, změnu jídelních návyků a celkového postoje k jídlu a chování v ostatních oblastech života. K tomu by pacientům měla pomoci režimová léčba, jejíž součástí je jídelní, pracovní, terapeutický a sociální program.

Výzkumná část práce zobrazuje přehled o tom, které z terapeutických aktivit pacientky léčících se na tomto oddělení preferují v léčbě. Ze sebraných dat vyplývá, že pacientky s mentální bulimií a mentální anorexií, jejichž BMI dosahuje 16, preferují stejné terapeutické aktivity. Oproti tomu pacientky s mentální anorexií, které nedosahují 16 BMI preferují v léčbě relaxační aktivity. Tato data poskytují také informaci, která z terapeutických aktivit je nejméně žádaná.



K vyhodnocení druhé části, která zjišťuje vliv preferované léčby na změnu zdravotního stavu, byl použit Mannův-Whitneyův test. Test měřil, zda je rozdíl v preferencích terapeutických aktivit mezi skupinami „zlepšenými“ a „nezlepšenými“ pacientkami. Toto testování odhalilo, že rozdíly mezi skupinami nelze považovat za statisticky významné.

Případné potvrzení významnosti mezi rozdíly preferencí je potřeba výzkumný soubor o větším rozsahu.

Rozdíl v preferenci mezi skupinou vykazující výrazné či mírné zlepšení a skupinou vykazující žádné či nepatrné zlepšení je statisticky významný pouze u vycházky s terapeutem. Pacientky velmi a mírně zlepšené preferují tuto aktivitu více než pacientky vykazující nepatrné nebo žádné zlepšení.

Tato bakalářská práce poskytla zájemcům o problematiku poruch příjmu potravy možnost nahlédnout na jednu z forem léčby zmiňované nemoci, kterou hospitalizace je. Seznámila čtenáře s jednotlivými terapeutickými aktivitami, které hospitalizace nabízí, ale hlavně s vnímáním těchto terapeutických aktivit pacientek, které poruchami příjmu potravy trpí a našly menší či větší odvahu a motivaci k léčbě.

## **SLOVNÍK POJMŮ**

**Ambivalence** – je „dvojaký přístup k určitým faktům nebo osobám, vyznačují se střídáním rozporných, protichůdných názorů, představ a pocitů.“ (KOLEKTIV AUTORŮ, 1999, s. 114).

**Amenorea** – latinsky amenorrhoea, „...vynechání menstruačního krvácení u ženy v období pohlavní zralosti a plodnosti.“ (VOKURKA a HUGO, 2004, s. 15).

**Anorektika** – „Léčiva tlumící chuť k jídlu.“ (KOCINOVÁ a ŠTĚRBÁKOVÁ, 2003, s. 22).

**Body Mass Index** – „...parametr umožňující posouzení stavu výživy a míry event. Obezity. Vypočítá se tělesná hmotnost (v kg) lomena druhou mocninou tělesné výšky (v metrech).“ (VOKURKA a HUGO, 2004, s. 50).

**Diuretika** – „Léčiva zvyšující tvorbu moči a snižující otoky.“ (KOCINOVÁ a ŠTĚRBÁKOVÁ, 2003, s. 55).

**Flexibilita** – je odborný výraz pro ohebnost, pružné přizpůsobení (KOLEKTIV AUTORŮ, 2000, s. 211).

**Fresubin** – enterální výživa obsahující směs aminokyselin, cukrů, tuků, vitamínů a minerálů (KOCINOVÁ a ŠTĚRBÁKOVÁ, 2003, s.77).

**Hyperprotektivita** – v psychologii znamená nadměrně ochrannou péči (MARTINCOVÁ, 2004, s. 163)...častěji ze strany matky, otec se může cítit odstrčen (PLEVOVÁ a SLOWIK, 2010, s.56).

**Laxativa** – „Léčiva užívaná jako projímadla.“ (KOCINOVÁ a ŠTĚRBÁKOVÁ, 2003, s.66).

**Mentální anorexie** – „...*anorexia mentalis, anorexia nervosa je onemocnění při němž, se postižení (většinou mladé dívky či ženy) snaží zabránit ztloustnutí, často jen domnělému nebo souvisejícímu s vývojem sekundárních ženských pohlavních znaků.*“ (VOKURKA a HUGO, 2004, s. 276).

**Mentální bulimie** – „...*onemocnění s opakovanými atakami přejídání se silným puzením k jídlu a provázené současně neadekvátní snahou zabránit ztloustnutí.*“ (VOKURKA a HUGO, 2004, s. 55).

**MKN-10** – Mezinárodní klasifikace nemocí obsahující definitivní diagnostické pomůcky, kritéria pro klasifikaci poruch (PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA, 2006, s. 7).

**Perfekcionalismus** – Psychologie označuje perfekcionalismem snahu po dokonalosti, jako častou příčinu neurologických potíží (KOLEKTIV AUTORŮ, 2000, s. 521).

**Rigidita** – „*ztuhlost*“ (VOKURKA a HUGO, 2004, s.389).

V psychologii rigidita znamená strnulost psychických procesů, lidského chování, zvláště ve stáří (KOLEKTIV AUTORŮ, 2000, s. 593).

**Subjektivní** – „...*osobní, existující jen ve vědomí konkrétní osoby.*“ (VOKURKA a HUGO, 2004, s. 423).

**Suicidium** – „...*úmyslné a vědomé ukončení vlastního života.*“ (VOKURKA a HUGO, 2004, s. 424).

Slovník cizích slov vymezuje suicidium jako sebevraždu, dobrovolné ukončení života, zpravidla v důsledku psychických poruch (KOLEKTIV AUTORŮ, 2000, s. 620).

**WHO** – Světová zdravotnická organizace. „*Od svého vzniku v roce 1948 podporuje Světová zdravotnická organizace mezinárodní technickou spolupráci v oblasti zdravotnictví, realizuje programy na potírání a úplné*

*odstranění některých nemocí a usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života.“ (UNIC PRAHA, 2005).*

## **LITERATURA**

SHAW, B. A., KRAUSE, N. A., CHATTES, L. M., CONNELL, C.,M., ITERSOLL-DAYTON, B. Emotional Support From Parents Early in Life, Aging, and Health. *Psychology adn aging*. 2004, Vol. 19, No.1, 4-12.

ČLENOVÉ TERAPEUTICKÉHO TÝMU LO CENTRA PRO PPP. *Terapeutická smlouva*. Praha: Lůžkové oddělení centra pro poruchy příjmu potravy, 2009.

FIALOVÁ, L. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0173-7.

HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era, 2003. ISBN 80-86517-60-8.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 191, 523, 574. ISBN 80-7178-303-X.

HSIU-LAN CHENG, MALLINCKRODT, B. Parentel Bonds, Anxious Attachment, Media Internalization, and Body Image Dissatisfaction: Expoloring and Mediation Model. *Journal of Counseling Psychology*, 2009. Vol. 56, No. 3.

JAKOBI, C., PAUL, T., THIEL, A., *Poruchy příjmu potravy*. Trenčín: Vydavatelství F, 2006. ISBN 80-88952-35-2.

KASSIN, S. *Psychologie*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1716-3.

KOCINOVÁ, S., ŠTĚRBÁKOVÁ, Z. *Přehled nejužívanějších léčiv*. 4. vydání. Praha: Informatorium, 2003, s. 22, 55, 66, 77. ISBN 80-7333-012-1.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Slovník cizích slov*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2000, s. 521, 593, 620. ISBN 80-7181-376-1.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Všeobecná encyklopedie 1*. Praha: Diderot, 1999, s. 114. ISBN 80-902555-3-1.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Všeobecná encyklopedie 6*. Praha: Diderot, 1999, s. 243. ISBN 80-902555-8-2.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4. vydání. Praha: Portál, 2002. s.16. ISBN 80-7178-657-8.

KRCH, F., D. *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. 2.doplňené vydání. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0527-3.

LANGMEIER, J., Balcar, K., Špitz, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Avicenum, 1989. s. 268.

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.

MÁLKOVÁ, I., KRCH, F., D. *SOS nadváha*. 2. vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-251-0.

MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0.

MARTINCOVÁ, O. *Nová slova v češtině: slovník neologismů*. Academia, 2004, s.163. ISBN 80-200-1168-4.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 75. ISBN 80-7178-549-0.

PAPEŽOVÁ, H. *Bulimie nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. ISBN 80-85121-81-6.

PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8.

PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA. *MKN-10*. 3.vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. 4. vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7.

TIGGEMANN, M., LOWES, J. Predictors of Materna kontrol over children's eating behavior. *Appetite*, 2002. Vol.39., Iss. 1, pg.1-7.

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 7.rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2004, s.15, 50, 55, 276, 389, 423, 424, 487. ISBN 80-7345-009-7.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Edice Psychoterapie, 1992.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

CENTRUM PRO DIAGNOSTIKU A LÉČBUPORUCH PŘÍJMU POTRAVY. *Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN* (online). Poslední revize 20.12.2010. (cit. 2011-03-08). Dostupné z: <http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy>.

KOLEKTIV AUTORŮ. *New Euromise* (online). Poslední revize 5.1.1999. (cit. 2011-04-12). Dostupné z: <http://new.euromise.org/czech/tajne/ucebnice/html/html/node15.html#kritM5>.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Skvělý domov* (online). Poslední revize 26.3.2009. (cit. 2011-04-15). Dostupné z: <http://skvelydomov.blogspot.com/2009/03/zdravi-nemoc-definice-zdravi-who.html>.

UNIC PRAHA. *Osn* (online). c. 2005, (cit. 2011-04-07). Dostupné z: <http://www.osn.cz/system-osn/specializovane-agentury/?i=119>.

VALENTA Z. *Euromise* (online). (cit. 2011-04-08). Dostupné z: <http://www.cittadella.cz/euromise/sites/File/Valenta/MP302/valent02.pps#267,5,ÚVOD>.

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE. *Všeobecná fakultní nemocnice v Praze* (online).(cit. 2011-03-08). Dostupné z: <http://www.vfn.cz/o-nemocnici>.



## ***PŘÍLOHY***

### **Příloha č.1-Dotazník subjektivního hodnocení léčby**

Prosím, představte si, že byste mohl/la začít Vaši léčbu znovu z takové pozice, že byste si mohl koupit ty zákroky, o kterých si myslíte, že Vám nejvíce pomohou. Berte v úvahu zkušenosti, které jste získal/la v průběhu terapie a v této chvíli máte. Vytvořte pro sebe ideální terapeutický plán a promyslete si, kolikrát týdně byste se chtěl vybraných léčebných zákroků účastnit.

Pokud toto vše učiníte, prosím ohodnoťte vybrané léčebné zákroky následovně: Máte 100 bodů na „nákup“ vhodných zákroků. Rozdělte tyto body do „bodového sloupce“ takovým způsobem, abyste dostatečně zobrazil, kolik jste ochoten za jednotlivé zákroky „uhradit“.

Pamatujte na to, že množství bodů Vámi dané na základě zkušenosti, určuje důležitost, kterou daný zákrok měl v rámci léčby mít.

## **Příloha č.2- Informovaný souhlas**

### **Informovaný souhlas**

#### **Subjektivní hodnocení léčby poruchy příjmu potravy (mentální anorexie a mentální bulimie)**

Jedná se o studii zabývající se pacientčím subjektivním hodnocením různých druhů terapie absolvovaných při léčbě poruch příjmu potravy. Cílem studie je najít nejúčinnější léčebný postup, který přispívá k pozitivnímu výsledku léčby a jeho dlouhodobému přetrvání.

Získané údaje budou přístupny pouze ošetřujícímu personálu a zpracovány budou pod číselným kódem. Výsledek studie bude publikován v bakalářské práci Subjektivní hodnocení léčby klientů s poruchou příjmu potravy a vliv preferované léčby na zdravotní stav.

Účast na studii spočívá ve vyplnění dotazníku na konci léčby.

Vedoucí výzkumu : Tereza Prachňarová, studentka Pražské vysoké školy psychosociálních studií

Datum.....

Podpis pacientky .....

**Příloha č.3-Tabulky zobrazující pořadí skór a testových statistik  $U_1$  a  $U_2$  jednotlivých terapeutických aktivit.**

**Tabulka č. 8 Komunita**

<b>Komunita</b>			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
10	23	5	17,5
5	17,5	0	5,5
0	5,5	10	23
0	5,5	0	5,5
5	17,5	3	13
2	12	5	17,5
1	11	0	5,5
0	5,5	5	17,5
0	5,5	5	17,5
0	5,5	10	23
5	17,5	<b>S2=</b>	<b>145,5</b>
0	5,5		
5	17,5		
0	5,5		
<b>S1=</b>	<b>154,5</b>		
<b>U1=</b>	<b>90,5</b>	<b>U2=</b>	<b>49,5</b>

**Tabulka č. 9 Individuální terapie**

<b>Individuální terapie</b>			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
20	20	0	4
0	4	5	12
30	23	2	8
0	4	20	20
20	20	3	9
0	4	10	16
20	20	90	24
0	4	20	20
0	4	0	4
10	16	5	12
5	12	<b>S2=</b>	<b>129</b>
5	12		
10	16	<b>U2=</b>	<b>66</b>
5	12		
<b>S1=</b>	<b>171</b>		
<b>U1=</b>	<b>74</b>		

Tabulka č. 10 Sukupinová dynamická terapie

Skupinová dynamická terapie			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
0	1,5	5	4
10	9	30	22,5
20	19,5	0	1,5
10	9	30	22,5
10	9	17	17
10	9	15	15
20	19,5	4	3
20	19,5	10	9
40	24	20	19,5
10	9	10	9
10	9	<b>S2=</b>	<b>123</b>
15	15		
10	9	<b>U2=</b>	<b>72</b>
15	15		
<b>S1=</b>	<b>177</b>		
<b>U1=</b>	<b>68</b>		

Tabulka č. 11 Kognitivně-bahaviorální skupina

Kognitivně-bahaviorální skupina			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
20	21,5	0	2
5	6	20	21,5
15	18	12	16
5	6	10	11,5
0	2	3	4
10	11,5	15	18
10	11,5	0	2
20	21,5	20	21,5
30	24	5	6
10	11,5	10	11,5
10	11,5	<b>S2=</b>	<b>114</b>
10	11,5		
15	18	<b>U2=</b>	<b>81</b>
10	11,5		
<b>S1=</b>	<b>186</b>		
<b>U1=</b>	<b>59</b>		

Tabulka č. 12 Arteterapie

Arteterapie			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
0	6	10	22,5
5	17	0	6
0	6	3	12,5
0	6	10	22,5
5	17	5	17
0	6	0	6
5	17	0	6
0	6	10	22,5
0	6	5	17
0	6	3	12,5
5	17	<b>S2=</b>	<b>144,5</b>
0	6		
10	22,5	<b>U2=</b>	<b>50,5</b>
5	17		
<b>S1=</b>	<b>155,5</b>		
<b>U1=</b>	<b>89,5</b>		

Tabulka č. 13 Ergoterapie

Ergoterapie			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
0	5,5	10	21
10	21	0	5,5
0	5,5	26	24
5	15	10	21
10	21	3	11
10	21	5	15
5	15	5	15
0	5,5	0	5,5
0	5,5	0	5,5
0	5,5	5	15
5	15	<b>S2=</b>	<b>138,5</b>
0	5,5		
0	5,5	<b>U2=</b>	<b>56,5</b>
5	15		
<b>S1=</b>	<b>161,5</b>		
<b>U1=</b>	<b>83,5</b>		

Tabulka č. 14 Samořídící skupina

Samořídící skupina			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
0	7	30	24
15	21	0	7
0	7	1	14
25	23	0	7
5	16,5	0	7
0	7	7	18
3	15	0	7
0	7	0	7
0	7	0	7
0	7	10	20
5	16,5	<b>S2=</b>	<b>118</b>
0	7		
10	20	<b>U2=</b>	<b>77</b>
10	20		
<b>S1=</b>	<b>181</b>		
<b>U1=</b>	<b>64</b>		

Tabulka č.15 Jídelníček

Jídelníček			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
20	24	10	18
10	18	0	4
10	18	3	8,5
0	4	0	4
5	11	3	8,5
5	11	0	4
7	13	0	4
10	18	10	18
0	4	10	18
0	4	10	18
10	18	<b>S2=</b>	<b>105</b>
10	18		
15	23	<b>U2=</b>	<b>90</b>
5	11		
<b>S1=</b>	<b>195</b>		
<b>U1=</b>	<b>50</b>		

Tabulka č. 16 Relaxace

<b>Relaxace</b>			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšen"	Pořadí
10	20	0	4
20	22,5	5	12,5
0	4	8	18
0	4	0	4
10	20	26	24
7	6	3	8
5	12,5	0	4
10	20	5	12,5
20	22,5	5	12,5
0	4	5	12,5
5	12,5	<b>S2=</b>	<b>112</b>
0	4		
5	12,5	<b>U2=</b>	<b>83</b>
5	12,5		
<b>S1=</b>	<b>177</b>		
<b>U1=</b>	<b>68</b>		

Tabulka č. 17 Jóga

<b>Jóga</b>			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
0	5	20	22,5
0	5	5	13,5
20	22,5	2	10
7	17	0	5
10	18,5	13	20
10	18,5	0	5
5	13,5	0	5
0	5	15	21
0	5	5	13,5
50	24	5	13,5
5	13,5	<b>S2=</b>	<b>129</b>
5	13,5		
0	5	<b>U2=</b>	<b>66</b>
0	5		
<b>S1=</b>	<b>171</b>		
<b>U1=</b>	<b>74</b>		

Tabulka č. 18 Vycházka s terapeutem

Vycházka s terapeutem			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
10	22	0	7
10	22	0	7
5	18	0	7
10	22	0	7
5	18	0	7
3	15	0	7
2	14	0	7
0	7	0	7
20	24	0	7
5	18	0	7
5	18	<b>S2=</b>	<b>70</b>
5	18		
0	7	<b>U2=</b>	<b>125</b>
0	7		
<b>S1=</b>	<b>230</b>		
<b>U1=</b>	<b>15</b>		

Tabulka č. 19 Program zahrada

Program zahrada			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
0	4,5	10	17,5
0	4,5	20	23
0	4,5	31	24
3	9	0	4,5
15	21	17	22
5	12	0	4,5
10	17,5	0	4,5
10	17,5	5	12
0	4,5	0	4,5
10	17,5	10	17,5
10	17,5	<b>S2=</b>	<b>134</b>
5	12		
5	12	<b>U2=</b>	<b>61</b>
5	12		
<b>S1=</b>	<b>166</b>		
<b>U1=</b>	<b>79</b>		



Tabulka č. 20 Klub s rodinou

Klub s rodinou			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
10	21,5	0	8
0	8	0	8
5	17,5	0	8
0	8	0	8
0	8	3	16
10	21,5	10	21,5
7	19	0	8
0	8	0	8
0	8	0	8
0	8	0	8
5	17,5	<b>S2=</b>	<b>101,5</b>
20	24		
0	8	<b>U2=</b>	<b>93,5</b>
10	21,5		
<b>S1=</b>	<b>198,5</b>		
<b>U1=</b>	<b>46,5</b>		

Tabulka č. 21 Anamorfik

Anamorfik			
"Zlepšeny"	Pořadí	"Nezlepšeny"	Pořadí
0	7	0	7
0	7	0	7
10	23	0	7
5	18	0	7
10	23	2	14
5	18	5	18
5	18	0	7
0	7	0	7
0	7	0	7
0	7	5	18
5	18	<b>S2=</b>	<b>99</b>
5	18		
0	7	<b>U2=</b>	<b>96</b>
10	23		
<b>S1=</b>	<b>201</b>		
<b>U1=</b>	<b>44</b>		

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Tereza Prachňarová

**Studijní program:** Sociální práce a sociální politika

**Studijní obor:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Subjektivní hodnocení léčby klientů s poruchou příjmu potravy a vliv preferované léčby na zdravotní stav

**Počet stran (bez příloh):** 48

**Celkový počet stran příloh:** 3

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 25

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 3

**Počet internetových odkazů:** 6

**Vedoucí práce:** Mgr. Antonín Klecanda

**Rok dokončení práce:** 2011



**Posudek vedoucího bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Tereza Prachňarová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Subjektivní hodnocení léčby klientů s poruchou příjmu potravy a vliv preferované léčby na zdravotní stav

Vedoucí práce: Mgr. Klecanda Antonín

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 48

Počet stránek příloh: 9

Počet titulů v seznamu literatury: 28

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Z výzkumu vyplynul rozdíl mezi skupinami „zlepšeny“ a „nezlepšeny“ v preferenci vycházky s terapeutem, který jako jediný z testů vyšel statisticky významný. Čím může být vycházka s terapeutem přínosnější než individuální terapie a proč je ve VFN zařazena do programu léčby?

Nemohou být data zkreslena právě tím, jak probíhá individuální terapie ve VFN (viz. strana 19). Myslíte, že běžnému pojetí individuální terapie je v prostředí VFN blíže procházka s terapeutem, nebo „jejich individuální terapie“?

Znáte nějaké jiné podobné šetření, které by se zabývalo subjektivním hodnocením léčby?

Dal by se udělat výzkum, který by objektivně hodnotil, co klientkám pomáhá nejvíce?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Přestože si studentka zvolila za téma poruchy příjmu potravy, o kterých toho bylo v poslední době napsáno velmi mnoho, specifikovala své téma a píše o: „Subjektivním hodnocení léčby klientů s poruchou příjmu potravy a vliv preferované léčby na zdravotní stav.“ Svou práci rozdělila na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je perfektní kompilací literatury k danému tématu. Studentka se neuchyluje ke zbytečnému rozepisování teorie o poruchách příjmu potravy, ale charakterizuje nejčastější z nich, jejich příčiny a důsledky. Zde je nutné dodat, že vychází i s cizojazyčných pramenů. V závěru teoretické části popisuje VFN, ve které byla na praxi a kde prováděla výzkum, který je popsán ve druhé části práce. Součástí této kapitoly je i popis aktivit, které jsou v dané nemocnici používány k léčbě pacientek.

V praktické části studentka popisuje výzkum, ve kterém zkoumala 30 pacientek Psychiatrické kliniky VFN hospitalizovaných na lůžkovém oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy. Ze sebraných dat ověřuje pomocí Mannova-Whitneyova testu stanovené hypotézy a následně výsledky interpretuje. Velmi podnětná je diskuze v závěru práce, která obsahuje polemiku o možném využití poznatků z šetření pro léčbu pacientek.

Celkově hodnotím práci jako velmi zdařilou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 1- výborně

Datum, podpis: 15.5.2011





**Posudek oponenta bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Tereza Prachňarová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Subjektivní hodnocení léčby klientů s poruchou příjmu potravy  
a vliv preferované léčby na zdravotní stav

Oponent: Mgr. Jan Kulhánek

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 48

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 28 + 6 internetových odkazů

0*	1	2	3	4
----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	*			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	*			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		*		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		*		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	*			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		*		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

			*	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

		*		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	*			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		*		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	*			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	*			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

			*	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

			*	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Proč se autorka rozhodla pro kvantitativní výzkum na tak malém vzorku?  
Jak by se dal sestavit výzkum, aby se mohl v hodnocení pacientek projevit jejich vztah k jednotlivým členům terapeutického týmu?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce je přehledná, srozumitelná, dobře zachází se zdroji. Autorka využila dobře své zkušenosti s jednotky pro léčbu poruch příjmu potravy na psych. klinice Ke Karlovu, kvalitně zpracovaný přehledný slovník pojmů, oceňuji kapitolu Diskuse.

V popisu problematiky nepřináší nic nového, výzkum by byl zajímavější, kdyby autorka použila zajímavější metody – screeningový dotazník z oddělení není podle mě šťastnou volbou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 11.5.2011

  
Mgr. Jan Kulhánek