

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ergoterapie



Jana Mandíková

Možnosti využití ergoterapie u pacientů s poruchami příjmu potravy

Possibilities of using occupational therapy in patients with eating disorders

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Pluhařiková Pomajzlová

Praha, 2022

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Janě Pluhařikové Pomajzlové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty při tvorbě mé práce.

Dále bych chtěla poděkovat také vedení Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN za možnost absolvovat na jejich pracovišti praxi a také všem respondentům, kteří vyplnili mé dotazníkové šetření.

Nemalé poděkování patří mé rodině a přátelům, kteří mi byli při celém studiu nezbytnou podporou.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

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

V Praze, 24. 4. 2022

Jana Mandíková

Podpis studenta

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

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

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Jana Mandíková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Název bakalářské práce: Možnosti využití ergoterapie u pacientů s poruchami příjmu potravy

Abstrakt bakalářské práce:

Bakalářská práce se věnuje tématu poruch příjmu potravy a možnostem využití ergoterapie při jejich léčbě.

V teoretické části nejprve popisují problematiku poruch příjmu potravy (PPP), jejich etiologii a možnosti léčby. Dále se zabývám ergoterapií jakožto rehabilitačním oborem v oblasti péče o duševní zdraví. Závěr teoretické části vychází z nastudované české a zahraniční literatury a věnuji se v něm využití ergoterapie u pacientů s PPP.

V úvodu praktické části uvádím výsledky dotazníkového šetření o současném využití ergoterapie u pacientů s PPP v České republice, které jsem zrealizovala. Dále popisují svou praxi a konkrétní terapie, které jsem vedla na Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice. Poslední částí je navržený postup ergoterapeutických intervencí u pacientů s PPP na základě již existující zahraniční příručky „Poruchy příjmu potravy: Průvodce pro ergoterapeuty“, která vychází z Modelu lidského zaměstnání MOHO. Součástí jsou také mnou navržené konkrétní aktivity, které může ergoterapeut s lidmi s PPP využít v rámci individuální nebo skupinové práce. Tyto aktivity jsou opět založeny na modelu MOHO a jsou rozdělené podle oblastí vůle, výkonu, zvyklostí a vlivu prostředí.

Klíčová slova: ergoterapie, poruchy příjmu potravy, psychiatrie, hospitalizace, duševní zdraví

BACHELOR THESIS ABSTRACT

Name, Surname: Jana Mandíková

Consultant: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Title of thesis: Possibilities of using occupational therapy in patients with eating disorders

Abstract:

The bachelor's thesis deals with the topic of eating disorders and the possibilities of using occupational therapy in their treatment.

In the theoretical part, I first describe the issue of eating disorders, their etiology and treatment options. I also deal with occupational therapy as a rehabilitation field in psychiatry. The conclusion of the theoretical part is based on the studied Czech and foreign literature and I deal with the use of occupational therapy in patients with eating disorders.

In the introduction to the practical part, I present the results of a questionnaire survey on the current use of occupational therapy in patients with eating disorders in the Czech Republic, which I conducted. I also describe my practice and specific therapies that I led at the Psychiatric Clinic of the 1st Faculty of Medicine, Charles University and the General University Hospital. The last part is a proposed procedure of occupational therapy intervention in patients with eating disorders on the basis of the already created foreign manual "Eating Disorders: A Guide for Occupational Therapists", which is based on the MOHO human employment model. There are also specific activities that I have suggested, and the occupational therapist can do them with people with eating disorders. These activities are again based on the MOHO model and are divided according to areas of will, performance, habits and environmental impact.

Key words: occupational therapy, eating disorders, psychiatry, hospitalization, mental health

OBSAH

ÚVOD	1
1. TEORETICKÁ ČÁST	3
1.1 Poruchy příjmu potravy	3
1.1.1 Obecný úvod	3
1.1.2 Klasifikace poruch příjmu potravy	4
1.1.3 Mentální anorexie – F50. 0	5
1.1.4 Mentální bulimie – F50. 2	7
1.2 Etiologie poruch příjmu potravy	9
1.2.1 Biologické faktory	9
1.2.2 Psychologické faktory	11
1.2.3 Sociální a kulturní faktory	11
1.2.4 Poruchy příjmu potravy a pandemie Covid-19	13
1.3 Léčba poruch příjmu potravy	14
1.3.1 Ambulantní péče	15
1.3.2 Akutní péče	20
1.4 Rehabilitace v průběhu hospitalizace v psychiatrické nemocnici	27
1.4.1 Rehabilitace léčebná	28
1.4.2 Rehabilitace pracovní	28
1.4.3 Rehabilitace sociální	29
1.5 Ergoterapie při práci s lidmi s PPP	29
1.5.1 Vymezení pojmu ergoterapie	29
1.5.2 Ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví	30
1.5.3 Ergoterapie u pacientů s poruchami příjmu potravy	32
2. PRAKTICKÁ ČÁST	36
2.1 Dotazníkové šetření – Současné využití ergoterapie u pacientů s PPP	37
2.1.1 Cíle dotazníkového šetření	37
2.1.2 Metodologie	37
2.1.3 Výsledky dotazníkového šetření	40
2.1.4 Shrnutí výsledků dotazníku	46
2.2 Ergoterapie u pacientů s PPP	47
2.2.1 Cíle praktické části	47
2.2.2 Popis pracoviště	48
2.2.3 Výběr pacientů	50

2.2.4 Popis současné praxe a terapií na Psychiatrické klinice VFN a 1. LF UK	50
2.2.5 Popis realizovaných terapií	51
2.3 Návrh využití ergoterapie u pacientů s PPP	57
2.3.1 Návrhy konkrétních aktivit	60
3. DISKUZE	65
4. ZÁVĚR	69
5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
6. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	79
7. SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	80
7.1 Seznam obrázků	80
7.2 Seznam grafů	80
7.3 Seznam tabulek	80
8. SEZNAM PŘÍLOH	81
9. PŘÍLOHY	82

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice poruch příjmu potravy a možnostem využití ergoterapie při jejich léčbě. Toto téma jsem si vybrala proto, že poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) jsou v současné době jedním z nejrozšířenějších duševních onemocnění a počet lidí s tímto onemocněním stále narůstá. National eating disorder association (2021) uvádí, že některou z forem PPP trpí na světě až 70 milionů lidí. Toto onemocnění postihuje zejména dospívající dívky, ale vidáme je čím dál tím častěji i u chlapců (Ústav zdravotních informací a statistiky České republiky, 2018). PPP se netýkají jen dospívajících, ale mohou postihnout kohokoliv v jakémkoliv věku (Papežová, 2010).

PPP ohrožují nemocné nejen na životě, ale také velmi zasahují do jejich osobního a pracovního života. PPP narušují také fungování běžných denních aktivit (ADL) (Sørлие, Cowan, Chacksfield, Vaughan a Adler, 2020).

I proto jsem se rozhodla zaměřit na využití ergoterapie u lidí s tímto onemocněním. Ergoterapeut je důležitou součástí multidisciplinárního týmu v oblasti péče o duševně nemocné (American Occupational Therapy Association, 2016). Ergoterapie svojí intervencí pomáhá nemocným se znovu začlenit zpět do běžného života a umožnit jim prožít život co nejvíce plnohodnotně. U nemocných se také věnuje problémovým oblastem aktivit denního života (Česká asociace ergoterapeutů, 2008, s. 1).

Aktuální využití ergoterapie u nemocných s PPP v České republice vnímám jako ne příliš známé a rozšířené. Proto jsem se rozhodla zmapovat situaci v této oblasti pomocí dotazníkového šetření. Vytvořený dotazník jsem rozeslala do psychiatrických nemocnic za účelem zjistit, jaké je současné využití ergoterapie u pacientů s PPP v České republice.

Kromě toho jsem absolvovala praxi na psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, na které ergoterapeut pracuje s lidmi s PPP. Původním záměrem bylo navštěvovat terapie s pacienty s PPP a zjistit, jaká je současná praxe, a na základě toho navrhnout terapie, které bych pak s pacienty ověřila. Bohužel díky pandemii COVID-19 jsem neměla možnost vidět terapie vedené terapeuty, měla jsem pouze možnost vést dvě terapie podle současné praxe na pracovišti zaměřené na kreativní techniky a kognitivní trénink.

U ergoterapie s pacienty s PPP vidím větší potenciál ve využití ergoterapie. I proto jsem se rozhodla na základě nastudované české a zahraniční literatury představit postup při intervenci ergoterapeuta s lidmi s PPP vycházející s Modelem lidského zaměstnávání MOHO. Navrhnuté

postup je založený na již existující zahraniční příručce „Poruchy příjmu potravy: Průvodce pro ergoterapeuty“ vytvořené Randi Horner (2006) v Americe na univerzitě v Severní Dakotě.

Dále jsem v rámci práce vytvořila návrh konkrétních aktivit, které by mohl ergoterapeut využít v práci s pacienty s PPP. Aktivity opět vychází z Modelu lidského zaměstnávání MOHO, který je v oblasti péče o duševní zdraví ergoterapeuty nejvíce využíván. Na základě tohoto modelu jsou aktivity rozdělené do oblastí vůle, zvyků, výkonu a faktorů prostředí.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Poruchy příjmu potravy

1.1.1 Obecný úvod

V posledních letech se poruchy příjmu potravy stávají čím dál tím více diskutovaným tématem, se kterým se bohužel setkáváme mnohem častěji i v praxi. Dříve poruchám příjmu potravy nebyla věnována až taková pozornost, ale vzhledem k velkému nárůstu případů lidí s tímto onemocněním nabývá tato problematika na důležitosti. National eating disorder association (2021) uvádí, že některou z forem poruch příjmu potravy trpí na světě až 70 milionů lidí. Ze zdrojů Ústavu zdravotních informací a statistiky vyplývá, že v roce 2020 se v České republice léčilo s některou z poruch příjmu potravy 690 mužů a 4477 žen, celkový počet pacientů vzrostl za posledních 10 let o 15 %. Největší nárůst se objevil u dospívajících pacientů ve věku 15 až 17 let, kde byl nárůst za posledních 10 let o 89 % (Ústav zdravotních informací a statistiky České republiky, 2018). Tato data ukazují a potvrzují to, že nárůst případů onemocnění některou z poruch příjmu potravy je za poslední roky opravdu rapidní, zvláště pak u nejvíce ohrožené skupiny mladistvých. I proto považuji za důležité se tomuto tématu věnovat.

Poruchy příjmu potravy (zkráceně PPP) se dají definovat jako hraniční polohy narušeného jídelního chování spojené s velmi závažnými důsledky na tělesném i psychickém zdraví, sociálním životě a pracovních povinnostech nemocného (Krch a Švédová, 2013). PPP se řadí mezi jedny z nejčastějších a ve svých důsledcích také nejzávažnějších psychických onemocnění (Krch, 2007). To potvrzuje i to, že dle Amerického diagnostického manuálu DSM IV. je mortalita u mentální anorexie vyšší než 10 %. Smrt bývá nejčastěji způsobena hladověním, sebevraždou, nebo v důsledku metabolického rozvratu (American Psychiatric Association, 1994). Jak uvádí Papežová (2010), PPP se týkají zejména dospívajících dívek a mladých žen, ale nevyhýbají se ani starším ženám či mužům. Dle Ústavu zdravotních informací a statistiky České republiky (2018) je prevalence mentální anorexie u mladých žen a dívek 0,5 – 1,0 %. Přičemž mentální anorexie nejčastěji postihuje dívky středních a vyšších socioekonomických vrstev. Mentální bulimie se nejvíce objevuje u studentek středních a vysokých škol a to přibližně v 4 – 15 %. O něco nižší je výskyt u mladých dospělých, a to asi 1 – 3 %. U mužů je potom popisováno asi 10 % případů. Zřetelný je ovšem nárůst incidence PPP v populaci (Ústav zdravotních informací a statistiky České republiky, 2018).

1.1.2 Klasifikace poruch příjmu potravy

Mezi nejznámější PPP patří hlavně mentální anorexie a mentální bulimie, které se mohou ve svém klinickém obraze objevovat střídavě, mohou přecházet jedna v druhou nebo se i vyskytovat současně (Němečková 2007).

Podle MKN - 10 se mezi poruchy příjmu potravy (F50) řadí:

- mentální anorexie (F50.0),
- atypická mentální anorexie (F50. 1),
- mentální bulimie (F50. 2),
- atypická mentální bulimie (F50. 3),
- přejídání spojené s psychogenními poruchami (F50. 4),
- zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami (F50. 5),
- jiné poruchy příjmu potravy (F50. 8), mezi které patří pica u dospělých a psychogenní ztráta chuti k jídlu (MKN - 10, 2018).

Někteří autoři zvažují do kategorie PPP zařadit také noční přejídání (NES – Night Eating Syndrome) (Němečková 2007).

Pro mentální anorexii a mentální bulimii je charakteristický nadměrný strach z tloušťky, nespokojenost s vlastním tělem a nadměrná snaha o dosažení štíhlosti a její udržení. Psychické a zdravotní problémy, které PPP velmi často doprovází, jsou většinou důsledkem podvýživy a užíváním „metod“ na zhubnutí (Krch a Švédová 2013). Mezi typické příznaky PPP patří také manipulace s jídlem, sloužící ke snížení hmotnosti, a zkreslené vnímání vlastního těla. Jedná se o psychické onemocnění, což znamená, že nemocný s anorexií nebo bulimií není schopen od určitého stádia ovládat své chování, a tedy i sám bez pomoci druhých překonat duševní obtíže a zotavit se. PPP bývají doprovázeny ztrátou zájmu o kontakt s vrstevníky, poruchou pozornosti a náladovostí. Středem zájmu nemocných se stává hlavně jídlo a vlastní postava (Ústav zdravotních informací a statistiky České republiky, 2018).

Pokud mluvíme o atypické mentální anorexií nebo bulimii, znamená to, že poruchy splňují jen některá kritéria nemoci, ale celkový klinický obraz nedovoluje tuto diagnózu stanovit (MKN - 10, 2018).

Dále se podrobněji věnuji v praxi nejčastějším PPP mentální anorexií a mentální bulimii. Na tyto diagnózy se také zaměřuji v praktické části mé bakalářské práce, kde navrhuji konkrétní terapie pro lidi s tímto onemocněním.

1.1.3 Mentální anorexie – F50. 0

Mentální anorexie je porucha příjmu potravy charakterizovaná úmyslnou a vědomou ztrátou hmotnosti, kterou nemocní způsobují vlastním chováním. V případě dětí jde často o nedostatek vhodného váhového přírůstku. Nemocný má potíže s udržením přiměřené tělesné hmotnosti vzhledem ke své výšce a postavě. Mnoho jedinců trpících mentální anorexií má také problém se zkresleným vnímáním svého těla (National eating disorder association, 2018). Pro lidi trpící mentální anorexií je typické vyhýbání se kaloricky bohaté stravě, nadměrné cvičení a strach z tloušťky, který přetrvává i při jejich kachektizaci. Té však neodpovídá jejich nadměrná aktivita a čilost. Někteří nemocní mohou během nemoci úmyslně vyvolávat zvracení, průjmy, užívat laxativa, anorektika či diuretika (Raboch, 2006).

1.1.3.1 Prevalence

Anorexie může postihnout lidi všech věkových kategorií, pohlaví, sexuálních orientací, ras i etnik (National eating disorder association, 2018). Nemoc však častěji postihuje mladé dívky, pouze asi 5 % nemocných jsou chlapi. Celoživotní prevalence mentální anorexie se odhaduje na 0,2 – 0,9 % se stále vzrůstajícím trendem (Raboch, 2006).

1.1.3.2 Diagnostická kritéria

Raboch (2006) ve své knize uvádí, že tělesná hmotnost nemocného je nejméně o 15 % nižší, než by mělo odpovídat jeho věku a výšce. K výpočtu míry podvýživy slouží Body Mass Index BMI. Hraniční hodnota BMI pro podváhu, kdy uvažujeme o mentální anorexií, je 17, 5. Přičemž běžné hodnoty BMI u žen jsou v rozmezí 20 - 25 a u mužů 21- 26 (Cohen, 2002). Avšak podle studie Mezinárodní asociace pro poruchy příjmu potravy NEDA na to, aby člověk bojoval s mentální anorexií, nemusí být vyhublý ani mít podváhu. Některé studie ukazují, že i jedinci s vyšší váhou mohou trpět mentální anorexií, i když u nich může být méně pravděpodobné, že jim bude nemoc diagnostikována, a to především kvůli kulturním předsudkům vůči obezitě (National eating disorder association, 2018). Jako příklad může být studie z roku 2019, která ukazuje případy tří dospívajících mužů, kteří měli zpočátku BMI v pásmu obezity, ale nebyla jim diagnostikována mentální anorexi až dokud si zdravotní následky podvýživy nevyžádaly akutní hospitalizaci. Jako pravděpodobný faktor toho, proč nebyla diagnóza určena, bylo počáteční doporučení ke snížení hmotnosti od lékaře. Tyto případy jasně ukazují důležitost sledování lidí s obezitou, kteří jsou podporováni v hubnutí a

také upozorňují na potřebu zvýšení povědomí o této rizikové skupině (Matthews, Peterson, Mitan, 2019). Je tedy důležité si uvědomit, že jediným kritériem pro diagnostiku mentální anorexie není jen hodnota BMI v pásmu podváhy, ale že se s touto nemocí může potýkat i jedinec, který má BMI v normě nebo i nad její hranicí. Anorexie u těchto jedinců tedy nemusí být na první pohled vidět.

1.1.3.3 Zdravotní a psychické důsledky

Porucha je spojena s narušením funkce osy hypotalamo-hypofyzo-gonadální (Raboch, 2006). Mentální anorexie má na lidský organismus velmi závažné a často také nevratné důsledky. Problémem začne být nedostatek bílkovin a naopak zvýšené hodnoty cholesterolu. Toto je dáno metabolickým chaosem, který v hladovějícím organismu panuje (Štefánek, 2011). Tělo nemocného začíná štěpit vlastní bílkoviny, v důsledku čehož se u dívek vyskytuje amenorea. Pokud hladovění přetrvává, přichází na řadu další orgány. Objevují se změny v oblasti trávicího ústrojí, dochází ke snížení střevní peristaltiky a pro nemocného může být obtížné zpracovat potravu. V pokročilejších stádiích mentální anorexie se můžeme setkat se srdečně-oběhovými potížemi, zpomaluje se metabolismus a dochází k zpomalení tepové frekvence, poklesu krevního tlaku i tělesné teploty (Šmídová, 2008). Mezi první somatické symptomy, kterých si na nemocných můžeme všimnout, patří vypadávání vlasů, nápadně suchá kůže a zvýšená lomivost nehtů. Kůže lidí trpících mentální anorexií bývá často pokryta jemným ochlupením tzv. lanugem (Koutek, Kocourková, 2014). Ačkoliv se lidé trpící mentální anorexií vyhýbají tukům ve své stravě, mívají často zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi, což devastuje jejich cévní systém. Mezi trvalé následky patří také osteoporóza a zvýšená kazivost zubů (Šmídová, 2008). Mentální anorexie může ovlivňovat i kognitivní funkce nemocného. Jak ve své diplomové práci uvádí Kociánová (2017), u nemocných s PPP se mohou objevovat problémy s pozorností a její koncentrací, s reakcemi na podněty nebo s motorickým tempem. Ve své práci také zmiňuje, že nemocní mohou mít problémy s pamětí nebo intelektem, exekutivními funkcemi, s rozhodováním nebo s flexibilitou myšlení. Vlivem hladovění dochází k postižení CNS. U mentální anorexie je popsán i vznik korové atrofie (Němečková, 2011). Studie z roku 2007 ukazuje, že rychlé snížení hmotnosti u nemocného s mentální anorexií může ovlivnit stav šedé i bílé hmoty mozku (Sidiropoulos, 2007). I proto má u lidí s PPP smysl terapie zaměřená na kognitivní funkce.

Z psychických změn je v popředí aktivní snaha nemocného zhubnout. Nejčastěji držením drastických diet, excesivním cvičením, užíváním laxativ, popřípadě úmyslným

vyvoláváním zvracení. Důležitým příznakem je také porucha tělesného schématu a narušené vnímání vlastního těla, kdy si nemocný připadá silný i přes svoji velkou podváhu. Většinou také chybí nebo je neúplný náhled na své onemocnění (Koutek, Kocourková, 2014). Mezi další psychické následky mentální anorexie patří i těžká nespavost a nesoustředěnost, která může nemocného ohrožovat při fungování v práci nebo ve škole. Dále mají pacienti časté problémy s navazováním partnerských vztahů, a i se sexuálním životem (Šmídová, 2008).

Psychologický klinický obraz často doprovází depresivní ladění, sociální zdrženlivost a zvýšená dráždivost. K tomuto obrazu velmi často patří nárůst konfliktů s blízkými, nejčastěji se konflikty točí kolem příjmu potravy. Depresivní chování může být také spojeno se suicidálním jednáním nebo sebepoškozováním (Koutek, Kocourková, 2014).

K dalším nápadným příznakům mentální anorexie patří silná a dlouhodobě trvající činorodost nemocných, ke které se svou silnou vůlí nutí ještě dlouho poté, kdy už díky extrémní podvyživenosti trpí značnými tělesnými potížemi i úpadkem sil. Nemocní někdy dokonce projevují větší výkonnost a vytrvalost než většina zdravé populace (Leibold, 1995).

Vzhledem k povaze obtíží, kdy je velmi těžké odolat nutkání a ovlivnit své chování, nemocní mívají sklon k zatajování svých problémů, lhaní, podvádění a někdy dokonce i k drobným krádežím, především jídla (Raboch, 2006).

1.1.4 Mentální bulimie – F50. 2

Mentální bulimie je porucha, pro kterou jsou charakteristické opakované záchvaty přejídání spojené s přehnanou kontrolou nad vlastní tělesnou hmotností (Procházková, Ševčíková, 2017). Pacienti s mentální bulimií trpí nepřekonatelným nutkáním ke konzumaci velkého množství jídla, které většinou jedí velmi rychle a bez uvážení. V častých případech je strava zvolená zcela náhodnými kombinacemi jídla. Přejídání často skončí až projevem bolesti vlivem dilatace žaludku nebo je ukončeno spontánně vyvolaným zvracením. V některých případech končí záchvat až tím, že nemocný upadne do spánku. Záchvatu přejídání může předcházet pocit smutku, depresivní ladění, úzkostné stavy či pocity prázdnoty. Po záchvatu následují u nemocného silné pocity viny, vlastního selhání a nevládnutí situace. U pacientů nemocných bulimií je časté autoagresivní a automutilační jednání, a to například pořezáním nebo i suicidálními pokusy (Němečková, 2011).

1.1.4.1 Prevalence

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

1.1.4.2 Diagnostická kritéria

Mezi diagnostická kritéria mentální bulimie patří opakované epizody přejídání, které se vyskytují ve frekvenci nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců, a je při nich v krátkém časovém úseku zkonsumováno velké množství jídla. Záchvat přejídání je zároveň impulzivní a neovladatelný vlastní vůlí. Typická je ztráta kontroly nad jídlem, neustálé myšlení na jídlo a silný pocit viny po přejedení. Po záchvatu přejedení následuje kompenzační chování, mezi které patří zvracení, užívání projímadel a období hladovění (Procházková, Ševčíková, 2017).

1.1.4.3 Zdravotní a psychické důsledky

Mezi fyzické příznaky mentální bulimie patří svalové křeče, které vznikají díky elektrolytové dysbalanci v důsledku opakovaného zvracení. Kromě narušené hladiny minerálů, která vzniká v těle nemocného díky opakovanému zvracení nebo užívání laxativ, jsou časté také kardiovaskulární obtíže zahrnující dušnost, bolesti v oblasti srdce, hypotenzi a také hrozbu srdečního selhání. Obtíže se vyskytují také v gastrointestinálním traktu, a to v podobě žaludečních a duodenálních vředů. Hrozbou při opakovaném zvracení je také ruptura jícnu nebo perforace žaludku. Zvracení má také vliv na zubní sklovinu nemocného, která je narušována kyselinou chlorovodíkovou, která se nachází v žaludku, ale při zvracení se dostává do dutiny ústní. Zuby jsou pak žluté a viditelně poškozené. Dalším viditelným znakem mentální bulimie jsou také oděrky na hřbetě a kloubech horních končetin, které vznikají taktéž při mechanickém vyvolávání zvracení. Stejně jako u mentální anorexie má i mentální bulimie dopad na kognitivní funkce nemocného, dopad je také na CNS, kde dochází ke změnám v strukturách mozku, k dilataci mozkových komor, ztenčení šedé hmoty i k poruchám periferní nervové soustavy (Kociánová, 2017).

Psychické projevy mentální bulimie jsou velmi podobné jako u výše zmiňované mentální anorexie. Patří k nim výrazné změny nálad, neustálé myšlení a zaobírání se jídlem,

úzkosti, které přichází nejčastěji po jídle nebo záchvatu, kdy nemocný cítí pocit viny, studu a vlastního selhání. I u bulimie může být narušen sebeobraz vlastního těla a pocit ztráty kontroly nad sebou. U mentální bulimie bývají také časté sebevražedné myšlenky.

Toto onemocnění také zasahuje do sociálního života a fungování v běžných denních aktivitách či do výkonu zaměstnávání. Nemocný si často připadá sám, vyhýbá se kontaktu s okolím a přichází tak o své přátele. K sociálním důsledkům patří také vztahové potíže, které vyplývají z výrazné iritability a narušeného vnímání sebeobrazu a okolního světa (Hanzlovský, 2014).

1.2 Etiologie poruch příjmu potravy

PPP se řadí mezi takzvaná civilizační onemocnění, v jejichž etiologii působí společně vlivy biologické, psychologické i sociální. Jejich začátek je v typické formě zprvu dán psychickými faktory a až následně je významně ovlivněn somatický stav nemocného (Koutek a Kocourková, 2014). Přesná příčina PPP je ovšem neznámá (Eating disorders, 2020).

Všeobecně lze říci, že mentální anorexie a mentální bulimie jsou důsledkem vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, různých chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích schopností a také biologických a genetických faktorů. Odborníci se ovšem shodují na tom, že neexistuje žádná specifická příčina, která by PPP způsobovala a jejíž odstranění by vedlo k vyléčení (Kliszová, 2015).

1.2.1 Biologické faktory

Sám Krch (2005) řadí mezi jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj PPP příslušnost k ženskému pohlaví. Podle různých studií je dokonce zastoupení mentální anorexie u žen v průměru desetkrát větší než u mužů, v případě mentální bulimie je to dokonce dvacetkrát (Kliszovská, 2015). Jako jeden z důvodů se udává to, že mužům vadí tloušťka méně než ženám a drží proto méně často redukční diety. Zatímco dívky během puberty dospívají, jejich tělo se mění a přibírají hlavně tělesný tuk, chlapci v tomto věku přibírají spíše svalovou hmotu a přibližují se tak ideálu krásy, kterému se dívky spíše oddalují (Krch, 2010). Patrné rozdíly ve vnímání vlastního těla byly u dívek a chlapců zjištěny již v mladším školním věku. Přesto ale k nejvíce rizikovým změnám vedoucím k rozvoji PPP dochází v období puberty a adolescence (Procházková, Ševčíková, 2017). Je to období, kdy dochází k hormonálním změnám, ty se pak promítají i do roviny psychologické. Rozdíly ale nejsou jen ve fyzickém vývoji. Dívky jsou oproti chlapcům často nejistější, mají větší strach z toho, že nebudou

oblíbené, mají nižší úctu k vlastnímu tělu a často jsou také méně sebevědomé (Krch, 2010). V období puberty u dívek často klesá spokojenost s vlastním tělem (Procházková, Ševčíková, 2017). Výzkumy, které prověřovaly spokojenost žen s jejich vlastním tělem, dokonce ukázaly, že ženy si samy utvářejí vlastní ideální schéma těla. Porovnávání své vysněné a skutečné postavy pak vede k tomu, že většina žen je se svým tělem nespokojena (Sladká Ševčíková, 2004).

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

Z dalších biologických faktorů se ještě zkoumají zejména poruchy souhry neuronálních mechanismů, hormonů, neurotransmiterů a peptidů (Procházková, Ševčíková, 2017). U vzniku PPP lze diskutovat i o jistém vlivu genetiky. Určité genetické predispozice a PPP v rodině mohou znamenat větší riziko onemocnění. Genetické riziko ovšem není fetální a záleží zejména na postojích jedince a okolí. Důležité jsou zejména ochranné faktory, mezi které můžeme zařadit například to, že se jedinec vyhne rizikovému sportu, ve kterém je tlak na vzhled a výkon. Jídelní zvyky v rodině a hodnota, která je přikládána vzhledu, jsou také velmi významnými faktory. Při léčbě je proto důležité pracovat s celou rodinou (Papežová, Hanusová, 2012).

Lékaři také zdůrazňují, že PPP nejsou výsledkem vlastní volby jedince, ale představují závažné biologicky ovlivněné onemocnění. Nejnovější výzkumy se věnují vlivu gastrointestinálního traktu na centrální nervovou soustavu, zkoumají mikrobiom (mikroprostředí střeva), jehož změny mohou být způsobené stresem nebo držením různých diet. Právě porušení střevního epitelu může způsobit imunitní reakci, která spustí výrobu zánětlivých látek, které poté narušují přechody mezi mozkovými kapilárami a mozkovou tkání, což pak

ovlivňuje činnost mozku. Projevem změn mezi neurony v mozku mohou být poté zmiňované změny chování a emocí (Papežová, Kulhánek, Stárková, 2018).

1.2.2 Psychologické faktory

Do souvislosti se vznikem PPP bývají velmi často dávány také určité osobnostní rysy a psychické vlastnosti jedince, které se vyskytují již před onemocněním a mohou tedy být jedním z rizikových faktorů pro rozvoj samotné nemoci. U mentální anorexie se jedná o přehnaný perfekcionismus a přehnané zaměření na dosažení úspěchu, a to zejména ve školní oblasti. Nemocní o sobě také často pochybují a nevěří si. Bývají nadměrně přizpůsobiví, poslušní, vyhýbaví a úzkostní. Objevuje se také přehnaná sebekontrola a zodpovědnost, a to nejen ve vztahu k sobě, ale také k učitelům a rodině (Procházková, Ševčíková, 2017).

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

Pro obě poruchy je potom charakteristická vnitřní nejistota, nízké sebevědomí a negativní sebehodnocení. Hodně studií dává do souvislosti s PPP depresivní a úzkostné nálady, které bývají většinou spojeny s obavami souvisejícími se vzhledem své postavy, tělesnou hmotností a samotným příjmem potravy, jak uvádí Kliszová (2015).

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

1.2.3 Sociální a kulturní faktory

Zatímco faktory biologické a psychologické jsou zodpovědné spíše za závažnost průběhu nemoci, faktory sociální jsou často spouštěčem poruchy příjmu potravy a také jsou příčinou toho, proč se stále zvyšuje počet lidí, kteří onemocněli PPP (Švédová, Míčová, 2010). Žijeme v rychle se měnící době a kultuře, která často dává jako vzor štíhlost a všeobecně je kladen také větší důraz na vzhled a tělesnou hmotnost (Krch, 2010). Je třeba upozornit na to, že velký vliv mají sociální média. Nelze přehlédnout rostoucí oblíbenost a trávení času na sociálních sítích, a to především mezi dopívajícími a mladými lidmi, kde je riziko rozvoje PPP nejrizikovější. Právě v médiích a časopisech se setkáváme s nereálnými, a často velmi počítačově upravenými těly modelek, které si mohou některé dívky brát za vzor. Na internetu a v televizi na nás vyskakují reklamy na redukční diety a různé výzvy k tomu, jak zhubnout do

plavek během jednoho týdne. Módní průmysl, časopisy, televize i internet vytváří obraz, že i mírná nadváha je nezdravá a že být ideálně štíhlý je hlavním aspektem atraktivity a úspěšnosti. Takto prezentované trendy jsou přitom velmi často v rozporu s biologickým zdravím a přirozeností lidského těla. Cíle, které nám média předkládají, jsou často nerealistické, nezdravé a pro většinu lidí nedosažitelné. Díky tomu oslabují sebevědomí a podporují nespokojenost s vlastním vzhledem a podněcují k jeho narušenému vnímání (Procházková, Ševčíková, 2017).

Sociální sítě jsou dnes běžnou součástí života. Hlavně u mladých lidí se stávají stále oblíbenějšími a více používanými. Rizikem nadužívání sociálních sítí je posun ve vnímání toho, co je běžné, omezení nebo ztráta schopnosti navazovat osobní kontakty a vztahy, riziko zneužití osobních dat a manipulace se zranitelnou populací, inspirování se modely chování, které mohou být zdraví nebezpečné, zvýšený tlak a negativní hodnocení ze strany vrstevníků, kyberšikana atd.

Ševčíková (2014) ve své knize rozděluje rizika online světa do čtyř kategorií, a to na rizika komerčního, agresivního, sexuálního a hodnotového rázu. V kontextu PPP má největší vliv riziko hodnotové, při kterém je jedinec jako příjemce vystaven obsahu s různými zkreslenými, nepravdivými nebo zavádějícími informacemi či radami. Konzumace tohoto obsahu pak jedince může svádět k dalšímu šíření tohoto obsahu a některé jedince také k samotnému dodržování nesmyslných a někdy i zdraví nebezpečných diet. Ševčíková (2014) také zmiňuje individuální faktory psychosociální charakteristiky, které činí některé jedince náchylnější, nebo naopak odolnější vůči negativním vlivům a rizikům sociálních sítí. Na individuální faktory úzce navazují faktory sociálního prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Mezi tyto faktory můžeme řadit rodinu, kamarády či školní nebo pracovní prostředí, ale také kulturu, zvyky, infrastrukturu služeb nebo dostupné příležitosti. Podle modelu EU Kids Online (2011) souvisí rizika používání internetu se způsobem, jakým jedinec internet využívá a tím, kolik na něm tráví času. Model EU Kids Online také upozorňuje na to, že rizika online světa nejsou izolovaným jevem a je pro ně důležitý kontext. Zdůrazňují, že právě jedinci, kteří jsou znevýhodnění v běžném životě, jsou náchylnější k rizikům souvisejícím s využíváním internetu (Livingstone, et al, 2011). V posledních letech je také možné zaznamenat rapidní nárůst závislosti na sociálních sítích, což může být alarmující i s ohledem na možné riziko rozvoje PPP.

V dnešní době klesá zájem o ještě před několika lety nejpopulárnější sociální síť Facebook a hlavně mezi dospívajícími a mladými lidmi ho nahrazuje Instagram nebo TikTok (Černovský, 2021). Instagram je sociální síť vytvořená pro sdílení fotografií a videí přímo ze smartphonu. Na Instagramu má každý uživatel svůj účet, ze kterého může sdílet fotky a videa

mezi své sledující. Stejně tak i on vidí fotky od uživatelů, které se rozhodl sledovat (Moreau, 2018). Právě Instagram se stává místem, kde se shromažďují upravené a vyretušované fotky, které mohou být zdrojem utváření nerealistických modelů krásy, jež vedou k již výše uvedenému snižování sebevědomí a nespokojenosti s vlastním tělem. Na Instagramu se objevují v dnešní době velice populární tzv. influenceři. Tyto osoby, známé především na sociálních sítích, mají vliv na určité publikum a svým chováním se snaží cíleně ovlivňovat mínění i jednání druhých. Je zde přítomné riziko skryté i otevřené reklamy, budování kultu, který nemusí vždy přinášet vhodný vzor jednání. Bohužel právě někteří influenceři propagují na svých profilech nebezpečné diety nebo dokonce prodávají produkty na hubnutí. I oni se mohou stávat vzorem pro některé jejich sledující, kteří se s nimi mohou porovnávat a mohou chtít vypadat právě jako oni. Pokud se někdo začne přehnaně porovnávat se svým vzorem a jeho jediným cílem se stane být stejně hubený nebo vypracovaný jako jeho oblíbený influencer, stává se ohroženým pro rozvoj PPP (Novotný, 2020, Cohen, Newton-John, Slater, 2017). Častým problémem je také to, že samotný influencer má poruchu příjmu potravy, sdílí na sociálních sítích svoje rady a tipy nebo dokonce vlastní jídelníčky. Sociální sítě a budování identity na těchto sítích může vytvářet dojem odbornosti. Bohužel někteří tito lidé nejsou žádnými odborníky a vliv na sociálních sítích z nich nedělá kvalifikované nutriční terapeuty nebo psychology (Jsme3pe, 2021). Z průzkumu, který byl proveden sdružením Jsme3pe spolu se studenty FSV UK, dokonce vyplynulo, že až 45 % lidí si neověřuje informace, které má od influencerů ze sociálních sítí (Jsme3pe, 2021). Papežová (2017) pak také zmiňuje, že na některých sociálních sítích vznikají takzvané proanorektické skupiny, kde si nemocní dokonce posílají fotky, radí si, jak zhubnout nebo jak se vyhnout léčbě. I proto se dnes na internetu snaží zasahovat odborníci, kteří informují o léčbě a o tom, jak PPP řešit (Papežová, 2017). Jednou z iniciativ, které se snaží informovat o těchto rizicích a uvést na pravou míru obtíže spojené s PPP, je sdružení Jsme3pe, které založila klinická psycholožka a psychoterapeutka Tereza Maková spolu s Ladou Brůnovou, která má osobní zkušenosti s mentální anorexií.

1.2.4 Poruchy příjmu potravy a pandemie Covid-19

Pandemie COVID-19 se poprvé vyskytla v čínském Wu-chanu v prosinci roku 2019, od té doby se šířila dále celým světem. Světová zdravotnická organizace WHO vyhlásila v lednu 2020 propuknutí globálního stavu nouze. Pandemie ovlivnila celý svět. V listopadu 2021 bylo na celém světě zaznamenáno 249 milionů nakažených a více než 5 milionů úmrtí z důvodu onemocnění Covid-19 (Ritchie, 2021). Světová pandemie měla dopad nejen na světovou

ekonomiku, vzdělávání, životní prostředí, fyzické zdraví mnohých jedinců ale také na zdraví psychické.

Jak uvádí Papežová (2020), přesná epidemiologická data o vlivu pandemie Covid-19 na poruchy příjmu potravy zatím nemáme, je však jasné, že povinná karanténa spojená s izolací a omezením kontaktů jasně vede k nárůstu depresí, úzkostí a také ke zvýšení počtu nemocných PPP nebo k zhoršování jejich stavu. Z výzkumů doktora Fernanda Fernández-Arandy (2020) vyplynulo, že okolo 40 % nemocných s PPP vnímalo zhoršení příznaků onemocnění. Kromě toho více než další polovina dotázaných uváděla přítomnost dalších symptomů úzkosti. Nemocní s mentální anorexií uváděli, že na ně měly negativní vliv videohovory, kdy se museli pozorovat na vlastní obrazovce, více si uvědomovali své tělo, porovnávali se a byli k sobě kritičtější. Papežová (2020) dodává, že bylo možné zaznamenat také velký nárůst počtu hospitalizací u pacientů s chronickou formou mentální anorexie, kteří si nebyli schopni v průběhu pandemie udržet svou váhu. U dětí a adolescentů, kteří zůstali díky pandemii a kvůli ní zavedenému lockdownu dlouhodobě doma, se objevil také větší nárůst excesivního cvičení, ortorexie a anorektických příznaků. Spousta mladých měla strach, aby během lockdownu nepřibrala. Někteří naopak volný čas a nudu nahrazovali konzumací velkého množství jídla, což se v některých případech zvrtilo až do záchvatovitého přejídání, někdy i s následným purgativním chováním. Jako pozitiva lockdownu v období pandemie Papežová (2020) uvádí například to, že rodiny spolu trávil více času a rodiče tak měli větší šanci odhalit u svých dětí případné patologické jídelní chování.

1.3 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba PPP je velmi náročná a často velmi dlouhá. Je důležité si uvědomit, že ukazatelem nemoci není pouze váha nemocného. Prvním a zásadním krokem pro léčbu PPP je to, aby si nemocný připustil, že je nemocný a rozhodl se, že se chce uzdravit. Bez tohoto kroku je pak léčba velice náročná. Toto uvědomění však bohužel často přichází až potom, co se nemocnému objeví výraznější zdravotní komplikace (Švédová, 2012). Druhým krokem je, někomu se svěřit a začít svoji nemoc řešit. Nemusí jít rovnou o psychologa nebo psychiatra, svůj problém může nemocný první svěřit rodičům nebo jiné blízké osobě (Havlíková, 2016). Bohužel neexistuje jednoduchý a jednotný postup léčby. PPP je specifické onemocnění, které může mít mnoho příčin vzniku, a proto je léčba velice individuální. Vždy záleží na konkrétním stavu jedince a na jeho motivaci se z nemoci vyléčit (Havlíková, 2016).

Léčba PPP by však měla splňovat tři cíle:

- léčbu podváhy a jiných fyziologických potíží způsobených užíváním laxativ, zvracením a dlouhodobým hladověním,
- dále by léčba měla zahrnovat psychoterapii, která pomáhá k pochopení problému a role nemoci v životě nemocného, v budování vztahu k sobě samému, v sebezpečí a sebedůvěře,
- a pak psychoterapii zaměřenou na samotné jídelní chování a životní styl nemocného jedince.

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

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

1.3.1 Ambulantní péče

1.3.1.1 Primární péče

Primární prevence

Základní prevence PPP začíná už v samotné rodině a jejím prostředí. Rodina má vliv na přirozený rozvoj jedince, na jeho sebevědomí, poskytuje mu kladné vzory, dává mu oporu, lásku a zázemí. V rámci primární prevence PPP může pomoci i škola, která může v rámci své výuky organizovat preventivní programy. Jednou z nejznámějších organizací, která tyto programy poskytuje, je Občanské sdružení Anabell (Bartáková, 2009).

Praktický lékař

Mezi ambulantní léčbu lze zařadit pravidelné návštěvy praktického lékaře, který nemocnému může kontrolovat váhu, dělat odběry krve a celkově sledovat jeho zdravotní stav.

Právě praktický lékař je často prvním odborníkem, který se s nemocným setkává, poskytuje nemocnému a rodině informace o možnostech léčby a důsledcích PPP (Krch, 2007). Praktický lékař tedy řeší hlavně somatickou problematiku PPP u nemocného a posuzuje jeho celkový zdravotní stav. Může ale také nemocného motivovat a vést k nezbytným změnám v jídelním chování. Praktický lékař může pomoci nemocnému zprostředkovat léčbu u jiného odborníka, nejčastěji u psychiatra nebo klinického psychologa. Případně může také nemocnému doporučit léčbu u jiného specialisty dle jeho potřeby. Krch (2005) upozorňuje na to, že pokud se nemocný rozhodne absolvovat léčbu pod dohledem praktického lékaře, je potřeba si předem domluvit podmínky léčby.

1.3.1.2 Ambulantní péče

Denní stacionář

Léčba v denním stacionáři nabízí nemocnému strukturovaný program bez toho, aby se musel úplně odtrhnout ze svého běžného života. Program začíná zpravidla ráno a končí v odpoledních hodinách. Nemocný přespává během pracovního týdne doma a musí část dne zvládnout sám. Víkend potom tráví nemocní sami ve svém domácím prostředí. Léčba v denním stacionáři je určena pro pacienty, kteří jsou motivováni k léčbě a jsou v kompenzovaném zdravotním stavu. Obvykle se přijímají pacienti s BMI vyšším než 16. Po léčbě v denním stacionáři je důležitá návaznost ambulantní léčbou u specialistů a praktického lékaře (Procházková, Ševčíková, 2017).

Sociální poradenství

Lidé s PPP mohou využít také sociální poradenství. Sociální pracovník může vést s nemocným nebo jeho blízkými rozhovor, při kterém může řešit aktuální situaci, ve které se jedinec nachází, a může pomáhat s vyhledáváním dalších služeb pro léčbu PPP. Cílem poskytované služby je také zmírnění sociálních komplikací, a to jak v rámci rodiny, tak ve škole nebo v práci. Sociální pracovník při své práci dodržuje platnou legislativu dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhlášky č. 505/2006 Sb. Jednou z organizací, která poskytuje sociální poradenství na území ČR, je Občanské sdružení Anabell (Klímová, 2021).

Ambulantní specialisté

Dále mohou nemocní s PPP využít ambulantní léčbu u některých specialistů. Například u ambulantního psychiatra, který se soustředí na farmakoterapii, kontroluje hmotnost a také

sleduje zdravotní stav pacienta. Nemocný s PPP může ambulantně docházet také k nutričnímu terapeutovi, který mu pomáhá nastavit správný jídelní režim s dostatečným příjmem kalorií (Procházková, Ševčíková, 2017). Velice podstatnou součástí léčby by měl být také kvalifikovaný psychoterapeut, kterým může být psycholog nebo psychiatr, který absolvoval další vzdělání se specializací v provádění určitého druhu psychoterapie. Psychoterapie se snaží pomocí různých strategií nemocnému pomoci, aby se upravilo sebepojetí, sebehodnocení a celkový vztah k sobě samému, podpořila se léčba, zdravé návyky a člověk se cítil lépe (Švédová, 2012).

1.3.1.3 Další formy podpory

Svépomocné skupiny a peer podpora

Svépomocné skupiny sdružují lidi se stejným problémem, ať už zdravotním, sociálním nebo jakýmkoliv jiným (Vymětal, 2010). Poskytují účastníkům podporu, motivaci a možnost sdílení vlastních zkušeností a pocitů. Svépomocné skupiny přinášejí často pocity sounáležitosti a pochopení, mohou být místem, kam jde nemocný jako první ještě před tím, než kontaktuje odborníka nebo mohou sloužit jako doplněk již probíhající léčby. Svépomocné skupiny nemusí být jen pro samotné nemocné, ale mohou být speciální skupiny také pro rodiče nebo partnery nemocných, kteří často nevědí, co dělat, a jak svému blízkému pomoci (Procházková, Ševčíková, 2017). Členství ve svépomocných skupinách je vždy dobrovolné, poskytují prostor pro sdílení a výměnu názorů. V České republice nabízí svépomocné skupiny pro nemocné s PPP a jejich rodiny například organizace Anabell (Psychoportál, 2020).

Součástí svépomocných skupin bývají peer konzultanti, což jsou lidé, kteří mají s nemocí vlastní zkušenosti, které sdílí s ostatními svůj příběh a poskytují znalosti a zkušenosti, jak se s nemocí vypořádat a jak se zotavit. Peer konzultanti bývají vyškolení kurzem, kde se učí, jak informace sdílet a předávat (např. Základní kurz pro peer konzultanty, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví). Peer podpora může probíhat různými způsoby, a to například jako mentoring, reflektivní naslouchání nebo poradenství (Mead, Hilton, Curtis, 2010). Peer podporu mohou poskytovat jak lidé, kteří mají s PPP osobní zkušenost, tak i členové rodiny nebo jiní blízcí nemocného. Ti jsou obvykle v České republice označováni jako peer rodinní příslušníci nebo peer pečovatelé, v zahraničí se setkáme s pojmem „family peer worker“. Peer práce poskytuje neklinický přístup a slouží jako doplněk k standardní klinické léčbě. Očekává se, že společné sdílení s ostatními lidmi, kteří mají podobnou životní zkušenost, povede

k lepšímu porozumění, pomůže zvýšit naději na samotné zotavení a také pomůže snižovat negativní důsledky stigmatu pro lidi s PPP (The National Eating Disorder Collaboration, 2019).

Svépomocné manuály a aplikace

Svépomocné manuály a aplikace mohou sloužit jak samotným nemocným, tak jejich blízkým. Často je využívají právě rodiče, partneři nebo učitelé nemocných. Hledají v nich porozumění nemoci, doporučení a rady, jak nemoc překonat a zotavit se, nebo v případě blízkých, jak nemocnému pomoci. Svépomocné manuály motivují k léčbě, dávají doporučení a osvědčené postupy, přináší příklady ze života lidí, kteří se zotavili, podporují zplnomocňování a proces samostatné práce na zotavení. Často jsou v nich také cenné informace od odborníků a kontakty na dostupné služby (Švédová, 2012). Podle Ševčíkové a Procházkové (2017) mohou svépomocné manuály často pomáhat nemocnému ve fázi, kdy se nechce s nikým přímo scházet nebo někam docházet, případně i po návratu z hospitalizace pro podporu v udržení práce na zotavení.

Podobně fungují i internetové poradny a fóra.

Rodinná terapie

Vztahy v rodině a prostředí rodiny mohou být jedním z faktorů, které mají velký vliv již u vzniku samotné PPP. Rodina hraje velkou roli při formování konceptu úspěchu, krásy a představ o svém vlastním těle. Velkou roli hraje také při utváření samotných jídelních a pohybových návyků. Vznik PPP mohou někdy podnítit i poznámky a hodnocení ze stran rodičů nebo jejich přehnané nároky na jejich potomky (Krch, 2010). Samotná rodina je potom také velmi často negativně ovlivněna onemocněním svého blízkého. Nemusí rozumět obtížím spojeným s PPP, mohou obtíže zlehčovat nebo naopak soustředit veškerou pozornost jen na problémy s jídlem, mohou mít nedostatečné informace o tom, jak svému blízkému pomoci atd. Člověk s PPP se tak může cítit nepochopený, osamělý a potíže spojené s PPP se mohou prohlubovat. Právě rodinná terapie pomáhá znovu obnovovat narušené vztahy, umožňuje členům rodiny vzájemně naslouchat svým potřebám a přispívá k tomu, aby se rodina aktivně podílela na léčbě svého blízkého. Součástí práce s rodinou je také poradenství a psychoedukace, kde mohou blízcí a rodina získat více informací o povaze PPP, možné léčbě a způsobech vhodné podpory svého blízkého.

Díky problémům spojených s příznaky PPP vznikají v rodinách časté hádky a konflikty, a to zejména při společném stravování. Proto je při rodinné terapii kladen velký důraz na komunikaci v rodině a pozitivně laděné domácí prostředí (Procházková, Ševčíková, 2017).

Papežová a Tomanová (2006) poukazují na to, že právě rodinná terapie má při léčbě PPP velmi velký význam a je také dobrou prevencí relapsu nemoci.

V dnešní době hraje při léčbě velkou roli také tzv. **vícerodinná terapie**. Vícerodinná terapie umožňuje rodinám sdílet své problémy a zkušenosti s rodinami, které jsou v podobné situaci. Nabízí rodinám možnost se sociálně začleňovat, vytváří prostředí solidarity, naděje a otevřené pomoci. Pomáhá také rodinám vytvořit nové široce zaměřené perspektivy a odvrací jejich pozornost od samotné poruchy příjmu potravy a podporuje obnovu zdravých a pozitivně fungujících interakcí v rodině (Papežová, Tomanová, 2006).

Hamadi a Holliday (2020) ve své studii uvádějí, že individuální rodinná terapie je lepší pro rodiny, kde jsou vztahy obtížnější, zatímco vícerodinná terapie se jeví jako vhodnější pro rodiny, kde jsou rodinné vztahy dobré. Studie také prokázala, že práce s celou rodinou byla účinnější než pouze individuální práce s lidmi s PPP, kteří měli závažné psychopatologické projevy nemoci, včetně nutkání a obsesí souvisejících s PPP.

Individuální a skupinová psychoterapie

Individuální psychoterapie je jednou z nejpodstatnějších forem terapie při léčbě PPP. Využívána může být při všech fázích léčby, a to jak při hospitalizaci nemocného, v rámci ambulantní léčby i během docházení do stacionáře. Individuální terapie je preferována v případech, kdy nemocný potřebuje individuální přístup. Lze při ní využít mnoho terapeutických přístupů, nejčastěji se však používá kognitivně behaviorální. Jako její nejčastější cíl uvádí ve své disertační práci Adámková (2010) oslabení přílišného zájmu o svoji tělesnou hmotnost a celou postavu. Dále upozorňuje na to, že v případě nutnosti je potřeba kontrolovat somatické zdraví nemocného.

Skupinové terapie se v rámci léčby dají rozdělit dle cílové skupiny, pro kterou jsou zaměřeny. Může jít o terapie jen pro nemocné s PPP nebo o terapie jen pro rodiny a příbuzné nemocného. Skupinové terapie určené pro lidi s PPP mohou probíhat jak během hospitalizace, tak v rámci ambulantní léčby. Jejich zaměření, velikost skupiny a délka se obvykle liší podle možností léčebného zařízení (Adámková, 2010).

Komunitní služby specializující se na podporu lidí s PPP

Komunitní péče je rozsáhlý systém služeb, zařízení a programů, jehož hlavním cílem je pomoci lidem s onemocněním žít a fungovat co nejvíc v podmínkách běžného života. Komunitní péče podporuje člověka v naplnění jeho zdravotních, psychologických a sociálních potřeb. Dále také podporuje jedince v naplnění sociálních rolí, v pracovním či studijním životě,

bydlení, nebo ve vztazích s rodinou, přáteli a jinými lidmi. Služby komunitní péče pracují jak přímo s jedinci s duševním onemocněním, tak také s okolím člověka a členy širší komunity tak, aby mohli člověku s duševním onemocněním také poskytovat pomoc a podporu. V oblasti zdravotních služeb zahrnuje komunitní péče všechny články péče. Od poloviny 20. století se komunitní péče stává velkým trendem v řadě vyspělých zemí a je spojena s tak zvanou deinstitucionalizací, jejíž podstatou je redukce počtu (lůžek dlouhodobé péče ve) velkých psychiatrických léčeben a budování a podpora služeb komunitních. Podstatou komunitních služeb je jejich mobilita, propojenost, poskytování péče v domácím prostředí a orientace na potřeby a lidská práva nemocných (Peč, 2022).

Podstatou reformy psychiatrické péče v rámci léčby PPP by mělo být rozšíření specializované časné krizové intervence a možnost doléčování v komunitním systému péče. V rámci časné odborné intervence existují na internetu e-psychoedukace vytvořené na základě evidence-based praxe, mezi něž patří například www.healthyan-dfree.cz, která vznikla přímo pod vedením odborníků z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN (Papežová, 2017).

1.3.2 Akutní péče

1.3.2.1 Hospitalizace na jednotce intenzivní péče

Hospitalizace na jednotkách intenzivní péče většinou připadá v úvahu u pacientů, u kterých selhává ambulantní léčba a jejich stav se nelepší, nebo u pacientů, kteří jsou v závažném somatickém stavu a je u nich nutná stabilizace (Procházková, Ševčíková, 2017). Pacienti, pak končí na lůžkových odděleních nemocnic, jako jsou interna a metabolické jednotky, místo na odděleních psychiatrické péče (Cowden, 2020). Lékařská péče na této úrovni je velmi důležitá, pokud je zapotřebí, poskytuje pacientům monitorování vitálních funkcí, infuze, léky, výživu sondou či laboratorní testy (Cowden, 2020). Bohužel ne vždy jsou pacienti z těchto oddělení odkázáni na následnou léčbu a terapii v psychiatrické nemocnici nebo v návazných službách péče o duševní zdraví. Provázanost péče o fyzické a duševní zdraví je v tomto případě velmi důležitá.

1.3.2.2 Hospitalizace v psychiatrické nemocnici nebo na oddělení psychiatrie

Ostatní hospitalizace pacientů s PPP probíhají zpravidla na specializovaných psychiatrických odděleních. Zde probíhá režimová léčba, skupinové i individuální terapie, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie a další. Na takových odděleních je důležitá spolupráce

multidisciplinárního týmu. Pobyty trvají většinou 2-3 měsíce a jejich cílem je zlepšit somatický i psychický stav nemocného (Procházková, Ševčíková, 2017). Podle Krcha (2005) bývá hospitalizace v psychiatrické nemocnici indikována při závažnější psychiatrické komorbiditě nemocného. Bývá nutná u jedinců, u kterých hrozí riziko suicidálního jednání, jedinců, kteří jsou závislí na návykových látkách, doporučena bývá i při výraznější sociální izolaci nemocného a při opakovaném neúspěchu léčby ambulantní. Hospitalizace v psychiatrické nemocnici je doporučována také jedincům, kteří dlouhodobě nedodržují podmínky léčby v rámci ambulantní péče, nedochází u nich k nezbytné změně jídelních návyků a zvyklostí, nepřibírají na váze nebo se dokonce jejich zdravotní stav zhoršuje (Krch, 2005).

S hospitalizací v psychiatrické nemocnici souvisí vytržení nemocného z jeho běžného pracovního, školního i sociálního života. Oproti dospělým bývá toto vytržení z domácího prostředí výhodou u některých dětí, kde rodina nezvládá patologické jídelní chování nemocného, emoce, komunikaci a často jsou zatíženi otázkami rolí, kompetencí a zodpovědností (Uhlíková, 2019).

Sdružení pro poruchy příjmu potravy uvádí, že hospitalizace na psychiatrickém oddělení nebývá pacienty vždy kladně přijímána (Shelley, 1997). Bruch (1974) upozorňuje, že je mnohdy nesoulad ve vnímání léčby mezi odborníky a samotnými pacienty. Odborníci často vnímají léčbu jako přínosnou, zatímco pacienti nikoliv. Studie z roku 2018 však uvádí, že názory pacientů na nemocniční léčbu jsou značně proměnlivé a ne vždy je vnímána negativně. Pacienti uvádí, že vnímají jako podpůrné zejména zařízení, ve kterých je věnována pozornost psychologickým aspektům poruchy. Jako pozitivní vnímají také porozumění a péči od odborného personálu. Pro některé jedince s PPP je prostředí psychiatrické nemocnice bezpečnější než prostředí domácí, je pro ně oddělené od stresů, které vnímají ve vnějším světě. V takovém případě pak Gowers (2018) upozorňuje na důležitost podpory pacienta při propouštění z psychiatrické nemocnice, na potřebnou úpravu pacientova domácího prostředí. Upozorňuje, že pokud dojde k znovuoobnovení starých návyků, může dojít k návratu patologického jídelního chování (Gowers, 2018).

Papežová (2017) uvádí, že v posledním desetiletí v České republice dochází k významnému nárůstu nemocných s PPP, kteří se odborné léčbě v psychiatrických nemocnicích dlouhodobě vyhýbají. Často preferují léčbu jen somatických následků podvýživy a následně odborné léčbě už se vyhýbají a vyhledávají ji pak až pozdě. To vede k většímu nárůstu chronických průběhů PPP, které pak nemocné často invalidizují v běžném životě (Papežová, 2017).

Důležitou součástí léčby PPP je spolupráce multidisciplinárního týmu. Podstatou multidisciplinárního přístupu u nemocných s PPP je funkční spolupráce a aktivní účast všech odborníků a důležitých blízkých osob, kteří mohou nemocného podpořit v hledání společné cesty k zotavení. Tato multidisciplinární spolupráce je u PPP důležitá vzhledem ke komplexní povaze tohoto onemocnění. PPP totiž často nebývají otázkou jen problémů v oblasti fyzického a psychického zdraví, ale obvykle také ovlivňují sociální fungování jedince (Slezáková, Ševčíková, 2021). Je tedy třeba uvažovat o podpoře nemocného v různých oblastech života a péči dobře koordinovat. Nezbytná je proto schopnost týmu spolupracovat při hodnocení a plánování léčby (National eating disorders collaboration, 2021).

1.3.2.3 Formy terapie v rámci hospitalizace

Farmakoterapie

Farmakoterapie není při léčbě PPP nikdy otázkou první volby (Němečková, 2007). Mezi často užívanou medikací patří především moderní antidepresiva, která se doporučují používat zejména u nemocných s depresivní nebo obsedantně kompulzivní symptomatikou a také pomáhají v prevenci relapsu onemocnění. Mezi další terapeutické možnosti patří například podávání neuroleptik nebo anxiolytik (Zámečnicková, Hrdlička, 2005). Je však důležité si uvědomit, že farmakoterapie u PPP slouží zejména jako podpůrná léčba, mírní přidružené příznaky onemocnění jako jsou deprese, úzkost, nutkavé myšlení a impulzivitu (Procházková, Ševčíková, 2017).

Režimová opatření

Režimová léčba má za úkol zejména nastavení přepracování narušených vzorců jídelního chování u nemocného. Je kladen důraz na pravidelný a dostatečný příjem živin a tekutin (Ryšánková, Kulísek, 2022).

Expresivní terapie

Tyto terapie slouží během léčby PPP jako prostředek k vyjádření svých emocí a k sebereflexi prostřednictvím výtvarného, hudebního či pohybového projevu. Například v rámci arteterapie jen samotný výběr pomůcek a výtvarné zpracování ukazuje změny stavu nemocného během léčby. Papežová (2010) ve své knize uvádí, že na začátku léčby je práce pacientů velice esteticky upravená, idealizovaná a barevně sladěná, většinou z důvodu toho, že se nemocný snaží, aby se práce zalíbila terapeutovi. Jako výtvarný prostředek se často záměrně

volí jen práce s tužkou nebo forma koláže, kdy si nemocný sám podle své nálady a uvážení vybírá materiál, ze kterého koláž následně tvoří. V rámci zpětné vazby na koci terapií často lidé s PPP dlouze o tématu diskutují, a to zvláště v počátku léčby. Většinou také mluví o idealizaci své budoucnosti. U pacientů v pokročilejším stádiu léčby, kdy se snaží zvládnout nemoc jako problém, dochází obvykle k větší rozmanitosti využívání výtvarných prostředků a technik, diskuze o tématu jsou velmi často více otevřené. Před samotným koncem hospitalizace se objevují témata jako strach z návratu do běžného života nebo ze samotné budoucnosti.

Psychoterapie skupinová a individuální

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby PPP, měla by však přicházet až ve fázi, kdy je nemocný schopný se na terapii soustředit a sám pracovat na zlepšení náhledu na sebe a své onemocnění. Většinou tomu tak je až po odeznění akutní fáze onemocnění, kdy je nemocný v extrémní podvaze (Papežová, Kulháněk, Stárková, 2018). Níže popisují nejčastější psychoterapeutické přístupy využívané při léčbě PPP.

- ***Kognitivně behaviorální terapie***

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) byla prokázána jako jedna z nejlepších psychoterapeutických metod při léčbě PPP. Při léčbě mentální bulimie vedla k vyléčení u 40 - 60 % nemocných. V 90. letech 20 století však začali někteří autoři kritizovat zaměření KBT pouze na ovlivňování chování týkajícího se tvaru těla a váhy a začali se více věnovat tématům týkajících se sebepojetí. Novější formy KBT pracují více eklekticky a zařazují např. motivační otázky, práci s interpersonálními vztahy, využívání terapeutického vztahu jako prostředku terapie či práci s emočními reakcemi (Papežová, 2001). KBT zahrnuje různé přístupy, například psychoterapii zaměřenou na zlepšení tělesného sebepojetí, sebedůvěry, trénink asertivity nebo trénink sociálních dovedností. Zaměřuje se na identifikaci zkresleného vnímání vlastního těla a hmotnosti a na samotné postoje a vztah k sobě samému. Typickou intervencí KBT je zapisování a reflexe vlastních myšlenek, pocitů a chování. Na principech KBT jsou postaveny mnohé svépomocné manuály. Jde o jednu s nejvíce vědecky zkoumaných psychoterapeutických metod (Procházková, Ševčíková, 2017).

Ergoterapeuti využívají ve své praxi kognitivně-behaviorální rámec vztahu, jež vychází z tohoto teoretického základu a ergoterapeutům nabízí rámec pro porozumění PPP, informace pro klinickou úvahu a postupy intervencí, které z KBT přístupu vychází a dobře korespondují s cíli ergoterapie.

- ***Psychoanalytická terapie***

Psychoanalytické teorie se v přístupu shodují v tom, že začátky patologického chování nemocného, které se projeví poruchou příjmu potravy, pochází již z raného vývoje v dětství a jsou podmíněné vztahy s důležitými osobami v životě nemocného. Mezi klíčové vztahy pak patří nejčastěji vztah s matkou. Psychoanalytický přístup se věnuje zejména osobnosti nemocného a snaží se porozumět hlubším příčinám onemocnění včetně nevědomých souvislostí a procesů (Štěpánková, Ratajová, 2015). Cílem je pak zejména změna vztahu k sobě samému, porozumění sobě samému, podpora vyzrávání jedince a s ní spojená separace a individualizace (Procházková, Ševčíková, 2017).

Ergoterapeuti ve své praxi využívají psychodynamický rámec vztahu, který vychází z psychoanalytických teorií, a to především v práci se skupinou, zaměřují se na vytváření terapeutické vazby, komunikaci a interpersonální vztahy a využívají symbolického a projektivního potenciálu činností.

Poradenství a psychoedukace

Při léčbě PPP je psychoedukace nezbytná, je poskytována jak samotnému nemocnému jedinci, tak jeho rodinným příslušníkům či blízkým (Němečková, 2007). Podstatou psychoedukace je předání znalostí o nemoci a její léčbě, integrace emocionálních a motivačních aspektů tak, aby se nemocným a blízkým umožnilo se vyrovnat s nemocí a podpořit je v léčbě (Calvey, 2017).

Terapie orientované na tělo

Ukazuje se, že zkreslené vnímání vlastního těla a jeho negativní emoční hodnocení tvoří velkou součást psychopatologie PPP. Lidé s PPP často chybně vnímají a interpretují signály svého těla, nepocítují tak únavu, hlad nebo sytost, a dokonce jsou necitliví k některým bolestným podnětům (Faiburn a Harrison, 2003). Papežová (2010) ve své knize poukazuje na závislost mezi sebehodnocením a snahou dosáhnout nerealistického ideálu krásy u lidí s PPP. Nespokojenost s vlastním tělem pak často předpovídá těžší průběh PPP. Narušené vnímání těla je jeden z významných příznaků při diagnostice PPP. Právě narušené vnímání vlastního těla u nemocných s PPP často souvisí s poruchou interocepce, která je důležitá k rozpoznání a identifikaci vlastních emocí i emocí jiných lidí. Craig (2002) definuje interocepci jako schopnost vnímat a následně reagovat na fyziologické vjemy těla, jako je hlad, sytost, bolest a emoce. Je předpokládáno, že právě narušená interocepce ovlivňuje to, jak lidé jednají a zachází se svým tělem (Brausch, Muehlenkamp, 2014).

Poruchy tělesného schématu se dají rozdělit do dvou základních komponent – objektivní a subjektivní. **Objektivní komponenta** zahrnuje smyslové a percepční aspekty, což znamená to, jak je nemocný schopen vnímat rozdíly mezi skutečnými rozměry svého těla a tím, jak on sám sebe aktuálně vnímá. **Subjektivní komponenta** zahrnuje emoční a kognitivní aspekty, vztah k tělu a vnímání hodnoty těla a jeho vzhledu, což souvisí se stupněm nespokojenosti se svým vlastním tělem, případně jeho odmítání (Štěpánková a Ratajová, 2005). Terapie orientované na tělo jsou součástí komplexního přístupu při léčbě PPP (Probst, 2005). Jejich hlavním cílem bývá obnovení realistického pohledu na sebe samotného, utlumení hyperaktivity, obnova sociálních dovedností a naučení se opět mít rád sebe a své tělo (Štěpánková a Ratajová, 2005).

Při terapii orientované na tělo lze využít různé metody a techniky, níže tedy vyjmenuji jen některé z nich.

- ***Fyzioterapie***

Nemocní s PPP často trápí vertebrogenní bolesti. Proto u nich má velký význam terapie věnující se uvolnění svalového napětí, která vyrovnává svalové dysbalance. Důležitá je celková úprava vadného držení těla. Při kolektivním cvičení se také nemocný učí zacházet se svojí energií a nacházet si zdravý vztah k sobě a fyzické aktivitě (Papežová, 2010).

- ***Relaxační cvičení***

Relaxační cvičení přispívají k podpoře získávání kontroly nad vlastním tělem. Papežová (2010) uvádí, že by se relaxační cvičení měla provádět pravidelně, alespoň 20-25 minut denně. Relaxace se provádí vsedě na židli s pevnou oporou o záda a chodidla, s rukama v klíně nebo vleže na zádech se zavřenými očima. Cvičení může doprovázet relaxační hudba. U nemocných s PPP lze využít i muzikoterapii pro podporu nebo prohloubení relaxace. Roberta Wigle Justice (1994) uvádí jako příklady intervencí, které může muzikoterapie nemocným poskytnout, relaxační techniky podpořené hudbou i skupinové muzikoterapeutické techniky. Hudební techniky bývají orientované na uvědomění sebe sama a interpretaci vlastních emocí a pocitů.

Další z metod využívaných při léčbě PPP může být mindfulness neboli všímavost. Kabat-Zinn (1990) definuje mindfulness jako schopnost zaměřit vědomě svoji pozornost, tomu, co se děje v přítomném okamžiku bez očekávání a posuzování. Mindfulness je uznávána jako relevantní součást některých behaviorálních terapií, včetně terapie dialekticko- behaviorální nebo kognitivní terapie založené na všímavosti. V současné době bývá mindfulness aplikována i v rámci konvenčních psychoterapeutických přístupů. Její účinnost byla prokázána například při léčbě fyziologických bolestí, syndromů chronické únavy a také při léčbě psychických

poruch, jako jsou poruchy spánku, úzkostné poruchy nebo závislosti. Účinnost byla prokázána i při léčbě PPP, kde se ukázalo, že jedinci, kteří mají vyšší schopnost vědomě zaměřit svou pozornost a aplikovat mindfulness ve svém životě, mají menší pravděpodobnost, že se vrátí po léčbě zpět k patologickému jídelnímu chování. Dále se také ukázalo, že může především u mladých žen pomoci s prevencí PPP. Intervence založená na všímavosti v kombinaci s rozvojem dovedností a regulací emocí se ukázala jako účinná při zvládnání záchvatovitého přejídání. Wanden-Berghe a Sanz-Valero (2010) ve své studii ale upozorňují na to, že ač se přístup mindfulness při terapii PPP využívá stále častěji, ještě nebyly zveřejněny empirické důkazy o jeho účinnosti.

- ***Dechová cvičení***

Dechová cvičení se využívají především u nemocných s mentální anorexií. Ti používají totiž zejména hrudní typ dýchání, protože při dýchání břišním mají pocit velkého nafouklého břicha. Návik břišního dýchání probíhá nejčastěji kontaktem – položením terapeutovy ruky na břicho, nebo bezkontaktně za použití lehčího předmětu, který se na břicho položí. Tím dochází jak k ovlivnění dechového stereotypu, tak k uvědomění vlastního těla a uvolnění napětí (Papežová, 2010).

- ***Masáže***

Papežová (2010) zmiňuje, že při léčbě nemocných s PPP mohou být využity masáže odborné, které jsou prováděny školenými terapeuty a slouží převážně jako relaxace, jako aktivizační masáž zad a nohou nebo mobilizace končetin. Probst (2005) upozorňuje, že při velmi nízkém BMI spočívá rehabilitace ze začátku právě jen v masáží, při kterých se využívají jemné doteky, poklepávání nebo hnětení. Papežová (2010) dodává, že masáže mohou pacienti provádět i navzájem sami na sobě, pod dohledem zkušeného terapeuta.

Práce s emocemi - nové trendy v léčbě PPP

Papežová (2021) zmiňuje, že v současné době se při léčbě PPP začíná více pracovat s emocemi. Při terapiích je snaha, aby nemocný se svými emocemi dokázal lépe pracovat a lépe je vyjadřovat tak, aby nedošlo k nežádoucímu sebepoškozování. V současné době probíhá studie, při které se terapie, které byly dříve zaměřené na kognitivní funkce, nyní zaměřují zejména na emoce. Během terapií se lidé snaží pomocí kreslení nebo dramatizace či jiných neverbálních prostředků vyjádřit své emoce, nebo si dokonce jen připustit, že nějaké emoce mají. Dále se pak pracuje i s negativními emocemi, aby si je nemocný dokázal uvědomovat, mohl jim porozumět a naučil se s nimi pracovat. Aktuálně probíhá výzkum, v jakém formátu

mohou terapie probíhat, zda se dá pracovat jen s jednotlivci nebo jestli mohou terapie zaměřené na emoce probíhat i skupinově.

Ergoterapie (viz dále samostatně)

1.4 Rehabilitace v průběhu hospitalizace v psychiatrické nemocnici

Ergoterapie spadá pod lékařský obor rehabilitace a je její důležitou součástí. Proto považuji za důležité zmínit ergoterapii u pacientů s PPP i v tomto kontextu.

Dle WHO (1969) je rehabilitace definována jako kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro nácvik nebo znovuzískání co nejvyššího stupně funkční schopnosti. Definice z roku 1980 doplňuje, že rehabilitace se nejen snaží hendikepovaným nebo nemocným pomoci se znovu začlenit mezi společnost, ale také se uplatňuje přímo ve společnosti a snaží se, aby se sociální integrace nemocných usnadnila.

Dle WHO (1981) rehabilitace zahrnuje všechny prostředky směřující ke zmírnění tíže omezujících a znevýhodňujících okolností a umožňuje zdravotně postiženým a hendikepovaným osobám dosáhnout sociální integrace.

Rehabilitace v rámci hospitalizace v psychiatrické nemocnici je nedílnou součástí komplexní péče o pacienty s duševním onemocněním.

I v rámci hospitalizace rehabilitace usiluje o podporu nemocného v znovuzařazení do běžného života, a to pomocí různých prostředků. Cílem rehabilitace je jak zlepšení kvality života nemocných, tak posílení jejich víry ve vlastní schopnosti při zvládnání samostatného života ve společnosti. Při léčbě duševních onemocnění a jejich doléčování se velmi často stává, že se rehabilitace v mnoha ohledech překrývá s psychoterapeutickými a socioterapeutickými postupy. Stanovení přesné hranice ale není nezbytné a vše bývá na dohodě poskytovatelů péče. I z toho důvodu je důležité péči dobře koordinovat a spolupracovat v rámci multidisciplinárního týmu. Díky velkým rozdílům v potřebách různých diagnostických skupin duševních poruch nebývají všem poskytovány stejné druhy rehabilitace, a postupy se upravují podle jednotlivých diagnóz nemocných (Bouček, 2004).

Bouček (2004) dělí rehabilitaci v oblasti psychiatrie na rehabilitaci léčebnou, pracovní a sociální.

1.4.1 Rehabilitace léčebná

Rehabilitace léčebná spadá pod rezort zdravotnictví. Bouček (2004) ji dělí do následujících oblastí - fyzikální léčba, léčba pohybem a sportem, pracovní a činnostní léčba, umělecko-kreativní léčba, terapie zábavná a rekreační.

Do léčby fyzikální se řadí vodoléčba, jejímž cílem je zejména podpora pocitu pohody a klidu. Dále se využívají masážní techniky, které doplňují vodoléčbu, světloléčba a elektrooléčba. Tato forma léčby se doporučuje využívat především u neurotických onemocnění, poruch přizpůsobení, u funkčních orgánových poruch a u depresivních a úzkostných syndromů.

Léčba pohybem a sportem, nebo také kineziologie, využívá k podpoře léčby aktivně prováděný pohyb nebo přímo sportovní aktivitu. Tato forma rehabilitace je účinná při léčbě psychóz, a to i v akutním stádiu, Hátlová a spol (1999) zmiňuje, že je možné využít aktivní sportovní aktivity jako je tanec, aerobik, gymnastika nebo různé sportovní hry.

1.4.2 Rehabilitace pracovní

Rehabilitace pracovní a činnostní nachází v oblasti psychiatrie využití u mnohých diagnóz. Využívá se při léčbě závislostí, neurotických poruch, organických poruch i v pedopsychiatrii. Terapie bývá vedena formou terapeutických dílen, kdy nemocní vyrábějí a vytváří určité předměty z různých materiálů. Důraz bývá kladen na individuální přístup k pacientům, na to co zvládají a co je baví a zajímá.

Umělecko-kreativní léčba zahrnuje arteterapii, která dává nemocným prostor pro vyjádření svých pocitů a osobních rysů prostřednictvím kresby, modelováním nebo hraním divadla. Dále sem lze zařadit muzikoterapii, při které se může nemocný díky využití hudby a hudebních nástrojů uvolnit a ovlivnit své emoce a city. Muzikoterapie může mít buď stimulační, nebo sedativní účinek. Poslední formou umělecko-kreativní léčby je biblioterapie, která využívá práci s knihou za účelem usměrnění myšlenek nemocného.

Do terapie zábavné a rekreační se dají zařadit návštěvy muzeí, výstav, kin, divadel nebo také výlety do přírody nebo do kaváren.

Při pracovní rehabilitaci se uplatňují rezorty zdravotní a sociální. Pracovní rehabilitace usiluje zejména o obnovu pracovních návyků a schopností a zaměřuje se zejména na tlumení chorobných projevů duševních onemocnění.

Samotné ergoterapii se i dnes někdy mylně říká „léčba prací“. Tento název vznikl složením řeckých slov ergon-práce a therapie-léčení. Ergoterapie je však založena na přístupu zaměřeném na klienta a nahlíží na něj holisticky. Smysluplná činnost nebo zaměstnávání je pak

považováno za hlavní terapeutický prostředek ergoterapie (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009).

1.4.3 Rehabilitace sociální

V rehabilitaci sociální se taktéž uplatňují rezorty zdravotnické a sociální. Jejím cílem je obnovení sociálních dovedností nemocných s duševním onemocněním.

Dle Rösslera (2006) potřebují rehabilitaci všichni pacienti trpící duševním onemocněním a ideálním bodem by mělo být to, že rehabilitace bude dostupná pro každého nemocného. Jak již bylo zmíněno, je hlavním cílem rehabilitace na psychiatrii pomoci nemocným rozvinout emocionální, sociální a intelektuální dovednosti potřebné k běžnému životu a zajistit to, aby nemocný nadále potřeboval co nejmenší množství odborné podpory a fungoval samostatně. Rossler (2006) zmiňuje, že celková filozofie psychiatrické rehabilitace je rozdělena na dvě intervenční strategie. První ze strategií je zaměřena na jednotlivce a zabývá se rozvojem dovedností nemocného v interakci se stresujícím prostředím. Strategie druhá je zaměřena na rozvoj zdrojů z okolního prostředí, které podporují snížení potenciálních stresorů. Většina nemocných potřebuje kombinaci obou výše zmíněných strategií.

Jak potvrzuje i Bouček (2004) rehabilitace má při komplexní léčbě duševních onemocnění nezastupitelnou roli.

1.5 Ergoterapie při práci s lidmi s PPP

1.5.1 Vymezení pojmu ergoterapie

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti“ (Česká asociace ergoterapeutů, 2008, s. 1).

Hlavním cílem ergoterapie je začlenit jedince zpět do běžného života a umožnit mu ho prožít co nejvíce smysluplně a plnohodnotně.

„Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, která jsou pro jeho život smysluplná a nepostradatelná“ (Česká asociace ergoterapeutů, 2008, s. 1).

1.5.2 Ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví

1.5.2.1 Historie

Historie ergoterapie jako léčebné metody začíná právě v psychiatrických léčebnách, kdy ji dle dostupných pramenů poprvé zmínil a použil francouzský psychiatr dr. Philippe Pinel (1748 - 1825), když se snažil zajistit lepší podmínky pacientů v psychiatrických léčebnách. Dr. Pinel tuto metodu nazval pracovní léčbou a popsal ji jako předepsané fyzické cvičení a manuální zaměstnávání. Doporučil také používat pracovní léčbu ve všech nemocnicích pro duševně nemocné, protože provádění manuálních činností chápal jako nejlepší metodu pro zajištění dobré morálky a disciplíny. Za důležité pro úspěšnou léčbu také považoval navrácení nemocného k jeho předchozím zálibám a zaměstnání. Pracovní léčba se pak v průběhu 19. století rozšiřovala po celé Evropě. Samotná profese ergoterapie pak vznikla po 1. světové válce v USA v roce 1917. K přesměrování zaměření ergoterapie z oblasti psychiatrie do léčby lidí s tělesným postižením přispělo až velké množství raněných po 1. světové válce, kteří se potřebovali navrátit zpět do běžné společnosti (Krivošíková, 2011).

V České republice vznikl v roce 1850 tzv. Ústav pro choromyslné v Praze, který byl založen doktorem Riedlem. V něm se využívala práce k léčebným účelům. Profesor Čermák zavedl práci v dílnách a na zahradě do léčebného programu v Psychiatrické léčebně v Brně. V roce 1903 byl založen Psychiatrický ústav v Praze – Bohnicích, kde probíhala v rámci léčby ergoterapie na místním statku (Švestková, Svěčená, 2013).

1.5.2.2 Současná praxe ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví

Oblast duševního zdraví je nedílnou součástí všech ergoterapeutických intervencí. Ergoterapeut může poskytovat v oblasti péče o duševní zdraví léčebné i preventivní služby, a to pro děti, mládež, dospělé i seniory (American Occupational Therapy Association, 2016). V oblasti psychiatrie se ergoterapeut setkává s širokým spektrem duševních onemocnění, které se mohou projevat poruchami vnímání, pudů, citů a emocí, paměti, intelektu, myšlení, vědomí i jednání (Švestková, Svěčená, 2013). Právě kvůli komplexní složitě problematice u

duševních onemocnění je při jejich léčbě velmi důležitá spolupráce multidisciplinárního týmu, kde má ergoterapie své nezastupitelné místo.

Ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví se dnes využívá u pacientů v akutní fázi nemoci v době hospitalizace, při střednědobých a dlouhodobých pobytech v rámci hospitalizace, a pak také v péči komunitní, kam se řadí podpora v domácím prostředí, ambulantní péče a komunitní služby. Svěcená a Švestková (2013) zmiňují, že u pacientů s PPP můžeme využívat kreativní techniky, které jsou preferovanou intervencí zejména v akutním stádiu nemoci. Dále se pak praxe ergoterapeuta zaměřuje na běžné denní činnosti, začlenění zpět do společnosti, navrácení zpět do pracovního nebo školního života a trávení volného času (Švestková, Svěcená, 2013).

Podle Kanadské asociace ergoterapeutů (2021) může ergoterapeut pomáhat člověku plánovat, iniciovat a sledovat krátkodobé i dlouhodobé cíle. Může také přímo spolupracovat s rodinou nemocného. Pomáhá nemocnému a jeho rodině s vyrovnáváním se s duševním onemocněním a jeho následky a pracuje s nimi na tom, aby lépe porozuměli dopadům duševního onemocnění i možnostem podpory zotavení. Ergoterapeut také pomáhá s tím, jak nahradit aktivity, které škodí zdraví, těmi smysluplnými a zdraví prospěšnými, posuzuje dovednosti, zájmy, hodnoty a silné stránky pacientů s cílem je udržet, upravit nebo najít vhodné zaměstnání. Pomáhá lidem s problémy ve výkonu zaměstnávání získat potřebné dovednosti, například pomocí nácviku sociálních dovedností. Pomáhá strukturovat a organizovat denní režim a aktivity během dne tak, aby nemocný dokázal vyvážit vše, co potřebuje a chce, i to, co se od něj očekává a zároveň dostatečně citlivě zacházel se svou zranitelností.

Ergoterapie v institucionálních zařízeních

Lůžková zařízení se dělí na akutní péči a péči následnou. Ve fázi akutní může u pacientů hrozit riziko sebepoškození nebo agrese. Příznaky onemocnění jsou často velmi silné, a proto je schopnost pacienta se zapojit do aktivit často omezena. Pacienti také bývají pod vlivem medikamentů/léků/farmak, které mohou mít nežádoucí účinky či jinak ovlivňovat výkon činnosti člověka. I přesto je v této fázi vhodné poskytnout pacientům některé terapeutické aktivity a tím je podpořit v udržení jejich dovedností. Aktivity by měly být pro pacienta vždy přínosné a smysluplné. V některých případech mohou být aktivity zaměřené jen na odpoutání pozornosti od nemoci a vlastních problémů (hudba, procházka, společenská hra, vaření), někdy se využívá arteterapie nebo relaxační techniky či jiné postupy pro zmírnění symptomů a podporu léčby. V rámci institucionální péče může být využívána ergoterapie skupinová i

individuální, často se také využívají různé ergoterapeutické dílny (textilní, rukodělná, výtvarná, keramická atd.), práce na zahradě nebo na farmě (Švestková, Svěčená, 2013).

Ergoterapie v komunitní péči

Cílem komunitních programů je pomoci nemocným co nejlépe fungovat a žít v běžném životě, tak aby byly uspokojeny jejich psychosociální i zdravotní potřeby. Cílem je podpora duševně nemocných zejména v pracovním prostředí, bydlení, sociálních interakcích a podpora vztahů s přáteli a rodinou (Švestková, Svěčená, 2013).

1.5.3 Ergoterapie u pacientů s poruchami příjmu potravy

Vzhledem ke komplexní povaze PPP je při léčbě potřeba komplexní spolupráce celého multidisciplinárního týmu. Nezbytná je schopnost týmu spolupracovat při hodnocení a plánování léčby (National eating disorders collaboration, 2021). Zatímco v zahraničí je ergoterapeut běžnou součástí týmu spolupracujícího při léčbě pacientů s PPP, v České republice ergoterapie u pacientů s PPP zatím není moc známá. To ve své bakalářské práci věnující se tématu ergoterapie u pacientů s PPP potvrzuje i Mičková (2010). V praktické části této práce se právě z tohoto důvodu zaměřuji na podrobnější zmapování současné praxe ergoterapie v léčbě PPP v psychiatrických nemocnicích.

1.5.3.1 Praxe z České republiky

V České republice o využití ergoterapie při léčbě PPP můžeme nalézt pouze málo odborné literatury. Papežová (2010) zmiňuje využití rehabilitace pro práci s poruchou vnímání vlastního těla, které tvoří podstatnou část psychopatologie PPP. Papežová (2010) se odkazuje na práci Křivohlavé (2003) a uvádí, že ergoterapie se v rámci léčby PPP dá využívat za účelem vycházek za nákupy jídla a osobních potřeb, také k pohybu ve společnosti, jako jsou návštěvy plováren nebo kulturních akcí. Ergoterapie může pomáhat s osvojováním společenského chování, a to především při stolování. Další aktivity podporují tvořivost, představivost, plánování, interakce, sebevyjádření a také zvyšují další sociální a jiné dovednosti.

Využívá se kondiční skupinová ergoterapie a ergoterapie individuální, přičemž při kondiční ergoterapii jsou zahrnuty kreativní techniky a trénink kognitivních a sociálních dovedností. Hlavním cílem ergoterapie je posílit motivaci pacienta ke změně návyků a řešení problémů. Také posílit a najít vlastní nadání, přednosti, zájmy, zlepšit sebepřijetí a podpořit schopnost vrátit se do zaměstnání, případně pokračovat ve studiu.

1.5.3.2 Praxe ze zahraničí

Studie zaměřené na ergoterapii v oblasti PPP

Američtí autoři Sørlie, Cowan, Chacksfield, Vaughan a Adler (2020) ve své studii uvádějí, že ergoterapie se v oblasti práce s lidmi s PPP bude nadále rozvíjet, protože ergoterapeuti mají nezastupitelnou úlohu v multidisciplinárním týmu. To potvrzují i tím, že lidé s PPP pociťují obtíže při činnostech jako je nakupování potravin, příprava jídla, vaření a stravování, onemocnění je pak omezuje v pracovním i sociálním životě. Zároveň upozorňují na to, že ergoterapie poskytuje nemocným péči holistickou a vytváří pro ně specializované intervenční plány, které se zabývají oblastmi, které jsou pro nemocného důležité a relevantní (Clayark a Nayar, 2012). Studie ukazují, že opětovné zapojení do smysluplných aktivit může jedince podpořit v zotavení a zvýšit jejich kvalitu života (Mitchison, Dawson, Hand, Mond, & Hay, 2016). Avšak upozorňují, že navzdory rostoucímu počtu ergoterapeutů věnujícím se PPP je stále nedostatek výzkumů týkajících se ergoterapeutických intervencí u této problematiky.

V roce 2005 proběhla studie, kde psychologové věnující se problematice PPP vyplňovali dotazníky týkající se informovanosti o tom, jaké služby mohou ergoterapeuti lidem s PPP poskytovat. Přes 50 % psychologů uvedlo, že sami používají podobné léčebné metody jako ergoterapeuti, a to relaxační techniky, nácvik vaření, trénink asertivity nebo zvládání sociálních dovedností (Kanea, Robinsona a Leichta, 2005).

Mitchell (2001) uvádí, že ergoterapeut mohou pracovat jak s pacienty hospitalizovanými na lůžkových odděleních nemocnic, tak s těmi, kteří se léčí jen ambulantně. Jako oblasti, kterým se ergoterapeut při své intervenci může věnovat, udává nakupování a přípravu jídla nebo nácvik sociálních dovedností.

Příklady intervencí a postupů ergoterapeuta u pacientů s PPP ze zahraničí

National eating disorders collaboration, Australská organizace zabývající se problematikou PPP, uvádí, že ergoterapeuti mohou využívat přístup zaměřený na klienta, a to v řadě intervencí založených na podpoře zotavení z poruch příjmu potravy v přirozeném prostředí člověka. Ergoterapeuté posuzují dopad PPP na každodenní život nemocné osoby. Rozvíjejí schopnosti člověka se zapojit do smysluplných a důležitých činností, jako je péče o sebe, škola, práce, volnočasové aktivity a sociální interakce. Ergoterapeuti také motivují osobu k zapojení do aktivit zaměřených na posílení důležitých životních dovedností a rolí (National eating disorders collaboration, 2021).

Maddie Mescher (2021), ergoterapeutka a členka National eating disorders collaboration se ve své magisterské práci věnovala této problematice a popsala efektivní a kvalifikované intervence, které ergoterapeut může poskytovat lidem s diagnózou PPP. Po ročním výzkumu bylo prokázáno, že ergoterapie je při léčbě PPP opravdu prospěšná. Určily se tři intervence s největším vlivem a rozdělily se do tří skupin:

- **Intervence založená na disonanci**

Jedná se o léčebný přístup, který se věnuje společenským normám a tématům jako je ideál krásy nebo ideální tělo. Intervence se snaží nemocným pomoci vytvářet reálný obraz lidského těla.

- **Intervence založená na všímavosti (mindfulness)**

Tento léčebný přístup se věnuje zdravým dovednostem, mezi které se zahrnuje například meditace, psaní deníku nebo vizualizace.

- **Psychoedukační intervence**

Tento léčebný přístup jedince a jeho blízké okolí vzdělává a informuje o nemoci, důsledcích, prognóze nemoci PPP a možnostech léčby a podpory zotavení.

V roce 1993 vytvořila Bridges hodnotící protokol, pro ergoterapeuty pracující s lidmi léčícími se s PPP. Protokol obsahuje sedm oblastí, které ergoterapeut hodnotí:

- **fyzický stav**
- **anamnéza školního, pracovního, rodinného a sociálního života, volnočasové aktivity**
- **sebepojetí**
- **obraz těla**
- **organizace času**
- **zájmy a aktivity**
- **rovnováha v aktivitách**

Bridges uvádí, že ergoterapeut může hodnocení provést pomocí rozhovoru. Dále také uvádí, že u lidí s PPP se dá využít hodnocení svalové síly nebo kreslení autoportrétů k popisu sebepojetí. Giles (1986) doporučuje při ergoterapeutickém vyšetření hodnotit jedince s PPP z hlediska funkčnosti při aktivitách denního života (ADL), a to jak při personálních ADL, při kterých zdůrazňuje zejména sebepéči a kvalitu spánku, tak při instrumentálních ADL, kde můžeme hodnotit schopnost péče o domácnost, přípravu a plánování jídla, finanční gramotnost

a nakupování. Upozorňuje také na možnost kognitivních deficitů u nemocných s PPP, které je potřeba vyšetřit dle potřeby specifickými testy a hodnocením.

Barris (1986) uvádí, že ergoterapeut může při své práci s lidmi s PPP využít model lidského zaměstnání (MOHO) a hodnocení, které z něj vychází, a díky tomu zprostředkovat holistický pohled na nemocného. Navrhuje u jedinců s PPP hodnotit volnočasovou a pracovní anamnézu, dotazník rolí, dotazník zájmů a profil životních postojů.

Tato hodnocení a dotazníky ve své praxi ergoterapeuti běžně používají a u lidí s PPP nám mohou pomoci poskytnout náhled na problémové oblasti těchto lidí, na které se pak jako ergoterapeuti můžeme zaměřit ve své intervenci a nemocným lépe pomoci.

Příklad ergoterapeutické praxe v práci s lidmi s PPP ze zahraničí

Na klinice Schoen Clinic Newbridge ve Velké Británii rozdělují oblast práce ergoterapeuta u pacientů s PPP do 3 skupin- **péče o sebe, produktivita a volnočasové aktivity**. Ergoterapeut pacienty podporuje v motivaci, nácviku dovedností a každodenních aktivitách v jejich domácím i společenském životě. Podporuje je také ve vyváženém životním stylu a v rovnováze mezi produktivitou a volnočasovými aktivitami. Na klinice probíhají volnočasové skupiny, na kterých je každému pacientovi dána příležitost se vrátit ke svým oblíbeným sportovním aktivitám, ale šetrným způsobem, při kterém se nemocný učí zvažovat poměr mezi nadměrným a zdravým cvičením. Aktivity se pravidelně mění a patří mezi ně například badminton, tenis, plavání nebo stolní tenis. Dále zde probíhají skupiny sociálního stravování, kde nemocní společně konzumují svačiny. Využívají se také výlety do přírody, návštěvy parků, kaváren, nákupních center nebo divadel. U starších jedinců jsou terapie zaměřené na návrat zpět do běžného života, a to jak pracovního nebo studijního. Trénují nácvik dovedností v oblasti přípravování a plánování jídla a vaření. U mladších ergoterapeut velmi úzce spolupracuje s rodinou a zjišťuje, jakou podporu je nemocnému rodina schopna poskytnout. Další skupina je tvůrčí umělecká, která dává jedinci příležitost k rozptýlení a slouží k rozvoji zájmů a koníčků. Terapeut zde může využít metody hodnocení v oblasti motivace, komunikace a interakce (Schoen Clinic Newbridge, 2021).

2. PRAKTICKÁ ČÁST

Poruchy příjmu potravy jsou jednou z nejzávažnějších psychických onemocnění, které ve svém důsledku ohrožuje nejen fyzické a psychické zdraví nemocného, ale také jeho pracovní a sociální život. PPP se týkají zejména mladých dívek a žen, ale nevyhýbají se ani starším ženám či mužům. Dalo by se říci, že mohou postihnout jakéhokoliv člověka v jakémkoliv věku. V dnešní době vidíme stále narůstající počet případů lidí potýkajících se s některou z forem PPP. Zároveň se stále snižuje věková hranice a s PPP se můžeme setkat u stále mladších jedinců. Přesto jsou lidé trpící PPP velmi často nepochopeni a stigmatizováni.

Je důležité si uvědomit, že porucha příjmu potravy není jen touha po dokonalosti a hubeném těle, ale je to závažná porucha, která má svou etiologii a která není pouze důsledkem vlastního rozhodnutí jedince.

Při léčbě PPP je potřeba odborný přístup, znalost tématu a především pochopení nemocného člověka v celém kontextu. Vzhledem ke komplexní povaze PPP by i léčba měla být komplexní a je při ní důležitá spolupráce celého multidisciplinárního týmu, a to nejen ve vztahu k nemocnému, ale i k jeho rodině a blízkým.

V České republice vnímám ergoterapii u pacientů s PPP zatím jako ne příliš známou a zmapovanou. I proto jsem se rozhodla ve své bakalářské práci věnovat tomuto tématu a zjistit, jaká je aktuální situace v České republice a jaké je uplatnění ergoterapeuta při léčbě lidí s PPP.

Vzhledem k tomu, že PPP narušuje prakticky všechny oblasti běžného života, mohla by ergoterapie svým zaměřením výrazně přispět a pomoci lidem v zotavení z nemoci. Právě ergoterapeut, který pomáhá lidem prožít plnohodnotný a naplněný život, může uplatnit své odborné zkušenosti a prostředky v léčbě pacientů s PPP a pomoci jim najít cestu a motivaci k obnovení smyslu a naplnění v životě.

Praktická část bakalářské práce je rozdělena do dvou kapitol. V první části se věnuji dotazníkovému šetření zaměřenému na současné využití ergoterapie u pacientů s PPP v České republice, které jsem zrealizovala v období 22. 11. – 3. 12. 2021. Ve druhé části uvádím popis konkrétních terapií vedených s pacienty s PPP v době hospitalizace s následným návrhem dalších možností ergoterapie pro pacienty s tímto onemocněním.

2.1 Dotazníkové šetření – Současné využití ergoterapie u pacientů s PPP

2.1.1 Cíle dotazníkového šetření

Hlavním cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaké je současné využití ergoterapie u pacientů s poruchami příjmu potravy v České republice. Zejména pak zmapovat, na jakých pracovištích ergoterapeut s pacienty s PPP pracuje na území ČR a jaké jsou odborné postupy ergoterapeutů v přímé práci s lidmi, kteří onemocněli PPP. Dotazníkové šetření bylo cílené jen na lůžková oddělení psychiatrických nemocnic. Proto mapuje oblast působení ergoterapeuta u lidí s PPP jen v době hospitalizace a docházení do stacionárních zařízení v rámci nemocnic. Pro toto zúžení jsem se rozhodla proto, že zmapovat oblast působení ergoterapeutů i v rámci jiných služeb pro lidi s touto problematikou, by bylo nad rámec mé bakalářské práce. Léčba PPP je více centrována do nemocnic, ve kterých ergoterapeuty najdeme, ale v komunitních službách pracuje ergoterapeutů minimum a bylo by tedy obtížné zmapovat všechny komunitní služby. Problematické v této oblasti je, že pacient je mnohdy v zařízení primárně s jinou diagnózou a PPP jsou diagnóza přidružená. Otázkou by pak bylo, jak odlišit, do jaké míry se ergoterapeut věnuje při intervenci u nemocného intervencím v souvislosti s PPP nebo zda nejsou terapie a léčba zaměřeny na diagnózu jinou. Mapování oblasti práce ergoterapeuta v komunitních zařízeních nebo různých organizacích pro podporu lidí s PPP však vnímám taktéž jako důležité.

2.1.2 Metodologie

Moji hlavní prioritou v dotazníkovém šetření bylo zjistit, jestli a v jakém rozsahu/četnosti pracuje ergoterapeut s lidmi s PPP v rámci péče v psychiatrických nemocnicích. Dále jsem zjišťovala, jak konkrétně ergoterapeut s lidmi s PPP pracuje, jaké má možnosti při vedení terapie a jaké metody a postupy při terapiích využívá.

Hlavní otázky, které jsem si v rámci tvorby dotazníkového šetření kladla, byly:

„Pracuje na daném pracovišti ergoterapeut s lidmi s PPP?“

„Jaké intervence ergoterapeut u pacientů s PPP používá v případě, že s nimi pracuje?“

Na základ těchto dvou výzkumných otázek jsem si stanovila dva okruhy otázek. První obecné a druhé specializované jen pro pracoviště, kde ergoterapeut pracuje s pacienty s PPP.

Dotazník byl proto rozdělen do dvou sekcí, přičemž první sekce byla určena pro získání základních informací o pracovišti a zastoupení ergoterapie v léčbě PPP. Zjišťovala následující informace:

- **název pracoviště**
- **aktuální počet ergoterapeutů pracujících v nemocnici**
- **jejich nejvyšší dosaženou kvalifikaci**
- **zda na daném pracovišti pracuje ergoterapeut s pacienty s PPP.**

Všechny otázky v první sekci byly uzavřené.

Pokud respondent odpověděl na poslední otázku, ano - ergoterapeut na našem pracovišti pracuje s pacienty s PPP, byl odkázán na další sekci.

Druhá sekce obsahovala otevřené otázky týkající se práce ergoterapeuta s pacienty s PPP. Cílem bylo zjistit, jaká je konkrétní praxe ergoterapie a jaké specifické postupy jsou v rámci ergoterapie u lidí s PPP v praxi používány.

Otázky se týkaly těchto oblastí:

- **uspořádání ergoterapie a výběr pacientů pro ergoterapie**
 - kritéria pro výběr pacientů s PPP pro účast na ergoterapii, omezení pro účast pacienta s PPP na ergoterapii
- **způsob práce a zaměření ergoterapie v PPP**
 - četnost ergoterapie u pacientů s PPP, forma ergoterapie (skupinová nebo individuální), délka terapeutické jednotky, kolik pacientů je na terapii, a zda jsou na terapii jen pacienti s PPP nebo je vedena i pro pacienty s jinými diagnózami, a čemu se ergoterapie u pacientů s PPP věnuje
- **reflexe přínosu a možností ergoterapie z pohledu pracovníků**
 - v rámci těchto otázek měli ergoterapeuti uvést, jak u nich terapie u pacientů s PPP probíhá, v čem ji pro pacienty považují za přínosnou a jestli by chtěli svoji práci s lidmi s touto poruchou ještě nějak rozvíjet, případně jestli vidí nějaké další možnosti využití ergoterapie u pacientů s PPP.

Dotazník byl vytvořen v aplikaci Google Forms a je součástí přílohy 1.

Vzhledem k povaze dotazníku a jeho záměru bylo třeba vyplnit ve druhé části název pracoviště. Dotazovaní byli upozorněni, že: „Vzhledem k velmi úzkému zaměření práce a malému počtu

existujících pracovišť nelze informace z dotazníku plně anonymizovat. Cílem práce je zpřehlednit poskytované služby a popsat současnou praxi ergoterapie, anonymizace by tedy v tomto případě nebyla účelná. Informace budou zpracovány s maximální citlivostí do souhrnných výstupů.“

Dotazovaní měli i možnost jméno pracoviště neuvést.

Dále byl v případě jakýchkoliv dotazů v dotazníku uveden můj kontakt.

V bakalářské práci uvádím jen jména pracovišť, kde ergoterapeut s pacienty s PPP pracuje a byla vyplněna i druhá sekce dotazníku. Jména pracovišť, kde ergoterapeut s lidmi s PPP nepracuje, neuvádím.

Dotazník jsem rozeslala emailem do lůžkových psychiatrických nemocnic v České republice podle seznamu České psychiatrické společnosti (Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost, z.s.). Pokud byl v kontaktních informacích nemocnice uveden přímý kontakt na ergoterapeuta, zasílala jsem dotazník na tuto adresu. Pokud kontakt na ergoterapeuta nebyl, zaslala jsem žádost o vyplnění dotazníku jiným členy multidisciplinárního týmu, na které byl na webových stránkách dané nemocnice uveden kontakt.

V průběhu července 2021 jsem rozeslala celkem 29 dotazníků. S ohledem na nízkou návratnost jsem pak během ledna 2022 dotazník znovu zasílala do nemocnic, ze kterých jsem nedostala odpověď. Celkově jsem získala 11 odpovědí. Předpokládám, že jedním z důvodů, proč se mi dotazníků vrátilo tak málo, je, že problematice a léčbě PPP se v České republice věnují jen některá specializovaná lůžková zařízení, do kterých jsou nemocní primárně posíláni. Mezi tato specializovaná zařízení patří Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Psychiatrická klinika FN Motol a Psychiatrická nemocnice Brno. V jiných psychiatrických nemocnicích se přímo na problematiku PPP nespécializují a pacientů s touto diagnózou mohou mít tedy méně. Je třeba brát v úvahu i možný výskyt příznaků PPP přidružených k jinému duševnímu onemocnění, kdy se léčba může primárně zaměřovat na jinou diagnózu. To je také jedním z důvodů, proč mapování proběhlo ve všech psychiatrických nemocnicích. Zároveň jsou také pacienti s PPP často nejprve hospitalizováni ve spádové psychiatrické nemocnici svého kraje, a až poté jsou přesunuti do psychiatrické nemocnice, která se na léčbu PPP specializuje. Taktéž bývá častým problémem nedostatečná kapacita lůžek ve specializovaných nemocnicích pro léčbu PPP. Vznikají pak i několik měsíců dlouhé čekací listiny a nemocní proto bývají na začátku hospitalizováni v nemocnici jiné. Dalším důvodem také může být to, že ne ve všech psychiatrických nemocnicích pracují kvalifikovaní ergoterapeuti a dotazník zaměřující se na

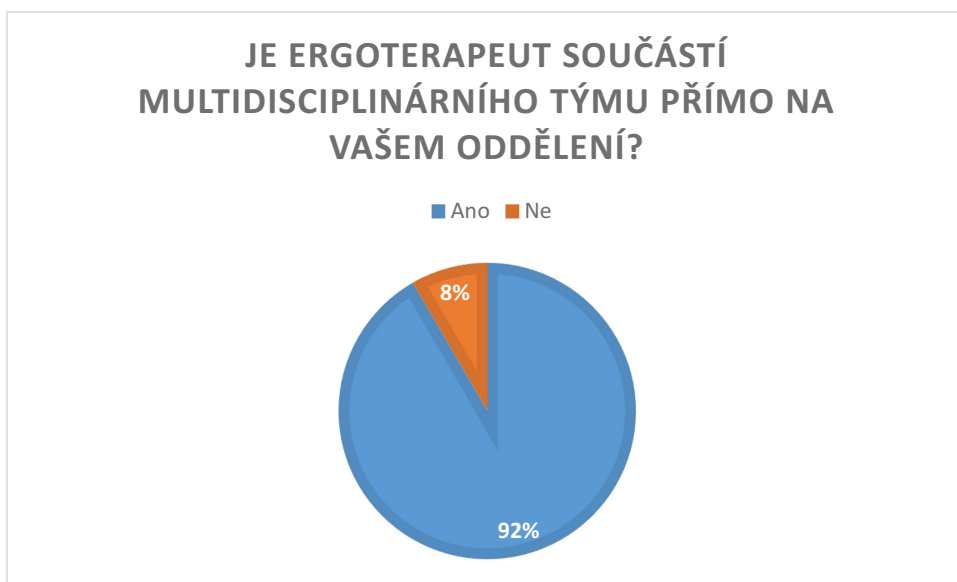
tuto profesi nemuseli pracovníci psychiatrické nemocnice považovat pro sebe za relevantní, i přes vysvětlení a možnost uvést v dotazníku tuto skutečnost.

2.1.3 Výsledky dotazníkové šetření

Obecné informace

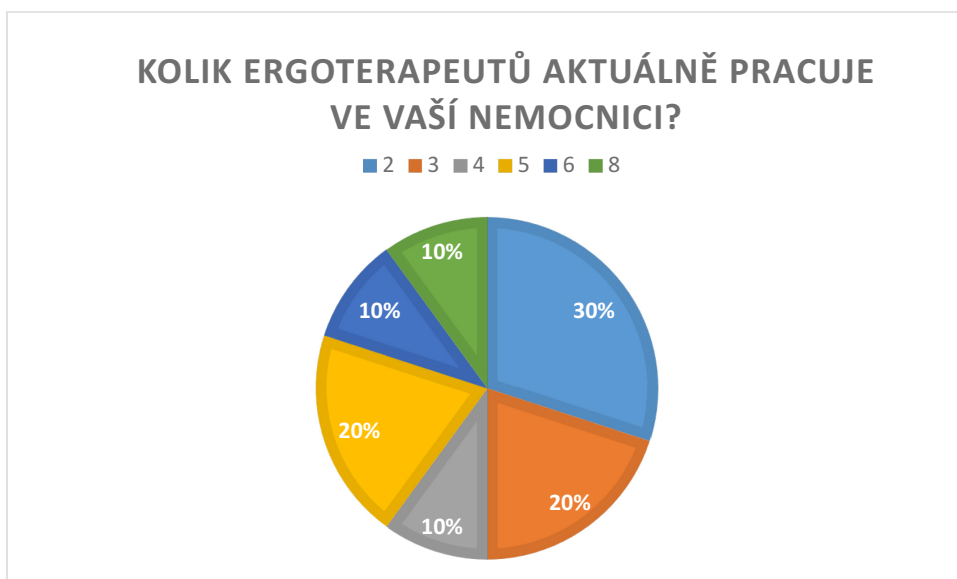
První otázkou dotazníku bylo, zda vůbec na pracovišti pracuje ergoterapeut. Z celkového počtu 11 odpovědí vyllynulo, že ergoterapeut pracuje na 10 (92 %) pracovištích a na jednom (8 %) pracovišti ergoterapeuta vůbec nemají. Výsledky jsou v Grafu 1.

Graf 1: *Výsledky otázky 1*



Zdroj: vlastní

Graf 2: *Výsledky otázky 2*



Zdroj: vlastní

Druhá otázka se týkala počtu ergoterapeutů pracujících v zařízení. Nejčastější odpovědí bylo, že dva (30 %), takto odpověděla tři pracoviště. Po dvou pracovištích mělo tři (20 %) a pět (20 %) ergoterapeutů. Na zbylých to pak bylo osm (10 %), šest (10 %) a čtyři (10 %) ergoterapeuti. Jeden z respondentů na tuto otázku neodpověděl. Výsledky zachycuje Graf 2.

Třetí otázka se zaměřovala na kvalifikaci ergoterapeutů. Z hlediska nejvyššího dosaženého stupně vzdělání ergoterapeutů bylo nejčastější odpovědí „absolvent akreditovaného bakalářského oboru pro přípravu ergoterapeutů“ (53 %), dále pak „absolvent magisterského studijního oboru ergoterapie“ (20 %). Mezi další odpovědi patřilo, „absolvent tříletého studia oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšší zdravotnické škole“, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005 (7 %), „absolvent střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut“, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999 (7 %), „absolvent pomaturitního specializačního studia léčba prací“, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004 (6 %). V možnosti „jiné“ uvedl jeden z dotázaných „absolvent SUPŠ s dvouletým psychoterapeutickým výcvikem“ (7 %). Výsledky ukazuje Graf 3.

Graf 3: Výsledky otázky 3

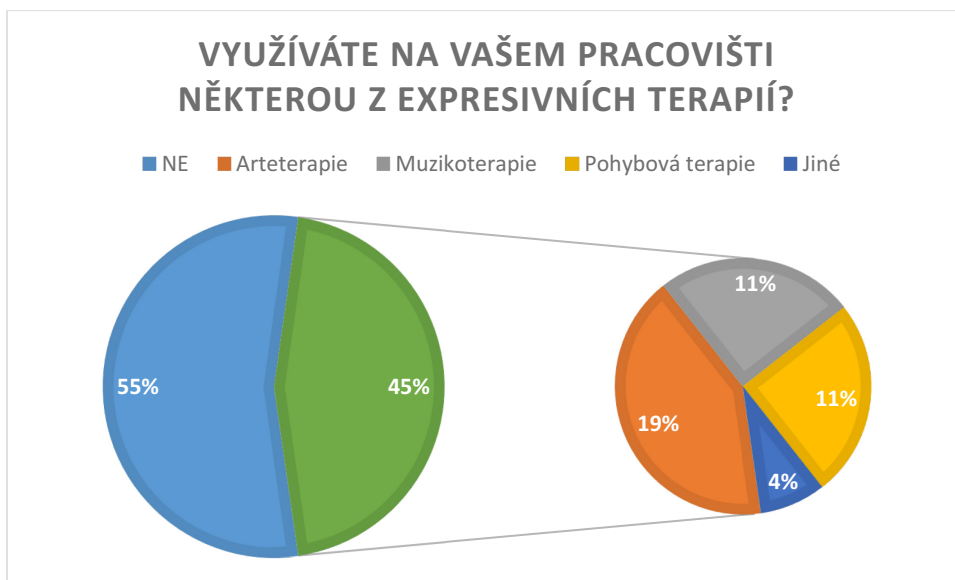


Zdroj: vlastní

Čtvrtou otázkou z obecné části dotazníku bylo, zda na pracovišti využívají některou z expresivních terapií (arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii, taneční nebo pohybovou, případně některou jinou). U této otázky bylo možné zaškrtnout více možností. Z 11 pracovišť, která odpověděla na dotazník, se některá z terapií využívá v pěti psychiatrických nemocnicích a v šesti psychiatrických nemocnicích expresivní terapie vůbec neposkytují.

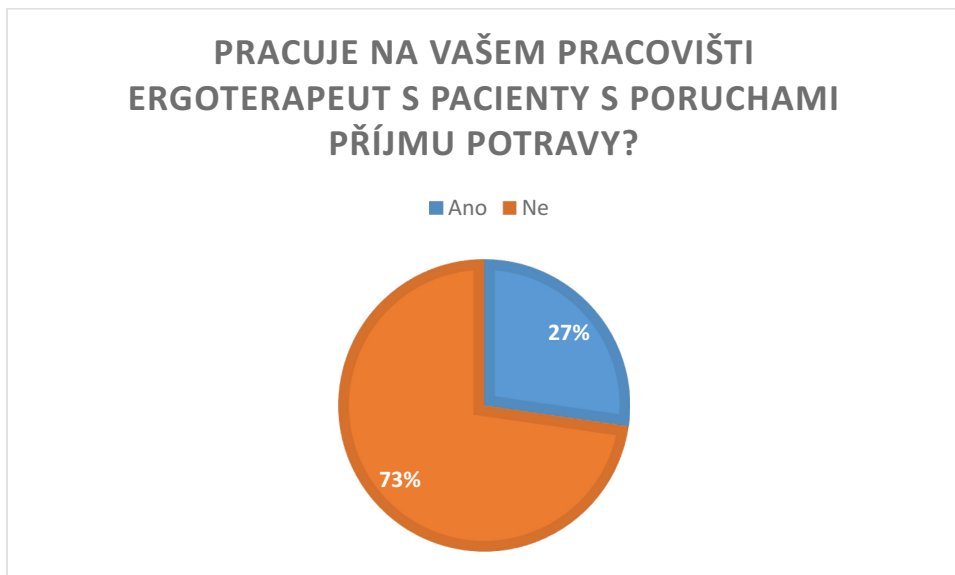
Největší zastoupení pak měla arteterapie, která se využívá na každém z pěti pracovišť, dále ji pak doplňuje muzikoterapie, která se využívá na třech pracovištích a pak taneční a pohybová terapie, která je také na třech pracovištích. Mezi odpovědi „jiné“ uvedl jeden z respondentů keramiku a Tiffany. Zastoupení odpovědi je v Grafu 4.

Graf 4: Výsledky otázky 4



Zdroj: vlastní

Graf 5: Výsledky otázky 5



Zdroj: vlastní

Poslední, pátou otázkou z obecné části dotazníku bylo, zda na pracovišti pracuje ergoterapeut s pacienty s PPP. Na tuto otázku odpověděla tři (27 %) z 11 pracovišť že ano, tyto respondenti byli odkázáni na další sekci dotazníku. Na zbylých osmi (73 %) pracovištích

ergoterapeut s pacienty s PPP nepracuje, tudíž byl pro ně dotazník ukončen a odeslán. Výsledky jsou v Grafu 5.

Ergoterapie u pacientů s PPP

Tato část dotazníku byla určena jen pro pracoviště, kde ergoterapeut pracuje s pacienty s PPP. Respondenti zde uváděli název zařízení, kde působí. Mezi pracoviště, kde ergoterapeut pracuje s pacienty s PPP, patří následující tři:

- Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN – oddělení pro dospělé
- Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod – dětské oddělení
- FN Brno Bohunice – dětské i dospělé oddělení

Otázky v této části byly otevřené a byly zaměřené na práci a využití ergoterapie u pacientů s PPP. Jejich hlavním účelem bylo zjistit, jaká je současná praxe, jaké intervence ergoterapeut využívají u pacientů s PPP v České republice a také to, jak samotní ergoterapeuti práci s lidmi s PPP vnímají.

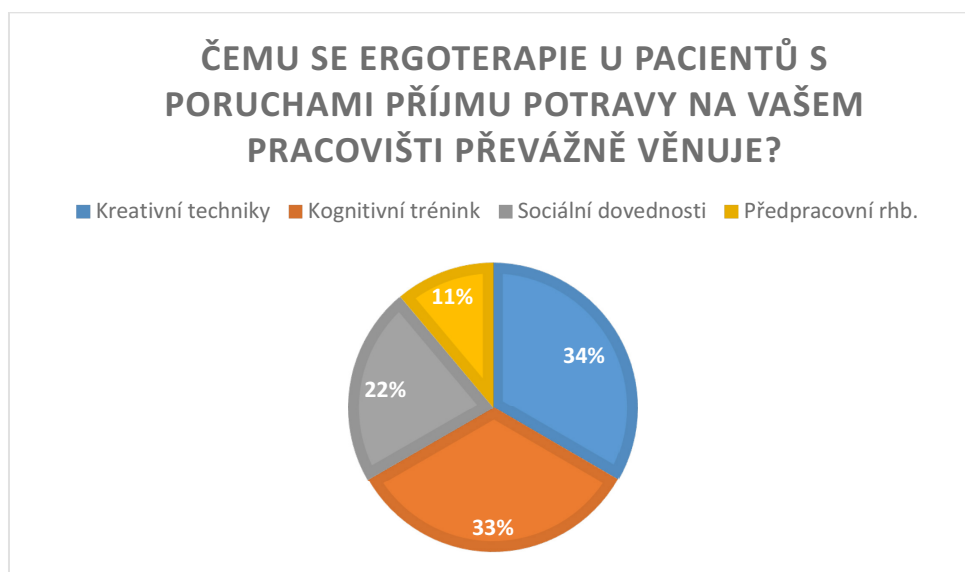
- První otázkou bylo, zda existuje na pracovišti nějaké kritérium pro to, aby pacient mohl chodit na ergoterapii. Všechna pracoviště odpověděla, že pracují se všemi pacienty z oddělení, kterým je indikována ergoterapie od lékaře.
Kontraindikací pro ergoterapii je podle odpovědí ergoterapeutů nízké BMI, hospitalizace na oddělení JIP, kde je pacient kvůli akutní podvýživě a bývá napojen na umělou výživu. Dále pak aktuální indispozice jako například nauzea.
- Na otázku, jak často ergoterapie u pacientů s PPP probíhá, odpověděla dvě ze tří pracovišť, že každý všední den. Na jednom z pracovišť pak probíhá třikrát týdně.
- Délka terapií je na dvou pracovištích 60 minut, na jednom z pracovišť probíhá ergoterapie 1,5 – 3 hodiny.
- Na všech pracovištích probíhají ergoterapie skupinově. Počet pacientů se na dvou pracovištích pohybuje okolo 1 – 6, na jednom z pracovišť potom okolo 5 – 15.
- Na všech pracovištích je ergoterapie poskytována pro skupinu pacientů s různými poruchami, které se účastní i pacienti s PPP. Na jednom z pracovišť je potom ergoterapie poskytována několikrát týdně cíleně jen pro skupinu pacientů s PPP a několikrát týdně jsou pacienti na ergoterapii spolu s pacienty s jinými diagnózami.

- Další otázkou v dotazníkovém šetření bylo, čemu se ergoterapie u pacientů s PPP na pracovišti věnuje. Respondenti měli možnost si vybrat z odpovědí nebo případně vyplnit odpověď vlastní. Možné odpovědi byly:

- *kreativní a rukodělné techniky (keramika, vyrábění z papíru, kreslení, ...)*
- *trénink kognitivních funkcí*
- *nacvičování sociálních dovedností (komunikace, interakce a spolupráce ve skupině,...)*
- *práce s tělem (pohybové aktivity, neverbální cvičení,...)*
- *učit se pracovat se stresem (zásady správné životosprávy, time management)*
- *nacvičování všedních denních činností (péče o sebe, nakupování,...)*
- *předpracovní rehabilitace a příprava na práci*

Všechna tři (100 %) pracoviště uvedla, že ergoterapie u pacientů s PPP probíhá formou kreativních technik. Taktéž všechna tři (100 %) pracoviště uvedla, že se ergoterapie na jejich pracovišti zaměřuje na trénink kognitivních funkcí. Dvě pracoviště (75 %) uvedla, že součástí ergoterapie je nácvik sociálních dovedností. Jedno pracoviště (25 %) uvedlo, že se ergoterapie u pacientů s PPP zaměřuje na předpracovní rehabilitaci a přípravu na práci. Níže v grafu 6 ukazují podíl zastoupení zaměření ergoterapie u pacientů s PPP. Z grafu vyplývá, že největší část zastupují kreativní a rukodělné techniky (34 %) a trénink kognitivních funkcí (33 %). Dále pak nácvik sociálních dovedností jako je komunikace, interakce a spolupráce ve skupině (22 %) a předpracovní rehabilitace a příprava na práci (11 %).

Graf 6: výsledky otázky 14



Zdroj: vlastní

- Další otázkou bylo, jak probíhá typická ergoterapie u pacientů s PPP. Na tuto otázku odpověděli respondenti následovně:

První pracoviště:

„Ze začátku pobytu jim práci zadávám já, postupem času iniciativa výběru přechází na pacienty. Je dobré, když se pohlídá, aby dítě nemanipulovalo, aby to byl pro dítě příjemně strávený čas.“

Druhé pracoviště:

„Za mě to byl nácvik kognitivních funkcí; osobně jsem se zaměřoval na rozvoj všeobecných znalostí nejčastěji.“

Třetí pracoviště:

„tvůrčí terapie, vaření, arteterapie“

- Na otázku, v čem považují ergoterapii u pacientů s PPP za přínosnou, odpověděli terapeuté takto:

První pracoviště:

„Přestanou na chvíli myslet na své ppp, objeví, že něco umí a vynikají v tom.“

Druhé pracoviště:

„Je třeba odvést myšlenky jinam, většina pacientů je u nás hospitalizována i několik týdnů či měsíců, aby pacienti stále nepočítali přijatou stravu, neřešili jen pohled do zrcadla.“

Třetí pracoviště:

„Prožitek, vnímání těla, zažívání úspěchu, uvolnění i formou tvořivých aktivit, nelpění na detailech, dokonalosti, podpořit sebepoznání.“

Respondent z jednoho z pracovišť, na kterém ergoterapeut s pacienty s PPP nepracuje, do dotazníku uvedl, že: *„Byla by přínosná, ale není dostatek kapacit, lékaři nevidí ergoterapii jako prioritu, považují za důležitou multidisciplinární spolupráci (psycholog a výživový poradce...) ale tento model u nás není nyní funkční.“*

- Předposlední otázkou dotazníku bylo, jak by ergoterapeuti chtěli dále rozvíjet ergoterapii v práci s lidmi s PPP. Respondenti odpověděli takto:

První pracoviště:

„Neplánuji se zaměřovat pouze na ppp, v pracovní terapii děti dle diagnóz nedělíme.“

Druhé pracoviště:

„Možno i zde více individualizovat přístup.“

Třetí pracoviště:

„Více pohybově, vnímání vlastního těla a prožitek.“

- Poslední otázkou dotazníkového šetření bylo, jaké ergoterapeuti vidí další možnosti využití ergoterapie u pacientů s PPP v akutní a následné péči. Odpovědi zněly takto:

První pracoviště:

„V rámci následné péče - návrat do kroužků, které právě pro svoji nemoc opustili.“

Druhé pracoviště:

Respondent odpověď neuvedl.

Třetí pracoviště:

„Terapie zaměřené na smysly a vnímání svého těla.“

2.1.4 Shrnutí výsledků dotazníku

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že ergoterapeuti pracují ve většině (92 %) dotázaných psychiatrických nemocnic. Problematice a terapii s pacienty s PPP se však ergoterapeut věnuje jen zřídka (27 %). Je důležité brát v úvahu, že tato odpověď může být dána i tím, že se v daných nemocnicích PPP neléčí. Na pracovištích je počet ergoterapeutů různý, od dvou do osmi. Nejčastěji dosažené vzdělání je akreditovaný bakalářský obor ergoterapie (53 %), magisterský studijní obor ergoterapie pak absolvovalo 20 % ergoterapeutů z dotázaných psychiatrických nemocnic. Mezi další odpovědi patřilo: akreditovaný ergoterapeut z vyšší zdravotnické školy, střední zdravotnická škola a pomaturitní specializační studium léčba prací.

Více než polovina (55 %) pracovišť využívá některou z expresivních terapií. Nejčastěji pak arteterapii a muzikoterapii.

Ergoterapie u pacientů s PPP v době hospitalizace probíhají vždy skupinově, často jsou na terapiích pacienti s různými diagnózami, a ne jen s PPP. Terapie trvají od 60 minut do 3 hodin a na některých pracovištích se konají každý den. Skupinu tvoří od 1 do 15 pacientů.

Největší zastoupení v obsahu ergoterapií mají kreativní a rukodělné techniky (34 %) a trénink kognitivních funkcí (33 %). Dále pak nácvik sociálních dovedností v rámci komunikace, interakce a spolupráce v rámci práce ve skupině během terapií (22 %).

Za přínos ergoterapie pro pacienty s PPP terapeuti považují to, že se na chvíli odprostí od své nemoci, přestanou myslet na PPP a odvedou svoji pozornost jinam. Dále pak také to, že nemocní objeví něco, v čem vynikají a zažijí úspěch.

Dotázaní ergoterapeuti vidí další možnosti a potenciál využití ergoterapie u pacientů s PPP v tom, že by se dal více individualizovat přístup a zaměřit terapie na prožitek a vnímání vlastního těla. V následné péči pak uvádí, že by ergoterapie mohla podporovat nemocné v návratu zpět ke svým zálibám.

Z dotazníkového šetření tedy jasně vyplývá, že využití ergoterapie u pacientů s PPP v České republice opravdu není příliš známé a časté. Ergoterapie se u pacientů s PPP věnuje zejména kreativním a rukodělným technikám a tréninku kognitivních funkcí. Samotní ergoterapeuti pracující s pacienty s PPP by považovali za přínosné mít možnost více individualizovat přístup k pacientům, věnovat se prožitku a vnímání vlastního těla a podporovat pacienty zpět v návratu do běžného života.

2. 2 Ergoterapie u pacientů s PPP

Dílčím cílem mé bakalářské práce bylo vytvořit a vyzkoušet si prakticky s pacienty s PPP konkrétní terapeutické jednotky. Původním záměrem práce bylo navrhnout terapeutické jednotky dle dostupné zahraniční literatury věnující se využití ergoterapie u lidí s PPP v době hospitalizace. Navržené terapie jsem pak chtěla pilotně ověřit u pacientů s PPP během své praxe. S ohledem na podmínky poskytování ergoterapie v psychiatrické nemocnici, kde jsem byla na praxi, a omezení daná pandemií COVID -19, nebylo možné původní záměr naplnit a cíle praktické části byly upraveny.

Pro svoji praxi jsem hledala nemocnici, kde je lůžkové oddělení zaměřené na léčbu pacientů s PPP a zároveň u nich probíhá ergoterapie. Z vlastních zkušeností jsem věděla, že tyto podmínky splňuje Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Proto jsem oslovila vedoucí ergoterapeutku, zda k nim mohu na praxi a následně na klinice praxe absolvovala.

2. 2. 1 Cíle praktické části

Cíl v této praktické části mé bakalářské práce jsem musela změnit a přeformulovat vzhledem k zhoršené epidemiologické situaci COVID – 19 během mé praxe. Původním plánem bylo zaměřit se první dny praxe na pozorování, jak a na základě jakých východisek jsou vedeny

terapeutické jednotky ergoterapie na klinice u pacientů s PPP. Poté bylo záměrem připravit terapeutické jednotky, které by nabízely rozšíření nebo další možné postupy ergoterapie u lidí s PPP a tyto vyzkoušet během mé praxe přímo s pacienty. Bohužel byl díky epidemiologické situaci na pracovišti omezen pohyb rehabilitačních pracovníků v rámci zařízení, tudíž jsem s pacienty měla možnost vést jen dvě terapie. Tyto bylo navíc třeba realizovat v souladu se stávajícími způsoby vedení ergoterapie na pracovišti. V této části práce se proto zaměřuji na popis současné praxe ergoterapie u pacientů s PPP na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, zpracováním zkušeností z vedených terapií a na závěr uvádím návrhy dalších možností práce ergoterapeuta v rámci lůžkové péče s pacienty s PPP.

2. 2. 2 Popis pracoviště

Psychiatrickou kliniku 1. LF UK a VFN jsem si pro svoji praktickou část bakalářské práce zvolila proto, že je to jedno ze specializovaných pracovišť pro léčbu PPP v České republice.

Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze nabízí lidem s PPP v současné době tyto možnosti péče:

a) Lůžkové specializované oddělení pro léčbu PPP

Toto psychiatrické lůžkové otevřené oddělení slouží jak pro léčbu pacientů s PPP, tak pro léčbu jiných diagnóz, nejčastěji depresivních poruch.

Jedním z hlavních terapeutických prostředků je režimová léčba, kdy pacienti dodržují daný terapeutický, jídelní, pracovní a sociální program. Součástí léčby je pravidelné stolování (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře, druhá večeře), při kterém jsou pacienti pod dohledem sestry, aby bylo zajištěno, že pacienti sní celou porci přidělené stravy. Pacienti se jedenkrát týdně váží pod dohledem sestry a svoji hmotnost si zaznamenávají do tabulek. Při léčbě bývá na základě dohody s ošetřujícím lékařem stanovena cílová hmotnost, na které je pacient propuštěn domů nebo je mu doporučeno pokračování v léčbě ve stacionáři. Stanovení cílové hmotnosti nemusí být vždy podmínkou a někdy se čas propuštění upravuje podle potřeb samotného pacienta a pohledu lékaře. Výjimkou jsou život ohrožující stavy, kdy pacient nemůže být propuštěn domů a pokud na tom trvá, musí si podepsat reverz, čímž za sebe přebírá zodpovědnost a ukončuje léčbu, i když to ošetřující lékař nedoporučuje.

Další formou terapie je práce s osobním deníkem pacienta. Každý den si pacient zapisuje do deníku své pocity, prožitky, zvládání pobytu v nemocnici, komunikaci s ostatními pacienty atd.. Na oddělení se využívá terapeutického potenciálu tzv. komunity. Znamená to, že aktivity na oddělení probíhají ve skupině a je podporována soudržnost, vzájemná pomoc a učení se od sebe navzájem v rámci skupiny pacientů na oddělení.

Součástí terapeutického programu jsou specializované skupinové terapie, arteterapie, ergoterapie, plánování jídelníčku vedené sestrou, skupina zaměřená na stanovení cílů vedená sestrou a canisterapie. Pacienti vstupují do léčby dobrovolně a musí během ní dodržovat režim oddělení, jinak hrozí to, že bude léčba ukončena. Na oddělení jsou přijímáni pacienti od 18 let v kompenzovaném somatickém stavu. Léčba probíhá nejčastěji v délce 6 – 8 týdnů, u závažnějších stavů ovšem nejsou výjimkou i delší hospitalizace.

b) Denní stacionář pro pacienty s PPP

Denní stacionář nabízí komplexní psychoterapeutický program. Probíhá každý všední den od 7:30 do 16:00h. Pacienti si do stacionáře přinesou vlastní snídani a svačinu a oběd je zajištěn nemocnicí za poplatek. Pacienti jedí společně opět pod dozorem sestry. Odpolední svačina a večeře je už na samotném pacientovi. Program probíhá v některých případech společně s pacienty lůžkového oddělení a někdy mají pacienti ze stacionáře skupiny samostatně. Výhodou denního stacionáře je, že nemocný není úplně vytržen z běžného fungování a svého domácího prostředí. Kritériem pro přijetí do stacionáře je BMI alespoň 16, dobrovolnost, motivace k léčbě a kompenzovaný psychický stav.

c) Ambulantní péče

Ambulantní péči poskytují odborníci z Centra pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy. Jedná se především o poradenství, psychoterapii a ambulantní psychiatrickou léčbu.

d) Kluby pro pacienty s PPP

Před pandemií COVID-19 probíhal tzv. klub pro pacienty s PPP každou druhou středu v měsíci. Byl veden psychologem a psychiatrickou sestrou. Sloužil jak pro pacienty z lůžkového oddělení, tak pro ty ze stacionáře a případně i ty, kteří již svou léčbu

ukončili. Nemocní si zde mohli předávat své zkušenosti, podpořit se v léčbě a zotavení a konzultovat své otázky, získat rady, informace a zkušenosti od ostatních.

e) Otevřená skupina pro následnou péči

Skupina je nedílnou součástí komplexní léčby PPP, která zohledňuje velkou rizikovost návratu patologického jídelního chování a starých návyků po návratu z léčby do domácího prostředí. Je vedena PhDr. Krchem a před epidemií probíhala dvakrát do měsíce. Určena je pro všechny pacienty, kteří si již prošli léčbou na oddělení.

f) Klub pro rodiče a příbuzné pacientů s PPP

Klub probíhal před pandemií Covid-19 jedenkrát za měsíc a sloužil pro rodiče a příbuzné pacientů s PPP, jejichž život je nemocí blízkého také ovlivněn. Pomáhal jim porozumět celé problematice PPP, umožňoval jim participovat na léčbě a zároveň i sdílet své zkušenosti nebo potíže s jinými a vzájemně se tak podpořit (Štěpánková a Ratajová, 2015).

2. 2. 3 Výběr pacientů

Kritériem pro výběr pacientů pro moji praktickou část bakalářské práce bylo onemocnění poruchou příjmu potravy a hospitalizace na lůžkovém oddělení psychiatrické nemocnice, případně docházení do stacionáře v rámci nemocnice. Pacienti zároveň museli být v kompenzovaném zdravotním stavu, a to z hlediska fyzického i psychického. Ergoterapie u pacienta musela být předepsána ošetřujícím lékařem.

2. 2. 4 Popis současné praxe a terapií na Psychiatrické klinice VFN a 1. LF UK

Průběh mé praxe na Psychiatrické klinice VFN a 1. LF UK byl ovlivněn pandemií COVID-19, takže byl počet terapií výrazně omezen. Z dotazníkového šetření poslaného na kliniku vyplynulo, že ergoterapie u pacientů s PPP probíhá každý všední den. Během mé praxe ergoterapie probíhala u pacientů z lůžkového oddělení třikrát týdně a u pacientů ze stacionáře dvakrát týdně. Terapie probíhají vždy skupinově a někdy i společně s pacienty s jinou diagnózou, nejčastěji spolu s pacienty, kteří trpí afektivní poruchou.

Na terapie obvykle dochází 8-15 pacientů. Počet pacientů často dopředu neví ani sám ergoterapeut. Skupina je tedy velmi početná a není stabilní, proto je potřeba vytvářet flexibilní program, který se může upravit aktuální situaci.

Ergoterapie se na klinice nejčastěji zaměřují na trénink kognitivních funkcí, během kterého pacienti vyplňují různé pracovní listy nebo pracují ve skupině. Dále pak na kreativní a rukodělné techniky, během kterých pacienti vyrábí nejčastěji výrobky podle aktuálního ročního období. Je zde také možnost vyrábět keramiku, šít, háčkovat nebo plést košíky. Pacienti také pracují s papírem a vytváří různé koláže. Výrobky si pak mohou odnést na oddělení nebo je věnují na jarmark, který se koná v rámci kliniky v zimě a na jaře.

Tyto terapie jsou flexibilní a dají se upravit počtu pacientů, kteří na terapii dorazí. U pacientů podporují nácvik sociálních dovedností v rámci spolupráce a komunikace ve skupině. Pomáhají pacientům opřít se od svého onemocnění a odreagovat se. Dále také podporují kreativitu a zručnost, umožňují pocit zažití úspěchu a radosti z hotového výrobku. Kognitivní tréninky pak podporují různé kognitivní funkce podle aktuálního zaměření terapie, což je vzhledem k častému narušení kognitivních funkcí vlivem PPP velmi důležité. Této problematice se více věnuji v teoretické části.

2. 2. 5 Popis realizovaných terapií

V této části uvádím popis dvou ergoterapeutických jednotek s pacienty s poruchou příjmu potravy, které jsem vedla na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN. Terapie, které jsem vedla, byly uzpůsobené běžné praxi v zařízení, proto byly zaměřeny na kreativní techniky a trénink kognitivních funkcí.

TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA – KREATIVNÍ TECHNIKY

1. Příprava terapeutické jednotky

Vzhledem k vánočnímu období a chystajícímu se jarmarku se na klinice během terapií vyráběly vánoční výrobky.

Cíle

Hlavním cílem terapie bylo vytvoření vánočních ozdob.

Činnost byla zaměřena na podporu kreativity a zručnost pacientů.

Zároveň terapie sloužila jako prostředek k odreagování, kdy pacienti mohli na nějaký čas myslet na něco jiného, než na své onemocnění, připomenout si činnosti, které jsou spojené s tradicemi v běžném životě. Aktivita u pacientů také podporovala komunikaci ve skupině.

Struktura

- vzájemné seznámení a představení
- sdělení toho, co budeme během terapie dělat

- ukázka již hotových „vzorových“ výrobků
- výběr varianty, kterou chce pacient dělat
- ukázka materiálů na výrobu
- proces výroby
- shrnutí a zpětná vazba

Prostředky

Barevné papíry a čtvrtky, nůžky, lepidla, bavlnka, korálky, tavná pistole, pravítka.

Evaluace

Činnost u pacientů podporovala kreativitu a zručnost. Podporovala také komunikaci ve skupině. Během činnosti měli pacienti možnost se odreagovat, uvolnit napětí, zaměřit svou pozornost na činnost a prožitek a zažít úspěch z vytvořeného výrobku.

2. Popis terapeutické jednotky

Délka terapeutické jednotky - 60 minut

PRŮBĚH TERAPIE:

Uvítání

Představení se pacientům.

Představení aktivity

Ukázka hotového výrobku pacientům. Ukázka možných variant (sob, sněhulák, Santa Claus)

Ukázka toho, jak se výrobek vyrábí – sekvence činností.

Realizace aktivity

Na terapii přichází 13 pacientů z oddělení pro poruchy příjmu potravy a afektivní poruchy.

Pacienti během aktivity sedí u stolu.

Aktivitu zvládli všichni pacienti bez větších obtíží. Někteří z pacientů potřebovali během terapie znovu ukázat některý krok z činnosti. Někteří se stále ujišťovali, zda mají výrobek hezký nebo dokonce říkali, že mají svůj výrobek „ošklivější“ než ostatní. V této situaci však skupina jedince vždy podpořila a řekla, že má výrobek hezký.

Někteří z pacientů zvládli během terapie vyrobit i více výrobků a jedna pacientka vytvořila svůj vlastní design výrobku.

Každý z pacientů na konci terapie zvládl udělat alespoň jeden výrobek.

Při terapii mezi sebou neinteragovali všichni pacienti, ale bavili se spíše v menších skupinkách.

Všichni pacienti se do terapie zapojili ochotně.

Ukázka výrobků:

Obrázek č. 1 *Ukázka výrobků*



Obrázek č. 2 *Ukázka výrobků*



Obrázek č. 3 *Ukázka výrobků*



Obrázek č. 4 *Ukázka výrobků*



Zdroj obrázků č. 1, 2, 3, 4: archiv autora

Reflexe

Terapie proběhla bez obtíží a všichni pacienti se zapojili.

Na konci terapie někteří pacienti hodnotili svůj výrobek jako ošklivý a porovnávali ho s ostatními. Také se ujišťovali, zda je jejich výrobek povedený. To může být odrazem problematiky PPP, jak zmiňuji výše v teoretické části.

Většina pacientů si na konci terapie odnesla výrobek na oddělení.

Všichni pacienti hodnotili terapii jako „dobrou“, u dvou pacientek se objevila reakce, že už jim vadí vánoční tematika, protože nemají rády Vánoce.

Závěr

Terapie proběhla bez obtíží, všichni pacienti spolupracovali a zapojili se do aktivity. Terapie pacientům přinesla možnost odreagování a uvolnění napětí. Pacienti si mohli vybrat různou obtížnost výrobku a bylo tedy možné aktivitu stupňovat. Během terapie byla důležitá práce s negativním sebehodnocením u některých pacientů, avšak skupina se vždy navzájem podpořila a nakonec všichni odcházeli spokojení se svým výrobkem.

TERAPEUTICKÁ JEDNOTKA – KOGNITIVNÍ FUNKCE

1. Příprava terapeutické jednotky

Terapie se nesla v tématu filmů, knížek a známých osobností.

Cíle

Terapeutická jednotka byla zaměřená na nácvik sociálních dovedností, zejména pak interakci a komunikaci ve skupině. Dále také na rozšíření všeobecných znalostí a zároveň na trénink pozornosti, schopnosti koncentrace na činnost, trénink krátkodobé paměti, představivost a neverbální expresi.

Struktura

- uvítání a představení se
- představení toho, co dnes budeme dělat a na co se terapie bude zaměřovat
- rozehrávací aktivita – pantomima filmových a pohádkových postav
- aktivita pro jednotlivce – poznávání filmů podle meme
- prezentace výsledků individuálního úkolu
- společné hledání řešení individuálního úkolu
- diskuze o oblíbených filmech, knihách a pohádkách
- závěrečná aktivita – popisování a poznávání známých filmových a pohádkových postav a známých osobností

- závěr a zhodnocení terapie

Prostředky

Papíry, tužky, papíry s meme úkolem, kartičky s postavami a názvy osobností.

Evaluace

Činnost u pacientů podporovala sociální interakci, komunikaci ve skupině a mluvení před skupinou lidí. Dále také všeobecné znalosti, pozornost, krátkodobou paměť a schopnost koncentrace.

2. popis terapeutické jednotky

Délka terapeutické jednotky - 60 minut

PRŮBĚH TERAPIE:

Uvítání

Představení se pacientům. Sdělení obsahu a zaměření dnešní terapie.

Realizace aktivity

Na terapii přichází 13 pacientů z oddělení pro poruchy příjmu potravy a afektivní poruchy.

Pacienti během aktivity sedí u stolu, s výjimkou dvou pacientek s PPP, které hned po zahájení jdou na toaletu.

Rozehřátí

Rozehřívací aktivitou byla pantomima, kdy si každý z pacientů nejprve vytáhl jednu kartičku s předmětem/činností, kterou pak předváděl ostatním, kteří hádali, co ukazuje. Ve druhém kole si pacienti tahali karty s pohádkovými a filmovými postavami, které pak také předváděli a ostatní hádali. Někteří z pacientů nechtěli předvádět, tak popisovali slovně a ostatní hádali.

Individuální práce

Individuální aktivitou bylo poznávání známých filmů podle meme obrázků. Každý pacient dostal svůj papír a nejprve každý pracovali odděleně. Když měl každý hotové, co věděl, tak se mohli pacienti mezi sebou začít radit a pomáhat si.

Pak jsme si říkali správné odpovědi a během toho jsme diskutovali o oblíbených filmech, knihách a hercích. Zapojili se všichni pacienti, někteří se však zapojovali a odpovídali až po dotázání.

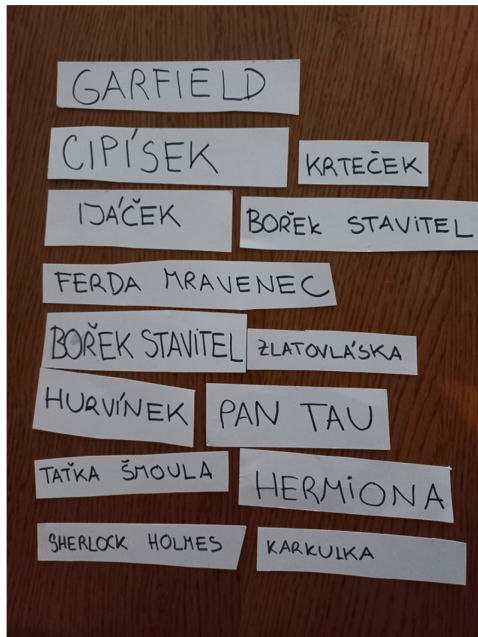
Závěrečná aktivita

Závěrečnou aktivitou byl popis a hádání známých osobností a filmových postav. Každý z pacientů si vytáhl kartu se jménem postavy, kterou si bez toho, aniž by se na ni podíval, postavil před sebe tak, aby na ni ostatní pacienti viděli. Pak pacient pokládal ostatním otázky, na které se dalo odpovědět jen ano nebo ne, a snažil se uhádnout, jakou má postavu. Postupně

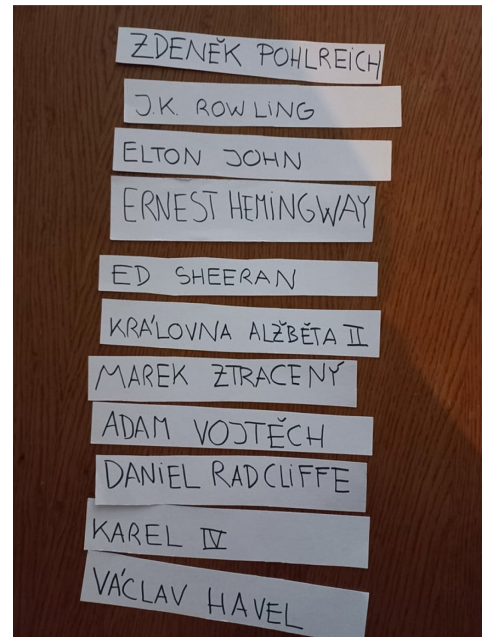
se vystřídali v hádání všichni pacienti. Jeden z pacientů měl problém s tím, že postavy a osobnosti neznal, tak mu pomáhala jiná pacientka.

Ukázka materiálů použitých při terapii:

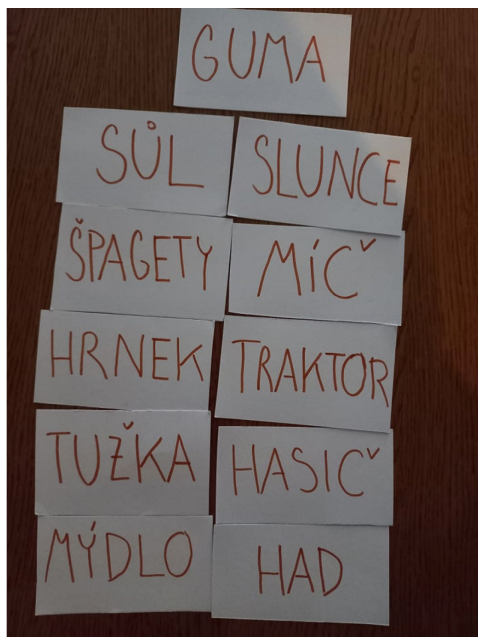
Obrázek č. 5 *Kartičky s filmovými a pohádkovými postavami*



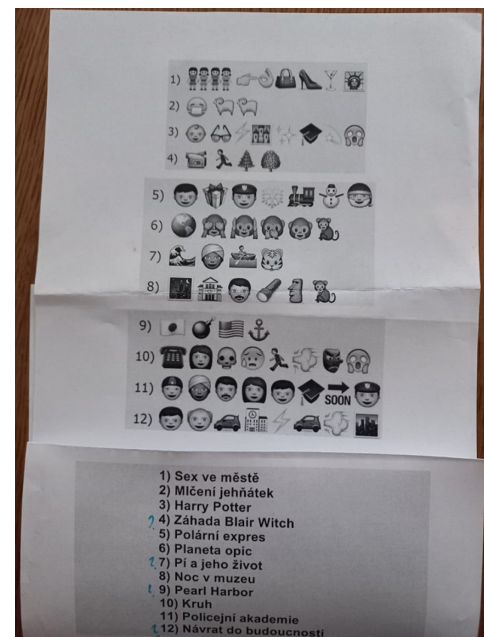
Obrázek č. 6 *Kartičky s osobnostmi*



Obrázek č. 7 *Kartičky na pantomimu*



Obrázek č. 8 *List na individuální práci*



Zdroj obrázků č. 5, 6, 7, 8: archiv autora

Reflexe

Do terapie se zapojili všichni pacienti.

Pacienti hodnotili terapii kladně a líbila se jim změna oproti jiným terapiím a to, že byla terapie „akční“ a že část terapie byla vedená formou hry. Dvě pacientky s PPP nepřišly na terapii dobře naladěné proto, že jim bylo těžko po obědě. Někteří z pacientů uváděli, že jim není příjemné předvádění pantomimy před ostatními, což mohlo být dáno například tím, že jsou neradi ve středu pozornosti, obavami z nedokonalosti či tím, že neradi vnímají sebe při hraní jiných rolí.

Závěr

Během terapie odcházela jedna pacientka s PPP na toaletu s podezřením na to, že na ní zvracela. Jinak terapie probíhala bez obtíží a zapojili se do ní všichni pacienti.

2.3 Návrh využití ergoterapie u pacientů s PPP

Z výsledků mého dotazníkového šetření a zkušeností z praxe na psychiatrické klinice s pacienty s PPP se potvrzuje, že ergoterapie u pacientů s PPP v České republice zatím není příliš známá a o jejím využití u této problematiky je jen malé povědomí. Pokud ergoterapeut s pacienty s PPP pracuje, věnuje se při terapiích zejména kreativním technikám a kognitivnímu tréninku. Přínos a využití těchto technik zmiňuji výše.

Domnívám se, že využití ergoterapie u pacientů s PPP by mohlo být větší a ergoterapeut by mohl nemocným pomáhat ve více oblastech, které onemocnění ovlivňuje. Na základě rešerše odborné literatury jsem se rozhodla představit možné postupy intervence ergoterapeutů u pacientů s PPP. Hlavním zdrojem a inspirací pro mne byl již vytvořený manuál „Poruchy příjmu potravy: průvodce pro ergoterapeuty“, který vznikl na univerzitě v USA v Severní Dakotě a jehož autorkou je Randi Horner (2006).

V manuálu rozděluje intervenci ergoterapie u pacientů s PPP takto:

- **Vstupní vyšetření**

- Vstupní vyšetření by mělo být provedeno pracovníky z různých oborů. Účelem vstupního vyšetření je shromáždit informace o nemocném, které jsou pak důležité pro samotné naplánování a cíle léčby. Dále také pomáhá rozvíjet vztah s pacientem. Vstupní vyšetření se doporučuje formou rozhovoru, kde je důležitý aktuální zdravotní stav nemocného, anamnéza, psychiatrická anamnéza, nutriční stav, sociální anamnéza a anamnéza PPP. Ergoterapeut dále hodnotí zapojení nemocného do personálních aktivit

denního života (pADL) i instrumentálních aktivit denního života (iADL), vzdělávání, práce, volnočasových aktivit a sociálního života.

- **Hodnocení funkčního potenciálu**

- V rámci hodnocení se ergoterapeut může zaměřit na (hodnocení) pracovní výkonnosti, která je hodnocena podle Modelu MOHO na základě aspektů/v rámci subsystémů vůle, návyků, výkonu a prostředí.
- Vyšetření může být provedeno například pomocí:
- Occupational Self Assessment (OSA) – Sebehodnocení výkonu zaměstnávání
- Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) – Hodnocení komunikačních a interakčních dovedností
- The Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) – Screeningové hodnocení výkonu zaměstnávání dle MOHO
- Role Checklist – Dotazník rolí

- **Plánování léčby**

Podle MOHO můžeme plánování léčby rozdělit následovně:

vůle, zvyklosti, výkon, prostředí.

Tabulka č. 1: *Plánování léčby podle MOHO*

MOHO komponent	Problémové oblasti	Cíle léčby
Vůle		
<ul style="list-style-type: none"> • Osobní příčiny 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zkreslený pohled na sebe a své schopnosti ○ Zkreslený obraz svého těla ○ Chybějící motivace k uzdravení ○ Perfekcionismus nebo silný pocit a potřeba kontroly ○ Problém s prioritou v aktivitách během dne 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Najít strategie pro zlepšení sebevědomí ○ Najít a přerušit negativní sebehodnocení ○ Najít způsoby, jak mít pozitivní vztah ke svému tělu ○ Najít způsoby, jak motivovat sám sebe do léčby ○ Najít důsledky PPP na sobě samém

<ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nedostatek rovnováhy mezi prací, péčí o sebe a volným časem ○ Hodnoty zdůrazňující dietu a váhu 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rozvíjet náhled na to, co je důležité a smysluplné
<ul style="list-style-type: none"> • Zájmy 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Omezené zájmy 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Najít zájmy pro volný čas
Zvyklosti		
<ul style="list-style-type: none"> • Role 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Obtížně identifikovatelné vhodné role ○ Zhoršené fungování v roli 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hledání dopadu PPP na sebe a své okolí ○ Identifikovat očekávání od sebe a od okolí
<ul style="list-style-type: none"> • Zvyky 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kompenzační strategie související s poruchou příjmu potravy ○ Nevhodné nebo nezdravé strategie zvládnání ○ Impulzivní chování (převážně u mentální bulimie) ○ Striktní rutiny ○ Přehnaný čas strávený péčí o sebe ○ Nedostatek rovnováhy mezi prací, péčí o sebe a volnočasovými aktivitami 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Najít a praktikovat správné mechanismy zvládnání ○ Najít a přerušit závislost na PPP ○ Naplánování a příprava jídla s dostatečnou nutriční hodnotou ○ Objednat a sníst jídlo venku mezi lidmi (restaurace,...) ○ Zvýšit povědomí o tom, jak jsou denní rutiny ovlivněny PPP ○ Najít správný balanc mezi prací, péčí o sebe a volnočasovými aktivitami
Výkon		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Obtížné prosazování svých přání a toho, co chce po ostatních ○ Špatné vyjadřování emocí 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trénink asertivních komunikačních dovedností ○ Práce s emocemi a jejich používáním v komunikaci ○ Hledání a praktikování strategií zvládnání

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Snížená schopnost provádět aktivity denního života (ADL) ○ Zhoršené paměťové schopnosti a schopnost se soustředit 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Udržení nebo zlepšení kognitivních funkcí, zvláště se zaměřením pro výkon zaměstnávání
Prostředí		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Užívání návykových látek ○ Historie fyzického, psychologického nebo sexuálního týrání/násilí ○ Společenský tlak související s krásou a váhou ○ Nefunkční rodina/ domácí prostředí ○ Malá/žádná podpora ze strany blízkých a okolí 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Najít a praktikovat správné zvládnání situací ○ Najít komunitu pro podporu ○ Zvyšovat povědomí o tom, jak PPP ovlivňují vztahy ○ Návčik asertivní komunikace ○ Najít dovednosti, díky kterým bude smysluplné rozvíjet vztahy s ostatními

(Horner, 2006)

2. 3. 1 Návrhy konkrétních aktivit

Návrhy konkrétních aktivit vycházejí opět z modelu lidského zaměstnání MOHO a jsou inspirované manuálem „Poruchy příjmu potravy: průvodce pro ergoterapeuty“ od autorky Randi Horner (2006).

Aktivity jsou rozděleny podle oblastí:

- Vůle
- Zvyklosti
- Výkon
- Prostředí

Ke každé z oblastí jsem navrhla jednu aktivitu, která se na danou oblast zaměřuje.

Jednotlivé aktivity je potřeba přizpůsobit potřebám pacientů, možnostem pracoviště a aktuální situaci.

VŮLE

„Čeho si sobě cením“

CÍLE:

- aktivita podporuje hledání svých silných stránek a pozitivního vnímání sebe samého
- aktivita podporuje kreativní činnost

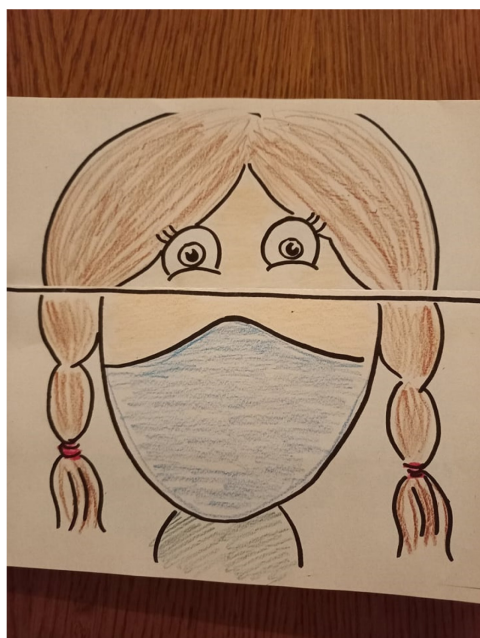
MATERIÁL:

-papíry, pastelky, fixy, pravítka, předloha

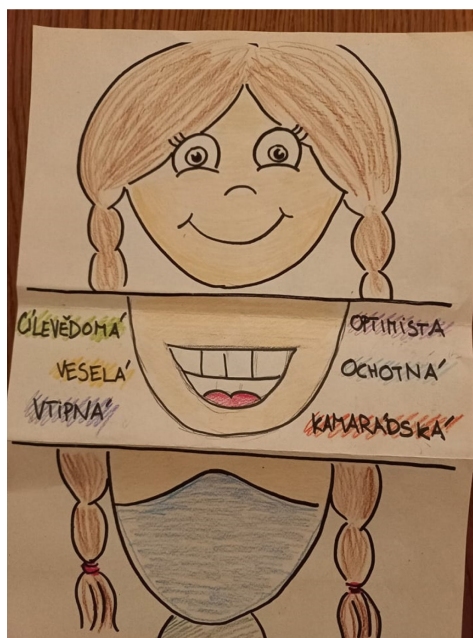
PRŮBĚH:

- pacienti mají za úkol nakreslit obličej, který bude mít skrytý úsměv pod maskou/respirátorem/šátkem
- do volného prostoru úsměvu mají pacienti napsat své silné stránky/čeho si na sobě cení
- pacienti si mohou říkat navzájem, čeho si na sobě cení
- na konci terapie proběhne diskuze, jak se komu pracovalo, případně sdílení svého obrázku

Obrázek č. 9 *Návrh aktivit*



Obrázek č. 10 *Návrh aktivit*



Zdroj obrázků 9, 10: archiv autora

Inspirováno z: Maskeni Tasarla – Kalip (2020)

ZVYKLOSTI

„Společná příprava jídla a stolování“

CÍLE:

- naplánování a příprava nutričně vyváženého jídla
- stolování

MATERIÁL:

- kuchyň, kuchyňské náčiní, jídelní stůl
- potraviny na předem dohodnutý pokrm

PRŮBĚH:

- pacienti se předem dohodnou, jaký pokrm si připraví
- nákup obstará podle dohody buď terapeut, nebo pacienti s vycházkami (propustkou)
- pacienti společně připraví pokrm, který si sami naservírují
- pacienti budou společně stolovat u jídelního stolu
- reflexe aktivity se zaměří na zvyky spojené s jídlem, emoce a myšlenkové vzorce spojené s jednotlivými kroky během aktivity a pojmenuje se, jaké nové zvyky a rutinu spojenou s jídlem vytváří.
- aktivitu je možné doplnit o pracovní listy, kam si pacienti zapíší postup přípravy jídla a uvědomění, která během aktivity získali.

VÝKON

„Mé potřeby“

CÍLE:

- aktivita podporuje schopnost naslouchat svým potřebám i potřebám jiných lidí

MATERIÁL:

- papírové kartičky, tužky

PRŮBĚH:

- na začátku si pacienti napíší na kartičky jednotlivé potřeby (fyziologické potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, společenské potřeby, potřeba uznání, potřeba ocenění, potřeba seberealizace)
- poté je vybrán jeden z pacientů, který vypráví situaci, která se mu někdy stala a nějakým způsobem ho zasáhla (pozitivně i negativně)
- pacienti vyberou kartičky s potřebami, které si myslí, že vyprávějící pacient v tu chvíli měl a které potřeboval naplnit
- diskuze

Inspirováno z: Kessels, Boers, Mostert (2009)

PROSTŘEDÍ

„Věž otázek“

CÍLE:

- komunikace a rozvíjení vztahů ve skupině
- přijímání reakce od ostatních
- cíle se odvíjí od formulace a zaměření otázek

MATERIÁL:

- věž Jenga, papír, tužka, lepicí štítky

Obrázek č. 11 *Věž Jenga*



Zdroj obrázku č. 11: zažeň nudu (2022)

PRŮBĚH

- každému bloku/dílku věže Jenga náleží jedna otázka (buď je napsaná přímo na dílku, nebo označena číslem)
- postaví se věž se všemi dílky
- pacienti se snaží vytáhnout blok z věže bez toho, aby spadla
- když dílek vytáhnou, odpoví na otázku
- pokud věž někomu spadne, dostane „trestný úkol“

ÚKOLY a OTÁZKY:

Jednotlivé úkoly a otázky může připravit sám terapeut podle svého uvážení nebo může úkoly a otázky na začátku hry vymyslet společně pacienti.

Příklady otázek:

Můj oblíbený sport je...

Moje oblíbená knížka je...

Rád bych navštívil...

Nejradši na sobě mám...

Příklady úkolů:

Hráč bude hrát další kolo levou rukou.

Hráč musí mít další kolo zavřené oči.

Inspirováno z: PsyCat Games (2022)

3. DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo ukázat, jaké jsou možnosti využití ergoterapie u pacientů s PPP. Pro splnění tohoto cíle jsem v rámci své bakalářské práce využila studium české i zahraniční literatury, dotazníkové šetření, praxi na psychiatrické klinice a mé osobní zkušenosti.

Problematika PPP je v poslední době stále častěji diskutovaným tématem a bohužel se s lidmi s tímto onemocněním setkáváme více i v praxi (National eating disorder association, 2021). Největší nárůst se pak objevuje zejména u mladistvých (Ústav zdravotních informací a statistiky České republiky, 2018). PPP bývají častěji vidět u dospívajících dívek a žen, ale nevyhýbají se ani mužům (Papežová, 2010). PPP se řadí mezi jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění, dají se definovat patologickým jídelním chováním spojeným s vážnými důsledky na psychickém i fyzickém zdraví nemocného (Krch, 2007). Důsledky PPP se promítají také do sociálního a pracovního života nemocného (Krch a Švédová, 2013).

Léčba PPP je velmi složitá a často i dlouhá. Vzhledem ke komplexní povaze PPP je při léčbě důležitá spolupráce celého multidisciplinárního týmu (Slezáková, Ševčíková, 2021). Bohužel však neexistuje jednotný postup pro léčbu PPP, a proto je potřeba, aby byl přístup velice individuální. Při léčbě hraje velkou roli rozhodnutí a motivace nemocného pro to se vyléčit (Havlíková, 2016).

Ergoterapie je důležitou součástí v oblasti péče o duševní zdraví (American Occupational Therapy Association, 2016). Lidé s duševním onemocněním mohou být nemocí ovlivněni v různých oblastech aktivit denního života. Právě proto má ergoterapie, která se snaží svou intervencí začlenit jedince zpět do běžného života a umožnit mu ho prožít co nejvíce smysluplně a plnohodnotně, v této oblasti nezastupitelnou roli (Česká asociace ergoterapeutů, 2008, s. 1).

Ergoterapie je v rámci léčby PPP zmiňována v mnoha zahraničních i několika českých zdrojích. Jako problematické však vnímám to, jak je využití ergoterapie u pacientů s PPP popsáno v literatuře, a jak se ergoterapie u pacientů s PPP využívá v praxi. I proto jsem se rozhodla udělat dotazníkové šetření zaměřené na současnou situaci využití ergoterapie u pacientů s PPP v České republice. Toto dotazníkové šetření bylo provedeno v lůžkových psychiatrických nemocnicích a potvrdilo mi, že využití ergoterapie u pacientů s PPP v ČR zatím opravdu není příliš známé. To ve své práci potvrzuje i Mičková (2010), která dodává také to, že by ergoterapie u pacientů s PPP mohla mít větší potenciál, než se zdá. Z mého dotazníkového šetření vyplynulo, že

ergoterapie v psychiatrických nemocnicích u pacientů s PPP probíhají vždy skupinově a terapie se věnují kreativním technikám, tréninku kognitivních funkcí a nácviku sociálních dovedností v rámci práce a komunikace ve skupině. Toto potvrzuje ve své práci i Mičková (2010), která píše, že jejími zjištěnými možnostmi ergoterapie je především pracovní terapie a arteterapie. Dále pak také zmiňuje využití relaxačních a dechových cvičení.

Pokud se však podíváme do českých zdrojů, možnosti využití ergoterapie jsou popsány mnohem rozsáhleji. Papežová (2010) zmiňuje využití ergoterapie u pacientů s PPP za účelem vycházek za nákupy jídla a osobních potřeb, k pohybu ve společnosti jako jsou návštěvy kaváren a kulturních akcí. Dále dle ní ergoterapie může také pomáhat při osvojování společenského chování, především pak stolování. Ergoterapie dle Papežové (2010) podporuje také tvořivost, představitivost, interakci i jiné sociální dovednosti. Jako hlavní cíl ergoterapie u pacientů s PPP pak zmiňuje posílení motivace ke změně návyků a řešení problémů. Pomáhá podle ní také nemocným najít své zájmy, nadání a může podpořit nemocného v návratu do běžného života.

V zahraniční literatuře američtí autoři Sørlie, Cowan, Chacksfield, Vaughan a Adler (2020) uvádí, že ergoterapie v práci s lidmi s PPP má velký potenciál, nezastupitelnou úlohu má v multidisciplinárním týmu a že se v této oblasti bude nadále rozvíjet. To podporuje i fakt, že nemocní s PPP mají problémy v oblastech ADL jako je vaření, nakupování a stravování a také v sociálním životě. Autoři upozorňují na velkou výhodu holistického pohledu, kterým ergoterapeuté na pacienta mohou nahlížet (Clayark a Nayar, 2012). Studie z roku 2016 ukázala, že opětovné zapojení do smysluplných aktivit podporuje jedince v zotavování a zvyšuje jeho kvalitu života (Mitchison, Dawson, Hand, Mond, & Hay, 2016).

Pro splnění cílů mé bakalářské práce bylo třeba absolvovat praxi v psychiatrické nemocnici, kde ergoterapeut pracuje s pacienty s PPP. Praxi jsem se rozhodla absolvovat na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN. Během mé praxe bohužel probíhala pandemie COVID-19, takže jsem neviděla žádné terapie vedené terapeuty pracujícími na klinice, ale řadu ergoterapií jsem na klinice absolvovala jako pacient a mám tedy osobní zkušenosti. Měla jsem však možnost vést dvě terapie, zaměřené na kognitivní trénink a kreativní techniky, kterým se ergoterapie u pacientů na klinice převážně věnuje.

Vzhledem k mým zkušenostem z praxe se domnívám, že by ergoterapeut mohl svoji intervenci u pacientů s PPP rozšířit. Ergoterapeuti by se mohli u pacientů s PPP věnovat také tomu, jak jsou pacienti schopni si poradit ve všech oblastech ADL, mohli by s pacienty pracovat na denním režimu, nácviku vaření nebo se také s tím, kam se pacient vrátí po propuštění z nemocnice.

Pokud by se ergoterapeuti měli zaměřovat i na takovéto oblasti, bylo by však nutné, aby pacienti více znali a měli možnost s nimi pracovat i individuálně. Na zapojení ergoterapeutů do léčby PPP takovýmto způsobem by se musel dohodnout celý multidisciplinární tým, v rámci kterého je důležitá i spolupráce během celé léčby.

Myslím si, že přínosné by mohlo být, pokud by si ergoterapeut mohl na začátku léčby udělat u pacienta vstupní vyšetření, při kterém by mohl vytipovat problémové oblasti. Tento postup a ukázkou ergoterapeutického vstupního vyšetření ve své práci ukazuje zahraniční ergoterapeutka Horner (2006). Ta upozorňuje na to, že oproti jiným lékařským profesím se ergoterapeuti při vstupním vyšetření mohou věnovat instrumentálním i personálním ADL, pracovnímu či školnímu prostředí, ve kterém pacient potřebuje fungovat, volnočasovým aktivitám a sociálnímu životu. To že PPP nemocného výrazně ovlivňuje v pracovním, sociálním i studijním životě potvrzují ve svých publikacích i čeští autoři (Krch a Švédová, 2013, Papežová, 2010). Na základě konzultace s lékařem by pak pacientovi byly předepsány skupinové nebo i individuální terapie. Během skupinových terapií považuji za přínosné již probíhající kreativní techniky, které u pacientů podporují tvořivost, kreativitu, slouží jako forma relaxace a zároveň během nich nemocný může zažít úspěch z hotového výrobku. Svůj význam mají i kognitivní tréninky. Pacienti s PPP mají obtíže s pozorností a její koncentrací, s reakcemi na podněty či s motorickým tempem. Problémy mohou být také s pamětí nebo intelektem, exekutivními funkcemi, s rozhodováním nebo flexibilitou myšlení (Kociánová, 2017). Za přínosné bych považovala to, když by ergoterapeut měl možnost s pacientem před propuštěním mít individuální terapii, kde by se mohli věnovat tomu, do jakého prostředí se bude pacient vracet. Právě vliv rodiny nebo domácího prostředí je často jedním z faktorů pro vznik PPP, rodina často utváří jídelní i pohybové návyky nemocného. Podstatné jsou také často kladené vysoké nároky ze stran rodiny na nemocného (Krch, 2010). Rovněž samotná rodina a okolí jsou často ovlivněni onemocněním svého blízkého a nemoc nemusí vůbec chápat. Myslím si a z vlastní zkušenosti vím, že právě prostředí, do kterého se nemocný s PPP po propuštění vrací, hraje velkou roli v tom, jak bude svou nemoc zvládat v běžném životě, a hlavně v tom, aby se po propuštění nevrátil ke svým starým patologickým jídelním a pohybovým návykům. I z tohoto důvodu považuji za velmi přínosné rodinné či partnerské terapie. Ergoterapeuti mohou

hrát významnou roli v edukaci rodiny a v upravení prostředí rodiny, zaběhlé rutiny a zvyků, a to především těch, které jsou spojeny s příjmem potravy, ale důležité mohou být i ty, které se vztahují k výkonu zaměstnávání, komunikace a utváření vztahů v rodině.

Proto jsem ve své bakalářské práci uvedla postup pro ergoterapeutickou intervenci u pacientů s PPP. Inspirovala jsem se zahraniční příručkou „Poruchy příjmu potravy: Průvodce pro ergoterapeuty“ vytvořenou v Americe na univerzitě v Severní Dakotě autorkou Randi Horner (2006). Tato příručka je postavena na Modelu lidského zaměstnávání MOHO. Tento model poskytuje ergoterapeutům ucelený pohled na pacienta a hodnotí u něj oblast vůle, zvyků, výkonu a faktorů vnějšího prostředí. Využití modelu lidského zaměstnávání MOHO zmiňuje při práci s lidmi s PPP i Barris (1986), který dává opět do popředí holistický pohled na nemocného.

V poslední části mé bakalářské práce jsem navrhla konkrétní aktivity, které by ergoterapeut s pacienty s PPP mohl dělat. Zaměření terapií jsem rozdělila opět podle modelu MOHO a ke každé ze čtyř oblastí jsem navrhla jednu aktivitu. Aktivity jsem se snažila navrhnout tak, aby byly použitelné v praxi v České republice, tudíž jsem vytvořila aktivity pro skupinové terapie. Jako důležitou však vnímám potřebu přizpůsobit aktivity konkrétním možnostem pracoviště, potřebám pacientů a aktuální situaci. Zároveň považuji za důležité tyto aktivity vyzkoušet v praxi, což může být předmětem další práce.

Otázkou však je, jak by bylo možné individualizovat přístup ergoterapie k pacientům s PPP v České republice. A to i vzhledem k výsledkům mého dotazníkového šetření, ze kterého vyplynulo, že ergoterapie v psychiatrických nemocnicích v ČR probíhá výhradně skupinově. Vedení a zařazení individuálních terapií je náročnější jak z hlediska finančního, tak z hlediska nároků na pracující personál. Jako další problémovou oblast v rámci práce ergoterapeuta s lidmi s PPP vidím také nedostatečnou informovanost a vzdělání o této problematice. Otázkou pak je, zda by ergoterapeut pracující na psychiatrii s lidmi s PPP měl mít psychoterapeutický výcvik.

Jako šanci pro větší začlenění ergoterapie do léčby PPP vidím již probíhající reformu psychiatrické péče. Za podstatné považuji také zmapování a využití ergoterapie u pacientů s PPP v akutním stavu na metabolických jednotkách či jednotkách intenzivní péče. Jako samostatnou oblast poté vnímám využití ergoterapie u lidí s PPP v komunitní péči. Myslím si, že téma poruch příjmu potravy a využití ergoterapie má ještě spoustu neprobádaných oblastí. Možnosti využití ergoterapie v této oblasti rozhodně nejsou zcela vyčerpány a pokryty a toto téma může být námětem pro další práce.

4. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje problematice poruch příjmu potravy a možnostem využití ergoterapie při jejich léčbě.

Hlavním cílem práce bylo ukázat možnosti využití ergoterapie při léčbě PPP. Vedlejšími cíli poté bylo popsat aktuální situaci ergoterapie u pacientů s PPP v České republice a následně navrhnout a vést konkrétní terapie.

V teoretické části jsem popsala problematiku PPP, podrobněji jsem se věnovala mentální anorexii a mentální bulimii. Dále jsem popsala etiologii PPP a možnosti jejich léčby. Dále jsem se věnovala ergoterapii na psychiatrii jakožto rehabilitačnímu oboru. V závěru teoretické části jsem se zabývala ergoterapií při práci s lidmi s PPP. K popisu jsem využila jak českou literaturu, tak rozsáhlejší literaturu zahraniční. Díky nastudované literatuře jsem zjistila, že využití ergoterapie u pacientů s PPP má velký potenciál, avšak v České republice její využití u lidí s tímto onemocněním zatím není příliš známé a rozšířené.

V rámci praktické části jsem připravila dotazníkové šetření zaměřené na možnosti využití ergoterapie u pacientů s PPP. Dotazník jsem rozeslala emailem do lůžkových psychiatrických nemocnic v České republice a následně zpracovala odpovědi. Výsledky dotazníkového šetření mi potvrdily, že využití ergoterapie u pacientů s PPP v České republice opravdu není příliš známé a rozšířené. Tímto jsem splnila první z cílů mé bakalářské práce.

Vzhledem k pandemii covidu jsem musela druhý cíl mé bakalářské práce upravit a přizpůsobit možnostem, které mi pracoviště a epidemiologická situace dovolovaly. Svou praxi jsem potřebovala absolvovat na pracovišti, kde pracuje ergoterapeut s lidmi s PPP. Tomuto odpovídala Psychiatrická klinika 1. LF a VFN. Během praxe jsem měla pouze možnost vést terapie zaměřené na kreativní techniky a trénink kognitivních funkcí, které jsem následně zpracovala a popsala v bakalářské práci.

Na základě mých zkušeností z praxe a nastudované literatury jsem poté představila doporučený postup pro intervenci ergoterapeutů u lidí s PPP vycházející z již vytvořené zahraniční příručky „Poruchy příjmu potravy: Průvodce pro ergoterapeuty“, která je založená na modelu lidského zaměstnání MOHO.

Poslední částí jsou konkrétní navržené aktivity, které může využít ergoterapeut u lidí s PPP. Aktivity jsou opět založeny na modelu MOHO a jsou rozdělené podle oblastí vůle, návyků, výkonu a faktorů prostředí. Tímto považuji za splněný i druhý cíl práce.

Závěr tvoří diskuze, kde shrnuji a komentuji výsledky své práce.

5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADÁMKOVÁ SÉGARD, Milena. *Systematický přehled výzkumů ověřujících na pohyb anebo tělo zaměřenou terapii v rámci léčby onemocnění Porucha příjmu potravy*. Praha, 2010. Dizertační práce. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu, Pedagogika, psychologie a didaktika. Vedoucí práce Hátlová, Běla

American Occupational Therapy Association [online]. 2022 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/MH/mental-health-recovery.aspx>

American Psychiatric Association. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th Edition* [online]. 1994 [cit. 2022-04-02]. ISBN 978-0890420614.

APARICIO-MARTINEZ B. et al. Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2019.

BARRIS, Roann. Occupational dysfunction and eating disorders: Theory and approach to treatment. *Occupational Therapy in Mental Health*, 1986, 6.1: 27-45.

BARTÁKOVÁ, Michaela. *Poruchy příjmu potravy: ...a co s tím?* [online]. Občanské sdružení Anabell, 2009 [cit. 2022-03-26]. Dostupné z: [doi:http://www.anabell.cz/images/obr/1404371651_plakat-rodice.pdf](http://www.anabell.cz/images/obr/1404371651_plakat-rodice.pdf)

BOUČEK, Jaroslav. REHABILITACE V PSYCHIATRII. *PSYCHIATRIA PRE PRAX* [online]. 2004 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/57b0c5334779bb88c60990f0bd3ec636.pdf>

BRAUSCH, Amy M.; MUEHLENKAMP, Jennifer J. Experience of the body. In: *Non-suicidal self-injury in eating disorders*. Springer, Berlin, Heidelberg, 2014. p. 237-253.

BRIDGES, Barbara. Occupational therapy evaluation for patients with eating disorders. *Occupational therapy in mental health*, 1993, 12.2: 79-89.

BRUCH, Hilde. Perils of behavior modification in treatment of anorexia nervosa. *Jama*, 1974, 230.10: 1419-1422.

CALVEY, Tanya. *Brain research in addiction* [online]. 2017 [cit. 2022-03-29]. Dostupné z: [doi:9780128135013](https://doi.org/10.1186/s12813-017-0350-3)

CLARK, M. a S. NAYAR. Recovery from eating disorders: a role for occupational therapy. *New Zealand Journal of Occupational Therapy* [online]. 2012 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://link.gale.com/apps/doc/A288628025/AONE?u=anon~7d106a90&sid=googleScholar&xid=71beb538>

COHEN R, NEWTON-JOHN T, SLATER A. The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image*. 2017 Dec;23:183-187. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.10.002. Epub 2017 Oct 19. PMID: 29055773.

COOPER, Petr J. *Overcoming Bulimia Nervosa and Binge-Eating*. London: Constable a Robinson, 2009.

COWDEN, Susan. Hospitalization for Eating Disorders. *Verywell Mind* [online]. 2020 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/inpatient-hospitalization-1138353#citation-2>

CRAIG, Arthur D. How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature reviews neuroscience*, 2002, 3.8: 655-666.

ČERMÁKOVÁ, Jitka. Komunikace s duševně nemocným pacientem. *Florence* [online]. 2010 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/3/komunikace-s-dusevne-nemocnym-pacientem/>

ČERNOVSKÝ, Tomáš. TOP 10 SOCIÁLNÍ SÍTĚ: KDO JE POUŽÍVÁ A PROČ NA NICH PROPAGOVAT SVŮJ BYZNYS? *Cernovsky* [online]. 2021 [cit. 2021-11-02]. Dostupné z: <https://cernovsky.cz/marketing/top-10-socialni-site/>

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) [online]. Arlington: DSM-IV-TR [cit. 2022-03-25].

Eating Disorders: Also called: Anorexia nervosa, Binge eating, Bulimia. *MedlinePlus* [online]. 2021 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: [doi:https://medlineplus.gov/eatingdisorders.html](https://medlineplus.gov/eatingdisorders.html)

FAIBURN, CG., HARRISON, PJ., Eating disorders, *Lancet* 2003: 361

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

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

GILES, Gordon Muir. Anorexia nervosa and bulimia: An activity-oriented approach. *The American Journal of Occupational Therapy*, 1985, 39.8: 510-517.

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

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

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

HÁTLOVÁ, B. Možnosti kinezioterapie v léčbě dlouhodobě hospitalizovaných pacientů s diagnózou schizofrenního onemocnění. *Česko Slovenská Psychiatrie*. 1999; **95** (5): 325–325.

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

HORNER, Randi. *Eating Disorders: A Guide for the Occupational Therapist* [online]. University of North Dakota, 2006 [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://commons.und.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1233&context=ot-grad>

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

JENGA - DŘEVĚNÁ VĚŽ ČÍSLA [online]. In: . zažeň nudu, 2022 [cit. 2022-04-13]. Dostupné z: <https://www.zazen-nudu.cz/drevena-vez-jenga-cisla>

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

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

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

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

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

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

KONDZIOŁKOVÁ, Jolana. *Teorie ergoterapie 2: studijní opora* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014 [cit. 2022-04-09]. ISBN 978-80-7464-516-7.

KRCH F. D., SCÉMY, L., DRÁBKOVÁ, H. Rizikové jídelní chování a postoj českých adolescentů. *Česká a slovenská psychiatrie*, č. 8, roč. 99, 2003, ISSN 1212-0383

KRCH, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0840-X.

- KRCH, František David, et al. *Poruchy příjmu potravy*. Grada Publishing, 1999.
- KRCH, František David, Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 2007, vol. 4, iss 10, p. 420-422.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Portál, 2010.
- KRCH, František. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY. *MEDICÍNA PRO PRAXI* [online]. 2007, 4(10) [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: doi:<https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
- KRCH, František. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, 4(10) [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
- LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Nakladatelství Svoboda, 1995.
- LIVINGSTONE, Sonia, Leslie HADDON, Anke GÖRZIG a Kjartan ÓLAFSSON. *EU Kids Online: final report 2011*. EU Kids Online [online]. 2011 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <http://eprints.lse.ac.uk/45490/>
- LUDWIG, David. *Máte stále hlad?*. Jota, 2017
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ D., *Výchova ke zdraví*. Praha. Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-271-0993-7
- MAKOVÁ, Tereza a BRŮNOVÁ Lada. *Koho (ne)sledovat?: 8 důvodů pro unfollow. 3pe* [online]. 2021 [cit. 2021-11-02]. Dostupné z: <https://www.jsme3pe.cz/unfollow>
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- MASKENÍ TASARLA – KALIP. *Kirtkirtla* [online]. 2020 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://www.kirtkirtla.com/maskeni-tasarla-kalip/#>
- MATTHEWS, A., C.M. PETERSON a L. MITAN. Adolescent males with atypical anorexia nervosa and premorbid obesity: three case reports [online]. 2019 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00702-y>
- MIČKOVÁ, Vendula. *Možnosti ergoterapie u poruch příjmu potravy* [online]. Ostrava, 2010 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/77mylc/>. Bakalářská práce. Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Jarmila Kristiníková, Ph.D.
- MICHALCOVÁ, Michaela. *Jak se léčí poruchy příjmu potravy*. Vitalia.cz [online]. 2016 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/jak-se-leci-poruchy-prijmu-potravy/>
- MITCHELL, James E. *The outpatient treatment of eating disorders: A guide for therapists, dietitians, and physicians* [online]. University of Minnesota Press., 2001 [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: https://aleph.nkp.cz/F/?func=direct&doc_number=002081208&local_base=NKC

MITCHISON, Deborah, Lisa DAWSON, Lucy HAND, Jonathan MOND a Phillipa HAY. *Quality of life as a vulnerability and recovery factor in eating disorders: a community-based study*. BMC Psychiatry [online]. 2016, **16**(1), 145-161 [cit. 2022-03-29]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: doi:10.1186/s12888-016-1033-0

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

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

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

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

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

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

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

Occupational Therapy and Mental Health. *Canadian Association of Occupational Therapists* [online]. 2018 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.caot.ca/document/4059/Mental%20Health%20-%20Fact%20Sheet.pdf>

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

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

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

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

PAPEŽOVÁ, Hana, Jan KULHÁNEK a Libuše STÁRKOVÁ. *PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V ČECHÁCH* [online]. 2018 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/poruchy-prijmu-potravy-v-cechach>

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

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

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

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

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

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

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

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017: Health care about patients with eating disorders in the Czech Republic in 2011–2017. Aktuální informace: Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011_az2017.pdf

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

Pravda nebo Úkol Jenga. *PsyCat Games* [online]. 2022 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://psycatgames.com/cs/magazine/party-games/truth-or-dare-jenga>

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

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

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

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497_4

RITCHIE, Hannah, et al. *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. Our World in Data [online]. 2020 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: <https://ourworldindata.org/coronavirus>

ROBINSON, Amy; KANE, Marilyn; LEICHT, Susan. Psychologists' perceptions of occupational therapy in the treatment of eating disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 2005, 21.2: 39-53.

RÖSSLER, Wulf. Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry* [online]. 2006 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17139342/>

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

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

Schoen Clinic Newbridge: Occupational Therapy [online]. [cit. 2021-11-12]. Dostupné z: <https://www.schoen-clinic.co.uk/eating-disorders/help-and-support/occupational-therapy>

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

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

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

SØRLIE, Clarissa, Mary COWAN, John CHACKSFIELD, Emily VAUGHAN a Karen E. ATLER. Occupation-Focused Assessment in Eating Disorders: Preliminary Utility. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2020, 36(2), 145-161 [cit. 2022-03-29]. ISSN 0164-212X. Dostupné z: doi:10.1080/0164212X.2020.1719271

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

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

STATISTICS & RESEARCH ON EATING DISORDERS. NEDA [online]. 2021, 2013 [cit. 2021-10-3]. Dostupné z: https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eating-disorders?__cf_chl_captcha_tk__=pmd_9jVHJiGHv5EaqUwiMk4Slwj9JuRBTFNurZjK4C5AZkc-1633544680-0-gqNtZGzNAxCjcnBszQmR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

THE LONDON CENTRE. *Specialist Treatment for Eating Disorders at The London Centre: Occupational Therapy* [online]. 2021 [cit. 2021-11-14]. Dostupné z: <https://www.thelondoncentre.co.uk/occupational-therapy>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

1. LF UK a VFN – 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovi a Všeobecné fakultní nemocnice

ADL – aktivity denního života

ČR – Česká republika

KBT – kognitivně behaviorální terapie

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MOHO – Model lidského zaměstnání

PPP – poruchy příjmu potravy

7. SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

7.1 Seznam obrázků

Obrázek č. 1 *Ukázka výrobků*

Obrázek č. 2 *Ukázka výrobků*

Obrázek č. 3 *Ukázka výrobků*

Obrázek č. 4 *Ukázka výrobků*

Obrázek č. 5 *Kartičky s filmovými*

Obrázek č. 7 *Kartičky na pantomimu*

Obrázek č. 8 *List na individuální práci*

Obrázek č. 6 *Kartičky s osobnostmi a pohádkovými postavami*

Obrázek č. 9 *Návrh aktivit*

Obrázek č. 10 *Návrh aktivit*

Obrázek č. 11 *Věž Jenga*

7.2 Seznam grafů

Graf 1: *Výsledky otázky 1*

Graf 2: *Výsledky otázky 2*

Graf 3: *Výsledky otázky 3*

Graf 4: *Výsledky otázky 4*

Graf 5: *Výsledky otázky 5*

Graf 6: *výsledky otázky 14*

7.3 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: *Plánování léčby podle MOHO*

8. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 *Dotazníkové šetření: Možnosti využití ergoterapie u pacientů s poruchami příjmu potravy*

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazníkové šetření: Současné využití ergoterapie u pacientů s poruchami příjmu potravy

Současné využití ergoterapie u pacientů s poruchami příjmu potravy

Dobrý den, rádi bychom vás požádali o vyplnění krátkého dotazníku zaměřeného na zmapování současné praxe ergoterapie na specializovaných odděleních pro pacienty s poruchami příjmu potravy. Toto téma dosud nebylo v České republice systematicky zpracováno, proto považujeme vaši součinnost za velmi cennou.

Šetření je realizováno jako součást bakalářské práce "Možnosti využití ergoterapie u pacientů s poruchami příjmu potravy" na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Práce si klade za cíl zpřehlednit současnou situaci ergoterapie v práci s pacienty s touto poruchou a v návaznosti na výstupy šetření navrhnout specifické ergoterapeutické intervence a postupy, jež mohou být v praxi dále využity.

Vzhledem k velmi úzkému zaměření práce a malému počtu existujících pracovišť, nelze informace z dotazníku plně anonymizovat. Cílem práce je zpřehlednit poskytované služby a popsat současnou praxi ergoterapie, tedy anonymizace by v tomto případě nebyla účelná. Informace budou zpracovány s maximální citlivostí do souhrnných výstupů. V případě jakýchkoli dotazů se můžete obrátit na Janu Mandíkovou, autorku práce. Kontakt: jane.mandikova@gmail.com

Předem děkujeme za váš čas a spolupráci.

Jana Mandíková, studentka 1. Lékařské Fakulty Univerzity Karlovy v Praze, autor bakalářské práce

Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová, vedoucí práce

Název pracoviště (nemocnice)

Je ergoterapeut součástí multidisciplinárního týmu přímo na vašem oddělení?

- Ano
- Ne

Kolik ergoterapeutů aktuálně pracuje ve vaší nemocnici? (Pokud je to možné, uveďte prosím celkový počet osob i přepočít na úvazky)

Jaká je nejvyšší dosažená kvalifikace ergoterapeutů? Absolvent akreditovaného bakalářského studijního oboru pro přípravu ergoterapeutů

- Absolvent tříletého studia oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšší zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/ 2005
- Absolvent střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/ 1999
- Absolvent pomaturitního specializačního studia léčba prací, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/ 2004
- Absolvent akreditovaného magisterského studijního oboru ergoterapie
- Jiné

Pracuje na vašem pracovišti ergoterapeut s pacienty s poruchami příjmu potravy?

- Ano
- Ne

Využíváte na Vašem pracovišti některou z expresivních terapií?

- Arteterapie
- Muzikoterapie
- Dramaterapie
- Taneční a pohybová terapie
- Jiné

Tuto sekci prosím vyplňujte, jen pokud na Vašem oddělení pracuje ergoterapeut s pacienty s PPP. Děkuji

Jaká jsou na vašem pracovišti kritéria pro výběr pacientů s ppp pro účast na ergoterapii?

Je nějaké omezení (např. nízké BMI) pro účast pacienta s ppp na ergoterapii? Pokud ano, uveďte prosím jaké.

Jak často se pacienti s ppp účastní ergoterapie?

Jak dlouho trvá jedna terapie v rámci ergoterapie?

Ergoterapie u pacientů s ppp probíhá

- Skupinově
- Individuálně
- Jiné

Kolik pacientů s ppp se obvykle účastní jedné skupinové ergoterapie?

Účastní se ergoterapie jen pacienti s ppp, nebo je terapie vedena společně pro pacienty s různými poruchami?

- Ergoterapie je poskytována cíleně pro skupinu pacientů s ppp
- Ergoterapie je poskytována pro skupinu pacientů s různými poruchami
- Jiné

Čemu se ergoterapie u pacientů s poruchami příjmu potravy na vašem pracovišti převážně věnuje?

- kreativní a rukodělné techniky (keramika, vyrábění z papíru, kreslení, ...)
- trénink kognitivních funkcí
- nacvičování sociálních dovedností (komunikace, interakce a spolupráce ve skupině,...)
- práce s tělem (pohybové aktivity, neverbální cvičení,...)
- učit se pracovat se stresem (zásady správné životosprávy, time management)
- nacvičování všedních denních činností (péče o sebe, nakupování,...)
- předpracovní rehabilitace a příprava na práci
- jiné

Můžete mi prosím popsat, jak u vás probíhá typická ergoterapie s pacienty s ppp? (stačí stručně :))

V čem považujete ergoterapii u pacientů s ppp za přínosnou?

Jak byste chtěli dále rozvíjet ergoterapii v práci s lidmi s touto poruchou na vašem pracovišti?

Jaké vidíte další možnosti využití ergoterapie u pacientů s poruchami příjmu potravy v akutní a následné péči?

Děkujeme za váš čas a poskytnuté informace. Velmi si toho vážíme. Budeme rádi za další spolupráci. Jana Mandíková a Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová