

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S MENTÁLNÍ
ANOREXIÍ**

Bakalářská práce

MARTINA KUČEROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Konzultant: **doc. MUDr. Hana Papežová, CSc.**

Stupeň kvalifikace: **Bakalář**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Datum odevzdání práce: **2008-03-31**

Datum obhajoby práce:

Praha 2008

ABSTRAKT

KUČEROVÁ, Martina: Ošetrovatelský proces u pacientky s mentální anorexií. Bakalářská práce – Martina Kučerová, Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství, Školitel doc. MUDr. Hana Papežová, CSc., Vysoká škola zdravotnická Praha, 2007.

Hlavní problematikou bakalářské práce jsou poruchy příjmu potravy a jejich detailnější popis příčin vzniku od raného věku dítěte až do období adolescence a rané dospělosti, protože již poruchy příjmu potravy v raném dětství představují závažnou komplikaci vývojového procesu na rovině biologické i psychosociální. Dalšími jídelními obtížemi jsou ruminace a pika. Je zde popsán význam psychoterapie pro nemocné s poruchou příjmu potravy i jejich blízké, část je věnována i rodinným faktorům. Teoretická část se zabývá nejzávažnějšími typy poruch příjmu potravy, kam patří Anorexia nervosa, Bulimia nervosa dále psychogenní přejídání, noční přejídání a s nimi spojená obezita.

Část práce je věnována ošetrovatelskému procesu u pacienta s poruchou příjmu potravy. Práce klade za cíl pomoci ošetrovatelskému personálu porozumět problematice poruchy příjmu potravy, umět posoudit celkový zdravotní stav pacienta a podle toho přizpůsobit poskytovanou péči a vytvořit ošetrovatelský proces řešící problémy u pacienta s poruchou příjmu potravy podle modelu M.Gordonové. Bakalářská práce by měla přispět k zefektivnění ošetrovatelské péče v praxi a pomoci pochopit důležitost systematické a dlouhodobé integraci preventivních a integračních aktivit na známé determinanty a rizikové faktory při ovlivňování celospolečenského zdraví. Boj proti poruchám příjmu potravy je trvalá celospolečenská úloha, která vyžaduje spolupráci všech, kteří přímo anebo nepřímo zasahují do zdraví, se zaměřením na všechny ohrožené sociální skupiny. Úlohou vlády pro dosažení celospolečenského zdraví je, aby intervence byly zakotveny v zákonech, nařízeních a i v daňové politice státu.

Ke zpracování praktické části jsem si vybrala pacientku s mentální anorexií, popisuji její zdravotní stav z pohledu ošetřujícího lékaře a sestry i subjektivní vnímání nemocného samotného. Zdokumentovala jsem časově omezenou ošetrovatelskou péči podle modelu M.Gordonové, kterou jsem u této pacientky plánovala a realizovala, včetně potřebné edukace.

Klíčové slova: Poruchy příjmu potravy, rané dětství, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská diagnóza, psychoterapie, edukace.

PŘEDMLUVA

Poruchy příjmu potravy jsou závažné a život ohrožující nemoci. Mezinárodní manuál DSM IV uvádí, že mortalita je u mentální anorexie více než 10 %. Smrt bývá obvykle v důsledku hladovění, sebevraždy, nebo metabolického rozvratu. Závažný somatický stav, ve kterém pacientky často dlouhodobě setrvávají, je přímo ohrožuje na životě. Většinou se předpokládá, že je příčinou smrti zejména kardiovaskulární selhání, které souvisí s bradykardií a vznikem náhlé komorové tachykardie. Bezprostřední příčina smrti ale nemusí být vždy jasná.

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění s chronickým průběhem a častou frekvencí relapsů. Výhodou diagnostiky poruch příjmu potravy oproti jiným duševním poruchám je jasné diagnostické kritérium, a to je normální hmotnost, která by se měla pohybovat ve fyziologickém rozmezí (body mass index – BMI = 18 – 24 u žen a 19 – 25 u mužů). Nicméně dosažení fyziologických hmotností neznamená dosažení remise. Je zkoumána řada dalších proměnných jako je purgativní chování, zaměření se na vlastní hmotnost, tělesné tvary atd.

Práce by mohla být v budoucnu použita pro mé další kolegyně jako informační zdroj při péči o pacienta s podobným onemocněním či ošetrovatelskou problematikou. Ráda bych touto cestou poděkovala paní PhDr. Janě Hlinovské za cenné rady, připomínky a veškerou pomoc, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	7
I. Teoretická část	8
1 Klinická charakteristika onemocnění	8
1. 1 Definice, charakteristika	8
1. 2 Etiologie, patofyziologie mentální anorexie	12
1. 3 Diagnostika mentální anorexie	14
1. 4 Klinický obraz	15
1. 5 Průběh, formy, komplikace, prognóza	15
1. 6 Rodinné faktory	17
1. 7 Bulimie	18
1. 8 Obezita	23
1. 9 Terapie	27
1. 9. 1 Motivační terapie	27
1. 9. 2 Psychoterapie	29
1. 9. 2. 1. Farmakoterapie	31
1. 9. 2. 2 Nutriční rehabilitace	32
1. 9. 2. 3 Pohybový režim	32
1. 9. 3 Prognóza	33
1. 10 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním	33
1. 10. 1 Ošetřování nemocných	33
1. 10. 2 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného	34
1. 10. 3 Sledování nemocných	35
1. 11 Patofyziologické ošetrovatelské diagnózy	35
2 Praktická část	31
2. 1 Posouzení stavu pacienta	37
2. 1. 1 Identifikační údaje	37
2. 2 Výtah z lékařské dokumentace	37
2. 2. 1 Lékařská anamnéza	37
2. 2. 2 Objektivní nález	38
2. 2. 3 Závěr při příjmu	38
2. 2. 4 Vyšetření krve a moče	38

2. 3	Terapie	39
2. 3. 1	Konzervativní léčba	39
2. 3. 1. 1	Farmakoterapie	39
2. 3. 1. 2	Dietoterapie	40
2. 3. 1. 3	Psychoterapie	40
2. 4	Fyzikální vyšetření sestrou	40
2. 5	Sesterská anamnéza podle modelu M. Gordonové	42
2. 5. 1	Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví	42
2. 5. 2	Výživa a metabolismus	42
2. 5. 3	Vylučování	43
2. 5. 4	Aktivita a cvičení	43
2. 5. 5	Spánek a odpočinek	43
2. 5. 6	Poznávání	39
2. 5. 7	Sebepojetí, sebeúcta	44
2. 5. 8	Plnění rolí, mezilidské vztahy	44
2. 5. 9	Sexualita, reprodukční schopnost	44
2. 5. 10	Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance	44
2. 5. 11	Víra, přesvědčení, životní hodnoty	44
2. 5. 12	Jiné	44
2. 6	Seznam ošetřovatelských diagnóz	45
2. 7	Plán ošetřovatelské péče	46
3	Edukace pacientky	53
3. 1	Edukační list	53
3. 2	Edukační záznam – realizace	53
3. 3	Edukační plán	54
3. 3. 1	Cíl edukačního plánu	54
3. 3. 2	Význam	54
3. 3. 3	Technika	55
3. 3. 4	Kontrolní otázky pro sestru	55
3. 3. 5	Postup při zaškolování pacienta, klienta	56
3. 3. 6	Kontrolní otázky pro pacienta, klienta	56
3. 4	Zhodnocení ošetřovatelské péče	56
3. 5	Prognóza	57

3. 6 Rozhovor s ošetřující lékařkou	57
3. 7 Rozhovor s rodinou pacientky	58
3. 8 Vlastní posouzení	58
4 Závěr	59
5 Seznam použité literatury	61
6 Seznam příloh	62
7 Seznam zkratk a symbolů	69
8 Seznam ilustrací	70

Úvod

Stále častěji slyšíme varování lékařů před poruchami příjmu potravy, které s sebou nese zvláště moderní doba a které, ač z počátku začínají zcela nevinně a plíživě, mnohdy velmi tragicky končí. Přestože se jedná o téma často diskutované a média se zaměřují pouze na jeden nebo dva aspekty této problematiky a to v souvislosti s obrazem těla moderní ženy a dívky, málokdy se dostaneme do tématiky hlouběji. Proto při výběru bakalářské práce mě téma poruchy příjmu potravy zaujala a začala jsem se o příčinách a důsledcích zabírat tak, aby pomohla ošetřujícímu personálu pochopit a porozumět této problematice. Nelze opomíjet tak závažné onemocnění, které by ve svém důsledku mohlo vést i k ukončení života osoby s poruchou příjmu potravy.

V první kapitole mé práce se zaměřuji na **poruchy příjmu potravy vzniklé v raném dětství** a společně s etiologických vysvětlením jejich vzniku ukazují i terapeutickou cestu a možnosti jejich řešení. Jídelní problematika tohoto údobí je vesměs málo popisována srovnáme-li ji s častými zmínkami médií o mentální anorexii a bulimii, avšak již v raném dětství si můžeme všimnout, že jsou poruchy příjmu potravy často záležitostmi problémů ve vztazích dítěte k rodičům, především pak k matce.

Ve druhé kapitole se podrobně zabývám tematikou **mentální anorexie** a snažím se neopomenout žádnou ze souvislostí, v jejichž spleti se může rozvinout. Zde jsem důkladněji popsala problémy vzájemných vazeb v rodinách mentálních anorektiček.

Ve třetí kapitole popisují obraz klientů s **mentální bulimií** a ve **čtvrté kapitole** se věnuji pacientům s diagnózou **obezity**, neboť tato diagnóza nabývá v současné době rovněž na aktuálnosti, pacientů s touto diagnózou přibývá geometrickou řadou nejen ve Spojených Státech, ale i u nás v Evropě. Nejvíce alarmující je tak tato diagnóza v případě dětí ještě ve školním věku.

I. Teoretická část

1 Klinická charakteristika onemocnění

1.1 Definice, charakteristika

Termín porucha příjmu potravy je nejčastěji spojován s mentální anorexií a mentální bulimií v adolescenci a mladé dospělosti. Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si obě poruchy velmi podobné. Je pro ně příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnována jídlu, vlastnímu vzhledu a váze. Tento věk může být spojen s poruchou krmení a neprospíváním. Dalšími jídelními obtížemi jsou ruminace a pika. Příjem potravy je jedním ze základních projevů každého živého organismu. U člověka je spojen s uvědomovanými pocity libosti. Ačkoliv poruchy příjmu potravy obecně narušují významně vztahy nemocného s blízkými osobami, v raném dětství problémy v jídlu zasahují do základních vztahů s bazální vztahovou osobou, nejčastěji matkou. V tomto období matka a dítě tvoří vztahovou dyádu, vytváří se základní vztahová vazby podle Bowlbyho. Pokud v tomto období probíhá příjem potravy u dítěte problematicky, reagují matky úzkostí, a tím zpětně působí na dítě a komplikují u něj příjem jídla.

Poruchy krmení jsou dle DSM IV charakterizovány obtížemi v přiměřeném příjmu potravy se signifikantním váhovým neprospíváním, nebo úbytkem hmotnosti po dobu minimálně jednoho měsíce. Tyto příznaky nejsou spojené s onemocněním gastrointestinálního traktu nebo s celkovým zdravotním stavem, (zmiňován je například esofageální reflux), a jídelní problémy nejsou vysvětlitelné jinou duševní chorobou. Začátek je před 6. rokem věku. Jde o stadia vývoje krmení, stádium homeostázy, vztahové vazby a separace. V každé z těchto etap lze zajistit adaptivní nebo maladaptivní chování dítěte a matky.

Porucha krmení ve stadiu homeostázy začíná v prvních měsících života, přítomny jsou obtíže v nastolení pravidelného, klidného krmení a při dostatečné výživě dochází u dítěte k nízkému přírůstku hmotnosti či její stagnaci (neprospívání). Dítě je zvýšeně vzrušivé, snadno unavitelné a spavé. U matky se objevuje úzkost a deprese, případně další psychopatologické projevy, které komplikují matce navodit klidné, úspěšně krmení. Případné organické problémy nevysvětlují dostatečně obtíže při krmení.

Porucha krmení ve stadiu vztahové vazby obvykle začíná mezi 2. a 8.měsícem, je charakterizována nedostatkem spojení a spolupráce mezi dítětem a matkou. Matky často popírají, že by dítě mělo nějaký problém v krmení. Dítě vykazuje nedostatek věku přiměřeného sociálního chování, jako je oční kontakt, reakce na verbální podněty apod. U matek můžeme zjistit akutní nebo chronickou depresi, poruchu osobnosti, požívání drog či abusů alkoholu.

Porucha krmení ve stadiu separace, kterou Chatoor označuje jako infantilní anorexii, obvykle začíná mezi 6.měsícem a 3.rokem věku, nejčastěji mezi 9.-18.měsícem, v období, kdy dítě začíná samostatně jíst. Tato porucha je charakterizována odmítáním jídla ze strany dítěte, což vede k vzestupu úzkosti u rodičů. Dochází ke konfliktům ve vztahu mezi dítětem a matkou. Obvykle nejhorší situace nastává ve chvíli, kdy je dítě krmeno matkou. Odmítání jídla může vést k nedostatečné výživě a stagnaci váhy na nižší úrovni. Rodiče mají obavu z toho, že by dítě mohlo z hladovění až zemřít. Úzkost rodičů a frustrace pak vede často k tomu, že dítě je nuceno do jídla, rodiče se snaží využít každé příležitosti, krmí dítě při hře, při sledování televize, popřípadě je násilně nutí k jídlu podle hodin (Koutek, 2007, s.35).

Nejčastěji udávané problémy u dětí, které jsou orálně krmeny, jsou **mlsnost** nebo **vybíravost** v jídlu. Ukazatele chování, které vedou postupně až k nutnosti profesionální rady a vzbuzují znepokojení jsou odmítání jídla, extrémní vybíravost a k tomu se vztahující problémy v chování, kterými jsou ruminace (zpětné zvracení) a špatné prospívání dítěte.

Počáteční rozhodnutí, do jaké míry je potřeba diagnostické úvahy a následné péče je založeno na dvou hlavních faktorech :

- objevily se nějaké růstové problémy
- dítě se projevuje jako zanedbané nebo je s ním špatně zacházeno

Lékařské vyšetření, rozhovor s rodičem o problému a důležité pozorování krmení většinou stačí pro diagnostické účely, objeví-li se růstové problémy, ale není zanedbaná péče. Následná péče může zahrnovat krátké konzultace o správném vedení dítěte. Naproti tomu, zatěžuje-li takové dítě rodinu nadměrně (a mohlo by v budoucnu hrozit špatné zacházení s dítětem), nebo když omezování jídla ohrožuje růst či vývoj dítěte, je potřeba celkového lékařského i psychologického posouzení. To pomáhá najít somatickou příčinu (například jícnový reflux, neurologické problémy), problémy v chování (technika krmení, dětské záchvaty zuřivosti) a problémy výživy (neadekvátní

výživa, prodloužené kojení). Problémy v rodině či okolí (sociální nebo bytové problémy, rodinný stres, sociální podpora) mohou rovněž zapříčinit problémy při krmení. Obtížnější krmení nacházíme u dětí v inkubátorech, kde je často potřeba, pro nevyzrálou dítěte, mléko ostříkávat a podávat z lahve.

Nejzávažnějšími typy poruch příjmu potravy v pozdějším věku jsou bezesporu poruchy, které vyžadují hospitalizaci matky s dítětem, popřípadě intenzivní psychiatrickou ambulantní léčbu. Mezi takové diagnostické jednotky patří ruminace, pika v raném dětství a infantilní mentální anorexie.

Pojmem **ruminace** rozumíme poruchu příjmu jídla, při které dochází k zvracení potravy zpět do úst bez přítomnosti nauzey (pocit na zvracení), ke znovu žvýkání a znovu polykání spojeného s libými pocity. Se symptomem ruminace se lze setkat zejména u kojenců, někdy i batolecím, případně pozdější věku. Může se projevovat u mentálně retardovaných dětí. Výskyt všeobecně není častý, ohledně výzkumů v literatuře nejsou žádné údaje. Při diagnostice je podmínka vyloučení onemocnění gastrointestinálního (zažívacího) traktu, jako je ezofagitida (zánět jícnu), gastritida (zánět žaludku) či gastroezofageální reflux (navracení jídla). U ruminujících dětí nepozorujeme nevolnost, jsou naopak spokojené a častěji ruminují, jsou-li osamoceny. Co se týče zdravotních následků může dojít k poklesu či stagnaci tělesné hmotnosti, dehydrataci a elektrolytovému či metabolickému rozvratu. Vyústit může tato choroba až do kachexie (vyhublost) a následnému ohrožení života.

Zabýváme-li se příčinami, najdeme **deprivační vlivy**, popřípadě **problémy ve vztahu se základní vztahovou osobou**, nejčastěji matkou. Matky často trpí duševní chorobou. Rizikový faktor představuje prenatální a perinatální poškození.

Léčba se zaměřuje jak na dítě, tak na matku a celou rodinu. U matky je třeba se soustředit na psychoterapeutické ovlivnění a podporu její výchovné kompetence. U dítěte se terapie soustředí na herní psychoterapii, u starších dětí následně spojená s kognitivně behaviorální technikou. V případě závažného somatického stavu, je nutná hospitalizace (Hort, Vl. et al., 2000, s.281).

Na poruchu zvanou **pika** můžeme narazit v raném věku dítěte. Jedná se o požívání nestravitelných látek, které jinak nejsou určeny k jídlu (Hoeschl, C. et al., 2004, s.614). Je to například hlína, barviva, odpadky, písek, papír, vlasy, textilie. Existuje věková preference, batolata upřednostňují požívání barevných předmětů, plastů, provázků, lepidel, vlasů, textilií. Děti předškolního věku písek, listí, kamínky, hoblínky, brouky,

zvířecí bobky, adolescenti hlínu, jílu. Tato porucha se vyskytuje v **nižších sociálních vrstvách** a je spojena s **deprivačními fenomény** a **nízkou sociokulturní úrovní rodiny**. V pozdějším věku je vzácná, tyto případy se týkají mentálně retardovaných jedinců v ústavní péči. Pika se může také vyskytnout v rámci jiné psychiatrické poruchy, jako je **infantilní autismus, mentální retardace, psychotické onemocnění**. Najdeme ji ale i jako ojedinělý příznak. Opět je predisponujícím faktorem perinatální a perinatální postižení. Dítě může touto formou reagovat například na rozvod rodičů, zanedbání výchovy či týrání.

Život postiženým dětem ohrožuje nebezpečí otravy a vznik ileu, vzhledem ke konzumaci nestravitelných látek. Léčba se soustředí na vyšetření a posouzení etiologických faktorů, psychoterapii a práci s rodiči. V případě piky jako doprovodného onemocnění závažnější duševní choroby, je léčba zaměřena především na toto onemocnění (Hort, Vl. et al., 2000, s.282).

Matky je potřeba psychoterapeuticky podpořit v případě, že se cítí nejistě ve vztahu s dítětem, neví například, jakým způsobem si s ním hrát, jak k němu sociálně přistupovat. Někdy se ve své úzkosti z toho, že neví, co s dítětem dělat, příliš upínají na jeho správné jedení a posilují tak svou interakci s ním jen na komunikaci o jídle. Někdy se problémy v příjmu potravy v raném věku vyskytují u dětí, které mají kolem sebe více pečujících osob zároveň a tyto osoby udílejí dítěti různorodé pokyny co se jídla a jídelních zvyklostí týče.

Ráda bych zde vyzvedla **kojení**, tentokrát jako **zdroj „jistoty“** dítěte, která se vytvoří jako základní vývojový moment, během jednoho roku. I pro matku platí, že na ni kladně působí, dokáže-li toto svému dítěti dopřát a i ona nabývá skrze kojení vnitřní jistotu a upevňuje svůj vztah s dítětem.

Infantilní mentální anorexie

Zde se jedná o poruchu separace. Dítě se snaží prosazovat své autonomní potřeby a naráží přitom na přehnaně ochranný postoj svých rodičů, pečovatелů. Situace, které vyvolávají nejistotu jak u matky, tak u dítěte, jsou přesně ony spouštěcí mechanismy. Mluvíme zde především o problematickém odstavování, uprošování dítěte, přestarostlivé rituály kolem jídla, atd. Problém je pak řešen v oblasti jídla, kdy sledujeme tzv. přijetí a odmítání.

Poruchu, při které se objeví odmítání jídla, můžeme vysledovat i v případech, kdy je o dítě rozumně pečováno schopnými osobami. Dítě jí jen několik pokrmů, například různé typy ovoce a rohlíky a postupně dystrofizuje (úbytek svalové tkáně).

U osmi až čtrnáctiletých dívek byl popsán **syndrom spojený s pervazivním odmítáním jídla**. V tomto případě zde dítě odmítá nejen jídlo a pití, ale nepečuje o sebe a odmítá verbálně komunikovat. Tento syndrom bývá spojován s poststresovou situací a na organismus působí destruktivně jak biologicky, tak psychicky. Nejedná se zde o organickou, ani duševní poruchu, nejde ani o týrání nebo patologický vztah mezi dítětem a pečovatelem.

Projevovat se může i **nepřiměřenou vybíravostí v jídle**. Obě poruchy mohou být doprovázeny ruminací. Dítě hubne, strach se zvýšené hmotnosti projevuje nepřímo a vždy je narušena psychosociální adaptace.

Při terapii je preferována individuální a rodinná psychoterapie. (Hoeschl, C. et al., 2004, s.617). **Léčba** těchto dětských pacientů by se neměla soustředit pouze na symptomy, ale podporovat pozitivní sílu samotného organismu. Měla by být **hodnocena komplexně**, dle dopadu na emoční, sociální a kognitivní vývoj dítěte. Pokud je takové dítě přijato rodinou a má její podporu, výsledky terapie bývají příznivější. Nedílnou součástí je **psychoterapeutická práce s rodiči** a terapie dítěte za použití některých principů **kognitivně-behaviorální terapie**.

1.2 Etiologie, patofyziologie mentální anorexie

Mentální anorexie a mentální bulimie jsou poruchy, jejichž vzájemné propojení je velmi složité, protože se často mohou překrývat a liší se hlavně stupněm podvýživy a způsobem, který je v obou případech používán ke kontrole váhy. Poruchy příjmu potravy jsou důsledkem vlivu sociokulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů. Obě tyto poruchy se vyznačují strachem z tloušťky, který může být popírán nebo zaměňován za snahu jíst zdravě. Pokud pacient splňuje kritéria anorexie (rozhodující je zejména vyhublost) a současně se opakovaně přejídá, zvrací nebo bere projímadla jde o tzv. bulimický typ mentální anorexie. Zároveň tyto choroby patří mezi nejvíce život ohrožující psychosomatické stavy.

Rozšíření mentální anorexie v České republice je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde postihuje přibližně jednu dívku z dvou set (0,5%-0,8%). Určité příznaky mentální anorexie se však mohou vyskytnout až u 6% dívek na konci puberty. V současném světě manipulovaném médií a zjednodušenou představou o dokonalosti, za kterou není třeba platit, to není nic překvapivého. Dieta je stále větším počtem žen zaměňována za normální jídelní režim a jen málokterá dívka má reálnou představu o tom, kolik by měla vážit. Narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti lze proto pozorovat u deseti procent mladých žen. Strachem z tloušťky a nezdravého jídla je poznamenán i život mnoha dalších lidí, kteří nevědí, jak by měli „normálně“ jíst.

Šedesát procent českých středoškolaček není spokojeno se svým tělem a polovina z nich se přeje zhubnout. Redukční dietu drží asi dvacet procent šestnáctiletých dívek a kolem šedesáti procent děvčat se o ni už někdy pokoušelo. V USA a Kanadě má ve třinácti letech osobní zkušenost s dietami osmdesát procent dívek a deset procent chlapců (Krch, František, David, 2002, s.52).

Tato skutečnost je bezesporu důsledkem tlaku médií (zejména televize) a životní vzory současného člověka, kdy ideál krásy je vyhublý „heroinový“ nebo „dětský“ módní vzor. Častým zdrojem sebehodnocení dětí a adolescentů je srovnání s účastnicemi společensky i ekonomicky oceňovaných soutěží „miss“, kterých se v ČR mohou účastnit dívky od 8 let. Finále několika z českých soutěží krásy jsou natolik zajímavá, že jim televizní stanice věnují hlavní vysílací čas. Pacientky s poruchami příjmu potravy obvykle popírají vědomé přijímání reklamních vzorů, ale jejich přítomnost je zjevná v jídelních zvycích, kde přesně kopírují reklamou ukázané „zdravé“ prvky moderního životního stylu. Svou roli v tom jistě sehrály některé známé osobnosti, jako například princezna Diana, herečka Audrey Hepburnová nebo zpěvačka Karen Carpenterová. Dieta je přepych, a tak není divu, že jejími prvními oběťmi byly dívky z vyšších sociálních vrstev. Svět se ale změnil a tělesná vyhublost se stala významnou hodnotou i pro nižší socioekonomické vrstvy, jiné rasy a kultury.

V **minulosti**, již Galén používal termín anorexie jako absenci chuti k jídlu nebo odpor k jídlu, což bylo v jeho pojetí zapříčiněno špatným stavem tělesných tekutin. Takovýto výklad anorexie se až do počátku moderní doby téměř nezměnil. První popsané případy anorexie se datují do druhé poloviny devatenáctého století a jsou spojeny se jménem Wiliama Stouta Chipleyho, lékaře pro duševně choré v Kentucky.

Později o této chorobě psal francouzský lékař Louis-Victor Marcé jako o zvláštní formě hypochondrického deliria. O autorství prvního jednoznačného případu anorexie se dělí francouzský lékař Ernest-Charles Laségue (článek o „anorexia hystérique) a londýnský lékař Sir Wiliam Witney Gull (přednáška o anorexia nervosa). Anorexii však nebyla věnována potřebná pozornost ještě další desetiletí. Nebyla také považována jednoznačně za duševní chorobu. Zde bychom však měli rozhodně zmínit monografii J. Stavěla : Hlad, která vyšla v roce 1937. Již v této době se tento vědec ve své, na tehdejší dobu unikátní experimentální studii, zabýval výzkumem chování a problematikou instinktů v různých okolních podmínkách. Až ve čtyřicátých letech dvacátého století byla mentální anorexie znovuobjevena díky psychoanalýze a psychosomatické medicíně. Postupně se rýsoval podrobnější a celistvější obraz a od šedesátých let má mentální anorexie „ *pověst moderní a záhadné choroby*“ (Hoeschl, C. et al., 2004, s.610).

Pro mentální anorexii tedy platí typické vědomé odmítání potravy a tomu následné hubnutí.

1.3. Diagnostika mentální anorexie

Diagnostická kritéria mentální anorexie lze shrnout do tří základních znaků:

- 1/ strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;
- 2/ aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 85 % normální tělesné váhy s ohledem na výšku a věk, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 indexu tělesné hmotnosti);
- 3/ u žen porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky.

Problematickým kritériem je strach z tloušťky, který může být popírán nebo zaměňován za snahu jíst zdravě. A tak strach z tloušťky je přirozeně spojen i se zkreslenou představou o vlastním těle. Pokud pacient splňuje kritéria anorexie (rozhodující je zejména vyhublost) a současně se opakovaně přejídá, zvrací nebo bere projímadla, jde o takzvaný **bulimický typ** mentální anorexie (Krch, František, David, 2002, s.23).

1.4. Klinický obraz

Onemocnění začíná nejčastěji právě v adolescenci, nebo v období okolo puberty. Dívka si uvědomí, že má nadváhu, což může být v některých případech i pravda a začne držet dietu. Jako spouštěcí mechanismus většinou působí nevhodná poznámka důležité osoby z dívčina okolí, stejně jako traumatická situace, například rozvod rodičů či úmrtí blízké osoby.

Omezení se zpočátku týkají sladkostí a tučných jídel, postupně se však dieta stává více a více drastickou, mnohdy dojde i na omezování tekutin. V mnoha případech se můžeme setkat s **racionalizovanou snahou po tzv. zdravé výživě**, nezřídka je k vidění vegetariánství a makrobiotika. Dochází ke zneužívání laxantiv, anorektik a diuretik a excesivnímu cvičení, které je až nutkavé. Toto vše vede ve většině případů ke kachexii. Přítomny jsou samozřejmě i změny psychické, nemocní mají těžké deprese a neustálý pocit tloušťky.

Pocit hladu zcela vymizí a pacientky se začnou nápadně zaobírat jídlem, sbírají recepty a vaří pro ostatní členy rodiny, jsou experty na kalorickou hodnotu potravin. U mladších pacientů vidíme i omezování příjmu tekutin, trpí představou, že mohou přibrat napitím se vody, hořkého čaje či použitím zubní pasty. Dochází ke konfliktům s rodiči a vztahy v rodině se celkově zhoršují (Kocourková, J., et al., 1997, s.265).

1.5. Průběh, formy, komplikace, prognóza

Budeme-li se zajímat o **důsledky a nebezpečí**, musíme rozhodně zmínit fakt, že mentální anorexie je závažné onemocnění spojené s rizikem úmrtí. Mezi zdravotní důsledky nedostatečné výživy a vyhublosti patří závratě, poruchy koncentrace, těžká insomnie, podrážděnost, snížená citlivost v rukou a nohou, deprese, nehojící se infekce, podlitiny (tělo má sníženou odolnost proti poranění a také kosti nejsou obaleny tukem), nízká odolnost vůči chladu, na což reaguje tělo tak, že se pokryje vrstvou jemných chloupků; nízký tlak, nepravidelný srdeční rytmus, selhání srdce, dehydratace (hypokalemická alkalóza při zneužívání diuretik, laxantiv a navozeného zvracení), selhání ledvin z dehydratace a nedostatku draslíku, snížená tělesná teplota, zašedlá nažloutlá pleť, suché, lámavé vlasy. To jsou alespoň zhruba příznaky, které můžeme na

pacientovi s anorexií shledat, většinou již pouhým okem (Krch, František, David, 2002, s.40).

Mentální anorexie významným způsobem narušuje také psychickou pohodu, osobní a společenský život nemocného. Nedostatečný a chudý příjem jídla na sebe váže stále větší pozornost a zasahuje do každodenního života nemocnému. Anorektička si postupně zvyká na snížený energetický příjem, který je někdy spojený i s usilovným a nadměrným energetickým výdejem. Myšlenky na jídlo a nutkání jíst postupně přechází v křečovitou sebekontrolu a ta potom, v souladu se stupněm sebekontroly.

Nelze opomenout rovněž příznaky psychické. Poruchy příjmu potravy jsou totiž více než pouhý určitý systém jídelních návyků. Je to cesta jak se vyrovnat s bouřlivými pocity. Lidé trpící těmito poruchami jsou přesvědčeni, že jiný způsob neexistuje. Mnoho takových pocitů pramení z vnitřních konfliktů, které zažívají dospívající lidé. Na jedné straně touží po svobodě a samostatnosti, na straně druhé jsou stále ještě závislí a potřebují pomoc. Snaží se tedy kontrolovat alespoň nějakou oblast svého života, své tělo a postavu. Jde o jakousi tajnou nezávislost, způsob jak dosáhnout vlastního cíle, aniž by hrozil konflikt s rodinou.

Anorektičtí pacienti velmi často trpí depresemi, pocity beznaděje a zoufalství. Ty připisují tomu, že nejsou schopni zhubnout, pramení ovšem ze zcela jiných psychologických kořenů a zároveň jsou důsledkem špatné výživy.

Téměř 20% anorektiků splňuje v průběhu onemocnění kritéria velké **depressivní poruchy**. Někteří autoři pohlíží na toto onemocnění dokonce jako na sebevražedné chování nebo sebedestrukci. Postupně pacienti ztrácí zájem o okolí (kromě školního výkonu), projevuje se také zvýšená dráždivost. Depresivní porucha však může anorektickému chování rovněž předcházet. Pacientka může mentální anorexií reagovat na hluboký smutek a depresivní nálady, které již prožívala před nástupem hladovění.

Průvodním příznakem anorexie je i porucha v oblasti tělesného schématu, kdy si pacienti i přes svou extrémní vyhublost nadále připadají tlustí a drží proto diety. Často hovoří o strachu z toho, že kdyby trošku přibrali, váhový přírůstek by nadále pokračoval až do extrémní obezity.

Co se týká **osobnosti** anorektických pacientů, mnoho výzkumů ukazuje, že vykazují více neuroticismu, introverze a úzkosti. Typická anorektička je dívka zaměřující se na dosažení vlastního úspěchu, dívka, která respektuje společenské normy a rodičovské hodnoty, postrádá však fantazii, vynalézavost a nezávislost. Je to dívka se silným

negativním sebehodnocením a strachem z přizpůsobování se dospělosti, novým vztahům a cílům. Kontrolou a snižováním své tělesné hmotnosti získávají anorektičky pocit nadřazenosti nad ostatními lidmi. V jejich kontrole jakoby nacházely cestu jak řešit ostatní otázky, čím více se však soustředí na svou váhu, tím více odsouvají zároveň ostatní problémy stranou a oddávají se vítěznému pocitu kontroly nad vlastním tělem. Dívky, které jsou za normálních okolností plaché, jsou během onemocnění mentální anorexií bojovné a neústupné. Nemalou roli hraje typické **rodinné prostředí** (Hort, Vl. et al., 2000, s.265).

1.6 Rodinné faktory

Problém vzájemných vazeb v rodině je jedním z klíčových problémů, kterým se je potřeba zabývat u pacientek s diagnózou mentální anorexie. Utajená pravidla a vzorce chování jsou totiž jednou z příčin, kvůli kterým potíže začínají. To, co se v danou chvíli odehrává mezi členy rodiny, má mnohem více úrovní, než je napovrch vidět. K vidění je vlastně jen symptom dítěte – tedy somatoformní potíže. Ale je velmi důležité vědět, že často tento symptom drží v dané chvíli rodinu, která by se jinak mohla i rozpadnout. Významnou postavou celého procesu je právě otec. Ne že by matka nebyla důležitá, ale v těch případech, kde se otce podařilo získat ve prospěch dcery, byla terapie úspěšnější, než když otec vůbec nebyl k dispozici, nebo se nijak během terapie neproměnil. Zatímco ještě nedávno dávala dcera přednost matce a otec v jejich ženské intimitě spíš překážel, náhle je to on, kdo může nejnadhěji dopomoci jejich oddělení tím, že se pevně a s láskou ujme obou, každé jiným způsobem. Většina citovaných prací se shoduje v tom, že matky hovoří se svými dětmi více než otcové. To samo o sobě nic neznamená, proto se badatelé zaměřili na další rozdíly. Oba rodiče nepochybně svůj jazyk přizpůsobují věku dítěte, oba mají na jeho vývoj vliv, ale jsou-li s dítětem společně, zaujímají brzy oba svou specifickou roli a polarizují se. Polarizace v rodičovském páru je systémová vlastnost, kterou nelze zachytit ani ovlivňovat při individuální práci s kterýmkoliv, ale vždy jen jedním členem rodiny. Zatímco specifická role matky tkví nejspíš v poskytnutí pocitu bezpečí a vyhýbá se destabilizaci, otec nejčastěji povzbuzuje dítě k dosažení úspěchu vlastními silami i za cenu přechodného selhání. Dcera potřebuje být otcem přijatá jako dospělá žena, být ujištěna, že je v pořádku taková, jaká je, mužskými očima. Jestliže to od něj uslyší a zřetelně pocítí, uvěří, že je na tomto světě jako žena v pořádku a že mužský svět není jen místem

nebezpečné agresivity, ale že muži mohou toutéž agresivní silou zajišťovat také mocnou ochranu a poskytovat rychlá silová řešení v náročných situacích. Otec potvrdí její čerstvou a dosud nejistou oddělenost od matky, její samostatnou individualitu, když ji neztotožňuje bezduše s matkou v dobrém ani ve zlém (Trapková L. et al., 2004, s. 118).

1.7. BULIMIE

Někdy bývá velmi těžké oddělit od sebe mentální anorexii a mentální bulimii, protože se mohou střídat jako fáze v rámci jednoho onemocnění. Budeme-li se zabývat **bulimií jako samostatnou kategorií**, uveďme nyní její **definici a nejtypičtější projevy**. Definice bychom v literatuře našli mnoho, všechny se však v zásadě shodují, přední odborník na poruchy příjmu potravy Doc. Krch postihuje mentální bulimii takto: *„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti*. Jak Krch dále uvádí, pomineme-li ojedinelé a neurčité zmínky z dob Hippokrateových, novodobá historie tohoto onemocnění začíná až v roce 1979 a je spojena se jménem anglického psychiatra Gerarda Russella. Ten po svém pozorování publikoval a navrhl tři **základní diagnostická kritéria** pro vymezení bulimie (silná a nepotlačitelná touha se přejídat, snaha zabránit „tloustnutí“ vyvoláním zvracení nebo nadměrným užíváním purgativ nebo obojím, chorobný strach z tloušťky), která byla v roce 1980 převzata Americkou psychiatrickou komorou zhruba v následující podobě A/ opakované přejídání, B/ neustálé zabývání se jídlem a neodolatelná touha po něm, C/ snaha potlačit účinek jídla vyprovokovaným zvracením, zneužíváním projímadel či diuretik, D/ pocit neustálé tloušťky a obava z tloustnutí (Krch, František, David, 2003, s. 19).

Klasické bulimické chování doplňují velmi často bulimičtí pacienti přehnaným a záchvatovitým cvičením, které si ordinují jako trest za to, když zkonsumují jídlo, se kterým vnitřně nepočítali. Svou snahu o kontrolu váhy mohou navíc doplňovat krátkodobými hladovkami.

U všech poruch příjmu potravy je možno zaznamenat v té či oné podobě zájem o postavu a vzhled, nejvíce se však těmito problémy zabývají bulimičky. Snaží se vypadat a působit jako úspěšné a dokonalé ženy. Obvykle to i bývají **ženy úspěšné v práci, ve studiu i společensky**.

V jejich chování i zevnějšku nemusí být patrný žádné známky poruchy příjmu potravy. Pokud se právě nepřejídají, mohou být jejich jídelní návyky zcela normální. Vedou však

neustálou bitvu s emočním hladem, který se snaží utišit tím, že jedí velké množství jídla, někdy až 10 x více než je běžná porce.

Každý se občas přejí, bulimičky ovšem takto činí alespoň jedenkrát týdně, **záchvaty mohou trvat několik hodin ale i dní**. V této době bulimičky jedí taková jídla, kterým se normálně, ve své dietě vyhýbají, nejčastěji se jedná o sladké. Spořádají např. tři obědy nebo si v každém obchodě koupí nějakou dobrotu a tu rychle zkonsumují. Následně nato však pocítují zoufalou úzkost, aby neztloustly a přinutí se jídlo vyzvracet. Tím opět získávají samy nad sebou kontrolu. Zároveň se snaží tomuto pokušení ubránit, *„jídlo schovávají samy před sebou, zamykají ho, snaží se nemít doma vůbec nic k jídlu, znehodnocují potraviny tak, že je polijí prostředkem na mytí nádobí nebo je pohrbí pod odpadky v koši. Jakmile však pocítí potřebu se přejíst, vždy si dokáží jídlo sehnat, najdou schované zásoby, očistí a omyjí jídlo, které se snažily znehodnotit, prohrabou odpadkový koš“* (Kranzová, Rachel, 1997, s. 85).

Asi čtvrtina až polovina anorektiček má ve své anamnéze alespoň krátké časové období bulimie. Zdůrazněme, že tyto psychosomatické potíže se tolik šíří zvláště v posledních letech, hlavně díky **vzrůstajícímu tlaku na udržování štíhlosti**. V neposlední řadě je však důvodem i fakt, že se o této chorobě tolik píše a mluví. Dívkám je tak prezentován v podstatě návod, jak „váhu kontrolovat“ - přestože patologický - to si však dívky neuvědomují v plném rozsahu. Opomíjejí nebezpečí pramenící z této choroby.

Oproti anorexii nedochází u bulimických pacientů ke znatelným fluktuacím váhy, přestože se snaží udržet si svou váhu pod hranicí, kterou si sami určili. **Rizikové jsou skupiny pacientek**, u kterých je udržení si váhy nezbytné pro vykonávání jejich profese, např. krasobruslařky, tanečnice, atd. (Hana Papežová et al., 2006 s.128).

Prognóza je u bulimie příznivější než u anorexie, vyléčí se zhruba 80% pacientů, kteří zahájí léčbu.

Rozšíření mentální bulimie v České republice je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde patří mezi nejčastější onemocnění mladých žen. Na základě různých studií můžeme předpokládat, že mentální bulimií u nás asi trpí každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena. Narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti lze však pozorovat až u deseti procent mladých žen (František David Krch, 2003, s.34).

Typicky se tato porucha vyvíjí v **adolescenci a rané dospělosti** po neúspěšných dietách, kdy pacient objeví, že zvracením, následným hladověním nebo neúměrným cvičením může kompenzovat záchvaty přejídání a následně tak kontrolovat svoji váhu. Zatímco anorexie se objevuje zejména v rodinách středních vrstev, bulimii můžeme vysledovat na všech sociálních úrovních. Co se týče **typologie**, bulimičky jsou většinou atraktivní, úspěšné ženy, které zdánlivě nemají žádné problémy s tělesnou hmotností. Často se porucha objeví v době nějaké změny, např. stěhování, ukončením nebo začátkem vztahu, změnou rodinné situace. Nová úzkost vyvolá sérii záchvatů přejídání. Ve svém životě jsme mnohdy vystaveny napětí, bulimičky však nebyly vychovány tak, aby úzkost, stres a napětí zvládaly. Mají představu, že musí splnit očekávání rodičů, být vždy úspěšné a veselé nebo dokonce dokonalé. V rodině se naučily, že pochybnosti, strach a obyčejná lidská selhání jsou nepřijatelná a proto hledají způsob jak podobné situace **zakrýt a být stále dokonalé**. Pocit úzkosti je sám o sobě nepříjemný, o to více, když se ho snaží zakrýt a vypadat klidně. „*Přejídání a pročišťování může za těchto okolností vypadat jako dobré řešení.*“ Často pochází z rodin, kde se klade velký důraz na vnější dojem.

Zaměříme-li se na **následky** takového konání, které můžeme vyzorovat v oblasti **tělesné**, musíme se v první řadě soustředit na vyprazdňování žaludku, které je největší zdravotní komplikací výše zmíněné poruchy. Zvracení může mít orální nebo esofageální (jícnové) následky. Mezi **orální** následky patří cheilosis, bolesti hltanu a ztráta emailu z povrchu zubů, což je zřejmě obojí způsobeno opakovaným stykem daných povrchů s kyselým obsahem žaludku. Pacienti si často ztěžují na citlivost zubů na studené či horké jídlo. Výskyt zubních kazů je zřejmě odrazem záliby bulimiků ve sladkostech. Mezi nepříjemné důsledky zvracení patří otoky slinných žláz pod čelistí, které umocňují dojem opuchlého, kulatého obličeje. Objevují se asi u třetiny postižených. Zpočátku občasné otékání se s postupující chronickou bulimií stává trvalým.

Dalšími nejvíce postiženými místy gastrointestinálního traktu u bulimiků je **jícen** (esofagus) a **tračník**. Pacienti jícnové komplikace špatně snášejí, stěžují si na dyspepsii, dysphagii (obtížné polykání) nebo hematemmesis (zvracení krve), což je většinou následkem esofagitidy (zánět jícnu). Může také dojít k spontánnímu výtoky obsahu žaludku, způsobenému ochabnutím dolního jícnového svěrače po měsících opakovaného zvracení.

Někteří pacienti vyvolávají zvracení vsunováním prstů do krku a může u nich následně docházet k obroušení hřbetu ruky (Russellovo znamení). Jiní pacienti používají lžičky nebo kartáček na zuby, některým stačí pouze pootočit hlavu a již spontánně zvrací. Používají také různé chemické látky, jako např. mýdlové roztoky či vysoké dávky acetaminofenních látek.

Vnitřní a systémové komplikace má za následek zejména zneužívání **diuretik**. Tato metoda není sice příliš častá, ale diuretika se dají poměrně lehce vyzískat od více lékařů a zvyšuje se tak jejich dostupnost. Následky pak mohou být spojené s defekty srdeční vodivosti a arytmií. Bulimici užívají také **dietní prášky**, tzv. pilulky na hubnutí. Tyto přípravky způsobují úbytek váhy zvýšením bazálního metabolismu, což má za následek zvýšený krevní tlak, bušení srdce, záchvaty, vyčerpání ledvin, bezvědomí. Příмым následkem **užívání projímadel** jsou střevní potíže. I když je tato metoda neúčinná, neboť absorpce kalorií probíhá v proximálním gastrointestinálním traktu (zažívacího traktu), je mezi pacienty poměrně frekventovaná. Prakticky dochází při této metodě k dehydrataci, jež dává pacientovi falešný pocit úbytku na váze. Komplikace po užívání projímadel jsou různé. Silný akutní průjem způsobuje hyperchloremickou metabolickou zásaditost.

Chronický průjem, při opakovaném užití projímadel může vyústit až v hypochloremickou, hypokalemickou metabolickou alkalosis, způsobenou vyčerpáním draslíku spolu s vyčerpáním tekutin. Ztráta normální funkce střev může být tak závažná, že jediným léčebným řešením se může stát colectomie.

Jako další komplikace byla popsána spontánní pneumomediastinum, pneumonie vyvolaná zvracením a propad mitrální chlopně. V případě těhotenství je u bulimiček dvakrát větší riziko ztráty plodu a novorozenci mívají nízkou porodní váhu. Prevalence bulimie je zvýšená u diabetiků závislých na inzulínu. Tito pacienti mohou omezovat injekce inzulínu s cílem vyvolat diuresis (močení) a úbytek váhy (František David Krch, 2003, s. 30).

Při výše zmíněném popisu tělesných obtíží však nezapomínejme na to, že bulimie je nemocí diagnostikovanou mezi psychiatrickými nemocemi, mezinárodní klasifikací nemocí 10. revizí MKN-10 jako diagnosa F50.2. Z tohoto důvodu nesmíme opomíjet **psychické a sociální obtíže**, které významně narušují osobní i společenský život nemocného. Jak fyzické problémy tak i neustálý hlad a pozornost věnovaná jídlu na sebe upoutávají pozornost a zasahují do každodenního života. Pocit viny, navozený

neschopností ovládnout se, či nemožností najít se a zhubnout, je všudypřítomný. Objevuje se deprese, úzkost, opakující se pocity selhání. Většina depresivních příznaků je zde spojena s obavami o postavu, hmotnost či příjem potravy. Bulimičky cítí vinu, nejsou-li schopné zhubnout či kontrolovat příjem tak, jak by si přály. Dochází u nich k vzrůstu zájmu o vlastní osobu a vlastní problémy - **egocentrismus**, vše se „točí“ okolo jídla, nemocný již není schopen věnovat se jiným věcem a najít v nich uspokojení. **Mezi pocity převažuje sebelítost**. Toto vše se odráží na vztahu k ostatním lidem. Důsledkem dlouhodobých neuspokojivých společenských vztahů je osamělost. Právě ta spolu s depresí vede ke zvýšené možnosti nepřiměřených reakcí. *Na počátku i na konci bulimie je nejistota*, díky které se dívky začnou zaobírat tím, jak vypadají, co by se dalo vylepšit, neměly by zhubnout, něco změnit? Pravděpodobným vyústěním této snahy je dieta. Ve většině případů však vše nepostupuje dle přání a tak se opět objevuje nejistota. Příznačné je, že pacientky pociťují nejistotu i v jiných oblastech života.

Svou potřebu vyniknout proto kompenzují potřebou být dokonalý alespoň v něčem jiném.

Přílišná touha po dokonalosti pak jen zvyšuje riziko selhání. Postižená tak žije plna úzkostných prožitků a příznaků vázaných na tělesný vzhled, plna obav ze selhání, nedostatků a nedokonalosti i v jiných směrech. Žije v neustálém napětí, stavy podrážděnosti jsou provázeny tělesnými obtížemi, jako je již zmíněné bušení srdce, bolavý žaludek či pocení.

Nutně tak dochází k narušení i v oblasti sociální. Neustálé utajování jídelních návyků, přejídání a následné zvracení vede ke konfliktům a pozdějšímu uzavírání se před okolím. Jejich rozpoložení i styk se společností probíhá v závislosti na tom, jak se jim povedlo zhubnout a jak jsou spokojeny se svou postavou. Docent Krch postihuje psychické a společenské důsledky bulimie komplexně ve své knize, jmenujme tedy alespoň ty základní, jako je pokleslá, depresivní nálada, přibývání nejistoty a úzkosti, rostoucí nutkání přejídat se, egocentrismus, snížený zájem o okolí a naopak vzrůstající zájem o vše okolo jídla, zhoršená koncentrace i pracovní tempo, úbytek společenských kontaktů a přibývání konfliktů s okolím.

1.8 OBEZITA

Lidské tělo je dobře uzpůsobeno ke skladování energie. Tato naše obdivuhodná schopnost má **kořeny v minulosti**, kdy naši předkové prožívali období hojnosti, která se pravidelně střídala s obdobími nouze. To bylo možné přečkat jen díky nasrádané energii v tukových zásobách. Obezita byla projevem bohatství, úspěchu, dokonce i zdraví. Svědčila o tom, že člověk je blahobytný, netrpí nouzí a nemusí tělesně pracovat. Bývala však spíše vzácností. Většina lidí bohatá nebyla, sotva se jim dostávalo prostředků na běžnou obživu a každodenní náročná tělesná práce všechnu energii spotřebovala. Při každodenní dřině a práci na poli spotřebovali daleko více kalorií, než normálně pracující člověk dnes, kdy většina z nás může jíst více než potřebuje. Všichni víme, co pojem obezita obnáší a někteří jsme i na vlastní kůži pocítili skličující pocit, když se nám děti smály a posměšně si na nás ukazovaly. V naší společnosti působí **obezita jako stigma**. V USA, kde byli doposud k obezitě daleko benevolentnější, a kde najdeme zvláště na jihu území případy nezměrné obezity, si tento problém začínají uvědomovat stále citelněji a hledají akutně způsoby jeho řešení.

Za své kilogramy navíc platíme už jako děti nepřátelstvím a úšklebky ostatních vrstevníků. Tento předsudek přetrvává do dospělosti. Ve srovnání se štíhlými bývají silní lidé pokládáni za méně aktivní, méně inteligentní, méně pracovitě, méně úspěšné, méně sportovní a méně oblíbené. Nadváha je jednoduše vnímána jako porušení ideálu sebezapření, jako oslabení sebekontroly. „*Jako obezita je označována nadváha převyšující ideální váhu určenou podle výšky, věku a pohlaví na základě stanovených kritérií.*“ **Kritéria** jsou v tomto případě různá, jedna z teorií používá termín obezita v případě, že nadváha přesáhne o 20% ideální váhu, která je v tomto případě vypočtena podle věku, výšky a pohlaví, tzv. Quetelův index (BMI), který získáme podělíme-li váhu v kilogramech výškou v metrech na druhou. Takto by ideální hmotnost měla činit 20-25 BMI, ovšem týká se to pouze věku osmnácti let a výše. U dětí a dospívajících má ideální hmotnost nižší hodnoty. U jiné teorie se setkáme s definicí ideální váhy používající tzv. Brockův index, který se vypočítává jako výška v centimetrech mínus sto. V současnosti se odečítá ženám 5% a mužům 10%, jelikož hodnota je příliš vysoká. Teorií je více, ani jedna však nerozlišuje rozdíly v konstrukci kostry, podílu svalů a rozdělení tělesného tuku. Vhodné k měření obezity se jeví změření kožní řasy na

předloktí, tím získáme údaj o nadbytečném podkožním tuku (Hort, Vl. Et al., 2000, s. 277).

Soudě podle mnoha výzkumů a údajů z posledních let, **výskyt obezity stoupá**, hlavně v ekonomicky rozvinutých zemích. Na její nástup mají vliv nejen dědičné předpoklady, ale také to, že lidé jedí příliš mnoho energeticky bohatých potravin, zejména tuků. Přestáváme se také pohybovat. Jen málokdo má dnes tělesně náročnou práci. Selhává především životní styl rodiny.

Výzkumy hovoří o nárůstu obezity zhruba u třetiny populace, nejméně 15-20% dětí a mladistvých trpí nadváhou. Při obezitě jednoho z rodičů, stoupá riziko na 40%, v případě obou rodičů je to 80%. V západních zemích se nadváha vyskytuje více u nižších sociálních vrstev, v jiných zemích, např. Indii je naopak známkou dobrého sociálního postavení (Alena Šafránková et al., 2006, s.70).

Nejnižší výskyt obezity je v severní Evropě, Nizozemí a Francii. Toto souvisí zejména s pohledem na ideál krásy, který se v západních zemích čím dál více spojuje se štíhlostí. Mladí lidé na každém kroku vnímají vyhublé modely současného módního trendu a uvědomují si, že pokud chtějí být „in“ a „jít s dobou“ pak rozhodně dostatečně hubení či dokonce vyhublí.

Problematika obezity není problémem jednoho specifického oboru, je záležitostí několika medicínských oblastí, a to hlavně vzhledem k následkům, které způsobuje. Obezita má na svědomí řadu onemocnění, např. diabetes mellitus, dnu, cholelitiázu, pankreatitidu, hypertenzi, aterosklerózu, degenerativní onemocnění kloubů a páteře, křečové žíly (varixy) a trombózy (TEN), deprese, nízké sebehodnocení, ekzémy, kýly, nádory. Zasahuje i do dětské a dorostové psychiatrie (Hort, Vl. Et al., 2000, s.277).

Psychika se podílí na rozvoji obezity například formou přejídání, jako reakcí na stres či psychickou zátěž. Opačně pak obezita přináší mnoho problémů zdravotních i sociálních, které zapříčiňují **psychické problémy**. Obézní děti často trpí sociální izolací, jsou handicapovány ve sportovních činnostech a tělesné zdatnosti, která je v dětské populaci tolik oceňována. Z toho plynou následné pocity méněcennosti a **sníženého sebehodnocení**. Těmto pocitům dotyční čelí přejídáním a jakousi kompenzací, kterou nacházejí v jídle, bludný kruh obezity se tak uzavírá. Vývoj osobnosti je u takovýchto dětí nevyvážený, s infantilními rysy, jsou více závislí na svých blízkých a mají problémy se separací.

Při vzniku a rozvoji obezity má vliv **dědičnost a genetické faktory**. Stále více se hovoří a poukazuje na rodinné zvyky v oblasti jídla a jídelních návyků a životní styl vůbec.

Obrovský vliv má v tomto případě stav výživy ve velmi raném dětství. Tukové buňky se totiž tvoří hned od počátku, v závislosti na **nadměrném příjmu potravy**. Jakmile se tukové buňky jednou vytvoří, již nezmizí, pouze se méně či více naplňují. Díky tomu je někdy tak těžké zhubnout díky všemožným redukčním dietám, po kterých se často vše navrátí do původního stavu, či naopak jedinec je v závěru ještě o několik kilogramů těžší.

Není to však pouze záležitost tukových buněk, k obezitě vede samozřejmě také malá tělesná aktivita a nadměrný přísun energie v potravě. V této souvislosti je užitečné zmínit, že byla mezi obézními vyzorována prevalence záchvatovitého přejídání, které stoupá s rostoucí hmotností. Toto bylo vyzorováno u obézních, kteří se zúčastnili nějakého redukčního programu. K **tělesné aktivitě a sportu** je jedinec veden rodinou, na které v tomto ohledu hodně závisí. Zde je alarmující fakt, že volný čas dětí ovládla televize, video a počítačové hry, přepravujeme se osobními auty a přirozený pohyb přestal být základní součástí našeho života. Nejen jednotlivé rodiny, ale i společnost jako taková by se měla více soustředit na vylepšení jídelních návyků a kulturního vlivu na mladistvé vůbec. Nemohu nevzpomenout naše prarodiče a i některé rodiče, kteří nás již od narození činí náchylnými k přejídání a následné obezitě. Přetrvává u nich představa, že tlusté dítě je zdravé dítě. Odměňují děti, když vše rychle snědí a jako nejlepší odměnu za jakoukoliv negativní emoci považují „něco sladkého“.

V rodinách obézních dětí můžeme často najít dominantní úlohu matky a slabého otce. V adolescenci k tomu přibývají problémy s opačným pohlavím, obézní se špatně seznamují a těžce navazují partnerské vztahy. Tyto neúspěchy posilují pocit méněcennosti, viny a snaha o redukci váhy může snadno vyústit až do mentální anorexie nebo mentální bulimie.

K té se zpravidla propracují skrze **diety**, které neustále drží, a které většinou nepřinášejí žádný trvalý úspěch. Naopak všechny tyto bleskové diety jsou pro organismus škodlivé. Vycházejí z přesvědčení, že hlavním problémem je množství a druh potravin. Diety jsou však výbornou metodou, jak na váze přibrat. Z dotyčného se stane člověk, který se jídla bojí, stane se jeho úhlavním nepřítelem. Před jejím zahájením sní vše, co si již v budoucnu nebude moci dovolit. Poté rozděluje jídlo na potraviny, které smí a které

nesmí a vnitřně tak bojuje se svou touhou. Veškeré jeho myšlenky se točí kolem jídla. Z toho důvodu nakonec jí dvakrát tolik co předtím, avšak „povolené potraviny“. Zprvu vítězí, po krátkém čase však začne švindlovat, až v závěru dostane záchvat žravosti a nacpe se vším zakázaným, až se mu dělají boule za ušima. Během tohoto záchvatu sní vše, co zameškal i něco do zásoby. Z jídla však nemá žádný požitek, neboť pocítuje velké pocity hněvu a viny. Po takovém záchvatu se dotyčný cítí vinen a dává si předsevzetí, že bude své jídelní návyky kontrolovat ještě snaživěji. Zná pouze dvě možnosti: dietu nebo nutkavé přejídání, při kterém ztrácí jakoukoliv kontrolu. Zapomíná však na to, že problémem není typ jídla, ale způsob, jakým se jí. Každý druh jídla může vést po určité době k nadváze, když se jí v nepřiměřeném množství nebo když někdo jí, ačkoliv nemá vůbec hlad. Pouze tehdy, převezmeme-li za své jednání, myšlenky a pocity zodpovědnost, máme možnost něco ve svém životě změnit. Je nutné, abychom akceptovali, že jsme to my, kdo si přivodil nadváhu a že si ji také pouze sami můžeme odbourat a dosáhnout takové hmotnosti, jakou si přejeme. Všichni máme nějakou strategii, jak zacházet se zklamáním, strachem zlostí nebo pocitem nudy. Někdo používá alkohol nebo tabletky, někdo nadměrně pracuje, někdo spí. Obézní lidé si zvolili jídlo. Zde jsou klasické situace, kdy je **jídlo dosazováno jako prostředek** k tomu, abychom se cítili lépe, jsou to například chvíle, kdy se cítíme depresivní, něčeho se obáváme, jsme rozhněvaní, odmítnutí, osamocení, nudíme se, jsme smutní, napjatí, rozčilení, nemůžeme někoho vystát, jsme šťastní, cítíme se provinile, jsme v rozpustilé náladě, či naopak ve stresu, rmoutíme se, pohádáme se s partnerem, cítíme se nevyužití, máme neúspěchy, čekají nás nepříjemné úkoly, chceme-li někomu dokázat, že o nás nemá rozhodovat, chceme-li se za něco odměnit, atd... Často máme určité potraviny, které nám rodiče dávali v dětství za odměnu a my je i dnes používáme k navození podobných příjemných pocitů. Přestože léčba obezity je velmi obtížná, je velmi snadná prevence na podkladě autoregulačních režimových opatření.

1.9 Terapie

V předchozích částech této práce jsme si vysvětlili, co jsou to poruchy příjmu potravy, které a proč se nejčastěji vyskytují, jaké jsou rizikové faktory vzniku těchto poruch a proč se tato problematika týká mnohem častěji žen, než mužů. Nyní pojednáme o způsobech léčby těchto poruch a jejich výhodách a nevýhodách. Ještě než si probereme jednotlivé možnosti léčby, pokusím se nastínit jeden z největších problémů u poruch příjmu potravy, kterým je otázka motivace.

1.9.1 Motivační terapie

Otázka motivace je u pacientů s poruchami příjmu potravy velmi obtížná. Celý problém se dá velmi stručně vystihnout následovně. Dívka chce být atraktivní a štíhlá, zatím stále ještě nemá náhled na to, že její štíhlost je již extrémní a přináší jí zdravotní komplikace. Terapeuti a veškerý personál dělá vše pro to, aby přibrala. Může potom hodnotit jejich chování jako pro ni přínosné? Pakliže se jde dívka s poruchou příjmu potravy léčit, je to mnohdy na nátlak okolí (rodičů, přítele, kamarádů). Při léčbě se pak vyskytuje různé podvádění a odmítání terapeutického režimu. Tomu má částečně zabránit tzv. terapeutická smlouva, která je v mnohých zařízeních nezbytnou podmínkou pro přijetí do léčebného režimu. Tato terapeutická smlouva seznamuje pacientku s jejím onemocněním, léčebným režimem a terapeutickým programem. Je užitečná zejména v těchto situacích: spory mezi pacientkou a personálem (např. o nutnosti přidavků), motivační krize, zvažované ukončení léčby terapeutickým týmem (nedodržení smlouvy je důvodem k propuštění).

U některých pacientek trpících anorexií funguje jako motivační prvek skutečnost, že bude-li nemoc pokračovat, nebudou schopné mít děti. V konfrontaci s tímto zjištěním se jí dostává náhledu na vážnost onemocnění.

I když se dívka rozhodne pro léčbu na oddělení, není vyhráno. Často se vyskytují různé podvody, kdy se dívky snaží schovat jídlo do květináče, či do kapsy (převážně anorektické pacientky). Nebo naopak propašovat další jídlo na oddělení (v případě bulimických pacientek). Též vzniká pochopitelný odpor vůči terapeutům a dietním sestřám (popř. dalšímu personálu). Dívky často říkají, že se chtějí naučit jíst více, ale ne až zas tak mnoho. Terapie je proto v určité fázi pro nemocného (a často i terapeuta,

který preferuje motivovaného pacienta a výběrově interpretuje problém v souladu se svojí zkušeností a výcvikem) bolestivá. Přimět pacienta k nezbytným behaviorálním změnám, které jsou zpravidla možné jen v určitém kognitivním kontextu, je zpravidla podmíněno změnou relevantních postojů a očekávání. Pro-motivačně působí, když terapeut pochopí a přijme význam, jaký má choroba pro pacienta, vyjadřuje přijetí a potvrzení klienta, zdůrazňuje pro-motivační prohlášení klienta a nikoli tvrzení anti-motivační, svými reakcemi vede klienta k vyjádření pro-motivačních myšlenek, přizpůsobí terapeutický proces momentálnímu stupni stupni motivace a zdůrazňuje klientovi možnost svobodné volby. Negativně, antimotivačně působí terapeut, který nadměrně konfrontuje, podmiňuje přijetí „správným“ rozhodnutím, interpretuje a hraje roli „experta“, který ví, co má klient dělat. Motivační terapie je krátkodobá (typicky čtyři sezení) a je součástí terapeutických programů. Zásadám motivačního přístupu lze naučit rodinu, v rodinné terapii nebo ve svépomocných skupinách. Na všech stupních léčby je nutná psychoedukace (poučení o povaze nemoci, následních hladovění a diet a o možnostech léčby). Kvalifikovaná intervence je podmíněna i charakteristikami terapeuta, znalostmi o psychodynamickém rozvoji konfliktu, kognitivním vývoji, psychologických obranách, o aktuální i vývojové roli stresu a traumatu, komplexnosti rodinných vztahů. Při neúčinnosti jednodušších, časově limitovaných přístupů, přidáme další terapeutické modality. Léčba trvá jeden rok pět až šest let, někdy i déle (Papežová, 2006, s.133).

1.9.2. Psychoterapie

Psychoterapie je základem léčby poruch příjmu potravy. Zaměříme se na konkrétní psychoterapeutické metody, které jsou nejčastěji používány při léčbě poruch příjmu potravy.

Ačkoliv budeme pojednávat o jednotlivých terapeutických metodách a směrech zvláště, je nutné připomenout, že jedině kombinací metod a směrů dosáhneme pokroku při léčbě.

Slovo psychoterapie je složeno z řeckých slov „psyché“ a „therapón“. „Psyché“ původně znamenala duši ve významu životní síly mající zdroj sama v sobě.

J. Vymětal definuje psychoterapii následovně: *„Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny, a tak podporuje uzdravu či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví.“* (Vymětal, 2003, s. 301).

Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem. Komunikace zde znamená sdělování významů v interpersonálním kontextu s cílem ovlivňování druhého a navozování žádoucí změny.

Psychoterapeutický vztah je vytvářen chováním terapeuta, které odpovídá jeho osobnosti a přístupu jež zastává. Vztah může být více nebo méně expertní, více nebo méně osobní, ale ve všech možných podobách vztahu musí být vztah syčen důvěrou pacienta v terapeuta i léčbu a naději ve změnu k lepšímu. Dále zde platí principiální rovnost vztahu v terapii, vyplývající z obecně lidské interpersonální situace, kterou psychoterapie je.

Psychoterapie v ambulantních podmínkách je individualizovanější, více závislá na postojích pacienta a jeho motivaci. Psychoterapie může být krátkodobá či déleodobá, s limitovaným či otevřeným koncem. Psychoterapeutické programy v kontextu hospitalizace a stacionární léčby představují většinou strukturované terapeutické prostředí, integrující režim zaměřený na behaviorální zlepšení stavu a metody podporující ego funkce a posílení sebeporozumění. Při výběru psychoterapie je potřeba

přihlédnout i k fázi onemocnění, především u Anorexia nervosa během realimentační fáze je účinnost psychoterapie problematická. Pacientky v období hladovění mají často problémy s koncentrací, rigiditou a obsedantním myšlením. Samotná psychoterapie u vážně podvyživených pacientek je nedostatečná, doporučuje se až při postupném nárustu váhy. Sestra dohlíží na každé jídlo, které má pacientka pozřít. Pacientky nekrmí násilím (vyjímkou je kritická hranice tělesné hmotnosti, kdy se používá krmení sondou nebo infúzní terapie, která se obvykle provádí na jednotkách intenzivní péče). Sestra velmi bedlivě sleduje, zda pacient jídlo odmítá, zvrací nebo rafinovaně schovává. Musí se obrnit velkou trpělivostí, protože pacienti se loudají s jídlem apod. Pokud sestra nachytá pacienta, jak schovává jídlo, neměla by se na něho rozčilovat, neměla by vyčítat. Trpělivě by měla trvat na tom, aby pacient jídlo snědl. Sestra sleduje vedlejší účinky léků.

Do léčebného režimu je zařazena individuální a skupinová psychoterapie, relaxační cvičení, léčebná tělesná výchova, arteterapie a další psychoterapeutické techniky. Na některých psychoterapeutických technikách a pohovorech se může podílet sestra. Je vhodné, aby měla psychoterapeutický výcvik, nebo výcvik například v relaxačních technikách (Marková, 2006, s.290).

Terapeutické metody:

- ❖ Z psychoterapeutických metod byla nejlépe zkoumána účinnost klasické **kognitivně behaviorální terapie**, která pracuje s motivací, terapeutickými a interpersonálními vztahy a emočními reakcemi na ohrožení. Jsou vhodné i pro pacientky s osobnostními problémy a atypickými rysy či “speciálními potřebami” (atypickým věkem, pohlavím, kulturně či váhově). Umožňuje identifikaci a změnu patologických myšlenkových a postojových schémat.
- ❖ **Interpersonální terapie**, určená původně k léčbě deprese, se na jídlo nezaměřuje. Identifikuje vztahové problémy, které vedou ke vzniku poruchy příjmu potravy, nebo je udržují. Tato metoda je vhodná u Anorexia nervosa s přetrvávajícími příznaky, při aktuálních psychologických problémech (vztahové problémy, nízké sebevědomí a nízká frustrační tolerance) v rámci prevence relapsu.
- ❖ **Dialektická behaviorální terapie** byla navržena pro Bulimia nervosa s komorbidní poruchou osobnosti. Původně byla určena pro chronicky sebevražedné, hraniční pacientky, nyní i k nácviku ovládnutí afektů u žen s

psychogenním přejídáním. Učí je zabavit se, zvládat stres, regulovat emoce a interpersonální dovednosti, může být i pro Bulimia nervosa bez poruch osobnosti.

- ❖ **Kognitivně analytická terapie** je kombinací kognitivně behaviorální terapie a řešením interpersonálních vztahů, především vztahu pacient-terapeut.
- ❖ **Expozice s prevencí odpovědí** spočívá s terapeutem vedené expozici pacienta k jídlu, po kterém pravidelně zvrací a kterým se přejídá. Terapeut pomáhá pacientovi zvládat úzkost a odolat nutkání ke zvracení. Další metodou je psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie, která je zaměřena u déleodobější variantě na změnu osobnosti, zlepšení zrání v oblasti separace a individualizace, na sexuální identity a narcistické regulace.
- ❖ **Skupinová psychoterapie** je používána v denních stacionářích, při hospitalizaci i v ambulanci. Využívá různé teoretické přístupy. Může být více strukturovaná a zaměřena na edukaci v oblasti jídla a hmotnosti nebo psychodynamicky orientovaná na interpersonální vztahy, sociální dovednosti, zlepšení sebehodnocení.
- ❖ **Rodinná terapie a poradenství** jsou účinné u většiny mladších adolescentů a dětí s Anorexia nervosa.
- ❖ **Svépomocné skupiny** vedené odborníky nebo laiky poskytují podporu pacientům a jejich rodinám a přispívají k primární či sekundární prevenci, výchově o zdravém přístupu k výživě, o nebezpečí diet a propagace nezdravé štíhlosti a mohou přispět k včasné pomoci postiženým.

1.9.2.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie není u poruchy příjmu potravy metodou první volby. Účinnost je posuzována v kombinaci s psychoedukací, nutričním poradenstvím, psychoterapií a režimovou terapií.

Při léčbě Anorexia nervosa se používají **atypická antipsychotika** s výhodou minima nežádoucích účinků, působením na negativní symptomatiku, kognici, depresivní a obsedantně kompulsivní symptomy. Samotný nárůst váhy při léčbě Anorexia bulimia nestačí. Kontrolované studie **typických antipsychotik** popisují pouze negativní dopad. Pro zlepšení vyprazdňování žaludku jsou užívány krátkodobé **prokinetické látky**

metaclopramide, domperidone a cisapride. Medikace stále nemá jednoznačná kritéria. V klinických standardech Velké Británie NICE 2004 farmakoterapie Anorexia bulimia není doporučována vůbec. Farmakoterapie Bulimia nervosa je součástí terapeutických možností a je jednodušší než specializovaná kognitivně behaviorální terapie, ale samotná u většiny pacientů nestačí. Flouxetin je nejvíce studován, doporučen v dávce 60 mg po 8 týdnů. Měřítkem účinnosti je snížení frekvence zvracení a přejídání.

1.9.2.2 Nutriční rehabilitace

Je nutná u všech vážně podvyživených patientek, cílem je realimentace, navození normálního jídelního režimu (6x denně) a odstranění somatických i psychologických následků malnutrice. Je potřeba stanovit cílovou “zdravou” váhu a ideální nárůst hmotnosti 1,0 – 1,5 kg u hospitalizovaných a 0,5 kg u ambulantních pacientů za týden. Podle stavu výživy stanovíme po konzultaci se specialistou v nutričním poradenství kalorický příjem celkem 30-40 kcal/kg/den, tj. asi 1000-1600 kcal/den. Ten je postupně zvyšován, ve fázi zvyšování váhy by měl dosáhnout až na 70-100 kcal/kg/den, v udržovací 40-60 kcal/kg/den. Vyšší kalorický příjem může způsobit vyšší metabolický obrat, ale také utajované zvracení, vyhazování jídla, zvýšená tělesná aktivita a motorický neklid. Indikace parenterální výživy při nespolupráci pacientky a výrazné podvýživě je diskutována, měla by být výsledkem mezioborové spolupráce, stejně jako hormonální substituce. Pouhá realimentace a samotné nutriční poradenství dlouhodobé nejsou. **Intenzivní metabolickou péčí** vyžadují závažné stavy malnutrice, orgánová selhání, akutní onemocnění, traumata a chirurgické výkony. Při realimentaci je důležitá především normalizace perorální formy příjmu potravy, ale v závažných případech se užívají i nazogastriční, nazojejunální sondy a parenterální formy výživy.

1.9.2.3 Pohybový režim

Fyzická aktivita je nedílnou součástí léčby. Program pravidelné fyzické aktivity, přizpůsobený aktuálnímu stavu je prospěšný pro všeobecné zdraví. Do týmu, který pečuje o hospitalizované pacientky by měl být zapojen vždy ergoterapeut, fyzioterapeut a sociální pracovníce, která má za úkol zjistit individuální možnosti klienta. Každé

psychiatrické oddělení má svůj systém vycházek nemocných, které jsou pečlivě plánovány pro lepší resocializaci klientů.

1.9.3. Prognóza

V dlouhodobém sledování má 44 % patientek s Anorexia nervosa a 27 % s Bulimia nervosa **dobrou prognózu** (remise – normalizace váhy, absence všech diagnostických kritérií), u 28 % s Anorexia nervosa a 40 % s Bulimia nervosa přetrvávají některé symptomy, např. zaujetí vlastním tělem a dietami – (**neúplná remise**) a 24 % s Anorexia nervosa a 33 % s Bulimia nervosa má prognózu nepříznivou. U téměř 5 % patientek s Anorexia nervosa je popsána **časná mortalita**. **Mortalita u Anorexia nervosa** (pro srdeční zástavu či suicidum) se zvýší s délkou pozorování až na 20 %. **Horší prognóza** je dána nižší minimální váhou, výraznými výkyvy váhy, častějším zvracením, neúspěšností předchozí léčby, komorbiditou, premorbidně narušenými rodinnými vztahy a horší kvalitou života. I pacienti zcela bez symptomů na konci standardizované kognitivně-behaviorální mají **vysoké riziko relapse** 44 až 50 % (Papežová, 2006, s.127).

1.10 Ošetřovatelská péče u pacienta s onemocněním

1.10.1 Ošetřování nemocných

Způsob a rozsah vyšetření závisí na stavu pacienta. Z toho pak vychází volba léčby (ambulantní, denní stacionář, hospitalizace a další). Je nezbytná mezioborová spolupráce mezi praktickými, dětskými lékaři, internisty, gynekology, neurology, specialisty v nutričním poradenství, kteří poprvé pacienta vyšetřují a do psychiatrické péče doporučují. Výsledky vyšetření je nutné zajistit a nezatěžovat pacienta vyšetřeními duplicitními. Na vyloučení organické příčiny se zaměříme zejména při atypickém průběhu. **Ambulantní péče** zahrnuje komplexní psychiatrické vyšetření, anamnestické údaje, posouzení aktuálního psychického stavu a somatického stavu. Je žádoucí kontakt s rodinou pro doplnění amnestických údajů. Posuzujeme patologii jídelního chování, případnou komorbiditu, náhled a motivaci k léčbě, zralost a osobnostní rysy pacienta, zázemí rodinné i pracovní. Psychiatr dle uvážení indikuje psychologické vyšetření.

1.10.2 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

Nejznámější a jednoznačně nejdéle praktikovanou léčbou poruch příjmu potravy je hospitalizace na lůžkových odděleních. K hospitalizaci přistoupíme pokud je ambulantní léčba nedostatečná.

Kritéria pro hospitalizaci jsou stanoveny takto:

- **Medicínská:** pokles hmotnosti pod 75 % váhy odpovídající věku, tělesné komplikace, metabolický rozvrat, extrémní dehydratace, těžší bradykardie, depresivní syndrom a nebezpečí suicida.
- **Psychosociální:** rigidní rodinná konstelace, sociální izolace, silně omezená výkonnost v každodenním životě.
- **Psychoterapeutická:** selhání nebo přerušování ambulantní terapie, chybí-li terapeutická alternativa k hospitalizaci s léčbou zkušeným týmem.

V České republice jsou lůžková oddělení v Praze a Brně. Je třeba citlivě, ale důsledně zkontrolovat osobní i donesené věci. Je nutné seznámit, jasnou a srozumitelnou formou, nemocného s režimem a uspořádáním oddělení a observací personálem. Základem většiny léčebných zařízení, jak u nás, tak i ve světě je režimová léčba. V rámci režimu jsou pevně zakotveny snídáně, oběd, večeře a svačiny. U pacientek s nízkým BMI bývá ještě druhá večeře. Dále jsou v programu skupinové psychoterapie, arteterapie, komunitní setkání, ergoterapie a relaxace. Též je pevně stanoven budíček a čas, kdy se má jít spát. Některé léčebny/kliniky mají dále jednou týdně rodinnou terapii, u jiných zas večer bývají nejrůznější pohybové aktivity (např. v Německém Berggiesshubelú na Psychoterapeutické klinice MEDIAN mají pacientky možnost jít plavat).

Dnes už je samozřejmostí, že jídelní režim není pro všechny stejný. Liší se nejen podle toho, jestli dívka trpí anorexií, či bulimií, ale i v závislosti na jejím BMI. Součástí léčby je rovněž individuální psychoterapie a farmakoterapie.

1.10.3 Sledování nemocných

U nemocného s poruchami příjmu potravy sledujeme a zaznamenáváme:

- Verbální a neverbální projev nemocného na oddělení I při různých aktivitách
- Spánek – kvalitu i kvantitu
- Fyziologické funkce – TK, P (neurčí-li lékař jinak, 1x týdně)
- Hmotnost a Body Mass Index – index tělesné hmotnosti (dále jen BMI) (neurčí-li lékař jinak, 1x týdně)
- Monitorovat otoky
- Příjem a výdej potravy a tekutin
- Užívání medikace
- Specifické váhy moče
- Minerály a elektrolyty
- Kontrolu hygienických návyků
- Varovné signály poruchy příjmu potravy

1.11 Patofyziologické ošetrovatelské diagnózy

Patofyziologické ošetrovatelské diagnózy jsou formulovány podle didaktické pomůcky – Kapesní průvodce NANDA TAXONOMIE z roku 2000.

- Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti s psychickou restrikcí příjmu potravy a/nebo nadměrnou aktivitou, zvracením navozeným pacientkou/pacientem, abuzem projímadel. Projeví se úbytkem hmotnosti, poklesem kožního turgoru/svalového tonu, popíráním hladu, podivným zacházením s jídlem a vytvářením zásob, amenoreou, elektrolytovou nerovnováhou, srdeční nepravidelností a hypotenzí.
- Tělesné tekutiny, riziko deficitu: riziko vyplývá z nepřiměřeného příjmu potravy a tekutin, chronického/nadměrného používání projímadel nebo diuretik a vyprovokovaného zvracení.
- Myšlení porušené: může nastat v důsledku závažné malnutrice/elektrolytové nerovnováhy a psychologických konfliktů; projeví se porušenou schopností řešit

problémy, nerealistickými výroky, vztahovačností, poruchami spánku, neschopností udržet pozornost, porušeným vnímáním, charakterizovaným neschopností rozpoznat hlad, únavu, úzkost a depresi.

- Obraz těla porušený/Sebeúcta, chronicky nízká v souvislosti s porušeným vnímáním těla, pocitem ztráty kontroly nad určitým aspektem života, nenaplněnou potřebou závislosti, osobní zranitelností, nefungující rodinou, projevuje se negativními pocity, deformovaným pohledem na tělo, popíráním, pocitu bezmocnosti v souvislosti s odvrácením nebo dosažením určitých změn, pocitu studu/viny, nadměrnou přizpůsobivostí a závislosti na mínění druhých.
- Život rodiny narušený v souvislosti s ambivalentními rodinnými vztahy a způsoby rozhodování v rodině nebo situační/maturační krizí; projeví se nesouladem v rodině a rozpory mezi jejími členy, nejsou plněny úkoly příslušející rodině, členové rodiny se chovají benevolentně (Doenges et al., 2000, s.503).

2 Praktická část

2.1 Posouzení stavu pacienta

2.1.1 Identifikační údaje

Slečna H.Ž. narozena 1984 (24 let), je svobodná, žije s matkou v nájemním bytě na malé vesnici. Otec tragicky zahynul pádem ze střechy, kdy bylo pacientce pět let. Na otce si nijak nepamatuje, nemá dojem, že by ji jeho smrt nějak výrazně zasáhla, ale matka tvrdí, že byla jako malá na otci závislá. Dokončila střední pedagogickou školu v Praze, kde byla na internátě. Pracovala jako učitelka hudební výchovy a angličtiny ve 4.třídě základní školy a jako asistentka pedagoga handicapovaného chlapce. Nyní je bez zaměstnání, v práci už to nezvládala.

Kontaktní osoba je matka P.S., adresa: Praha-východ..., telefon: 602...

Den hospitalizace: 42

Ošetřovatelská péče: 26.11.2007 – 30.11.2007.

2.2 Výtah z lékařské dokumentace

2.2.1 Lékařská anamnéza

Pacientka přichází přichází na doporučení k léčbě mentální anorexii k 1. hospitalizaci na psychiatrické klinice.

RA: matka 46 let, pracuje v televizním dispečinku. Psychiatrické onemocnění či další sledované choroby v rodině nejuje. Diety držela, je štíhlá.

OA: těhotenství i porod bez obtíží, narodila se jako zdravé miminko, běžné dětské choroby, už na základní škole měla opakované problémy se žlučníkem, myslelo se nejdříve na apendicitidu, ale v 16ti letech CHCE a pak problémy s bolestmi břicha ustaly. Od prvních žlučnickových problémů na základní škole méně tučná jídla pod dohledem matky, která měla v mládí tytéž obtíže. Stav po fraktuře obratle po pádu z horolezecké stěny v 18 letech. Pro depresivní stavy v péči psychiatra 9/02-3/03 brala snad nějaké léky, neví jaké. Dále dvakrát úraz hlavy hlavy s bezvědomím a frakturou lebky v dětství, několikrát pak ještě kolaps při držení různých diet.

FA: léky nebere, pouze vitamíny.

Alergie: nejuje

Abusus: kuřák (10 cigaret/den), alkohol pije příležitostně, léky ani jiné drogy neguje, marihuanu jen zkoušela.

NO: různé diety začala držet v 15 letech (53 kg) již kvůli fotbalu, protože chtěla být hubená, ale mít výkonnost (jedla müsli a jogurty a pila hodně tekutin), kdy po úrazu páteře ale přestala sportovat. Její nejlepší kamarádka byla stále hubenější než ona a tak si začala ubírat jídlo přes den, ale odpoledne, když nebyl nikdo doma „vyjedla hlady lednici“. Zvracení začalo v 16 letech, měla deprese, zjistila že když to všechno vyzvrací, nepřibere na váze, sníst může co chce a „má pořád ploché břicho“. Poté měla restriktivní období asi 1/4 roku, držela časté diety /light, netučné/. Když byla s přítelem, tak byla půl rok byla bez obtíží. Když se s ním rozešla, tak zhubla na 50 kg. V 16 letech až 3 hodiny denně posilovala, nyní hodně chodí na procházky. Z laxativ posledně užívala půlplata Fonolaxu/Fruktolaxu, jinak posledních 14 dní užívání neguje.

2.2.2 Objektivní nález

Pacientka lucidní, purgativní symptomatika i restriktivní, usus laxativ, orientována všemi kvalitami, normoforická, odpovídá adekvátně bez latencí, PMT normální, bez tenze, přiměřený oční kontakt, apsychotická, bez obscesí či bludu, suicidální myšlenky neguje, klidná, intelekt normální, spolupracující. Orientační somatické a neurologické vyšetření-nihil acutum.

2.2.3 Závěr při příjmu

Duševní poruchy: Mentální anorexie F 50,0 (dle MKN 10)

Somatické poruchy: kachexie

2.2.4 Vyšetření krve a moče

ze dne 15.9.2007

Minerály: Na: 136 (137 - 146) mmol/l - snížená hladina

Jaterní testy: ALP: 0,50 (0,66 - 2,20) mmol/l - snížená hladina

Cholinesteráza: 62 (87-190) - ukat/l - snížená hodnota

Lipidy: TAG: 2,82 (0,68 – 1,69) mmol/l - zvýšená hodnota

HDL cholesterol: 1,19 (>1,30)mmol/l - snížená hodnota

LDL cholesterol: 2,00 (2,20 - 4,50) mmol/l - snížená hodnota

Glykémie: 3,90 (4,2 - 6) mmol/l - hypoglykémie

Krevní obraz: MPV (objem trombocytů): 7 (7,1-10,4) fl - snížená hodnota

Dif stroj relativní: Ne (neutrofilů): 48 (50,0-75,0) % - snížená hodnota

Ly (lymfocyty): 44,4 (25,0-40,0) % - zvýšená hodnota

Moč chemicky: Hustota: 1,008 (1,01-1,02)kg/m³- snížená hodnota

Moč sediment: Epit.pl: 40 (3,0) 10⁶/l-zvýšená hodnota

2.3 Terapie

2.3.1 Konzervativní léčba

2.3.1.1 Farmakoterapie

Deprex léčiva 2-0-0 (Antidepresiva)

Mechanismus účinku: užívání Deprexu vede k nápravě následků nedostatku látky serotoninu, která je důležitá k udržení normální nálady.

Vedlejší účinky: slabost, bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, průjem, nechutenství, sucho v ústech, poruchy trávení, nervozita, nespavost, ospalost, úzkost, závratě, třes, nadměrné pocení, zívání, zimnice, bušení srdce, vasodilatace, záškuby – tiky.

Diazepam Slovakofarma 5mg při úzkosti 1 tbl. (Anxiolytika)

Mechanismus účinku: přípravek odstraňuje nervové a svalové napětí, pocit úzkosti a strachu.

Vedlejší účinky: spavost, únava, porucha koordinace pohybů, závratě, desorientace, bolest hlavy, porucha zraku, porucha řeči, alergické kožní projevy, zažívací obtíže, žloutenka, poruchy krvetvorby, potíže při močení, snížení pohlavní žádostivosti.

Dormicum 15 mg 1tbl (Hypnotika, sedativa)

Mechanismus účinku: navozuje spánek a má rychlý a silný účinek.

Vedlejší účinky: ospalost, únava během dne. Vzácně se mohou objevit poruchy paměti a svalová slabost.

Seroquel 25mg 0-0-1 (Antipsychotika, neuroleptika)

Mechanismus účinku: zlepšuje příznaky určitých duševních nemocí, jako halucinace, podivné a znepokojující myšlenky, změny chování, pocity osamělosti a zmatenost.

Vedlejší účinky: ospalost, pocit slabosti, suchost v ústech, pocit ucpaného nosu, poruchy trávení, zácpu, mírný přírůstek hmotnosti.

2.3.1.2 Dietoterapie

Pacientka musí dodržovat jídelní režim a to dietu číslo 3 s přídávky na oddělení pod dohledem.

2.3.1.3 Psychoterapie

Po aklimatizaci na oddělení se pacientky týká běžný program na oddělení:

- Komunita
- Psychoterapie – nácvik kognitivních funkcí a sociálních dovedností
- Relaxační techniky

Po vyhodnocení psychologického vyšetření bude pacientka zařazena do vhodné psychoterapeutické skupiny (dynamické nebo kognitivně behaviorální).

2.4 Fyzikální vyšetření sestrou

Při přijetí pacientky na oddělení dne 15.9.2007:

výška: 174 cm
váha: 47,2 kg, BMI: 15,6
tělesná teplota: 36,4°C
tlak krevní: 102/72 mm Hg
puls: 65/min., pravidelný

Zápis celkového stavu

Vědomí: orientovaná

Dýchání: čisté sklípkovité

Poloha: agitovanost

Chůze: bez obtíží

Výživa, BMI: snižená, BMI 15,6

Hrudník: atletický

Kůže: bez ikteru, normální

Vlasy: řídké, hnědé
Nehty: hladké, upravené
Čítí: v normě
Motorika: pohyblivá
Řeč: plynulá

Zápis vyšetření krku
Křční páteř: pohyblivá, nebolestivá
Pulzace karotid: symetrická
Štítná žláza: nehmatná
Lymfatické uzliny: nehmatné
Zápis vyšetření hrudníku:
Hrudník: fyziologický tvar
Prsy: bez rezistence
Dechová vlna: bez patologie
Fremitus pectoralis: oboustranně symetrický
Plíce-poklep: plný, jasný
Dýchání: čisté, sklípkové
Akce srdeční: pravidelná, 88 min.

Zápis vyšetření hlavy:
Hlava-poklep: nebolestivá
Víčka: bez nálezu
Oční bulby: ve středním postavení
Zornice-tvar: izokorické
Boltec: bez nálezu
Zvukovod: bez sekrece
Sluch: slyší dobře
Nos: bez výtoku
Rty: souměrné, růžové, suché
Jazyk: plazí ve střední čáře, růžový
Chrup: bez defektu
Zápis vyšetření břicha:

Břicho: pod úrovní hrudníku, souměrné

Břicho-poklep: bubínkový

Kůže: hladká, beze změn

Rezistence: ne

Břicho-pohmat: měkké, nebolestivé

Břicho-poslech: borborytmy

Játra: nepřesahují pravý oblouk

Konzistence: měkká

Močový měchýř: nebolestivý

2.5 Sesterská anamnéza podle modelu M. Gordonové:

2.5.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka si je vědoma své nemoci a sama ji nezvládá. Léčit se chce, ale náhled na chorobu jako takovou zatím chybí. Rozhodla se situaci změnit a dosáhnout požadovaný přírůstek na váze. Snaží se otevřeněji mluvit o svých potřebách ke změně životního stylu a chování, včetně způsobu příjmu potravy a důsledně dodržovat lékařská doporučení ohledně dietního režimu. Důležité bude pacientku motivovat, aby i nadále spolupracovala při léčbě a aktivně se zapojila do denního režimu na oddělení.

2.5.2 Výživa a metabolismus

Pacientka měla nejvyšší hmotnost v listopadu 2006 a to 62 kg. Nyní má 47,2 kg. Zhodnocení body mass indexu (dále jen BMI) pacientky jsem provedla pomocí **výpočtu z tabulky BMI**, výsledné hodnocení bylo 16,8 - podvýživa. **Příloha 1 (6.1.1)**. Stravu přijímá per os. Její denní strava se skládá ze snídaně - káva s nízkotučným mlékem, bez oběda, nebo si dá instantní syrovátkový nápoj a k večeři sušenku. Dohromady cca 20 kalorií. Bojí se nárustu hmotnosti. Po přejedení zvrací. Vypije asi 1 l tekutin, převážně vodu. Chrup má pacientka zatím bez defektu. Potíže s vlasy nebo nehty, které by signalizovaly špatný stav výživy neudává.

2.5.3 Vylučování

Pacientka je plně kontinentní, uvádí časté, pravidelné močení, bez příměsí. Stolicí má nepravidelnou bez patologických příměsí, vždy ráno. Příliš se nepotí.

2.5.4 Aktivita a cvičení

Pacientka se cítí velmi unavená až vyčerpaná. Vaření, nakupování i veškerou starost o domácnost, přenechává pacientka na matce. Samostatné bydlení pacientka finančně nezvládala.

Chodí denně na procházky.

Zhodnocení stavu pacientky jsem provedla pomocí **Dotazníku pro funkční hodnocení pacienta – Functional activities questionnaire** (dále jen FAQ), výsledné hodnocení bylo 8 – normální výsledek. **Příloha 1 (6.1.2).**

2.5.5 Spánek, odpočinek

Pacientka má problémy s usínáním a brzy se probouzí. Spí zhruba 4 hodiny. Doma odpočívá během dne, kdykoliv se cítí unavená. Během hospitalizace bude nutné pacientce zajistit kvalitní spánek. Užívá lék Dormicum 1 tbl. na spaní a nemá vytvořené usínací stereotypy. Bude vhodné pacientku edukovat o vytvoření stereotypů před usnutím. Ráda by se naučila relaxovat.

2.5.6 Vnímání, poznávání

Pacientka je plně orientovaná, ví proč je hospitalizována. Doufá, že ji hospitalizace pomůže v dodržování jídelního režimu a změně životního stylu.

Pacientku onemocnění velmi zatěžuje, narušuje osobní vztahy i ruší v zaměstnání.

Pacientka nemá žádné problémy se zrakem, vidí dobře. Bolest nepocítuje.

Měřicí technika: Dotazník „ Jak vnímám sama sebe“ . **Příloha 1 (6.1.4).**

2.5.7 Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka chce být zdravá a brzy pracovat. Obává se budoucnosti, nechce být stále závislá na matce. Také se obává že bude sama, chtěla by být šťastná s přítelem. Pacientka říká o sobě, že je melancholik, společenská a tvrdohlavá.

2.5.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka bydlí s matkou v nájemním domě. V poslední době neměla velký zájem o kontakt s přáteli a okolím.

2.5.9 Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka nemá žádné problémy se sexualitou, ale před několika měsíci ji přestal bavit sex. Má obavy, že pokud bude nemoc pokračovat, nebude schopna mít potomky.

2.5.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pacientka se po týdnu dobře aklimatizovala na oddělení, nyní prožívá úzkost ve spojitosti s nárůstem hmotnosti a vztahem s přítelem. Ve stresových situacích si pacientka zapálí cigaretu, denně vykouří cca 10 cigaret, tabák ji chutná, ale ráda by snížila počet cigaret, protože jsou velmi drahé. Pacientka vyplnila **Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu**, z jeho vyhodnocení vyplynul závěr: střední závislost na nikotinu. **Příloha 1 (6.1.3)**.

2.5.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka v boha nevěří. Je pro ní důležité zdraví, být šťastná s přítelem a mít dobré zaměstnání, aby nebyla finančně závislá na matce.

2.5.12 Jiné

2.6 Seznam ošetrovatelských diagnóz

Pořadí ošetrovatelských diagnóz je seřazeno dle potřeb nemocného. Sestavila jsem je a postupně doplňovala na základě anamnézy, prostudované dokumentace, pozorování, rozhovorů s blízkými pacientky a po dohodě s ní. Při tvorbě jsem pracovala s Kapesním průvodcem z roku 2000. Na druhé pozici jsem ošetrovatelské diagnózy formulovala pomocí NANDA domény od Jany Marečkové z roku 2006.

1) Výživa porušená, nedostatečná v souvislosti s psychickou restrikcí příjmu potravy, zvracením navozeným pacientkou a abuzem projímadel. Projevuje se úbytkem hmotnosti, popíráním hladu, podivným zacházením s jídlem, hypotenzí a nepravidelnou stolicí.

Nedostatečná výživa – 00002

2) Únava související s onemocněním, projevující se spánkem přes den a vyžadováním léků na spaní.

Únava - 00093

3) Tělesné tekutiny, riziko deficitu z důvodu nedostatečné znalosti významu tekutin pro lidské tělo.

Deficit tělesných tekutin - 00027

4) Myšlení porušené z důvodu závažné malnutrice/elektrolytové nerovnováhy a psychologických konfliktů. Projevuje se porušenou schopností řešit problémy, nerealistickými výroky, vztahovačností, poruchami spánku, neschopností udržet pozornost, porušeným vnímáním, charakterizovaným neschopností rozpoznat hlad, únavou, úzkostí a depresí.

Porušené myšlení - 00130

5) Léčebný režim: individuální, účinná integrace související s poskytováním informací o chorobě a nutnosti spolupráce klienta a jeho rodiny, která se projevuje verbalizací (denní režim, časné varovné příznaky, medikace) a zapojením do komunity oddělení.

Efektivní léčebný režim – 00082

2.7 Plán ošetrovatelské péče

1) Výživa porušená, nedostatečná související s psychickou restrikcí příjmu potravy, zvracením navozeným pacientkou a abuzem projímadel. Projevuje se úbytkem hmotnosti (BMI 15,6), popíráním hladu, podivným zacházením s jídlem, hypotenzí, nepravidelnou stolicí, a změnou laboratorních hodnot.

Dlouhodobý cíl:

Výživa neporušená, dostatečná – BMI 20 do 1 roku

Pacientka si osvojí chování a změnu životního stylu, umožňující přibrat na váze a udrží přiměřenou tělesnou hmotnost – do 14 dnů

Krátkodobý cíl:

Pacientka porozumí nutnosti dodržovat jídelní režim – do 3 dnů

Pacientka dosáhne požadovaný přírůstek (0,5 – 1 kg) na váze – do 5 dnů

Pacientka bude mít TK a laboratorní hodnoty v normě – do 7 dnů

Pacientka bude mít pravidelnou stolicí – do 7 dnů

Výsledná kritéria:

Pacientka dodržuje jídelní režim pod dohledem - do 24 hodin

Pacientka se pravidelně váží jednou týdně – do 24 hodin

Pacientka zná chyby, které dělala při nedodržování jídelního režimu a užívání projímadel – do 5 dnů

Pacientka s pomocí matky umí sestavit jídelníček ve složení stravy: uhlovodany - 40% z celkového jídla, bílkoviny - 15%, tuky - 25% a průměrný příjem by se měl pohybovat kolem 1.500 kcal denně a neměl by výrazně klesat ani stoupat – zvyšuje to riziko přejedení – do 10 dnů

Pacientka sní 3 normální jídla a 2 svačiny denně, pravidelnost organismu postupně restauruje narušené mechanismy pocitů hladu a plnosti – do 24 hodin

Pacientka si přestane počítat kalorie jednotlivých jídel – k tomu může pomoci pravidelný jídelníček – do 24 hodin

Intervence:

Zjistí úroveň znalostí pacientky o správné skladbě jídelníčku – primární sestra do 24 hodin

Zjistí úroveň znalostí o důležitosti bílkovin, minerálních látek, dále tuků, cukru a vitamínů ve výživě – primární sestra do 48 hodin

Vytvoř edukační plán na téma změna životního stylu, dodržování jídelního režimu, rovnováha strava x pohyb a význam tekutin v lidském těle – primární sestra do 2 dnů

Edukuj pacientku o změně životního stylu – primární sestra do 3 dnů

Pozvi nutričního terapeuta a konzultuj s ním problém nedodržování jídelního režimu, ve spolupráci sestavte jídelníček pro pacientku – primární sestra do 3 dnů

Nabídní informační materiály o správné výživě a internetový portál o poruchách příjmu potravy – primární sestra do 5 dnů

Zapoj rodinu klientky do podpory pacientky ve změně životního stylu a nabídní účast v edukačním programu a nauč je sestavovat jídelníček – primární sestra do 1 týdne

Dotazem ověř porozumění pacientky problematice k dodržování jídelního režimu – primární sestra do 1 týdne.

Realizace:

S pacientkou jsem hovořila o zásadách jídelního režimu – do 24 hodin. Ve spolupráci s nutričním terapeutem jsem vytvořila edukační plán ke správné výživě pacientky – ihned. Byla pozvaná i matka pacientky, aby také ona znala zásady správného stravování – do týdne. Matka se také ve spolupráci s nutričním terapeutem naučila sestavovat jídelníček.

Hodnocení :

Efekt částečný

Hodnocení sestrou:

Pacientka si všechny nedostatky ve vědomostech uvědomila, bude ovšem nutné dokončit edukační program ke změně stravovacích návyků a změny životního stylu.

Hodnocení pacientkou:

Pacientka si uvědomila chyby v dietě, bude se je snažit eliminovat, neví, jak to půjde po návratu domů.

2) Únava z důvodu onemocnění, projevující se neschopností čerpat energii spánkem, nárustem potřeby odpočinku, netečností, neschopností vykonávat běžné rutinní činnosti, sebezpozorováním se a sníženým výkonem.

Dlouhodobý cíl :

Pacientka nepocítuje únavu – do 14 dnů

Krátkodobý cíl :

Pacientka zná význam denního a nočního režimu – do 2 dnů

Pacientka dobře usíná a spí 6 hodin bez probuzení – do 1 týdne

Výsledná kritéria:

Pacientka zná příčiny únavy a poruchy spánku – do 24 hodin

Pacientka ví, proč je důležité být přes den aktivní – do 2 dnů

Pacientka zná relaxační techniky – do 2 dnů

Pacientka dodržuje usínací stereotypy – do 2 dnů

Intervence:

Zjistí spánkové návyky pacientky a zaznamenej je – primární sestra ihned

Zjistí představu pacientky o dostatečném spánku – primární sestra ihned

Doporuč různé způsoby, jak zlepšit usínání a spaní – četba před spaním, poslech rádia, napítí se mléka – primární sestra ihned

Ujistí pacientku, že příležitostné spaní neohrozí její zdraví – primární sestra ihned

Zajisti před spaním řádné vyvětrání místnosti, dostatek soukromí a přiměřený komfort pro spánek – denně večer sestra ve směně

Edukuj pacientku o relaxačních technikách – primární sestra do 2 dnů

Edukuj pacientku o denním a nočním režimu na oddělení – ihned

Pravidelně se dotazuj pacientky na pocity únavy – primární sestra ihned

Nauč pacientku zásady, jak postupovat při insomnii – zvolte pravidelnou dobu, kdy chodit spát a kdy vstávat, po ulehnutí na lůžko relaxujte, nespávejte během dne, nečtěte si v posteli, pokud neusnete do 15 min. opusťte lůžko, nespěte déle než 7 hodin denně, každý den vstávejte ve stejnou dobu – i o víkendu – primární sestra do 2 dnů

Zajisti podávání hypnotik a kontroluj jejich účinek a zaznamenej do dokumentace – primární sestra ihned, denně sestra ve směně

Během dne pacientku vhodně zaměstnávej dle harmonogramu dne na psychiatrickém oddělení – denně sestra ve směně

Kontaktuj fyzioterapeuta pro pravidelnou rehabilitaci – primární sestra do 2 dnů

Sleduj u pacientky známky únavy – primární sestra - do 2 dnů

Realizace:

S pacientkou jsem zavedla rozhovor o jejích usínacích návycích – ihned. Dohodly jsem se na řádném vyvětrání pokoje před spaním. Snažila jsem se ji umožnit dodržování zvyku z domova – číst si před spaním. Dohodly jsem se na pravidelném čase vstávání a usínání a na dodržování těchto časů. Přes den jsem pacientku zaměstnávala četbou, denně prováděla individuální cvičení s fyzioterapeutem. Pacientce jsem doporučila před spaním malou přesnídávku a možnost použít ucpávky do uší.

Hodnocení :

Efekt úplný

Hodnocení sestrou:

Po týdnu pacientka již nepotřebovala ke spánku hypnotika, dobře usínala. Byla spokojena a nepocítovala únavu.

Hodnocení pacientem:

Pacientka byla ráda, že již nepotřebuje léky na spaní. Cítila se odpočínutě, aktivně se zapojovala do denního režimu.

3) Tělesné tekutiny, riziko deficitu z důvodu nedostatečné znalosti významu tekutin pro lidské tělo.

Dlouhodobý cíl :

Stav tělesných tekutin je normalizován po dobu hospitalizace – do 7 dnů

Krátkodobý cíl :

Pacientka porozumí nutnosti dodržovat pitný režim – do 3 dnů

Pacientka ví o významu tekutin pro lidský organismus – do 5 dnů

Výsledná kritéria:

Pacientka dodržuje pitný režim - do 24 hodin

Pacientka je dostatečně hydratována, zapisuje si množství a druh nápojů, které požila – do 5 dnů

Intervence:

Zjistí úroveň znalostí pacientky o nutnosti dodržování pitného režimu – primární sestra do 24 hodin.

Pobízej pacientku k přísunu vhodných tekutin – primární sestra do 3 dnů

Informuj pacientku o požadavcích lidského organismu na tekutiny – primární sestra do 2 dnů.

Zmapuj pitný režim pacientky pomocí jejích záznamů – primární sestra do 3 dnů

Vytvoř edukační plán na téma význam tekutin v lidském těle – primární sestra do 2 dnů

Edukuj pacientku na téma: změna životního stylu – primární sestra do 3 dnů

Motivuj pacientku k zapojení do skupinového edukačního programu – primární sestra do 2 dnů

Dotazem ověř porozumění pacientky problematice dodržování pitného režimu – primární sestra do 1 týdne

Realizace:

S pacientkou jsem hovořila o zásadách dodržování pitného režimu – do 24 hodin.

Zhodnotila jsem záznam o přijatých tekutinách a pacientku pobízela k přísunu tekutin – do 24 hodin.

Hodnocení :

Efekt úplný

Hodnocení sestrou:

Příjem tekutin pacientky je v normě, přijímá 1,5 – 2 litry tekutin denně. Bude ovšem nutné dokončit edukační program ke změně stravovacích návyků a změny životního stylu.

4) Myšlení porušené z důvodu elektrolytové nerovnováhy a psychologických konfliktů. Projevuje se porušenou schopností řešit problémy, nerealistickými výroky, vztahovačností, poruchami spánku, neschopností udržet pozornost, porušeným vnímáním, charakterizovaným neschopností rozpoznat hlad, únavou, úzkostí a depresí.

Dlouhodobý cíl :

Pacientce se zlepší kognitivní funkce – do 14 dnů

Krátkodobý cíl :

Pacientka zná příčinu změny myšlení a chování – do 5 dnů

Výsledná kritéria :

Pacientka užívá medikaci ve stanovenou dobu – do 24 hodin

Pacientka spolupracuje s psychiatrem – do 2 dnů

Pacientka zná účinek podávaných léků – ihned před podáním

Pacientka ví o možných vedlejších účincích – před podáním první dávky medikace

Pacientka sleduje účinek léků – po podání

Pacientka zná relaxační techniky – do 3 dnů

Pacientka dokáže hovořit o svých pocitech – do 4 dnů

Pacientka nehovoří o budoucnosti v obavách – do 1 týdne

Intervence:

Proveď s pacientkou rozhovor o jejích obavách z budoucnosti – primární sestra
ihned

Kontroluj užívání medikace a zapiš do dokumentace – sestry z oddělení

Pacientku zklidni rozhovorem – primární sestra ihned

Umožni každodenní kontakt s matkou – do 24 hodin

Sleduj psychický vývoj a působení indikovaných léků a zaznamenej do dokumentace – od prvního podání – primární sestra, sestra ve směně

Kontaktuj fyzioterapeuta – primární sestra – do 2 dnů

Veď pacientku k samostatnosti a samostatně prováděným výkonům denní činnosti - primární sestra ihned, sestra ve směně denně

Povzbuzuj pacientku k vyjádření pocitů strachu a bezmocnosti – primární sestra ihned, sestra ve směně denně

Všímej si chování pacientky z hlediska hladiny úzkosti – primární sestra průběžně

Věnuj se psychice pacientky – buď empatická, taktní, trpělivá, předcházej konfliktům, aktivně naslouchej – primární sestra průběžně

Kontaktuj matku k pohovoru s pacientkou a společně hledejte řešení do budoucnosti – primární sestra - do 3 dnů

Povzbuzuj pacientku při každém úspěchu při provádění běžných úkonů – denně sestra ve směně

Sleduj laboratorní hodnoty – primární sestra ihned

Realizace:

S pacientkou jsem zavedla rozhovor, ve kterém jsem se snažila zjistit co nejvíce o jejím strachu a obavách z budoucnosti. Veškeré informace jsem zaznamenala do dokumentace.

Úroveň pacientčiny dovednosti jsem kontrolovala pomocí **dotazníku pro funkční hodnocení pacienta / FAQ** – viz příloha č.1. Též jsem zajistila psychiatrické konzilium podávala léky dle ordinace psychiatra – do 24 hodin. Všechny změny v její psychice a účinek léčby farmaky na zklidnění byl zaznamenáván do dokumentace. Nežádoucí účinky se během hospitalizace nevyskytly.

Hodnocení :

Efekt částečný

Hodnocení sestrou: Pacientka byla výrazně zklidněna, již se tolik neobávala návratu domů. Mírné obavy, jak vše půjde, než se nový řád zaběhne, přetrvávají.

Hodnocení pacientkou: Ocenila další možnosti psychoterapie po propuštění do domácí péče.

5) **Léčebný režim: individuální, účinná integrace** související s poskytováním informací o chorobě a nutnosti spolupráce klienta a jeho rodiny, která se projevuje verbalizací (denní režim, časné varovné příznaky, medikace) a zapojením do komunity oddělení.

Dlouhodobý cíl :

Pacientka se efektivně zapojuje do léčebného režimu – do 14 dnů

Krátkodobý cíl :

Pacientka chápe léčebný režim nemoci – do 5 dnů

Výsledná kritéria:

Pacientka se podílí na plánování edukace v potřebných oblastech – do 24 hodin

Pacientka chápe nutnost léčení – do 2 dnů

Pacientka využívá dostupné zdroje pomoci - do 1 dne

Pacientka spolupracuje na denním programu – do 1 dne

Pacientka slovně vyjadřuje přání zvládnout léčbu nemoci – do 4 dnů

Intervence:

Vyzvi pacientku k rozhovoru o pochybnostech a smyslu léčby – primární sestra do 24 hodin

Snaž se pochopit a akceptuj pacientčiny obavy a přání – primární sestra do 3 dnů, dále celý ošetrovatelský tým

Vytipuj oblasti, kde je potřeba edukace – primární sestra do 24 hodin

Sestav edukační plán ve spolupráci s klientem – celý ošetrovatelský tým – do 3 dnů

Systematicky opakuj získané informace s klientem - celý ošetrovatelský tým – do 3 dnů

Edukuj pacientku na téma nutnost compliance, denní a noční režim – do 24 hodin

Realizace:

S pacientkou jsem sestavila plán edukací – do 3 hodin. Snažila jsem se jí vysvětlit nutnost léčení pro zlepšení jejího zdravotního stavu – do 24 hodin.

Hodnocení :

Efekt úplný

Hodnocení sestrou:

Po rozhovoru se pacientka výrazně uklidnila. Po jasném vymezení hranic další péče se aktivně zapojovala do ošetrovatelského procesu.

Hodnocení pacientkou: Pacientka se velice uklidnila po zjištění, že její přání budou ze strany zdravotníků akceptována.

3 Edukace pacientky

Edukace ve všech oblastech v lůžkových psychiatrických zařízeních přece jen vždy probíhá za podmínek, které nemohou zcela odpovídat dennímu režimu ve společnosti. Faktory ochranné jsou v převaze nad stresovými. Proto je třeba se snažit o vytvoření spojovacího článku mezi ústavem a společností.

3.1 Edukační list

U pacientky jsem po analýze získaných dat stanovila několik oblastí, kde je potřeba edukačních intervencí, je možný individuální přístup, ale výhodnější je edukace skupinová, především vzhledem k motivaci klientky.

Témata naplánovaných edukací:

1. Nutnost compliance – časné varovné příznaky, užívání medikace, kontroly u ambulantního psychiatra
2. Změna životního stylu, dodržování jídelního režimu, rovnováha strava x pohyb. Význam tekutin v lidském těle.
3. Zvládání stresových situací – závislost na nikotinu.
4. Denní a noční režim

3.2 Edukační záznam – realizace

Edukaci pacientky ve všech potřebných oblastech jsem zahájila, ve spolupráci s kompetentními členy týmu, v průběhu mé péče o pacientku. Naplánovala jsem případné další intervence.

Realizace dne 28.11.2007:

Téma edukace: Změna životního stylu, dodržování jídelního režimu, rovnováha strava x pohyb. Význam tekutin v lidském těle

Organizační forma: skupinová

Výukové cíle: kognitivně – behaviorální, informativní

Didaktické pomůcky: textový materiál, počítač, flipchart

Metoda: slovní. Uvedení příkladů, dodání písemných materiálů.

Obsah tématu - Pacienti se dozvědí základní výživová doporučení, něco o úloze vody ve zdravé výživě. Stanoví si reálné cíle zdravého životního stylu a vytvoří si tabulku těchto cílů. Dále jaký má význam tělesné cvičení, jaké existují překážky, které brání lidem ve cvičení a posouzení vlastní kondice. Účastníci se naučí sledovat vlastní srdeční frekvenci, dozvědí se, jaké jsou druhy cvičení, včetně výběru vhodného cvičebního programu, a něco o možnostech tělesné aktivity. Je zdůrazňována rovnováha mezi pohybovou aktivitou a množstvím přijaté stravy.

Ověřování úrovně dosažených cílů: rozhovorem, srovnáváním, kladením otázek

3.3 Edukační plán

3.3.1 Cíl edukačního plánu

Cílem edukací je srozumitelnou formou předat zásadní informace v deficitních oblastech. Edukaci jsem vedla neformálním a interaktivním způsobem, což přispívá k tomu, že se informace lépe pamatují.

Klienti potřebují často podporu u příbuzných a blízkých. Často narážíme na rigidně zavedené návyky v rodinách a neochotu je měnit. To pak představuje velké riziko, nelze proto vyloučit možnost zapojení rodiny do edukace k podpoření motivace a dodržování zásad pacientem.

Sama pacientka by měla pochopit, že nedodržováním zásad se může zhoršit její celkový stav, průběh choroby a že by mohla být ohrožena na životě.

3.3.2 Význam

Význam edukace nemocného tkví v možnosti, prakticky si vyzkoušet a posílit svoje schopnosti k samostatnému životu v chráněných podmínkách.

Dodržování jídelního režimu a změnou životního stylu patří k nejdůležitějším léčebným prostředkům v léčbě mentální anorexie. Pomáhá také docílit přiměřené hmotnosti. To je pro tyto pacienty velkým přínosem a podstatně to zvyšuje jejich šance na návrat do běžného života.

3.3.3 Technika

Je potřeba vtipnou a srozumitelnou formou předat zásadní informace týkající se oblasti, kde je nutná edukace. Záleží na invenci a motivaci edukátorů čím program zpestří a tím ještě více informace pacientům přiblíží (např. spolupráce s ostatními lékaři v nutričním poradenství, spolupracovat s rodinnými terapeuty atd.).

Informace jsou pacientů předávány neformálním způsobem, což přispívá k tomu, že si informace lépe pamatují.

Sestra provádějící edukaci musí znát především:

- Obecné zásady psychoedukace
- Základní příčiny, mechanismy vedoucí k deficitu
- Význam toho, co předává nemocnému
- Sociální faktory, týkající se jednotlivých klientů.

K dosažení lepších výsledků jsem použila různé pomůcky. Při edukaci o změně životního stylu dostala pacientka jídelníček s návody na úpravu stravy. **Příloha 2 (7.2.1).**

Při edukaci o denním a nočním režimu jsem uplatnila nástěnku ve společenské místnosti, na které je přesný rozpis denních aktivit oddělení, kde byla pacientka hospitalizována.

3.3.4 Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky pro sestru jsou sestaveny tak, aby z nich bylo patrné, že je schopna kompletně plánovat, realizovat a vyhodnocovat edukaci v potřebných oblastech klienta.

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1.Co je cílem léčby mentální anorexie?	1.Dosáhnout optimální tělesné hmotnosti a naučit se normálnímu chování ve vztahu k jídlu
2. Zapojujeme do psychoedukace rodinu a blízké nemocného?	2. Ano, posilujeme tím motivaci pacienta a snižujeme riziko sociální izolace.
3.Co je třeba při zapojování pacientů do aktivit oddělení (psychoterapie, nutriční rehabilitace)?	3. Motivace, důslednost, podpora pacientů, osobní účast, dostatek informací.

3.3.5 Postup při zaškolování pacienta, klienta

Pacientce jsem poskytla informace formou rozhovoru a dohodla jsem se s ní, že přizveme k edukaci její matku, zejména v oblasti změny životního stylu a nutnosti dosažení a udržení normální váhy. Matka je ke spolupráci ochotna. Pacientka dala přednost edukaci ve formě skupinové, vše si podle instrukcí zapisovala a stanovovala si cíle, kterých by chtěla dosáhnout. Ty jsme společně racionalizovaly. Pacientka uvítala účast různých osob při edukačním procesu i hodnotící systémy.

3.3.6 Kontrolní otázky pro pacienta, klienta

Edukace má smysl, pokud hodnotíme její efektivitu. K tomu slouží opakování a porovnávání škál a testů v určitém časovém odstupu, kontrolní otázky a praktický nácvik naučeného. Je třeba podporovat nemocného, vysvětlovat zadání otázek, ale neradit. Po vyplnění kontrolních testů uvedeme správné odpovědi, případně vysvětlíme vzniklé nejasnosti a provedeme krátké zhodnocení edukace. Dáme prostor nemocnému vyjádřit své pocity a vybídneme jej ke stručnému shrnutí přínosů edukačního programu pro změny v jejím životě. Nabídneme kontakt na sebe a případnou další pomoc v edukované oblasti.

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
Proč je nutné navodit normální jídelní režim?	Aby nedošlo k nové epizodě onemocnění.
Jaké jsou vážné komplikace u pacientů s mentální anorexií?	Hrozí řada zdravotních komplikací, jejíž důsledkem může pacient zemřít.
Jak se zbavit napětí ve stresových situacích?	Relaxací, uvolněním, nezapálím si cigaretu.
Co je třeba dodržovat pro pocit odpočinku a pro zachování fungování rodinných vztahů?	Dodržovat denní a noční režim.

3.4 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelskou péči u pacientky jsem prováděla metodikou ošetrovatelského procesu podle modelu M.Gordonové, který vychází z holistické filozofie.

Mladá pacientka, s purgativním typem mentální anorexie s prvním pobytem na psychiatrické klinice má částečný náhled na onemocnění, stala se aktivní při poskytování léčby i ošetrovatelské péče. Přijímala se zájmem nové informace, společně

jsme postupovali v realizaci ke splnění krátkodobých a některých dlouhodobých cílů, stanovených v individuálním plánu ošetrovatelské péče.

Péče o pacientku se účastnil multidisciplinární tým, složený ze zdravotních sester, dále ve spolupráci s dalšími klinickými pracovníky v oblasti nutričního poradenství a psychoterapeutů.

3.5 Prognóza

Pacientka je schopna objektivně posoudit svou situaci, své možnosti a ví, že odchodem z nemocnice léčba nekončí. Patientce i rodině byla vysvětlena povaha následné péče, pacientka se snaží otevřeněji mluvit o svých potřebách v supervizi jídelního režimu po propuštění. Pravidelné kontroly v psychiatrické ambulanci, užívání medikace, kontroly u praktického lékaře. V případě vážné dekompenzace psychiatrického stavu nutná hospitalizace na psychiatrické klinice.

Vzhledem k věku pacientky je prognóza příznivější. Je mnoho faktorů, které ji mohou ovlivnit:

- následná péče
- compliance v užívání medikace
- sociální zázemí
- důsledná a systematická edukace

Dostala doporučení na internetový portál www.idealni.cz, který je zdrojem informací a kontaktů na odbornou pomoc v poruchách příjmu potravy, která je dostupná pro širokou veřejnost. Nabízí on-line poradnu, odkazy na literaturu, odborné informace a práci s jídelníčkem.

3.6 Rozhovor s ošetřující lékařkou

Ošetřující lékařka je domluvena s pacientkou a její matkou na převzetí do její ambulantní péče po propuštění. Její stav vnímá, vzhledem k délce hospitalizace, za velmi uspokojivý. Pacientka je informována o důsledcích svého onemocnění.

3.7 Rozhovor s rodinou pacientky

Matka má velký zájem o informace, které se týkají pacientky v oblasti změny životního stylu a dodržování jídelního režimu. Zapojila se do psychoedukace v oblasti životního stylu a vidí budoucnost dcery velmi pozitivně.

3.8 Vlastní posouzení

Z mého pohledu je prognóza onemocnění pacientky příznivá, ovlivňující faktory jsem částečně zahrnula do plánu péče a edukačního procesu. Sociální zázemí a spolupráce matky je na velmi dobré úrovni.

4 Závěr

Má práce byla zaměřena na detailnější popis příčin vzniku poruch příjmu potravy od raného věku dítěte až do období adolescence a rané dospělosti. Snahou bylo rozkrýt některé méně známé faktory a polohy těchto diagnóz s tím, že by určité údaje mohly sloužit jako základní informace nejen pro zdravotnický personál, ale i široké laické veřejnosti jako základní informace, jak se na tyto poruchy dívat, aniž bychom zbytečně zjednodušovali příčiny jejich vzniku.

Dle mého názoru je potřeba při jakémkoli onemocnění věnovat pacientovi větší pozornost i v případě, když zjistí ošetřující lékař současně jakýkoli větší pohyb na váze v rámci krátké doby, ať už se jedná o jeho úbytek nebo přibývání. V takové situaci by mělo být samozřejmostí vypsání žádosti o odborné psychologické vyšetření.

Opatrnosti je třeba i v situaci, kdy se projeví zvýšený cholesterol, k čemuž u anorektiček často dochází a pokud ošetřující lékař (např. pediatr) nezná bližší souvislosti může chybně stanovit léčebný postup.

Rodičům by mělo být poskytnuto odborné poučení o závažnosti situace a upozornit je na to, aby problém neodkládali. Často se stává, že rodiče argumentují tím, že nyní není vhodná doba na hospitalizaci, například kvůli zátěži ve škole nebo odjezdu na dlouhodobější dovolenou. Lékaři by měli trvat na připomenutí zodpovědnosti rodičů za případné komplikace po takovém odkladu. V případě obezity by ošetřující lékař problém neměl bagatelizovat a vedle psychologické pomoci nabídnout rodičům pacienta vhodnou lázeňskou péči. Na tuto lázeňskou péči, při které se většinou podaří významně snížit hmotnost pacienta by měla okamžitě po návratu domů následovat psychotherapeutická péče v místě bydliště.

Zde bych ráda uvedla skutečnost, se kterou jsem byla v průběhu práce obeznámena. A to tu, že pojišťovny hradí lékařům terapie pouze jedenkrát za týden, popřípadě jedenkrát za čtrnáct dnů. To znamená, že přestože terapeut používá při své práci psychoanalytickou psychoterapii, která vyžaduje sezení alespoň dvakrát týdně, musí tuto vzhledem k omezeným možnostem modifikovat na tzv. dynamický přístup v psychoterapii. U mladistvých se často i při dynamickém psychoanalytickém přístupu používají prvky kognitivně-behaviorální terapie. V zásadě se dá říci, že pacienti dochází v době akutní nemoci na terapie jedenkrát týdně, později jedenkrát za čtrnáct dnů a později již jen jako kontrolní či udržovací sezení jedenkrát za tři měsíce.

Jako pozitivní shledávám, že neustále nacházím tu a tam články a zmínky o dalších a dalších pokusech a výzkumech, týkajících se poruch příjmu potravy. Jak jsem se nedávno například dočetla v Mladé Frontě dnes, japonští odborníci zjistili pravděpodobnou odpověď, proč se tato onemocnění týkají více žen než mužů. Jejich výzkumy pomocí měření mozkové aktivity mozku při magnetické rezonanci ukázaly, že ženský mozek reaguje odlišně na pojmy týkající se ideálního vzhledu. Zkráceně lze říct, že zatímco u žen kritická slova aktivují části mozku, které se jinak zapojují při ohrožení, u mužů se aktivovala část, zodpovídající za racionální úvahy. Mluvčí britské asociace poruch příjmu potravy na to uvedl, že „V Británii na anorexii a bulimii umírá ročně více lidí, než na nejznámější psychické problémy. Zatím však nebylo úplně zřejmé, proč jimi častěji trpí právě ženy.“ Přestože velkou roli hraje genetika, stres ve škole či v práci, deprese, domnívají se, že toto by mohlo být odpovědí, na zatím nezodpovězené otázky. Přejme si do budoucna, aby takovýchto zodpovězených otázníků bylo stále více.

Zmíním se i o specifiku poruch příjmu potravy, které spočívá v jejich rozmanitosti. Na rozdíl od ostatních duševních poruch, které jsou po mnoho let pevně dané, se jednotlivé obrazy těchto nemocí často velice liší. Existují jakési koncepty, ty jsou však vývojově odlišné, ať již z důvodů sociálních, vývojových, rodinných nebo čistě osobnostních. Dále jsou ovlivňovány populární či módní literaturou dnešní doby, tiskem, televizí, různými doporučovanými dietami a v neposlední řadě působí i všudypřítomné obrázky vyhublých modelek. Tyto zásahy zvenčí jsou často zavádějící. Je to proměnná, která nemá v klasifikacích zobecněná diagnostická kritéria a pevné formy terapie. Neuvědomuji si žádnou jinou chorobu, která tak podléhá vývoji. I z tohoto důvodu se domnívám, že je užitečná kazuistika, která je součástí práce a která dokládá již zmíněnou rozmanitost poruch příjmu potravy.

Je nutné říct, že slabinu své práce shledávám v tom, že kazuistice se nedostává jakýsi pohled vzad, neboť chybí kazuistika raného vývoje. Nebylo však v mých silách tuto získat.

Cílem mé bakalářské práce je zlepšit informovanost o poruchách příjmu potravy. Zaměřila jsem se na tuto specifickou oblast, protože je v této oblasti nedostatek odborných informací i přes zvyšující se počty osob s poruchou příjmu potravy nejen v Evropě, ale i v jiných vyspělých státech.

5 Seznam použité literatury

1. Hoeschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: Psychiatrie. Praha. Tigris, 2004. ISBN 80-900130-7-4
2. Hort, Vl., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-472-9
3. Kocourková, J., et al.: Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5
4. Kranzová, Rachel: O poruchách příjmu potravy. Praha: Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-248-0
5. Krch, František, David, Mentální anorexie, Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9
6. Krch, František, David: Bulimie Jak bojovat s přejídáním 2.doplňené vydání Praha: Grada Publishing a.s., 2003. ISBN 80-247-0527-3
7. Marečková Jana: Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3
8. Marilyn E.Doenges, Mary Frances Moorhouse: Kapesní průvodce zdravotní sestry, druhé přepracované a rozšířené vydání, Praha: Grada Publishing 2000. ISBN 80-247-0242-8
9. Marková Eva et al., Psychiatrická ošetrovatelská péče, Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6
10. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Praha. Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-44-1
11. Psychiatrie, Doporučené postupy psychiatrické péče II. ISBN 80-239-8501-9
12. TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: NCONZO. 2005. ISBN80-7013-324-4
13. Trapková L., Chvála V., Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál, s.r.o., 2004. ISBN 80-7178-889-9
14. Vymětal Jan: Lékařská Psychologie. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-740-X
15. Anorexie. [on-line]. Dostupnost z <http://mujweb.cz/zdravi/ppp>
16. Kulhánek J.: Mentální anorexie, bulimie, přejídání. [on-line]. Dostupnost z <http://www.idealni.cz/>
17. Občanské združení Anabell. [on-line]. Dostupnost z <http://www.anabell.cz/>
18. Maloney, Kranzová. 1997. [on-line]. Dostupnost na www.ppinfo.cz

6 Seznam příloh

6.1 Hodnotící škály

Příloha 1., počet stran 4.

- 6.1.1 BMI – Body mass index tabulka**
ad strana 63
- 6.1.2 Dotazník pro funkční hodnocení pacienta/FAQ**
ad strana 64
- 6.1.3 Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu**
ad strana 65
- 6.1.4 Dotazník „Jak vnímám sama sebe“**
ad strana 66

7.2 Edukace

Příloha 2., počet stran 2

- 7.2.1 Jídelníček**
ad strana 67 - 68

6.1.1 Index tělesné hmotnosti (BMI)

INDEX TĚLESNÉ HMOTNOSTI (BMI)		
BMI = hmotnost (kg) / výška ² (m)		
BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	<26,9 lehce zvýšená
		>27,0 zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita – I.stupeň	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II.stupeň	Vysoká
>40,0	Obezita – III. Stupeň	Velmi vysoká

Hodnocení ze dne 26.11.2007: 16,8 (51 kg)

Příloha 1.

6.1.2 Dotazník pro funkční hodnocení pacienta / FAQ

	Činnosti:	Body
1	Placení účtů, spoření, používání vkladní knížky/šeků, sporožirových účtů a podobně.	1
2	Vyplňování úředních dokumentů (daňových přiznání, žádostí a formulářů).	1
3	Samostatné nakupování oblečení, potřeb pro domácnost nebo potravin.	1
4	Hraní společenských her, věnování se koníčkům.	1
5	Ohřát vodu a připravit kávu, vypnout sporák.	0
6	Uvařit kompletní jídlo.	2
7	Pamatovat si současné události.	0
8	Udržet pozornost, porozumět a hovořit o televizních programech, knihách a časopisech.	1
9	Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání.	0
10	Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto, použít autobus nebo vlak.	1
Celkové skóre		8

Hodnocení:

0 bodů	Činnost vykonává samostatně, správně (normální výkon) nebo činnost nikdy nevykonávala, ale mohla by samostatně
1 bod	Provádí sama, ale s obtížemi
2 body	Vyžaduje pomoc
3 body	Činnost neprovede, zcela závislá na pomoci

Celkové hodnocení:

Body:	Hodnocení
0 – 8 bodů	Normální výsledek
9 a více bodů	Funkční postižení svědčící pro onemocnění

Datum vyšetření: 27.11.2007

6.1.3 Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu

	Otázka	0 bodů	1 bod	2body	3 body
01.	Jak brzo po probuzení si zapalujete svoji první cigaretu?	Po 60 min.	Za 31 až 60 min.	Za 6 až 30 minut	Do 5 minut
02.	Je pro Vás těžké nekouřit v místech kde je to zakázáno (kino, sport, kostel...)?	Ne	Ano		
03.	Která cigareta vás nejvíce uspokojuje?	Jakákoliv kromě první	První ráno		
04.	Kolik cigaret vykouříte za den?	10 nebo méně	11 – 20	21 – 30	31 a více
05.	Kouříte v průběhu dopoledne více, než v ostatním denním čase?	Ne	Ano		
06.	Kouříte i když jste nemocný a většinu dne jste na lůžku?	Ne	Ano		
07.	Jaký obsah nikotinu mají cigarety, které kouříte?	Méně jak 0,5 mg	0,6 – 1,1 mg	Více jak 1,1 mg	
08.	Jak často vdechujete (šlukujete) cigaretový dým?	Nikdy	Někdy	Vždy	

Hodnocení: 6 bodů

FTQ body	Vyhodnocení
00 – 04 body	Neznamená závislost na nikotinu
05 – 06 bodů	Střední závislost na nikotinu
07 – 09 bodů	Silná závislost na nikotinu
10 – 11 bodů	Velmi silná závislost na nikotinu

Hodnocení ze dne 26.11: 5 bodů - Střední závislost na nikotinu

6.1.4 Jak vnímám sama sebe

Pacientka vyplnila dotazník dne 28.11.2007 na téma jak vnímá sama sebe.

Co dělám a co bych chtěla změnit:

Co mi dané chování dává a bere? Jaké bude mít důsledky, když se budu dál chovat stejně?

	Okamžitý důsledek	Dlouhodobý důsledek
Pozitivní stránky (proč to dělám)	Chci být krásná jako modelky a štíhlé dívky mého věku	Chci se líbit svému příteli a svému okolí
Negativní stránky (proč bych to chtěla změnit)	Neustálé myšlenky nad tím kolik toho sním, v jakém množství kalorií. Musím kontrolovat příjem a výdej.	Budu tlustá.

Cílový stav, čeho chci dosáhnout:

Mít dobré zaměstnání, zachovat si částečně svoji štíhlost, mít hodného přítele a být bez zdravotních problémů.

Jakými prostředky jej chci dosáhnout, co tento týden udělám:

Relaxační cvičení, skupinová psychoterapie.

Jak moc chci tohoto cíle dosáhnout?

100%

Na kolik procent si věřím?

65%

Je to pro mě prorita tohoto týdne?

Ano

Co mi plánovanou změnu může zkomplikovat a co s tím udělám?

Nedodržování jídelního režimu.

Co nebo kdo mi může pomoci?

Hovořit o svých problémech při skupinové psychoterapii a být otevřená vůči svému okolí.

Jak nahradím to pozitivní, co mi dané chování dává?

Umět hovořit o svých problémech s lidmi, kteří mi umějí poradit (zdravotnický personál, rodina) a samostatně přemýšlet a řešit své problémy sama.

Hodnocení: Co se mi podařilo uskutečnit? **Pravidelný příjem potravy.**

Jakou jsem z pokusu získala informaci pro další pokus o řešení? **Chci být trpělivá a získat sebedůvěru tak, abych byla zdravá.**

7 Seznam zkratek a symbolů

BMI - body mass index

D - dech

DG - diagnóza

FF - fyziologické funkce

hod. - hodina

P - puls

TT - tělesná teplota

TK - krevní tlak

Tbl. - tabletky

MKN 10 - mezinárodní klasifikace duševních poruch

8 Seznam ilustrací

Přílohy ukazují modelky, které trpí mentální anorexií:



Obrázek 1: Modelka

Převzato z internetové stránky: <http://mujweb.cz/zdravi/ppp> .



Obr. 2: Dívka na módní přehlídce

Převzato z internetové stránky: <http://mujweb.cz/zdravi/ppp> .