

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY**

Bakalářská práce

KRISTÝNA JURÁSKOVÁ

Stupeň klasifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Praha 2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

.....

Jurásková Kristýna

Poděkování

Děkuji MUDr. Lidmile Hamplové, PhD., prof. MUDr. Haně Papežové, CSc. a paní Haně Šimůnkové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé absolventské práce.

ABSTRAKT

Tato práce je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacienta s poruchou příjmu potravy. Práce obsahuje část teoretickou a část praktickou. V teoretické části shrnuje základní informace o mentální anorexii a mentální bulimii. Teoretická část je rozdělena do několika kapitol, které pojednávají o definici, historii, výskytu, příčinách a příznacích, komplikacích a léčbě mentální anorexie a mentální bulimie. Část praktická obsahuje kazuistiku pacientky s mentální anorexií. Obsahuje osm aktuálních, čtyři potencionální ošetrovatelské diagnózy a tři diagnózy na podporu zdraví. Diagnózy jsou stylizovány dle Nanda domén. Důležitou součástí ošetrovatelské kazuistiky je léčba pacientky, která pokračuje i po hospitalizaci.

Klíčová slova

Body mass index. Mentální anorexie. Mentální bulimie. Poruchy příjmu potravy. Tělesná hmotnost. Výživa.

ABSTRACT

This paper disserts upon the nursing process in a patient suffering from eating disorders. The theses consists of both the theoretical and the practical part. The theoretical part summarizes basic information on anorexia nervosa and mental bulimia, and is divided into several chapters. The chapters deal respectively with the definition, history and occurrence od the disease, its causes and symptoms, treatment of mental anorexia and mental bullimia and its possible complications. The practical part is a case report of a woman suffering from anorexia nervosa. The paper contains eight of the current and four potential nursing diagnoses, and three diagnoses to health promotion. Diagnoses are contemporarily styled by Nanda domains. An important component of the nursing case report is the treatment of the patient, which continues after hospitalization.

Keywords

Anorexia nervosa. Body mass index. Bulimia nervosa. Eating disorders nutrition. Body weight.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	12
1.1 <i>Definice mentální anorexie.....</i>	<i>12</i>
1.2 <i>Definice mentální bulimie.....</i>	<i>13</i>
2 HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	15
2.1 <i>Historie mentální anorexie</i>	<i>16</i>
2.2 <i>Historie mentální bulimie</i>	<i>16</i>
3 VÝSKYT PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ČESKÉ REPUBLICE	18
4 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE	19
4.1 <i>Nebezpečné diety.....</i>	<i>19</i>
4.2 <i>Biologické faktory</i>	<i>20</i>
4.3 <i>Životní události</i>	<i>21</i>
4.4 <i>Rodinné a genetické faktory.....</i>	<i>21</i>
4.5 <i>Emocionální faktory.....</i>	<i>21</i>
4.6 <i>Osobnostní rysy pacientek trpících poruchou příjmu potravy</i>	<i>22</i>
5 PŘÍZNAKY MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE	23
6 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE	26
6.1 <i>Kardiovaskulární komplikace</i>	<i>26</i>
6.2 <i>Renální komplikace</i>	<i>27</i>
6.3 <i>Gastrointestinální komplikace</i>	<i>27</i>
6.4 <i>Kosterní komplikace.....</i>	<i>28</i>
6.5 <i>Endokrinní komplikace.....</i>	<i>28</i>
6.6 <i>Hematologické komplikace.....</i>	<i>29</i>
6.7 <i>Neurologické komplikace.....</i>	<i>29</i>
6.8 <i>Metabolické komplikace</i>	<i>30</i>
6.9 <i>Dermatologické komplikace.....</i>	<i>30</i>
7 PŘEHLED LÉČBY MENTÁLNÍ ANOREXIE A MENTÁLNÍ BULIMIE	32
7.1 <i>Hospitalizace</i>	<i>32</i>
7.2 <i>Částečná hospitalizace a denní stacionáře</i>	<i>33</i>
7.3 <i>Ambulantní lékařská péče.....</i>	<i>33</i>
7.4 <i>Svépomoc a psychoedukace</i>	<i>34</i>
7.5 <i>Rodinná terapie.....</i>	<i>34</i>
7.6 <i>Kognitivně behaviorální terapie.....</i>	<i>34</i>
7.7 <i>Farmakoterapie.....</i>	<i>35</i>
PRAKTICKÁ ČÁST.....	36

8 KAZUISTIKA	36
8.1. Fyzikální vyšetření	36
8.2 Rodinná anamnéza	36
8.3 Osobní anamnéza	37
8.4 Sociální anamnéza	37
8.5 Gynekologická anamnéza	37
8.6 Farmakologická anamnéza	37
8.7 Abúzus	38
8.8 Alergologická anamnéza	38
8.9 Pracovní anamnéza	38
8.10 Sexuální anamnéza	39
8.11 Nynější onemocnění	39
8.12 Diagnostika	39
8.13 Výsledky vyšetření	39
8.14 Léčba	40
9 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL PODLE VIRGINIE HENDERSON	42
9.1 Teorie základní ošetrovatelské péče	42
9.2 Metaparadigmatické koncepce	42
9.3 Ošetrovatelská dokumentace	44
9.3.1 Dýchání	44
9.3.2 Výživa a hydratace	44
9.3.3 Vylučování	45
9.3.4 Pohyb	45
9.3.5 Spánek a odpočinek	46
9.3.6 Oblékání	46
9.3.7 Regulace tělesné teploty	46
9.3.8 Hygiena	46
9.3.9 Ochrana před nebezpečím	47
9.3.10 Komunikace, kontakt	47
9.3.11 Víra	48
9.3.12 Práce	48
9.3.13 Aktivity a zájmy	48
9.3.14 Učení	49
10 PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	50
11 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	51
11.1 Nedostatečná výživa z důvodu základního onemocnění, projevující se kachexií	51
11.2 Zácpa z důvodu nedostatečného příjmu potravy, projevující se vzedmutým břichem	52
11.3 Hypotermie z důvodu kachexie, projevující se zimomřivostí a chladnými akraálními částmi těla	52

11.4 Únava z důvodu nízkého energetického příjmu, projevující se nesoustředěností	53
11.5 Porušený obraz těla z důvodu základní diagnózy, projevující se odporem ke svému tělu.....	54
11.6 Porušený spánek z důvodu základního onemocnění, projevující se častým buzením.....	54
11.7 Sexuální dysfunkce z důvodů kritického snížení tělesné hmotnosti, projevující se nezájmem o navázání partnerského vztahu	55
12 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	57
12.1 Riziko poškození integrity sliznice dutiny ústní z důvodu častého a intenzivního čištění zubů.	57
12.2 Riziko vzniku infekce z důvodu snížené imunity.....	57
12.3 Riziko neefektivního léčebného režimu z důvodu bagatelizace onemocnění	58
12.4 Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin z důvodu nadměrného příjmu tekutin.	59
13 PODPORA ZDRAVÍ	60
13.1 Ochota ke zlepšení výživy	60
13.2 Ochota ke zlepšení spánku.....	60
13.3 Ochota zlepšit sebepojetí	60
13.4 Ochota ke zlepšení komunikace.....	61
14 PODPŮRNÁ PÉČE PO HOSPITALIZACI	62
15 DISKUSE	63
16 EDUKACE	64
ZÁVĚR.....	65
POUŽITÁ LITERATURA	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	68

SEZNAM ZKRATEK

BMI..... body mass index

KBT..... kognitivně behaviorální terapie

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších, i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Některé příznaky mentální anorexie lze pozorovat až u 6 % dívek na konci puberty. V průměru 50 % děvčat s mentální anorexií a téměř dvě třetiny s bulimií se zcela vyléčí. Moderní trendy a společností stanovená hranice dokonalosti tomuto negativnímu jevu ve společnosti nijak nepřispívají. Na internetu, v televizi, v módních časopisech i na přehlídkových molech, všude se setkáváme s podvyživenými modelkami, které dosahují hodnoty BMI (body mass index) pod 17,5 a media toto propagují jako ideál dokonalosti. Mnoho dívek a žen, proto považuje podvýživu a kachektický vzhled za svůj cíl, chtějí jej dosáhnout i na úkor svého zdraví. Některé dívky dokonce za svoji kariéru modelky zaplatily životem. U mentální anorexie je udávána úmrtnost od 2 až 8 % a u mentální bulimie 0 až 2 %.

Odborná lékařská veřejnost si uvědomuje, že preventivními opatřeními a včasnou pomocí, je možné zabránit vzniku těchto onemocnění. V dnešní době jsou informační technologie velmi vyspělé, proto lze jednoduše zjistit, co obsahují preventivní programy, včasná diagnostika i léčba poruch příjmu potravy.

Toto téma jsem si zvolila z důvodu osobní zkušenosti a zájmu o nové informace. V období puberty jsem trpěla mentální bulimií. S pomocí mých blízkých, psychologa a nutriční terapeutky, se mi podařilo vyléčit se. Byla to velká zkušenost, díky které jsem i já sama získala jiný pohled na svět kolem sebe, ale i sama na sebe.

Dívky a mladé ženy považují svůj krásný zevnějšek za důležitý, často si neuvědomují, že to krásné, je v jejich nitru.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. Obě tyto poruchy jsou si velmi podobné. Je pro ně typické intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti, spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu. Nemocní se neustále zabývají myšlenkami nad tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti. Některé příznaky těchto poruch (jako například zvýšený zájem věnovaný jídlu, podrážděnost, uzavřenost nebo chuť se přejídat) mohou být důsledkem redukčních diet nebo hladovění. U mentální anorexie i mentální bulimie se vyskytuje i další společná obecnější psychopatologie, jako jsou nízké sebevědomí, sociální problémy nebo somatické obtíže, závislé především na způsobu kontroly tělesné hmotnosti (3, str. 13).

1.1 Definice mentální anorexie

Mentální anorexie je charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Mezi hlavní znak nemoci patří pokřivený obraz vnímání sebe sama. Anorektičky neodmítají jídlo proto, že by neměly chuť nebo hlad, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají. Nechutenství nebo snížení chutě k jídlu je většinou důsledkem hladovění. U některých nemocných je možné pozorovat zvýšený zájem o jídlo a všechno, co s ním souvisí (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.). Problematickým kritériem je strach z nadváhy, který může být popírán nebo zaměňován za snahu jíst zdravě (2, str. 23).

Snížení tělesné hmotnosti si nemocný způsobuje sám tím, že se záměrně vyhýbá jídlům s vyšším obsahem energie, nebo že nadměrně cvičí, navozeně zvrací, užívá projímadla nebo nějaké jiné prostředky na hubnutí. Nemocní sami usilují o nízkou hmotnost. Hranice mezi mentální anorexií a dietou bývá zprvu dosti nejasná (2, str. 23).

Diagnostická kritéria mentální anorexie:

- 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 BMI
- strach z tloušťky, trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost
- u žen porucha menstruačního cyklu - v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky (2, str. 25)

Specifické typy:

Nebulimický (restriktivní) typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání (3, str. 18).

Bulimický (purgativní) typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání (3, str. 18).

1.2 Definice mentální bulimie

Mentální bulimie je charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Pocit přejedení je velmi relativní. Přes dramatický prožitek ztráty kontroly nad jídlem je často zřejmé, že nemocní snědli jen o něco víc, než chtěli, nebo než byli zvyklí jíst. Když už se ale cítí přejedeni, tak se časem většinou začnou opravdu přejídat.

Tento mechanismus funguje u každého, kdo si postaví za cíl dlouhodobě neudržitelná dietní omezení, ať už jen drží dietu nebo trpí anorexií. To je také důvod, proč mnoho bulimiček uvádí „anorektické“ počátky svých obtíží (2, str. 24, 25; 19).

Diagnostická kritéria mentální bulimie:

- opakující se epizody přejídání. Podle některých autorů je subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem důležitějším příznakem přejídání než zkonsumované množství;
- opakující se nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti, což kromě vyvolaného zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění zahrnuje také opakující se hladovky a nadměrné cvičení;
- strach z tloušťky a nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. V závislosti na těchto hodnotách se pohybuje i sebehodnocení nemocného (2, str. 25).

2 Historie poruch příjmu potravy

Člověk jako živočich a všežravec věnuje podstatnou část svého života opatření, přípravě a konzumaci potravy. V průběhu své lidské historie se návyky a rituály přijímání potravy měnily, stejně jako ideál krásy, které s příjmem potravy mohly souviset. (Navrátilová, 2000)

Historie zaznamenaných poruch příjmu potravy je bohatá. Hladovění nebo přijímání sníženého množství stravy nebo modifikovaných diet bylo součástí mnoha náboženských obřadů a rituálů, protestních činů nebo reakcí na špatné životní podmínky (6, str. 152).

Ve 12. až 15 století ženy hladověly, aby umlčely své hříšné tělo a prohlašovaly se za světice, sebetryzněním odčiňovaly své hříchy a osvobozovaly tak svoji duši. V 16. století tzv. anorektické světice byly prohlašovány za "posedlé ďáblem" a byly pronásledovány církví. Arogance půstu byla odsuzována mnohem přísněji než přejídání (6, str. 152).

V roce 1930 přibývá mentální anorexie v dobře situovaných vrstvách západní Evropy, v té době Hollywood přináší grapefruitové diety. Současně s tímto se zvyšuje zájem o psychoanalýzu u poruch příjmu potravy (6, str. 153).

V roce 1967 je modelka Twigy uvedena na titulní straně módního časopisu VOGUE, přičemž její hmotnost nepřesahovala 41 kg při výšce 170 cm. Příklad Twigy táhl ve své době mladé ženy k redukčním dietám a posedlosti extrémně štíhlou postavou. V roce 1986 až 80 % desetiletých a jedenáctiletých děvčat v San Franciscu drželo diety. D. M. Garner a E. Garfinkel v té době poukazovali na podobnost mentální anorexie a mentální bulimie. V roce 1990 vznikly preventivní a podpůrné programy pro poruchy příjmu potravy, veřejnost byla nespokojena s nepřiměřenou idealizací vyhublosti a nepřiměřenými dietními opatřeními. V té době jsou již známy konkrétní metody a důkladná znalost specifík poruch příjmu potravy (6, str. 153, 154).

2.1 Historie mentální anorexie

Mentální anorexie jakožto porucha příjmu potravy byla popsána již kolem 2. století, ovšem do lékařské terminologie se dostala až v 19. století. V antických dobách termín anorexie jednoduše označoval stav nedostatečné „*orexis*“, to znamená celkové únavy, apatie. Galén, jedna z nejvýznamnějších postav té doby, používal v užším smyslu toto slovo jako absenci chuti k jídlu nebo odpor k jídlu (3, str. 25).

Anorexií lidé trpěli i v dobách, kdy štíhlá linie nebyla vzorem dokonalosti. Trpěla jí například i císařovna Alžběta Bavorská, známá jako princezna Sisi. Její posedlost vlastním tělem byla ve své době zájmem okolí. Všechn čas, který měla pro sebe, věnovala sportu a nikdy ji nikdo neviděl sedět, pokud díky protokolu nemusela. Byla přímo posedlá kontrolou své váhy, která se při její výšce 172 cm pohybovala někde v rozmezí 44 až 48 kg (2, str. 53; 20).

Zlomovým okamžikem ve vývoji mentální anorexie byla polovina 20. století. V roce 1917 zavedl doktor Lulu Hunt Peters pojem kalorie a spojil ho s dietami. Vydal publikaci, v níž nabádal k držení diet. Od této doby byl zaznamenán nárůst výskytu mentální anorexie u členů vyšších vrstev. Stejně jako tehdy i v dnešní době je ze statistik jasné, že se mentální anorexie u sociálně slabých vrstev téměř nevyskytuje (6, str. 153).

2.2 Historie mentální bulimie

Historie poruch příjmu potravy, ve smyslu odmítání stravy, je stejně bohatá jako historie přejídání. Na jarmarcích občas veřejnost obveselovali jedlíci, kteří se předváděli vedle lidí znetvořených a jiných atrakcí. Podle Plutarcha pojem *bolimos* označoval zlého démona a původně měl znamenat velký hlad. Pozdější filologové tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov *bous* (vůl) a *limos* (hlad), a popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk dokázal sníst celého vola. Pojem

bulimie se však vztahoval na slabost a mdloby způsobené hladem. Lékařská věda spojovala bulimii s dysfunkcí nebo abnormalitami zažívacího ústrojí (3, str. 29, 30).

Přejídání bývalo v minulosti někdy popisováno v souvislosti s anorexií a právě v tomto kontextu se poprvé objevila mentální bulimie jako klinická entita. V roce 1874 popsal Gull v jedné ze svých přednášek nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky.

Teprve poměrně nedávno získala specifická forma bulimie status široce uznávané psychiatrické diagnózy. V roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín bulimia nervosa, označující „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“, ve spojení s „chorobným strachem ze ztloustnutí“ a vyhýbáním se „ztloustnutí jako následku jídla vyvoláním zvracení nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím“ u žen s normální tělesnou hmotností (3, str.30).

Mezi nejznámější celebrity trpící mentální bulimií patřila například známá herečka Jane Fonda, která s ní bojovala více jak třicet let a Diana Frances Spencerová (Princezna Diana).

3 Výskyt poruch příjmu potravy v České republice

Skupina nemocných s poruchami příjmu potravy je velmi různorodá a různý je i průběh poruchy. I když úspěšnost léčby je relativně vysoká, v dospívání patří tyto poruchy k nebezpečným, majícím závažné důsledky pro život nemocného. Podle různých studií je u mentální anorexie udávána úmrtnost v rozmezí 2 až 8 %, u mentální bulimie je udávána úmrtnost 0 až 2 %. V průměru 50 % děvčat s anorexií a téměř dvě třetiny s bulimií se zcela vyléčí. U necelých 20 % anorektiček byl v průběhu let zjištěn chronický průběh, který je často spojen se sociální izolací (4, str. 9).

Mentální anorexie i bulimie jsou desetkrát až dvacetkrát častějším onemocněním dívek než chlapců. Mentální bulimií trpí přibližně každá dvacátá dospívající dívka v České republice (6 %), mentální anorexie je méně častá a postihuje necelé 1 % mladých děvčat. Skutečnost, že někdo v rodině (matka nebo sestra) trpí poruchou příjmu potravy, zvyšuje riziko vzniku anorexie nebo bulimie u ostatních žen v rodině. Obě poruchy se často rozvíjejí pomalu a nenápadně, jakoby se ztrácely v nevhodných stravovacích návycích vrstevníků a rodiny. Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku třinácti až dvaceti let, mentální bulimie obvykle mezi šestnácti až pětadvaceti lety. Je ale možné setkat se s časnějším i pozdějším počátkem poruchy (Marádová, 2007)

4 Příčiny vzniku mentální anorexie a mentální bulimie

O příčinách poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho různých teorií. Obecně lze říci, že anorexie a bulimie jsou důsledkem vlivu nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích procesů a biologických a genetických faktorů. Počátek mentální anorexie je vždy spojen se souhrou několika nepříznivých vlivů, mezi kterými vystupují ty, které jsou významné z hlediska držení diet. Mezi hlavní důvody, proč nemocní začali s dietou, patří nárůst tělesné hmotnosti, esteticky nevhodné rozložení tělesného tuku a celkový tělesný vzhled. Rozhodnutí pro dietu ovlivní příklad matky nebo sestry, které již dietu drží, ale i situace pokud se jídlo v rodině neustále probírá. Významnou roli hraje i nejistota, spojená se změnami v průběhu dospívání a v rodině, osobní zájmy (zejména některé sporty vyžadující nízkou tělesnou hmotnost nebo modeling), zvýšený důraz na vzhled, výkon a sebekontrolu v rodině, ale i nešťastná náhoda (4, str. 15, 16).

Neexistuje žádná specifická příčina anorexie a bulimie, jejíž odstranění by automaticky vedlo k vyléčení. Většina psychických problémů, se kterými je možné se u těchto nemocných setkat, je spíše důsledkem než příčinou nedostatečné výživy, vyhublosti a neuspokojivé kvality života (4, str. 16).

4.1 Nebezpečné diety

Poruchami příjmu potravy jsou ohroženy dívky a ženy bez rozdílu společenského postavení, rasy i věku. Spouštěcím mechanismem je v naprosté většině případů redukční dieta. Doporučují ji lékaři, prodává se v lékárnách a vyzkoušely ji alespoň tři čtvrtiny žen. Redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie asi osmkrát (4, str. 16; 20).

Chování, postoje a prožitky žen trpících mentální anorexií a mentální bulimií, jsou v mnoha směrech podobné reakcím a prožitkům lidí, kteří

se dlouhodobě omezují v jídle nebo se jinak snaží zhubnout. Hranice mezi normou a patologií je v těchto případech velmi křehká (4, str. 17).

Výrazné dietní tendence a nevhodné způsoby kontroly tělesné hmotnosti jsou zřetelné už u dívek ve věku mezi třináctým a čtrnáctým rokem. Mezi těmito dívkami 50% uvádí, že si přejí zhubnout. Již v tomto věku se dívky ze strachu z nadváhy nutí do zvracení (4, str. 17).

Redukční diety ovlivňují výskyt poruch příjmu potravy. Pro bulimičky jsou diety vysněným cílem, který podle potřeby používají jako kritérium přejedení a jako argument, proč se musí přejíst a zvracet. Mnoho nemocných považuje příjemný pocit prázdného žaludku a nadměrné sebekontroly za normu. Problém je v tom, že se to dlouhodobě nedá vydržet. S dietou roste pocit hladu a pozornost věnovaná jídlu, oslabují se možnosti kontroly v jídle. Po období hladovění může být i běžné jídlo v malé porci pocíťováno jako přejedení (4, str. 17; 10).

4.2 Biologické faktory

Rizikovým faktorem pro rozvoj poruch příjmu potravy je ženské pohlaví. Ženy mají osmkrát větší riziko výskytu mentální anorexie. Rychlý tělesný růst v období puberty je spojen s rostoucí tělesnou hmotností i s přibýváním tukových zásob. Rychlý přírůstek tuků, spojený s pubertou, může pro mnoho dívek představovat hrozbu. Po pubertě se snižuje spokojenost dívek s tím, jak vypadá jejich tělo a tato nespokojenost přetrvává i do adolescence. Ženy, u kterých je tuk nejvíce uložen na bocích, stehnech a na hýždích, vykazují významně vyšší riziko poruch příjmu potravy než ostatní ženy (3, str. 62).

Kromě nízkého příjmu energie může hrát významnou roli i nižší příjem bílkovin a emoční stres. U většiny anorektiček předchází amenoree pokles tělesné hmotnosti, protože už další sebemenší omezení v příjmu energie vede k endokrinním změnám (3, str. 63).

4.3 Životní události

Některé životní situace a události jsou často považovány za významné spouštěcí faktory poruch příjmu potravy. Nejčastěji jsou zmiňovány různé narážky a připomínky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální nebo jiné konflikty, významná životní změna, osobní nezdár nebo nemoc a problémy v rodině či odloučení od rodiny (3, str. 64).

4.4 Rodinné a genetické faktory

Velká část nemocných, jejich rodin i terapeutů popisuje počátek a rozvoj mentální anorexie nebo bulimie v termínech různých rodinných událostí. Ve většině klinických studií se pohybuje výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3 až 10 %. Pravděpodobný výskyt mentální anorexie u matky je v anamnéze u 14 % pacientů. V rodinách anorektiček a bulimiček se vyskytují poruchy příjmu potravy čtyřikrát až pětkrát častěji než v běžné populaci. Matky anorektičky jsou někdy popisovány jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní (3, str. 65).

Matka je prvním zdrojem potravy dítěte, byla samozřejmě spojována i se vznikem a rozvojem jídelní poruchy. Jako možná příčina jídelních problémů dcery je často zmiňován i otec, který bývá charakterizován jako pasivní, udržující si emoční odstup, někdy jako dominantní osoba (3, str. 65, 66).

4.5 Emocionální faktory

U pacientek s poruchou příjmu potravy se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky. Kolem 20 % anorektiček a 40 % bulimiček splňuje v průběhu základního onemocnění kritéria velké depresivní poruchy. Skutečnost,

že ani těžká kachexie a nebezpečí smrti nevedou u anorektiček k oslabení strachu z tloušťky a změně jídelního chování, lze v podstatě považovat za sebevražedné chování. U pacientů, kteří splňují diagnostická kritéria obou mentálních poruch, nebyl téměř nikdy zjištěn počátek obtíží ve stejnou dobu. Příznaky deprese bývají vysvětlovány jako důsledek různých zdravotních, psychických a sociálních problémů, spojených s malnutricí, nepřiměřenou sebekontrolou nebo naopak s neschopností se neustále kontrolovat. Depresivní a úzkostné příznaky jsou spojeny s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Zatímco úzkost přetrvává ještě dlouho po odeznění anorexie a bulimie, jsou depresivní příznaky zejména spojeny s počátkem onemocnění a s jeho průběhem. Bez ohledu na specifickou povahu vztahu obou poruch, existuje většinou shoda v tom, že negativním sebehodnocením, pocity inefektivity, deprese a nedůvěra ve vlastní pocity, představují významné, i když pravděpodobně nespecifické faktory, zvyšující riziko příjmu potravy (3, str. 69, 70; 11).

4.6 Osobnostní rysy patientek trpících poruchou příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou vázány na určité osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti. Typickou anorektičkou je obvykle dívka, zaměřená na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli. Tyto dívky jsou zatíženy negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům a cílům. Nadměrná afektivní kontrola a perfekcionismus u mentální anorexie a afektivní instabilita a snížená sebekontrola (impulsivita) u bulimie bývají často zdůrazňovány jako možné rizikové faktory (3, str. 72).

5 Příznaky mentální anorexie a mentální bulimie

Jako první z alarmujících příznaků jsou **změny v jídelníčku**. Z jídelníčku mizí nejprve pokrmy, které jsou považovány za energeticky vydatné nebo „nezdravé“. Zákaz je postupně rozšiřován na další pokrmy, jako je bílé pečivo, knedlíky, maso atd., až nakonec zbudou jen light potraviny (4, str. 11).

Dalším příznakem jsou **změny ve stravovacím režimu**. Nemocní si důsledně neberou nic navíc. Pod různými záminkami se vyhýbají i hlavnímu jídlu. Změny ve stravování jsou dodržovány se stále větší důsledností a obhajovány se stále větší rafinovaností. Na jídlo najednou není čas ani chuť, přibývá výmluv a podvodů kolem jídla. Ráno nemocní uvádějí, že nejsou zvyklí jíst nebo že nemají čas. Večer tvrdí, že jsou po večeři (4, str. 11; 20).

Srovnávání se s ostatními. Při jídle se úzkostlivě srovnávají s ostatními; vyžadují, aby měli co nejmenší porce. Často hodně žvýkají žvýkačky, ti starší kouří (4, str. 11).

Změna jídelního tempa a chování u stolu. Nemocní konzumují pokrmy velmi pomalu a obřadně, v jídle se nimrají, dlouho si ho prohlížejí, vybírají co snědí a co ne. Potraviny si dělí na miniaturní kousky, jídlo jim trvá tak dlouho, že se pak opravdu nestihnou najíst. Trvají na tom, že si jídlo musí vychutnat nebo jíst v klidu například ujídají jeden jogurt miniaturní lžičkou 20 minut. Bulimičky naopak mají sklon jíst hltavě a všechny potraviny dohromady (4, str. 11; 8).

Změna chuti. Nemocní někdy solí, pijí kávu a snadno se jim udělá po něčem špatně. Někdy hodně pijí (zapíjejí tak hlad), jindy nepijí vůbec, až jim hrozí dehydratace (4, str. 12).

Izolace od společnosti. Nemocní se vyhýbají jídlu ve společnosti. Přecitlivěle reagují na to, když je někdo sleduje při jídle nebo například mlaská. Připravují si pro sebe jiné, méně energeticky vydatné jídlo. Při jídle vypadají napjatě, strnule a vyděšeně. Snadno se cítí přejedení a mluví o tom, kolik toho

snědli. Jablka jsou najednou obrovská a rohlík se nedá sníst, jak je vydatný (4, str. 12; 18).

Zvýšená pohybová aktivita. Nemocní neustále někde pobíhají, mají potřebu něco dělat, intenzivně cvičit, zpotit se. Dokážou například chodit mnoha kilometrové vzdálenosti pěšky, posilovat nebo cvičit v neprodyšném oblečení. Nedokážou se uvolnit a jen tak relaxovat. Zhoršuje se jejich schopnost soustředit se na učení. S rostoucí podvýživou se může objevovat únava, apatie a vyčerpanost (4, str. 12).

Příliš soustředění na vlastní postavu a tělesnou hmotnost. Postávají před zrcadlem, často se váží nebo se naopak váže se strachem vyhýbají. Zahalují se do volných šatů nebo naopak nosí oblečení, které umožňuje předvádět plochou a vyhublou postavu. Často mluví o jídle nebo se této tématice přehnaně vyhýbají (4, str. 12; 13).

Ze zdravotních obtíží se nejprve objevuje **zácpa, porucha menstruačního cyklu a zimomřivost**. V souvislosti s podvýživou padají vlasy, zhoršuje se pleť a na těle se objevuje jemné ochlupení (lanugo) (4, str. 12; 18).

První zhubnutí je spojeno se vzrůstem sebevědomí a zlepšením nálady. V této době bývají nemocní velmi aktivní a společenští. Postupně se však **soustředí stále více na sebe, svoje tělo a jídlo**. Začínají se vyhýbat přátelům i rodině, uzavírají se do sebe. Vzrůstá jejich přecitlivělost a zhoršuje se jim nálada. Bulimičky bývají podrážděné a depresivní (4, str. 12).

Projevy kategorického odporu proti jídlu. Na tlak jíst, reagují anorektičky a někdy i bulimičky zásadním odporem. Vyhrožují, emočně vydírají a na každý argument mají své protiargumenty. Dokážou hodiny mluvit o tom, jak se cítí nafouklé, probírat jídelníček a svoje pocity. Když jsou nuceny jíst, snaží se podvádět. Někdy podvádějí také proto, aby „uklidnily“ rodiče (4, str. 12).

V případě, že zvrací, začnou se doma ztrácet potraviny. Po jídle bulimičky odbíhají na toaletu nebo do koupelny, kde zůstávají dlouho zavřeny (zneužívají projímadla a diuretika). Rodiče nacházejí prázdné obaly nebo zjišťují,

že se jim takové léky ztrácejí. Některé dívky jídlo plivají. Rozžvýkané jídlo dokážou mít v ústech překvapivě dlouhou dobu (4, str. 12).

6 Zdravotní komplikace mentální anorexie a mentální bulimie

Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací. Nejobvyklejší jsou kardiovaskulární komplikace. Ty také, v souvislosti s narušením elektrolytové rovnováhy u pacientek, které zvracejí, nadužívají projímadla nebo diuretika, nejčastěji přispívají k fatálnímu zakončení poruchy. Častým důsledkem výrazného váhového úbytku je osteoporóza, popsána už také u mentální bulimie.¹

6.1. Kardiovaskulární komplikace

Téměř u 90 % nemocných se v průběhu onemocnění vyskytují kardiální potíže. Nejčastější z nich je bradykardie s frekvencí méně než 60 úderů za minutu. Tato komplikace se vyskytuje u více než 80 % pacientek. Je to způsobeno snížením metabolismu (úspora energie) a vagovou hyperaktivitou. U obdobného počtu nemocných se vyskytuje hypotenze pod 90/60 mmHg. Hypotenze je způsobena chronickým snížením objemu tělních tekutin a ortostatickými změnami, a vede ke stavům závratě a náhlé ztráty vědomí (3, str. 96).

Nadužíváním diuretik nebo projímadel může, jak u bulimie, tak u mentální anorexie, vést k narušení elektrolytové rovnováhy a tím vyvolaným srdečním arytmiím (3, str. 96).

Klinicky významné jsou také poruchy funkce mitrální chlopně levé komory a zhoršení výkonnosti srdečního svalu. Náhlé úmrtí je ale většinou

¹Krch, D., F. a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Grada Publishing, Praha 1999. ISBN 80-7169-627-7

způsobeno srdečními arytmiemi v důsledku narušení elektrolytové rovnováhy (3, str. 97).

6.2. Renální komplikace

Zjistitelné renální abnormality se mohou objevit až u dvou třetin anorektiček, a protože většina z nich přijímá nedostatečné množství bílkovin, může u nich dojít ke zvýšení hladiny urey v krvi. Hlavní poruchy elektrolytové rovnováhy, které se u poruch příjmu potravy vyskytují, jsou hypokalémie, hyponatrémie, hypochlorémie a hypochlorní metabolická alkalóza, která je nejčastěji zjištěna u pacientek dehydratovaných v důsledku zvracení nebo nadužívání projímadel a diuretik. Chronické nadužívání projímadel a diuretik může také vést k chronickému renálnímu selhání a hypokalémické nefropatii (3, str. 97).

6.3. Gastrointestinální komplikace

Benigní zduření parotických žláz se objevuje u 25 až 50 % nemocných mentální bulimií. Objevují se ale i u mentální anorexie a u jiných případů chronické podvýživy. Pravidelné zvracení způsobuje erozi zubní skloviny a zuboviny na lingválních površích předních zubů horní čelisti. Výsledkem je zvýšená citlivost na teplo, zatímco důkazy o zvýšené kazivosti zubů nejsou jednoznačné (3, str. 98).

V důsledku zvýšeného vystavení působení žaludečních šťáv, dochází ke vzniku zánětu jícnu, jícnových erozí a vředů. Proto se tyto komplikace objevují u bulimiček a zvracejících anorektiček (3, str. 98).

Zhoršená motilita tenkého střeva je poměrně častá. Asi u poloviny anorektiček lze zjistit na rentgenu dilataci duodena a asi u třetiny přechodnou

dilataci jejunu. Komplikace v oblasti tlustého střeva, kromě prosté zácpy, obvykle souvisí s nadužíváním projímadel (3, str. 98, 99).

U podvýživy s nedostatkem bílkovin se vyskytují abnormality funkce jater, vedoucí k reversibilní steatóze a hepatomegalii u nemoci kwashiorkor. Stavy hypoglykémie, které vidíme u některých anorektiček, mohou souviset s nedostatkem zásob jaterního glykogenu, spolu s nedostatečnou zásobou tuku pro neogenezu.

6.4 Kosterní komplikace

Vyžívání kostí se v období aktivní anorexie zpomaluje a vývoj kostí se může zcela zastavit, když váhový úbytek dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruace. Pokud pacientka zcela odmítá mléčné produkty, obsahující vitamín D a tuky, mohou se výjimečně vyskytnout případy osteomalacie. U mentální anorexie je však mnohem častější osteoporóza. Prokázaným důsledkem mentální anorexie je snížení minerální denzity kostí. Prokazatelná osteoporóza vzniká už během prvních dvou let mentální anorexie a významně souvisí s délkou choroby a s indexem tělesné hmotnosti (3, str. 99).

Léčebný program musí směřovat k návratu normální tělesné hmotnosti a obnovení menstruačního cyklu (3, str. 100).

6.5 Endokrinní komplikace

Endokrinní abnormality jsou charakteristickým rysem mentální anorexie. Vedoucím příznakem je amenorhea, která se objevuje při ztrátě více než 15 % optimální tělesné hmotnosti, kdy obsah tělesného tuku klesne pod úroveň kritickou pro daného jedince. Nedochází k vyvinutí sekundárních pohlavních

znaků a nemocní mají infatilní vzhled. Porucha gonadálních funkcí je tedy dána snížením tělesné hmotnosti, respektive tukových zásob pod 20 % (6, str. 164; 15).

Asi 50 % nemocných s mentální anorexií má hladinu růstového hormonu sníženou, což může nasvědčovat deficitu v oblasti hypothalamu (6, str. 164).

Vlivem hladovění u mentální anorexie dochází ke snížení přeměny tyroxinu na trijodtyronin v periferních tkáních. U pacientek se pak rozvíjí klinický obraz hypotyreózy, přestože hladiny tyroxinu a thyreotropního hormonu jsou v normě. Stav se upravuje po korekci malnutrice a nastává postupný návrat k normě (6, str. 164).

6.6 Hematologické komplikace

S dlouhodobou podvýživou souvisí často i snížený přívod železa a mědi. Při jejich deficitu dochází ke vzniku mikrocytární hypochromní anemie (6, str. 162).

Změny krevního obrazu a kosterní dřeně se vyskytují u více než poloviny pacientek s mentální anorexií a jejich klinická závažnost roste se stupněm úbytku tělesné hmotnosti. Imunologické abnormality zahrnují dysfunkci neutrofilů, zhoršenou buněčnou imunitu (3, str. 102).

K trombocytopenii dochází u některých nemocných s mentální anorexií. Jde o důsledek těžkého a dlouhodobého hladovění (6, str. 163).

6.7 Neurologické komplikace

Porucha elektrolytové rovnováhy způsobená zvracením, klystýry, nadužíváním projímadel a diuretik, může vyvolat řadu neurologických komplikací. Mezi ně patří například generalizované tonicko-klonické křeče, stavy

akutní zmatenosti, tetanie, svalové slabosti, zvýšení hlubokých šlachových reflexů. Nebo přechodné neurologické příznaky, které se podobají příznakům přechodné ischemie mozku. Narušení elektrolytové rovnováhy je rovněž odpovědné za abnormální elektroencefalografické záznamy, které vidíme u 40 % mentálních anorexií a anorexií střídajících se s bulimií. Více než 40 % anorektiček trpí celkovou svalovou slabostí a asi u 13 % vzniká periferní neuropatie (3, str. 102, 103).

6.8 Metabolické komplikace

Porucha termoregulace souvisí s vymizením tukové tkáně a sníženou přeměnou tyroxinu na trijodtyronin. Nemocní jsou zimomřiví a mají chladná akra (6, str. 160).

Metabolismus glukózy je narušen, takže u anorexie nacházíme v testu glukózové tolerance hodnoty, svědčící pro diabetes. Zpomalení bazálního metabolismu je známým adaptačním mechanismem, který se vyskytuje u mentální anorexie (3, str. 103).

Podvyživené anorektičky spí méně hluboce, častěji se budí a celková doba spánku je u nich kratší, přičemž se budí brzy ráno. Poruchy spánku souvisí s úbytkem na váze a mizí při úpravě tělesné hmotnosti. Naproti tomu bulimičky nevykazují v kvalitě spánku žádné abnormality (3, str. 103).

6.9 Dermatologické komplikace

S porušenou termoregulací může souviset i výskyt atypického ochlupení (lanuga), které se objevuje zejména v zimních měsících. Typickou lokalizací lanuga jsou záda, končetiny a tváře. Tenkou, šupinatou a suchou kůží, se sníženým množstvím kolagenu, má asi čtvrtina pacientek (3, str. 104).

V pokročilých fázích onemocnění je narušené hojení kožních defektů i operačních ran. Dochází k úbytku vlasů, které jsou křehké a lámavé. Nehty se lámou a třepí. Na kůži se mohou objevit i petechie a hematomy, které vznikají důsledkem trombocytopenie a snížené syntézy vitamínu K. Občas se vyskytuje zelenavé (chloróza) nebo žlutavě (hyperkarotenemie) zbarvení kůže, což bývá důsledkem zvýšeného příjmu zeleniny při jednostranné výživě (6, str. 161).

7 Přehled léčby mentální anorexie a mentální bulimie

V posledních deseti letech se značně rozšířila nabídka různých léčebných, zejména psychoterapeutických přístupů, užívaných v terapii poruch příjmu potravy.

7.1 Hospitalizace

Pobyt v nemocnici je součástí procesu uzdravování a není zaměřen jen na fyzické stránky nemoci. Soustřeďuje se zejména na psychické problémy, které s poruchami příjmu potravy souvisejí. Získat nemocného k aktivní spolupráci, vyžaduje velké úsilí ve všech fázích léčebného procesu (3, str. 129).

Při rozhodování o potřebě hospitalizace nemocných s poruchou příjmu potravy existuje několik obecných vodítek. Patří k nim:

- 1) Nezbytnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů;
- 2) Přerušování záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání projímadel v případech, že jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi, nebo když představují vážné zdravotní ohrožení;
- 3) Zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží;
- 4) Léčba některých přidružených stavů, jako je těžká deprese, riziko sebepoškození nebo zneužívání psychoaktivních látek (3, str. 129).

Při volbě vhodného typu léčby je na prvním místě třeba vzít v úvahu to, zda je pacient z lékařského hlediska v tak velkém nebezpečí, že jeho zdravotní

stav vyžaduje hospitalizaci. O hospitalizaci lze ale uvažovat i v případě, že pacient jasně nereagoval na dosavadní psychologickou léčbu (3, str. 129).

7.2 Částečná hospitalizace a denní stacionáře

Pro většinu nemocných s poruchou příjmu potravy je výhodnější formou terapie denní stacionář nebo částečná hospitalizace. Tyto programy poskytují strukturu, pokud jde o jídelní režim a současně umožňují intenzivní terapii, aniž by se pacient musel vzdát terapeutické podpory nebo úkolů mimo nemocnici. Existují různé modely denních léčebných programů, které mají většinou mnoho společného s programy pro hospitalizované pacienty. Hlavní rozdíl spočívá v tom, že pacientům jsou poskytovány terapeutické služby přes den, ale nezůstávají v nemocnici přes noc (3, str. 129,130).

7.3. Ambulantní lékařská péče

Existují někteří chroničtí nebo nepoddajní pacienti, kteří prošli během několika let různými formami léčby a nakonec dospěli k bodu, kdy už nechtějí podstoupit další léčbu nebo souhlasí s tím, že další psychoterapie má jen velmi malou naději na úspěch. Lékařská péče se nezaměřuje na překonání poruchy příjmu potravy, ale pouze na navrácení pacientky do stavu somatické a psychické stability. Může být prováděna individuálně nebo ve skupině, s týdenními konzultacemi a lékařským dohledem (3, str. 130).

7.4. Svépomoc a psychoedukace

Na druhém konci spektra závažnosti poruchy jsou pacienti, kteří mají relativně mírné příznaky a u kterých může dojít ke značnému zlepšení nebo k úplnému uzdravení na základě svépomoci nebo edukativní (osvětové) intervence (3, str. 131).

7.5. Rodinná terapie

Rodinná terapie je léčbou první volby mladých pacientů a u některých pacientů žijících se svojí rodinou. V případech, kdy jsou v popředí rodinné konflikty, by měla být rodinná terapie považována za vhodný doplněk k individuální terapii i u starších pacientů. I když rodinná terapie není základním způsobem léčby, může být podrobné rodinné vyšetření velmi důležité pro plné porozumění některým specifickým terapeutickým problémům a pro práci s nimi (3, str.132).

K doporučení rodinné terapie u mladých pacientek existují praktické i teoretické důvody. Z vyloženě praktického hlediska pacient sdílí domov se svými rodiči nebo opatrovníky, kteří mají odpovědnost za jeho pohodu a zdraví. Rodiče mají kapacitu výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle. Rodiny se často děsí toho, jak začínají být anorektičce vidět kosti a kolísají mezi zoufalými pokusy o nadměrnou kontrolu a neschopností určit přiměřené hranice bizarních dietních rituálů (3, str. 132; 12).

7.6. Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie se stala běžně uznávanou léčbou mentální bulimie a vytváří teoretické základy pro značnou část léčby mentální anorexie.

Tento typ terapie je založen na vedení záznamů o jídle, záchvatech přejídání, pročišťování a o myšlenkách a pocitech, které toto chování vyvolávají. Dále na záznamech o pravidelném vážení, změnách schématu jídelního chování (kontrolování redukčních diet; zavedení konzumace jídel, kterým se pacientka vyhýbala; plánování jídel s cílem normalizace jídelního chování); kognitivní restrukturační s cílem změnit navyklé chyby v myšlení a za nimi skryté základní předpoklady, které souvisejí s rozvojem a udržováním poruch příjmu potravy; zavedení prevence relapsu (3, str. 132, 133).

7.7. Farmakoterapie

O medikaci by se mělo uvažovat u pacientek s mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním, které neuspějí při počátečním pokusu o kognitivně behaviorální terapii. Pro léčbu mentální bulimie je lékem první volby fluoxetin hydrochlorid (Prozak). Pro některé pacienty, kteří se při léčbě fluoxetinem nezlepšují, mohou být další možností tricyklická antidepresiva (3, str. 136).

Psychotropní medikace není ve většině případů u mentální anorexie nutná nebo užitečná. U mentální bulimie má medikace omezenou úlohu, ale pravděpodobně ne jako první druh léčby. Při rozhodování o účinnosti různých typů léčby mentální bulimie by antidepresiva měla být brána jako vhodný doplněk nebo možná alternativa pro pacienty, u kterých není účinná psychosociální terapie a pro pacienty u nichž afektivní symptomy zjevně brání pokroku v jiných formách léčby (3, str. 136).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 Kazuistika

32- letá Kateřina J., narozena 28. listopadu 1978, byla přijata dne 10. října 2010 na Psychiatrickou kliniku VFN k plánované hospitalizaci na doporučení obvodního lékaře, kde dobrovolně podstoupí 8 týdenní léčbu. Při přijetí pacientka vážila 34 kg, BMI 12,64, byla jí diagnostikována mentální anorexie, malnutrice s kachexií. Kateřina trpí hypofunkcí štítné žlázy, proto užívá Letrox 50, alergie nemá.

Ošetrovatelský proces jsem zpracovávala na základně dokumentace, která mi byla se souhlasem pacientky poskytnuta.

8.1. Fyzikální vyšetření

17dechů /minutu - eupnoe, 62 pulzů/minutu, tělesná teplota 35,8°C, krevní tlak 65/45 mmHg, výška 164 cm, váha 34 kg, BMI 12,64, břicho měkké prohmatané, lanугоzní ochlupení, postava kachektická, vystouplé kosti, promodralá chladná akra, kůže bez defektů, bledá a suchá.

8.2 Rodinná anamnéza

Matka 57 let, zdravá, provozní kosmetického salonu; otec 60 let, zdravý, podnikatel; sestra Lenka 30 let, zdravá, vdaná, má 2 děti, je na mateřské dovolené; sestra Monika 27 let zdravá, žije a pracuje v Anglii.

8.3 Osobní anamnéza

Prodělala běžné dětské nemoci; ve 12 letech apendectomie; ve 25 letech jí byla diagnostikována hypofunkce štítné žlázy.

8.4 Sociální anamnéza

Kateřina bydlí s rodiči v rodinném domě, v Praze 4 v Nuslích. Kateřina má 2 mladší sestry. Vztahy v rodině hodnotí jako velmi dobré. Kateřina pracuje jako asistentka ředitele v ekonomické firmě, začala se této práci věnovat ihned po studiu na vysoké škole ekonomické.

8.5 Gynekologická anamnéza

Menarché od 14 let, poruchy cyklu od 18 let, potraty 0, porody 0, antikoncepci neužívá, dochází na pravidelné kontroly.

8.6 Farmakologická anamnéza

Letrox 50

Farmakoterapeutická skupina: hormony štítné žlázy

Dávkování: 1 tableta, půl hodiny před jídlem na lačno

Kontraindikace: nesmí ho užívat pacienti, kteří v nedávné době prodělali infarkt myokardu nebo akutní zánět srdečního svalu, pacienti s neléčenou nedostatečností kůry nadledvin nebo neléčenou nedostatečností hypofýzy.

Nežádoucí účinky: při předávkování se mohou objevit projevy zvýšené funkce štítné žlázy; při přecitlivělosti se mohou vyskytnout alergické reakce jako například kopřivka, bronchospasmus a otok hltanu.

8.7 Abúzus

Nekouří, alkohol nepije.

8.8 Alergologická anamnéza

Neguje.

8.9 Pracovní anamnéza

Pracuje jako asistentka v ekonomické firmě, pracovní podmínky uvádí jako dobré, stres v práci prožívá, ale je na něj zvyklá, bez stresu nemůže podávat tak dobré výsledky, v poslední době pokles výkonnosti a zvýšená nesoustředěnost, proto se rozhodla k hospitalizaci; je spokojená se svým životem, vyhovuje jí to tak, je zvyklá na stereotyp.

8.10 Sexuální anamnéza

Nikdy neměla partnera, komunikace a navázání osobních kontaktů jí dělá problémy, nepocituje touhu po fyzickém kontaktu a partnerském životě.

8.11 Nynější onemocnění

Mentální anorexie, kachexie; potíže s hubnutím a jídlem od 17 let, byla zaměřena na zdravou stravu, původní hmotnost 54 kg, postupně zhubla až na 40 kg, během jednoho roku až na 30 kg, nedokáže si to vysvětlit, popírá, že by chtěla zhubnout nebo si připadala tlustá. První kontakt s psychiatrem kolem 20. roku, léčena ambulantně.

8.12 Diagnostika

Kateřina při přijetí absolvovala diagnostický rozhovor s psychologem a svým ošetřujícím lékařem (psychiatrem). Na základě vstupních vyšetření byla potvrzena diagnóza mentální anorexie. Byla jí odebrána krev na krevní obraz a biochemii a také moč k biochemickému rozboru.

8.13 Výsledky vyšetření

Výsledky biologického materiálu jsem nedostala k dispozici. U nemocných s diagnózou mentální anorexie je obvykle přítomna hypokalemie, hyponatremie, hypochromická mikrocytární anemie, hypoalbuminemie.

8.14 Léčba

Kateřině byl ponechán i v rámci hospitalizace Letrox 50 mg, žádná jiná farmakoterapie nebyla indikována. Zásadním léčebným krokem byla režimová opatření, která spočívala v nastavení jídelního režimu. V 8.00 hodin snídaně, 10.00 hodin svačina, 12.00 hodin oběd, 14.30 hodin odpolední svačina, 17.30 hodin večeře, 19.30 hodin druhá večeře. Dalším zásadním léčebným krokem byla psychoterapie, zpočátku pouze individuální, později i skupinová. Ve chvíli, kdy Kateřina dosáhla BMI 17,01 byla zařazena do plného léčebného programu.

Kateřinin denní režim začínal terapeutickou komunitou, která začínala v 9.00 hodin ráno, každý pracovní den. Obsahem terapeutické komunity je naslouchat ostatním a komunikovat ve skupině. Zde získala důležité dovednosti pro budoucí začlenění do života a prosazování svých názorů.

V 9.30 hodin se účastnila dynamické skupiny, která byla vedena psychoterapeutem s psychodynamickým výcvikem. Tato skupina byla zaměřena na současné problémy, mezilidské vztahy, minulé zkušenosti a zážitky ze života.

Kognitivně behaviorální terapie (KBT skupina) byla součástí skupiny, které se Kateřina účastnila 3krát týdně v 10.30 hod.. Zde se pracovalo s motivací, která byla zaměřena na edukaci v oblasti jídla a hmotnosti, spočívala v nahrazení patologických vzorců jídelního chování vhodnějšími. Tato skupina podporovala snahu identifikovat postoje, které vedou k postupnému posunu ke zdravějšímu myšlení či chování.

Další skupinou, které se Kateřina účastnila 2krát týdně v 10.30 hodin, byla samořídící skupina. Tato skupina probíhala samostatně jen za účasti pacientů, kteří zde diskutovali na zadané téma, týkající se nemoci, léčby, vztahových problémů a pocitů. Cílem této skupiny bylo zlepšování schopností sdělit, ve skupině vrstevníků, své problémy a prosazovat jejich řešení a respektovat potřeby druhých i bez bezprostředního vedení odborného personálu.

Další skupinou, které se Kateřina denně účastnila v 13.30 hodin, byla jídelní skupina. Zde se učila sestavovat jídelníček, který následně konzultovala se sestrou a ostatními pacienty. Skupina měla edukační a nácvikový charakter.

Součástí týdenního režimu byla relaxace, která je důležitá pro psychické a fyzické uvolnění, regeneraci, ovlivnění fyziologických funkcí. Kateřina se učila, jak relaxačními technikami udržet své tělo i mysl alespoň chvíli v klidu a snížit pocity napětí.

Další aktivitou v průběhu týdne byla jóga. Pod odborným vedením prováděla Kateřina tělesná a dechová cvičení, relaxační jógové pozice, pracovala s tělesnými pocity. Hlavním cílem jógy bylo zlepšení vztahu k vlastnímu tělu, ke kterému měla Kateřina jednoznačně negativní postoj.

Poslední činností v rámci léčebného režimu byla arteterapie. Zde Kateřina vyjadřovala své pocity prostřednictvím výtvarných děl. Například malováním, tvorbou koláží, temperovou malbou, malbou tuší. U této terapie byl největší důraz kladen na obsah sděleného, nikoliv na umělecký výsledek. Terapeuti si všímali barev, které Kateřina používala pro svoje vyjádření daných pocitů a tematiky vytvořeného díla.

Vztah Kateřiny k léčebnému režimu se postupem hospitalizace měnil. Zpočátku byla apatická a nekomunikativní, což lze přičíst jejímu kriticky nízkému BMI. Po zvýšení její tělesné hmotnosti se také změnil její postoj k léčebným aktivitám. Účastnila se jich celkem ráda, komunikovala, ale nadále nebyla výrazně aktivní. Největší problémy činila Kateřině relaxační cvičení. Nedokázala se uvolnit, nadále trpěla velkým vnitřním napětím, což se projevovalo i její fyzickou hyperaktivitou. V průběhu hospitalizace se nakonec relaxovat naučila, i když za delší období než je v takových případech obvyklé. S nárůstem jejího tělesné hmotnosti se zlepšovala její nálada i míra spolupráce.

9 Ošetrovatelský model podle Virginie Henderson

9.1 Teorie základní ošetrovatelské péče

Cílem je nezávislost pacienta v uspokojování potřeb (ošetrovat, tak aby pacient nebyl závislý na druhé osobě – sestře) a dosáhnout co nejvyšší úrovně soběstačnosti. Pacientem je jedinec, vyžadující pomoc při dosahování zdraví a nezávislosti nebo klidném umírání. Duše a tělo jsou neoddělitelné a pacient a jeho rodina tvoří jeden celek. Pacientem je člověk holistický, který má čtrnáct základních potřeb. Potřeby všech bytostí bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, intelektu nedělá mezi jedinci a jejich potřebami rozdíly (7, str. 50).

Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat člověku, ať je zdravý či nikoliv. Role sestry v tomto humanistickém modelu je udržovat nebo navracet nezávislost pacienta při uspokojování vlastních potřeb, plnit terapeutický plán lékaře a zároveň pracovat v týmu ostatních pracovníků. Výsledek ošetrovatelské činnosti lze využít v nemocnici i v domácím prostředí (7, str. 49; 9).

9.2 Metaparadigmatické koncepce

Osoba je nezávislá celistvá bytost, tvořena čtyřmi základními složkami (biologickou, psychickou, sociální a spirituální), které zahrnují čtrnáct elementárních potřeb, potřeby si jedinec uspokojuje individuálním způsobem (7, str. 45).

Prostředí autorka nedefinuje, vnímá ho však jako životní prostředí, jako soubor všech vnějších podmínek a vlivů, které působí na život a vývoj jedince (7, str. 45).

Zdraví autorka přesně nedefinovala, ale ve svých pracích ztotožňuje zdraví se soběstačností, samostatností a nezávislostí jedince. Zdraví vnímá spíše

jako schopnost jedince plnit bez pomoci čtrnáct základních potřeb a uvádí: „Je to spíš kvalita zdraví než života, ta volnost pohybu mentální a tělesné energie, která dovoluje člověku vysoce efektivně pracovat a dosáhnout co nejvyšší úrovně spokojenosti v životě“ (7, str. 45, 46)

Ošetřovatelství je proces řešení problémů pacienta prostřednictvím poskytování pomoci. Hlavním cílem ošetřovatelství je udržet jedince soběstačného, nezávislého na svém okolí tak, aby byl schopný hodnotně žít. V situacích, kdy vlastní potenciál jedince nestačí, nahrazuje úbytek soběstačnosti pacienta sestra vhodnou ošetřovatelskou péčí (7, str. 46).

14 základních elementárních potřeb:

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistoty těla
9. odstranění rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. vyznání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry nebo účast na různých formách rekreace
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení (7, str. 47,48)

9.3 Ošetrovatelská dokumentace

9.3.1 Dýchání

Kateřina před hospitalizací neměla žádné obtíže s dýcháním. Zkoušela kouřit asi v 18 letech jednu cigaretu, ale nic jí to neříkalo, proto v kouření nepokračovala. V poslední době neprodělala žádné respirační onemocnění, ani žádným chronickým respiračním onemocněním netrpí, proto neužívá žádné léky.

9.3.2 Výživa a hydratace

Kateřina trpí těžkou malnutricí. Před hospitalizací se stravovala nepravidelně a konzumovala potraviny s nízkou nutriční hodnotou. Ráno si dala pouze nízkotučný jogurt, k obědu polévku (vývar), k večeři krajíc chleba se sýrem. Kateřina se nestíhala stravovat prý proto, že v práci neměla čas a doma se jí nechtělo vařit. Dříve hodně sportovala, až 4krát týdně chodila do posilovny a poté ještě běhat. Nízký energetický příjem a vysoký energetický výdej měly za následek velký úbytek tělesné hmotnosti a rozvrat metabolismu. Kateřina často pila neperlivou vodu a neslazené čaje 2000 ml denně. Kateřina později uvádí, že se cíleně snažila zhubnout. Celý život trpěla pocitem, že je tlustá a že musí zhubnout. V dětství měla sklony k obezitě, ráda jedla a konzumovala sladké. V pubertě se to ještě zhoršovalo, začala se jí zvětšovat stehna, hýždě, poprsí i oblast břicha. Proto od svých 17 let drživala přísné diety a sportovala. Matka Kateřinu v dietách podporovala a často je drživaly spolu.

9.3.3 Vylučování

Kateřina nikdy neměla problémy s močením, ani nikdy neměla zánět močového ústrojí. Nyní je vylučování moče bez obtíží. Moč má slámovou barvu, je bez příměsí a bez patologického zápachu.

Stolice je nepravidelná, velmi tuhá, pacientka udává jednou za týden. Z důvodu nízkého příjmu potravy Kateřina trpí obstipací a hemoroidy, proto musela užívat projímadla.

9.3.4 Pohyb

Kateřina byla zvyklá hodně sportovat už od malička, 4krát týdně chodila na gymnastiku a 2krát týdně chodila plavat. Rodiče Kateřinu vždy podporovali v tom, co jí bavilo a nikdy jí do ničeho nenutili. Kateřina sportuje i nyní. Posilovnu navštěvuje 4krát týdně a poté jde ještě běhat. Kateřina sportovala proto, aby zhubla. Chtěla se udržovat v kondici a cvičení jí baví. Pacientka uvádí, že při tréninku nebo při běhání často omdlévá, cítila se vysílená a velmi unavená. V poslední době omezila chození do posilovny na minimum z toho důvodu, že se cítila velmi unavená a náročnou fyzickou aktivitu nezvládala. Přísný režim oddělení zakazuje pacientům jakékoli posilovací cvičení během hospitalizace. Kateřině dělá velký problém být chvíli v klidu. Pacientka nechce ztratit kontrolu nad svojí hmotností, proto se snaží tajně cvičit na pokoji, na toaletě nebo na terase oddělení. Kateřina je velmi neklidná, z toho důvodu dochází na relaxační cvičení a jógu, kde se snaží uvolnit a odpočívat.

9.3.5 Spánek a odpočinek

Kateřina doma chodívá spát okolo 22. hodiny, ale v poslední době chodívá spát okolo 20. hodiny, cítila se unavená a vysílená. Kateřina vstává každý den okolo 6:30 hodin. V nemocnici je budíček okolo 7. hodiny a to jí vyhovuje. V noci se Kateřina často budí s myšlenkami na jídlo a tělesnou hmotnost, i přes to se ráno cítí docela dobře. Během dne Kateřina vůbec neodpočívá, všechen volný čas věnuje nějaké aktivní činnosti.

9.3.6 Oblékání

Pacientka uvádí, že jí je pořád zima, takže často nosí teplé oblečení i ve více vrstvách. Kateřina je plně soběstačná a nepotřebuje asistenci. Veškerou ostatní úpravu vzhledu zvládá také bez problému sama.

9.3.7 Regulace tělesné teploty

Kateřinina tělesná teplota se pohybuje v rozmezí 35,6°C do 36,0°C. Během hospitalizace nedošlo ke zvýšení teploty. Kateřina je zvyklá v létě spát při otevřeném okně, se silnou přikrývkou a v zimě se zavřeným oknem se silnou přikrývkou. Preferuje spaní v teple, kdy se teplota pokoje pohybuje okolo 23°C. V nemocnici se Kateřina teple obléká a uvádí, že i v noci je jí chladno.

9.3.8 Hygiena

Kateřina je zvyklá čistit si zuby 5krát denně po každém jídle, nesnese pocit jídla v ústech. Sprchuje se jednou denně. Kateřina neakceptuje vzhled svého vlastního těla a dotýkat se sama sebe jí dělá velký problém. Kateřina má ráda

teplou vodu. Kůže po celém těle je suchá, bledá a je lanuzně ochlupená na končetinách, zádech a po stranách obličeje. Kateřina se učí přijímat své tělo, proto z dopomocí sestry nacvičuje postupné používání pleťových krémů, nejprve od dolních končetin až k obličeji. Nácvik trvá několik dní až týdnů. Nehty na horních i dolních končetinách jsou ostříhané a čisté. Vlasy má střižené na mikádo, jsou viditelně řídké, zničené a jemné. Kateřina uvádí, že jí v poslední době začaly hodně vypadávat a zhoršila se i jejich kvalita. Kateřina si nikdy vlasy nebarvila.

9.3.9 Ochrana před nebezpečím

Při přijetí bylo Kateřině podrobně vysvětleno, jak bude její hospitalizace probíhat. Byla informována o chodu, režimu oddělení i kde si může pročíst práva pacientů. Rodina obdržela informační leták, kde je telefonní číslo na toto oddělení a jiné kontakty. Jako kontaktní osobu, které se mohou podávat informace o vývoji jejího zdravotního stavu, Kateřina uvedla svoji maminku. Režim oddělení je velmi přísný. Kateřina musela podepsat informovaný souhlas o tom, že je zde dobrovolně. Vycházky se povolují pouze těm, kteří mají BMI vyšší jak 16,01 a i ty jsou omezené. Při dodržování režimových opatření byla možnost, v průběhu hospitalizace využít i víkendové propustky, ale její využití záleželo na Kateřině.

9.3.10 Komunikace, kontakt

Kateřina je plně orientovaná v místě, času i prostoru. Kateřina dochází na skupinovou terapii a dochází i na individuální konzultace ke svému ošetřujícímu lékaři. Léčba je stanovena při přijetí jejím ošetřujícím lékařem a je nutné, aby se plán léčby dodržoval, zde jsou zahrnuty i terapie a různá cvičení. Kateřina má problémy s komunikací, je velmi uzavřená, introvertní, vyhýbá se očnímu kontaktu. Zpočátku hospitalizace byla Kateřina naprosto uzavřená a většinou se všem vyhýbala, později si však uvědomila, že není jediná kdo má takové problémy a se spolupacientkami si začala povídat a později i více

rozumět. To Kateřinu povzbudilo a od té doby je komunikativnější. Ošetřující personál je samozřejmě Kateřině plně k dispozici.

9.3.11 Víra

Kateřinina rodina není věřící, ale i přesto se na Vánoční svátky nebo Velikonoce zajdou podívat do kostela.

9.3.12 Práce

Kateřina pracuje jako asistentka ředitele v ekonomické firmě. Má na starosti několik důležitých projektů. Kateřinu její práce velmi baví. Často je prý ve velkém stresu, ale protože chce, aby vše bylo perfektní, tak jí to tak vyhovuje a na stres si zvykla. Kateřina je velmi časově vytížená, pracuje dlouho do večera a někdy i o víkendech. V poslední době byla Kateřina velmi unavená a nedokázala se soustředit, to jí v práci velmi omezovalo. Špatná koncentrace a únava byly také jedním z důvodů, proč se Kateřina rozhodla pro hospitalizaci.

9.3.13 Aktivity a zájmy

Kateřina má ráda sport. Vždy byl sport součástí jejího života a doufá, že bude i nadále. Ráda by se k němu vrátila. Kateřinu také zajímá cestování. Ráda by se opět podívala třeba do Francie nebo do Itálie. Celá rodina ráda cestuje po Čechách, všichni mají velmi oblíbenou jižní Moravu, kde mají část své rodiny a vždy se tam rádi vracejí.

9.3.14 Učení

Kateřina po základní škole nastoupila na gymnázium, kde odmaturovala s vyznamenáním. Poté vystudovala vysokou školu ekonomickou v Praze. Promovala jako jedna z výborných studentů v ročníku a získala titul Ing.. Studium Kateřinu velmi zajímalo. Se svými spolužáky pracovali na různých projektech, které potom prezentovali na výstavách. Věnovala se i psaní do školního časopisu, kde publikovala úspěchy své školy.

Kateřina byla při přijetí seznámena se svým ošetřujícím lékařem, sestrou a pomocným personálem. Byla seznámena s veškerými dostupnými dokumenty (práva pacientů, režim oddělení, atd.). Kateřina byla poučena o režimu oddělení, nemocničním řádu, popř. kam se může obrátit v případě stížnosti.

10 Přehled ošetřovatelských diagnóz

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Nedostatečná výživa – 00002

Zácpa – 00011

Hypotermie – 00006

Únava – 00093

Porušený obraz těla – 00118

Porušený spánek – 00095

Neefektivní sexuální život – 00065

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

Riziko poškození integrity sliznice dutiny ústní – 00047

Riziko infekce - 00004

Riziko neefektivního léčebného režimu – 00078

Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin – 00025

Riziko osamělosti – 00054

Podpora zdraví:

Ochota ke zlepšení výživy – 00163

Ochota ke zlepšení sebepojetí – 00167

Ochota ke zlepšení komunikace – 00157

Ochota ke zlepšení spánku – 00165 (5)

11 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

11.1 Nedostatečná výživa z důvodu základního onemocnění, projevující se kachexii

Cíl: Pacientka dosáhne požadovaného přírůstku na váze (0,5 - 1,5 kg týdně), vymizí známky malnutrice. U pacientky se normalizují laboratorní hodnoty. Pacientka si udržuje přiměřenou tělesnou hmotnost.

Intervence: Pacientce dle stavu malnutrice bude sestaven kaloricky vydatný jídelníček. Pacientka bude docházet na pravidelné konzultace k lékaři o jídelním režimu, v rámci stanovení léčby. Pacientka absolvuje skupinové terapie zaměřující se na jídelní režim.

Realizace: Pacientku jsme denně vážili ve spodním prádle, sledovali vývoj tělesné hmotnosti. Pacientka jedla pravidelně šestkrát denně v intervalech 8:00 - snídaně, 10:00 - svačina, 12:00 - oběd, 14:30 – odpolední svačina, 17:30 - večeře, 19:30 – druhá večeře. Při jídle jsme ji sledovali a kontrolovali jsme, zda jídlo skutečně jí, zda si jej například nenechává v ústech. Pacientka nesměla 20 minut po jídle na toaletu a do koupelny. U pacientky jsme sledovali pravidelnost a charakter stolice.

Hodnocení: Cíl se podařilo částečně splnit. Pacientka přibrala za 2 týdny 1 kg, což lze považovat za váhový přírůstek minimální, ale bylo dosaženo zvýšení tělesné hmotnosti. Stále nechápe význam váhového přírůstku pro své zdraví, ale snaží se spolupracovat. Pacientce stále vysvětlujeme, proč je nutné zvýšit svoji tělesnou hmotnost.

11.2 Zácpa z důvodu nedostatečného příjmu potravy, projevující se vzdučným břichem

Cíl: Pacientka se pravidelně vyprazdňuje 1krát za dva dny, frekvence defekace a pravidelnost stolice je v mezích normy. Pacientka nepocítuje napětí břicha, plynatost a plnost konečníku ani nadměrnou námahu při defekaci. Pacientka nepotřebuje k pravidelnému vyprazdňování užívat projímadla.

Intervence: Poučíme pacientku o správném vyprazdňování. Vysvětlíme jí, že nadměrné užívání projímadel má škodlivý vliv na trávicí trakt. Do jídelníčku zařadíme potraviny obsahující vlákninu a dostatečné množství tekutin.

Realizace: Věnovali jsme pozornost barvě, zápachu, konzistenci, množství i frekvenci vyprazdňování stolice. Pacientky jsme se ptali na bolest při defekaci, která může být způsobena hemoroidy, kterými pacientka trpí.

Hodnocení: Cíl byl splněn částečně. V rámci hospitalizace pacientka konzumuje mnohem větší množství jídla než před hospitalizací. Proto se pacientka snaží nacvičovat pravidelnost vyprazdňovacího reflexu bez použití projímadel. Stále se však nevyprazdňuje denně. Pocit napětí břicha a plynatosti je mírnější.

11.3 Hypotermie z důvodu kachexie, projevující se zimomřivostí a chladnými akraálními částmi těla

Cíl: Pacientka udržuje tělesnou teplotu v normálním rozmezí

Intervence: U pacientky budeme pravidelně měřit tělesnou teplotu. Určíme základní příčinu a přispívající faktory, které jsou pacientkou ovlivnitelné. Sledujeme hodnoty krevního tlaku a pulsu.

Realizace: Pacientce jsme pravidelně měřili fyziologické funkce. Pacientce jsme doporučili, aby se pokud možno tepleji oblékala. Zvýšili jsme teplotu topení na pokoji. Doporučili jsme jí v dobách volna tělesný klid a pobyt v lůžku. Matka jí přinesla její oblíbenou deku.

Hodnocení: Cíl splněn nebyl. Vzhledem k nedostatku energie pro bazální metabolismus pacientky, dojde pravděpodobně k zásadnímu zlepšení udržení tělesné teploty až po zvýšení tělesné hmotnosti nejméně o 4 kg.

11.4 Únava z důvodu nízkého energetického příjmu, projevující se nesoustředěností

Cíl: Pacientka se cítí odpočatá a má více energie. Pacientka zná příčinu únavy, provádí účinná opatření. Pacientka vykonává běžné činnosti a účastní se žádoucích aktivit v požadované míře. Pacientka se účastní léčebného programu.

Intervence: Vyslechneme pacientku, jak sama vnímá příčiny únavy. Všimneme si rozložení energie během dne. Použijeme škálu hodnocení únavy. Budeme pravidelně měřit fyziologické funkce.

Realizace: Pacientka trpěla i poruchou spánku, proto se přes den cítila unaveně. Pacientka nám sdělila, že i přes to, že má nekvalitní spánek, se ráno cítila odpočatě. Únavu cítila hlavně v odpoledních hodinách a po fyzické aktivitě. Hodnoty krevního tlaku i pulsu byly pod normou. Aktivity jsme zařadili na fázi dne, kdy má pacientka nejvíce energie, po obědě má plánován odpolední klid.

Hodnocení: Cíl byl splněn částečně. Pacientce jsme doporučili vhodné metody šetření energie v průběhu dne (snížená fyzická aktivita, oblékání, pobyt v lůžku, příjem energeticky bohaté stravy, jóga). Zaměřili jsme se na zlepšení kvality spánku.

11.5 Porušený obraz těla z důvodu základní diagnózy, projevující se odporem ke svému tělu

Cíl: Pacientka lépe akceptuje sebe sama v dané situaci. Pacientka chápe tělesné změny a spolupracuje.

Intervence: Pacientka bude stejně jako ostatní zvýšeně sledována, zejména v oblastech chování, které ukazuje na silné znepokojení tělem, v oblastech emočních (známky smutku, příznaky deprese). Denní program bude nastaven tak, že se bude 2krát denně účastnit skupinové terapie, jejichž témata bude sebepojetí a znepokojení tělem. Později se pokusíme navázat kontakt i s rodinou, aby i rodina chápala onemocnění a podporovala pacientku při sdělování jejích pocitů.

Realizace: V rámci skupinové terapie se podařilo získat pacientku k vyšší míře spolupráce, ke sdělení jejích obav a pocitů, k popisu vnímání sebe sama. Podařilo se navázat otevřenější vztah k terapeutům, pacientka se cítí bezpečně a hovoří o svých problémech nezvykle otevřeně. Stále sice zásadně nemění postoj k sobě sama, ale lze pozorovat z její strany velkou snahu. Při komunikaci byla stále emočně plošší.

Hodnocení: Cíle bylo dosaženo pouze částečně, jsme na počátku léčby. Pacientka nemá stále vytvořen vztah k sobě samé a ke svému tělu, nicméně velmi se zvýšila míra její spolupráce.

11.6 Porušený spánek z důvodu základního onemocnění, projevující se častým buzením

Cíl: Pacientka slovně vyjadřuje pochopení poruchy spánku. U pacientky došlo ke zlepšení spánku a odpočinku. U pacientky došlo ke zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti.

Intervence: Posoudit příčiny a související faktory poruchy spánku. Posoudit souvislosti se základním onemocněním. Seznámit se s posudkem psychologa. Zjistit spánkové rituály pacientky.

Realizace: Pacientce jsme poskytli dostatek informací, brožur a letáků o poruchách spánku. Zajímali jsme se o subjektivní pocity a subjektivní problémy se spánkem, průběžně jsme je zaznamenávali. Ptali jsme se na každou okolnost, která spánek rušila. Starali jsme se o přípravu prostředí ke spánku. Posilovali jsme její rituály před uložením ke spánku. Například: šálek meduňkového čaje hodinu před spaním; navrhli jsme jí vypustit dvě hodiny před ulehnutím sledování televize, místo toho zvolit poslech relaxační hudby nebo četbu oblíbené knihy; před uložením ke spánku dbát také na vyprázdnění. Snažili jsme se také ještě více omezit hluk provozu oddělení.

Hodnocení: Cíl splněn. Kvalita spánku se významně zlepšila. Pacientka má sny, které konzultuje se svým psychologem. Eliminovali jsme nežádoucí účinky na spánek. Vytvořili jsme vhodné podmínky pro kvalitní spánek. Podařilo se více fixovat předspánkové rituály.

11.7 Sexuální dysfunkce z důvodů kritického snížení tělesné hmotnosti, projevující se nezájmem o navázání partnerského vztahu

Cíl: Pacientka je schopna si uvědomit vztah mezi nárůstem tělesné hmotnosti, celkovým zlepšením psychické i fyzické kondice a zlepšením sexuálních funkcí, obnovení menstruačního cyklu. U pacientky se zlepšila partnerská komunikace. Pacientka je seznámena s vhodnými metodami antikoncepce.

Intervence: Zjistit sexuální anamnézu i názory pacientky na to, co považuje v sexuální sféře za normální. Zjistit, jaké má pacientka znalosti a postoje k vlastní sexualitě. Stále motivovat k dodržování léčebného režimu a zvýšenému příjmu potravy.

Realizace: S pacientkou jsme opakovaně komunikovali na toto téma. Informace o závislosti fyzické kondice a návratu sexuálních funkcí získala, nicméně pro změnu jejího postoje bude nutné s ní nadále o tomto komunikovat. Pacientka se sama o všem vyjádřila vlastními slovy, vytvořili jsme podporující atmosféru a pocit pochopení i s ohledem na její věk. Nabídli jsme jí možnost konzultace v sexuologické poradně. Pacientku jsme informovali o různých možnostech antikoncepce i o prevenci pohlavně přenosných chorob.

Hodnocení: Cíle nebylo dosaženo s ohledem na počátek hospitalizace. Změna jejího postoje k tomuto problému, souvisí také s vnímáním a postojem k sobě a svému tělu. V tomto případě je důležitá dlouhodobá skupinová i individuální psychoterapie, se současným nárůstem tělesné hmotnosti a změnou stravovacích návyků.

12 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

12.1 Riziko poškození integrity sliznice dutiny ústní z důvodu častého a intenzivního čištění zubů

Cíl: Pacientka nebude mít narušenou sliznici dutiny ústní. Bude si čistit zuby ráno a večer, v mezidobí bude používat ústní vodu. Získá informace o negativním důsledku častého mytí zubů na sliznici a dásně.

Intervence: Pacientku poučíme o správné hygieně dutiny ústní. Vysvětlíme jí nežádoucí účinky častého mytí zubů na sliznici, dásně a sklovinu. Pokusíme se ji přimět k dohodě o snížení frekvence mytí zubů z 5krát na 3krát denně. V mezidobí jí doporučíme a zajistíme ústní vodu.

Realizace: Pacientku jsme sledovali a o daném problému s ní intenzivně komunikovali. Podařilo se nám snížit frekvenci čištění zubů, ale pacientka vykazovala velkou míru nervozity a diskomfortu. Opakovaně jsme jí vysvětlovali negativní důsledky nadměrného čištění zubů, snaží se, ale ovlivňuje to negativně její psychickou pohodu.

Hodnocení: Cíle se podařilo dosáhnout za cenu pacientčina psychického diskomfortu.

12.2 Riziko vzniku infekce z důvodu snížené imunity

Cíl: Zabránění vzniku infekce a poranění kůže.

Intervence: Pravidelný příjem tekutin. Informace pacientky o nebezpečí poranění a špatného hojení ran. Společná kontrola stavu pokožky, péče o pokožku.

Realizace: Po dohodě s pacientkou jsme společně prováděli nácvik péče o pokožku. V počátku pouze péči o dolní končetiny, následně o celé tělo. Nakonec

se podařilo pacientku přimět i k péči o pleť obličeje. Dotýkat se obličeje byl pro pacientku největší problém, nakonec jsme byli úspěšní až po opakovaných několikadenních pokusech. Pravidelně byl sledován příjem tekutin, včetně nutridrinků.

Hodnocení: Cíl byl splněn. U pacientky se podařilo pravidelně sledovat stav pokožky a aktivně ji zapojit do péče o pokožku.

12.3 Riziko neefektivního léčebného režimu z důvodu bagatelizace onemocnění

Cíl: Pacientka bude chápat závažnost svého onemocnění, bude správně interpretovat své motivy a klinické příznaky. Pacientka bude plně spolupracovat v léčebném režimu.

Intervence: Intenzivní komunikace. Pacientka získá všechny potřebné informace, pochopí zejména všechny souvislosti a komplikace. Pochopí také dopad svého onemocnění na další život.

Realizace: V rámci skupinové i individuální psychoterapie získala pacientka všechny informace, zapojila se aktivně do skupinové diskuse na toto téma. V počátku hospitalizace popírala, že by kdy měla problémy s tělesnou hmotností, ale později připustila, že tomu tak úplně nebylo. Byla schopná sama popsat, jak si myslí, že by se dál mohla do léčby zapojit, aby nedocházelo ke zhoršení jejího stavu.

Hodnocení: Cíl splněn částečně. Změna postojů a chápání problémů vyžaduje dlouhodobou psychoterapii.

12.4 Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin z důvodu nadměrného příjmu tekutin.

Cíl: Příjem tekutin se pohybuje v rozmezí 2000 - 2500 ml. denně.

Intervence: Omezení příjmu tekutin, sledování bilance tekutin, sledování charakteru moče.

Realizace: Pacientce jsme rozvrhli pitný režim rovnoměrně do celého dne. Sledovali jsme jeho dodržování. Pacientka pije zejména čaj nebo ovocné šťávy. Potřebu redukce příjmu tekutin jsme jí důkladně vysvětlili.

Hodnocení: Cíl se nepodařilo splnit. I přes dohled a vysvětlování potřeby redukce příjmu tekutin se nepodařilo zredukovat příjem tekutin na 2000 ml denně. Její příjem se pohyboval kolem 4000 - 4500 ml denně. Z počátku hospitalizace pacientka nadměrně přijímala tekutiny před jídlem, aby tak omezila kapacitu svého žaludku a vyhnula se tak zvýšenému příjmu potravy. Tato situace se v porovnání s počátečními dny hospitalizace významně zlepšila.

13 Podpora zdraví

13.1 Ochota ke zlepšení výživy

Pacientka se v průběhu hospitalizace adaptovala na zdejší prostředí. Pochopila, že pro její návrat do života je nutný zvýšený příjem potravy. S nárůstem tělesné hmotnosti se zlepšila její nálada a schopnost komunikace. Pacientka pochopila, že s nárůstem tělesné hmotnosti dojde i k návratu menstruačního cyklu, k postupnému zlepšení kvality kůže, vlasů a nehtů. Pacientka je schopna psychicky ustát zpestření jídelníčku.

13.2 Ochota ke zlepšení spánku

Pacientka je schopna o svých problémech se spánkem, včetně rušivých snů, hovořit. V průběhu hospitalizace si nastavila dostatečně stabilní spánkové rituály. Každý večer před spaním se sprchovala teplejší vodou. Rodina jí přinesla polštář z bylin, na kterém byla doma zvyklá spát. Navíc si nechala přinést svoji nejoblíbenější knihu (Malý princ), ze které si každý večer několik stránek přečetla. Výborně spolupracovala s ostatními děvčaty na pokoji a vytvořily si společně pravidla pro "spánkový klid". Všechny byly ohleduplné a dodržovaly jej. Kvalita spánku se zlepšila.

13.3 Ochota zlepšit sebepojetí

Během hospitalizace jsme sledovali chování pacientky, které naznačovalo problémy se sebepojetím. Po bližším poznání a nastavení důvěry se pacientka svěřila, že je ochotna pracovat na zlepšení sebepojetí, obrazu těla a osobní

identity. V průběhu hospitalizace jsme podporovali pozitivní myšlení pacientky, zvyšovali její sebevědomí a dbali o dostatek informací.

13.4 Ochota ke zlepšení komunikace

Z počátku hospitalizace byla pacientka velmi uzavřená a introvertní. Všem se spíše vyhýbala. Postupem času poznala spolupacientky, dokázala s nimi navázat bližší vztah. Ty jí pomohly také pochopit, že sdílejí podobné problémy a tím jí posilovaly. V průběhu léčby byla znát vyšší důvěra k ošetřovatelskému personálu, lékařům a psychoterapeutům. Pochopila, že její problém je léčitelný, ale nemůžeme jí pomoci bez její spolupráce.

14 Podpůrná péče po hospitalizaci

Hospitalizace Kateřiny ještě neskončila. Vzhledem k charakteru onemocnění je pro vyléčení pacienta naprosto klíčové získat jej a jeho blízké pro spolupráci v pokračování léčby i po ukončení hospitalizace. Pacientům je doporučováno, aby pokračovali i v psychoterapii. Skupinová terapie pacientů s poruchami příjmu potravy se liší podle toho, zda je zaměřena spíše na osvětu a úpravu základních příznaků poruch příjmu potravy (zejména kontrolu jídelního chování), nebo více na interpersonální a emocionální problémy pacientů. Nejvhodnější formou je denní stacionář, jehož program je společný pro všechny členy skupiny. Například modifikované dynamické skupiny, kognitivně behaviorální skupiny, svépomocné a edukativní skupiny a skupinové programy. Tyto skupiny vedou odborní terapeuti, kteří dobře znají problematiku poruch příjmu potravy a některé zvláštní techniky, jako například vedení jídelních záznamů. Dynamičtější nebo více interpersonálně orientovaný typ skupiny je vhodný v případě, že problematika hmotnosti a jídla se řeší v rámci individuální terapie nebo nejlépe, když už byla z velké části vyřešena. Skupina nemá předem stanovené úkoly a terapeut je méně direktivní. Tento typ terapie není většinou doporučován jako samotná metoda léčby anorexie nebo bulimie.

Na konci hospitalizace bude Kateřina a její blízcí poučeni ošetřujícím lékařem o domácím režimu. Budou jí doporučeny konkrétní, pro ni vhodné, typy stacionářů a podpůrných skupin. Bude poučena o možnosti komunikace s terapeutem prostřednictvím mezinárodního projektu formou chatu. Stacionáře s rodinami jsou také metodou volby, bude záležet na rozhodnutí Kateřiny a její rodiny.

15 Diskuze

Ve své práci jsem zpracovávala téma, které je v odborné veřejnosti vnímáno jako velmi důležité. Informační zdroje, které jsem měla k dispozici, dokládaly aktuální zájem zejména psychiatrů a pediatrů o tuto tematiku.

Pacientku, kterou jsem si vybrala lze zařadit průběhem onemocnění i schopností spolupráce spíše za úspěšnou. Na jejím případě lze sledovat jak psychiatrie pokročila v identifikaci příčin tohoto onemocnění, ale také v nalezení účinných metod léčby. Ta je založena zejména na podpoře nemocného, na nalezení stereotypů, které mu pomohou udržet léčebný režim. Velmi důležitá je také motivace k uzdravení. Zásadním úspěchem léčených je přehodnocení jejich hodnotového žebříčku. Ukazuje se, že je nezbytné získat pro zdárný výsledek léčby spolupráci širší rodiny, protože léčba je dlouhodobá a nebezpečí opakování problémů trvalé.

16 Edukace

Po ukončení hospitalizace by Kateřina měla dodržovat jídelní návyky, které si osvojila v rámci hospitalizace. V optimálním případě bude pravidelně docházet ke svému ambulantnímu specialistovi.

V současné době jsou dostupné informace o poruchách příjmu potravy. Lze využít moderních médií – internet, webové stránky profesionálů i svépomocných skupin. Velmi bohatá je diskuse osob se zkušeností s poruchou příjmu potravy na sociálních sítích. Jak již bylo řečeno lze edukaci nemocného a jeho rodiny plánovat individuálně a využít všech metod. Např. rozhovory, přednášky, propagační materiály (letáky, články, brožury, knihy, časopisy), které mohou být dostupné ve školách a ve volnočasových centrech. Vhodná je také metoda edukace prostřednictvím skutečných příběhů, dokumentárních filmů a reálných fotografií. Zdá se, že i obecné smýšlení populace se v oblasti vnímání poruch příjmu potravy posunulo. Modelingové agentury jsou nabádány k tomu, aby využívaly modelky s BMI blízcímu se normálními hodnotám. Vzory totiž často u dívek i chlapců nízkého věku spouštějí nezdravý zájem o vlastní tělo, zejména o jeho hmotnost. Informační kampaně vedené odborníky v této oblasti jsou cíleny také na rodiny a školy. Díky nim se dostávají do povědomí informace o prvních příznacích onemocnění a také o možnostech jak těmto lidem pomoci.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma "Ošetrovatelský proces u pacienta s poruchou příjmu potravy" se dělí na několik částí. Teoretická část obsahuje definice, historii, výskyt, příčiny a příznaky poruch příjmu potravy. Samostatnou částí jsou zdravotní komplikace těchto onemocnění a jejich léčba. Domnívám se, že se v teoretické části podařilo shrnout informace, které se dané problematiky týkají. Nebyl problém se získáním odborné literatury ani dalších informačních zdrojů zejména proto, že je to v psychiatrii v této době aktuální téma. Zajímavé bylo zjištění využití nových informačních a komunikačních metod pro mladé lidi, kteří těmito onemocněními trpí.

Praktická část je věnována třicetivouleté pacientce, která trpěla mentální anorexií. Na jejím příběhu se podařilo popsat složitost, závažnost a komplexnost problému. Na této problematice je zajímavé, že léčba onemocnění nespočívá pouze v podání farmak nebo v provedení chirurgických výkonů, jako to bývá u většiny organických onemocnění. Poruchy příjmu potravy jsou léčeny speciálními psychologickými a psychiatrickými metodami. Příkladem mohou být speciální psychologické terapeutické skupiny. Je třeba se nemocnému věnovat komplexně a individuálně. Na tomto případě se ukazuje, jak je důležité v ošetrovatelství vnímání pacienta celostně v jeho rozměru biopsychosociálním. Významným je také zjištění, že se jedná u mnohých z nich v podstatě o celoživotní onemocnění, jehož následky si pacienti nesou po zbytek života. Ty spočívají v postojích ke stravovacím návykům i ke svému tělu. I proto je důležité, aby po propuštění z hospitalizace dále v léčbě pokračovali a v případě pozdější remise včas vyhledali odbornou pomoc.

Tato práce mi doplnila znalosti a pomohla mi pochopit některé souvislosti, které jsem i ve svém vlastním životě nechápala.

POUŽITÁ LITERATURA

1. Němcová, J. a spol. 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-904955-5-5
2. Krch, D., F. 2002. *Mentální anorexie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-598-9
3. Krch, D., F. a kol. 1999. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-627-7
4. Marádová, E. 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-86991-09-2
5. Marečková, J. 2006. *Diagnózy v Nanda doménách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3
6. Navrátilová, M. a kol. 2000. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-33-3
7. Papežová, H. 2000. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 85-12-1-32-8
8. Papežová, H. 2003. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85-121-81-6 s. 109
9. Pavlíková, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3
10. Krch, D.F. 2010. *Mentální anorexie*, Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4
11. Krch, D.F. 2007. *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*. 3. vyd., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2130-9
12. Papežová, H. 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2425-6
13. Novák, M. 2010. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm. ISBN 9788072046577
14. www.in-nocent.blog.cz, [online], aktualizováno 2008, [cit. 7. 6. 2008], dostupné z: <http://in-nocent.blog.cz/0806/jak-anorexie-napada-cele-telo>
15. www.zdn.cz, [online], aktualizováno 2007 - 2011, [cit. 12. 4. 2011], dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/poruchy-prijmu-potravy-450968>

16. www.doma.cz, [online], aktualizováno 2010, [cit. 12. 4. 2011], dostupné z: <http://doma.nova.cz/clanek/stihlaafit/jak-zjistite-zda-vase-dcera-nema-anorexii-ci-bulimii-priznaky.html>
17. www.zaria.cz, [online], aktualizováno 2011, [cit. 12. 4. 2011], dostupné z: <http://www.zaria.cz/clanek/zdravi-a-fitness/poruchy-prijmu-potravy-bulimie/18599>
18. www.zenske.estranky.cz, [online], aktualizováno 2011, [cit. 12.4.2011], dostupné z: <http://www.zenske.estranky.cz/clanky/zdravi-a-krasa/anorexie-zas-a-znova.html>
19. www.anabell.cz, [online], aktualizováno 2012, [cit. 6.1.2013], dostupné z: <http://anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/87-mentalni-bulimie>
20. www.wikipedia.cz, [online], aktualizováno 2012, [cit. 16.12.2012], dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_anorexie
21. www.lumenn.blog.cz, [online], aktualizováno 2009, [cit. 6.1.2013], dostupné z: <http://lumenn.blog.cz/0903/bulimie>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Jídelní režim oddělení.....	I
Příloha B – Obr. 1 Mentální anorexie.....	II
Příloha C – Obr. 2 Mentální anorexie.....	III
Příloha D – Obr. 3 Mentální bulimie.....	IV
Příloha E – Obr. 4 Anorexie napadá celé tělo.....	V

Příloha A – Jídelní režim oddělení

Jídelní režim (Jídelníček)

Snídaně: 2 rohlíky, máslo, sýr mazací Javor

S přídatkem: 3 rohlíky, máslo, sýr trojhránek, šunka

Svačina: jablko

S přídatkem: 1 rohlík, termix

Oběd: polévka, řízek + brambory, kompot

S přídatkem: řízek + brambory, kompot, 1 rohlík, čokoládová tyčinka

Svačina odpolední: termix

S přídatkem: jogurt, 1 rohlík, nutridrink, džus

Večeře: hovězí maso + brambor, zelenina

nebo 2 rohlíky šunka, sýr trojhránek a máslo

S přídatkem: 3 rohlíky, mazací sýr trojhránek, máslo, šunka

Druhá večeře: jogurt

S přídatkem: jogurt, 1 rohlík

Příloha B – Obr. 1 **Mentální anorexie**



viz seznam použité literatury 21

Příloha C – Obr.2 **Mentální anorexie**



viz seznam použité literatury 16

Příloha D – Obr. 3 **Menální bulimie**



viz seznam použité literatury 17

Příloha E – Obr. 4 Anorexie napadá celé tělo



viz seznam použité literatury 14

