

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Katedra zdravotnických studií

**Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchami  
příjmu potravy**

Bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Nováková

Vedoucí práce: PhDr. Petra Pavlíková

Jihlava 2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Kateřina Nováková**  
Studijní program: Ošetrovatelství  
Obor: Všeobecná sestra  
Název práce: **Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchami příjmu potravy**  
Cíl práce: 1) Zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchami příjmu potravy

**PhDr. Petra Pavlíková**  
vedoucí bakalářské práce

**PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.**  
vedoucí katedry  
Katedra zdravotnických studií

## **Abstrakt**

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči o pacienty s poruchami příjmu potravy, léčících se s mentální anorexií a mentální bulimií na psychiatrickém oddělení. Práce je členěna na dvě části - teoretickou a praktickou. Teoretická část se zaměřuje na historii, aktuální problematiku a charakteristiku obou onemocnění. Dále jsou zde popsány příznaky, diagnostika a terapie, k níž neopomenutelně patří správná motivace nemocného. V praktické části jsou zjišťovány zvláštnosti v péči o tyto pacienty, zásady a přístup sester k jejich onemocnění. Výzkum je orientovaný na sestry pracující na lůžkových odděleních psychiatrické nemocnice a probíhá formou kvantitativního sběru informací. Výsledkem bakalářské práce je zhodnocení znalostí sester cílené, jak na péči, tak na teoretické vědomosti v dané oblasti.

## **Klíčová slova**

Mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy příjmu potravy, psychiatrické oddělení

## **Abstract**

The aim of my bachelor thesis is to find out the specifics in nursing care for patients with eating disorders who are treated with anorexia nervosa and bulimia nervosa in the psychiatric ward. The thesis is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part focuses on the history, current issues and characteristics of both diseases. Further, there are described symptoms, diagnostics and therapy, which inevitably includes the right motivation of the patient. In the practical part are investigated specialties in the care of these patients, principles and approach nurses to their disease. The research is focused on nurses working in psychiatric hospital wards and takes the form of quantitative information collection. The result of the bachelor thesis is the assessment of nurses' knowledge, both in terms of care and theoretical knowledge.

## **Keywords**

Mental anorexia, mental bulimia, eating disorders, psychiatric department

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce, nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne:

.....

Podpis studentky

## **Poděkování**

Velice ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Petře Pavlíkové za odborné vedení a cenné rady, které mi poskytla, ale především za její trpělivost a odhodlání vždy pomoci. Dále bych chtěla poděkovat svým kolegům a kolegyním v práci za podporu a pochopení. V neposlední řadě patří poděkování respondentům z Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod a Jihlava, za spolupráci a ochotu účastnit se dotazníkového šetření a dále i mojí rodině a přátelům, kteří mě neustále podporovali.

## Obsah

Úvod .....	8
1 Současný stav problematiky.....	10
1.1 Charakteristika poruch příjmu potravy.....	10
1.1.1 Historie poruch příjmu potravy.....	10
1.1.2 Nové poruchy příjmu potravy ve 21. Století .....	11
1.1.3 Charakteristika mentální anorexie a bulimie .....	12
1.1.4 Etiologie poruch příjmu potravy.....	13
1.1.5 Projevy onemocnění.....	15
1.1.6 Diagnostika .....	16
1.1.7 Časně a pozdní komplikace .....	17
1.1.8 Léčba a léčebná opatření .....	19
1.2 Specifika péče o pacienty s PPP .....	22
1.2.1 Přístup k pacientům s PPP .....	22
1.2.2 Role všeobecné sestry a její kompetence .....	23
1.2.3 Aktivizační techniky aplikované u pacientů s PPP.....	23
1.2.4 Motivace jako základ procesu uzdravení .....	24
1.2.5 Dispenzarizace - follow up po ukončení léčby.....	25
2 Výzkumná část .....	26
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	26
2.2 Metodika výzkumu.....	26
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	26
2.4 Průběh výzkumu .....	27
2.5 Zpracování dat .....	27
2.6 Výsledky výzkumu.....	28
3 Diskuze .....	46
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi .....	51
Závěr.....	52
Seznam použité literatury.....	54
Seznam zkratk .....	58

Seznam grafů .....	59
Seznam tabulek .....	60
Seznam příloh .....	61

# Úvod

*„Polovina z toho, co sníme, udržuje na živu nás, druhá polovina lékaře.“*

(staroegyptské přísloví)

Problematika poruch příjmu potravy patří v současné době k velmi diskutovaným tématům. V dnešní konzumní společnosti stále více narůstá problém nejen s obezitou, kdy většina žen vyhledává různé alternativní metody vedoucí ke snížení hmotnosti, ale na druhou stranu se s mnohem závažnější situací potýkají ženy trpící mentální anorexií, či mentální bulimií. Tyto představují život ohrožující onemocnění.

Naše okolí, a to zejména média vzbuzují v mladých ženách podvědomý pocit fyzické i psychické nedokonalosti, někdy až méněcennosti vedoucí k náhlé komplexní změně jejich životního stylu. Pozvolný začátek zahrnující na první pohled nevinné diety a zájem o zlepšení fyzické kondice, může časem přejít v nekontrolované snižování hmotnosti směřující k tělesnému vyčerpání a psychickému zhroucení z pohledu okolí pacienta, který si odmítá připustit toto sebedestrukční chování. Poruchy příjmu potravy postihují obzvláště mladé dospívající dívky a ženy, ale v mnoha případech nejsou výjimkou ani u mužů.

Osoby, které podlehly jednomu ze dvou výše uvedených onemocnění, si nebývají vědomy závažnosti svých činů a následného kritického dopadu na svůj zdravotní stav. Jejich jediným cílem je vysněná útlá postava a celkově perfektní vzhled. Jsou ochotni pro dokonalý výsledek udělat cokoli a nedokáží rozeznat hranice zdravého počínání. Z tohoto důvodu je podle mého názoru důležité rozšířit osvětu ohledně těchto onemocnění a jejich dopadu na zdraví u široké populace. Je velmi důležité, aby si lidé uvědomili, jaká rizika podstupují na cestě za svým snem.

## Motivace

Toto téma mě velmi zaujalo, a proto jsem se rozhodla ho zpracovat ve své bakalářské práci, kde se zaměřuji na specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty a formy terapie aplikované za účelem zlepšení jejich zdravotního stavu a následného vyléčení. Péče o pacientky, či pacienty trpící ať už mentální anorexií, či mentální bulimií je velmi specifická a odlišná oproti péči o pacienty na standardních odděleních. Vždy

je na prvním místě individuální přístup ke každému z hospitalizovaných. Všeobecná sestra, která o ně pečuje, by měla být vnímavá, empatická, umět naslouchat a dokázat pochopit aktuální psychické rozpoložení nemocného a být mu nápomocna i po této stránce, kdy je mu oporou a s pacientem naváže důvěrný vztah, pokud to daná situace umožní. Při léčbě těchto dvou onemocnění lze využít široké spektrum terapií, se zacílením na individualitu nemocného, což mě inspirovalo, k psaní této práce. Na léčbě samotné se podílí celý multidisciplinární tým, kde má všeobecná sestra své nezastupitelné místo.

### **Cíl práce**

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchami příjmu potravy. Cílovou skupinu výzkumu představují všeobecné sestry, pracující na různých odděleních psychiatrické nemocnice. K naplnění cíle jsem stanovila tři následující výzkumné otázky:

1. Jaké aspekty ošetrovatelské péče musíme zohlednit u pacientů s PPP a jaké postupy se využívají v péči o tyto pacienty?
2. Jak sestry vnímají péči o pacienty s PPP?
3. Jaké mají sestry možnosti ve vzdělávání se v oblasti PPP?

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První část zahrnuje současný stav problematiky. Teoretická část je zaměřena na historii, rozdělení poruch příjmu potravy, etiologii, projevy vybraných onemocnění, diagnostiku a léčbu. Poslední kapitola je věnována specifikům ošetrovatelské péče o tyto pacienty. Ve druhé části jsou uvedeny výsledky výzkumu, který probíhal formou kvantitativního šetření za použití dotazníku, sestaveného na základě výzkumných otázek. Výzkum byl zcela anonymní a probíhal pouze za účelem použití závěrečných dat do této práce.

# 1 Současný stav problematiky

## 1.1 Charakteristika poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy řadíme mezi těžká psychická onemocnění, jejichž nejčastější výskyt zahrnuje období dospívání a rané adolescence. Tato onemocnění vykazují vysokou mortalitu a tvoří širokou škálu poruch počínající konzumací nezdravých potravin a dále extrémně vysokým příjmem potravy v krátkých časových intervalech, který může vyústit v kritický stav v podobě psychiatrické poruchy (Praško et al., 2011).

Hřivnová (2014) uvádí, že mezi dvě hlavní poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. Pro obě tato onemocnění je charakteristická nadměrná snaha o docílení maximálně štíhlé postavy, snižování kalorického příjmu, obavou z obezity a odmítáním přijetí sebe sama po tělesné stránce.

Obě výše zmíněná onemocnění lze klasifikovat dle dvou nejčastěji používaných nástrojů, které popisuje ve své knize Krch (2005), zabývající se touto problematikou. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) společně s Diagnostickým statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace zahrnuje požadavky na daná onemocnění. Zatímco se MKN-10 využívá v klinické praxi, manuál DSM-IV slouží k potřebám výzkumu, včetně uplatnění při publikaci odborných článků.

### 1.1.1 Historie poruch příjmu potravy

Nejrůznější formy poruch příjmu potravy jsou popisovány již od starověku. V 5. Století před naším letopočtem se o těchto poruchách zmiňuje Hippokrates, který je označuje jako „asithia“. Poprvé byl termín anorexie použitý ve 2. Století našeho letopočtu. První zmínka o dívce, která zemřela dobrovolně hladem, pochází ze 14. Století. Detailní popis choroby provedl v roce 1689 anglický lékař Richard Morton. První případy mentální anorexie se začínají v literatuře objevovat ve 2. Polovině 19. Století. Samotný termín „anorexia mentalis“, nebo „anorexia nervosa“, které se hojně využívají ve světové literatuře, nepovažují někteří za vhodný, či výstižný (Papežová, 2010).

Papežová (2010) ve své knize dále zmiňuje, že podle Platona anorexie znamená osvobození od žádostivosti, chtivosti, podle Hippokrata nedostatek požitku z jídla.

V současnosti se tímto označením má na mysli ztráta chuti k jídlu. Používání termínu anorexie svádí k mylnému závěru, že hlavní podstatou onemocnění je nechutenství a nikoli vědomé a záměrné odmítání jídla, protože zde existuje obava ze ztloustnutí a chorobná touha po štíhlé postavě.

Poruchy příjmu potravy se vyskytovaly i v dávné minulosti, ale od druhé poloviny minulého století je možné sledovat jejich významný nárůst. Na vznik těchto poruch má vliv celá řada faktorů. Příjem potravy je pro život nezbytný. Jídlo nemá význam pouze tělesný, ale i psychosociální, spojený na příklad s kultem štíhlosti, či společenským chováním. Poruchy příjmu potravy souvisí s „poruchou tělesného schématu“. Na tuto poruchu má vliv nejen sociální kontext, ale i kultura, doba, či sociální interakce (Orel, 2016).

O historii bulimie nejsou v literatuře téměř žádné zmínky. V době antického Říma bylo naprosto běžné, že se jídlo ve vyšších vrstvách společnosti konzumovalo v nadměrném množství. Z toho plynulo přejídání a zvracení, které se stávalo běžným jevem. I v období starověku a středověku se společenská elita přejídala. Podle Plutarcha se pojmem „bolimos“ označoval zlý démon, který symbolizoval nadměrný hlad. Pozdější filozofové ale tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov „bous“ (vůl) a „limos“ (hlad). V 50. letech 20. Století se začalo záchvatovité jedení a zvracení uvádět jako součást mentální anorexie. Někteří internisté považovali bulimii za určitou formu poruchy trávení (Papežová, 2010).

### **1.1.2 Nové poruchy příjmu potravy ve 21. Století**

Mezi nové poruchy příjmu potravy je možné zařadit bigorexii, která bývá mnohdy označována jako Adonisův komplex, který se často spojuje s mentální anorexií u žen. Odborný název této nemoci je muscle dysmorfia. Při dané poruše dochází ke zkreslenému vnímání vlastního těla. Neustálá pozornost je věnována veškerým rozměrům a zejména velikosti svalstva. Rovněž se spojuje s užíváním anabolických steroidů, které podporují rychlý růst svalů a trávením mnoha hodin v posilovně (Papežová 2010). Tito lidé jsou neustále vyčerpaní ze cvičení a energii doplňují energetickými nápoji. V konečném důsledku to vede k rozvrácenému metabolismu a v některých případech i k obezitě, která je způsobená přílišnou konzumací jídel, která jsou bohatá na energii (Geisslerová, 2012).

Jako další poruchu lze uvést ortorexii, která představuje posedlost zdravým jídlem. Nemocný ortorexii má vždy strach z nezdravého jídla. Za škodlivé považuje stále více a více potravin a jeho jídelníček se stává velmi omezeným. I v tomto případě nemocný na jídlo neustále myslí, postupně propadá depresím a zoufalství. Původní dobrý stravovací návyk se mění v panickou hrůzu z každého jídla, které by mohlo být jakýmkoliv způsobem nezdravé a to i z důvodu, že přišlo do kontaktu se znečištěným vzduchem (Geisslerová, 2012).

Do této kategorie také spadá méně známá drunkorexie. O alkoholu se dobře ví, že je velmi kalorický. Aby si ho mohli v hojné míře dopřávat i mladí lidé, a to zejména dívky, tak méně jedí, aby nepřibraly. Jedná se o velmi nebezpečnou poruchu, protože účinky alkoholu jsou na lačný žaludek mnohem silnější a tělo ho hůře vstřebává. Pak má dotyčný pocit, že může pít více, protože kvůli tomu předtím nejedl. Ve výsledku se mnozí vyhladovělí lidé v opilosti pouze přejedí a na zdraví to má značně negativní dopady (Geisslerová, 2012).

### **1.1.3 Charakteristika mentální anorexie a bulimie**

Anorexie a bulimie se řadí mezi základní poruchy příjmu potravy. Obě jsou si velmi podobné. Spojuje je strach z tloušťky a nadměrná pozornost zaměřená na vlastní vzhled a hmotnost. Takoví to lidé neustále řeší, jak vypadají, jaká je jejich váha, dlouhodobě se snaží zhubnout, nebo alespoň nepřibrat. Anorektičky jsou v tomto úspěšnější než bulimičky, protože ty začnou po určité době jíst, více než by chtěly. Mnohdy je průběh této nemoci spojený s používáním projímadel, zvracením a podobnými způsoby, zajišťující snížení hmotnosti. Kombinace těchto metod pouze zvyšuje riziko přejídání a dlouhodobě problémy jen zhoršuje (Krch, 2011).

Mentální anorexie a bulimie se obvykle objevují u dospívajících dívek a mladých žen. Mentální anorexie se může ve výjimečných případech objevit i v mladším školním věku. Bulimie je v dětském věku velmi ojedinělá. Počátky choroby se datují do druhé poloviny 20. Století. K podstatnému nárůstu došlo v 90. letech minulého století. Nemoci mohou přecházet jedna v druhou. Obvykle se onemocnění projeví nejprve jako mentální anorexie a později přejde do bulimie. Polovina anorektiček má zkušenosti i s bulimií a obvykle všechny bulimičky měly v anamnéze alespoň jednou uvedeno, že se setkaly s anorexií (Kukla, 2016).

Pro mentální anorexii je typické úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Anorektičky odmítají jídlo, protože nechťejí jíst. Hledají výmluvy a způsoby, jak se jídlu vyhnout.

Uvádí se tři následující základní znaky mentální anorexie (Krch, 2011):

- udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti,
- strach z tloušťky i v případě nízké tělesné hmotnosti,
- porucha menstruačního cyklu.

Některé dívky si toto onemocnění nepřipouštějí a popírají ho. Velmi často argumentují tím, že se snaží jíst zdravě, na určitá jídla mají alergii, či se snaží být co nejvíce pohybově aktivní. Pokud pacientka splňuje znaky anorexie a současně se opakovaně přejídá, tak se jedná o tak zvaný bulimický typ mentální anorexie (Krch, 2011).

Mentální bulimie je charakteristická zejména opakujícími se záchvaty přejídání, které se pojí s detailní kontrolou hmotnosti. Pro stanovení diagnózy mentální bulimie jsou nutné zejména tyto tři následující znaky (Krch, 2011):

- opakující se přejídání, častěji se upřednostňuje ztráta kontroly nad jídlem oproti zkonsumovanému množství, časté zvracení způsobené konzumací většího množství jídla,
- příliš častá kontrola tělesné hmotnosti, doplňovaná zvracením, užíváním projímadel, či nadměrným cvičením,
- zvýšený zájem o vzhled a hmotnost.

Všechny poruchy příjmu potravin mají společné to, že nemocný se snaží své okolí přesvědčit o tom, že je v naprostém pořádku. A tuto skutečnost mnohdy nalhávají i sami sobě, až se s ní zcela ztotožní (Geisslerová, 2012).

#### **1.1.4 Etiologie poruch příjmu potravy**

Na vznik tohoto onemocnění má vliv celá řada příčin. Tato nemoc se projevuje v dospívání, pro které jsou typické změny v tělesné proporcionalitě. U dívek dochází k ukládání tukové tkáně a tvarování těla, růstu prsů a celkově ke zvyšování tělesné hmotnosti. V tomto období jedinci velmi často podrobují své tělo nadměrné pozornosti

a jsou ke své postavě značně kritičtí. Určitý podíl na dané nemoci má i změna životního stylu. V současné době se více než kdy jindy klade důraz na vnější vzhled. Základem krásy je štíhlost a elegance, jež vedou k dosažení společenského úspěchu. Obézní jedince považuje společnost za líné, hloupé, či ošklivé a velmi často se stávají terčem posměchu. Takto nastavené společenské klima vede k obavám z nadváhy a tloušťky (Machová, Kubátová, 2015). Zatím není možné stanovit přesné důvody vzniku zmíněných poruch, ale existují určité rizikové faktory, které mohou fungovat jako spouštěč vzniku poruchy.

Jak již bylo uvedeno, existuje celá řada příčin, které mohou mít vliv na vznik poruch příjmu potravy. Jednou z příčin mohou být kulturní a sociální faktory, protože tyto poruchy se objevují ve společnostech, kde je dostatek potravy. Svůj vliv na to mají i media, podle kterých by žena měla být krásná a štíhlá (Novák, 2010). V literatuře se uvádí, že u mentální anorexie má genetika 50 – 90 % podíl na vzniku onemocnění, zatímco u bulimie je riziko nižší, a to 35 – 83 %. Slabší jedinci mohou zdědit takové povahové vlastnosti, které jsou typické pro vznik poruch příjmu potravy. Obvykle se jedná o nízkou odolnost vůči stresu (Papežová, 2010). Pokud se v rodině vyskytuje porucha příjmu potravy, tak to mnohdy vypovídá o špatných vztazích mezi jednotlivými členy, panuje tam nepřátelská atmosféra, rodina mezi sebou nekomunikuje, rodičovská péče není dostatečná, či v rodině dochází k sexuálnímu, nebo fyzickému zneužívání (Novák, 2010). Vliv na rozvoj tohoto onemocnění má i nízké sebevědomí, křehká povaha, perfekcionismus, či orientace na výkon. Lidé jsou při tomto onemocnění více ve stresu a mají jiné zdravotní obtíže (Novák, 2010).

Několikanásobně vyšší riziko rozvinutí se poruch příjmu potravy se vyskytuje u žen. Ty jsou kritičtější, citlivější a v průběhu života si procházejí různými životními etapami. Výrazným milníkem v životě ženy je dospívání, které provází hormonální změny. Hormony mohou ovlivnit i sebehodnocení dospívajícího (Vágnerová, 2012). Riziko představuje i to, že ženské tělo má jiný vývoj, než tělo mužské. Dívčím se může tuk ukládat v rizikových partiích, mužům se s přibývajícím věkem zvětšuje svalová hmota (Kreh, 2011). Lidé se od nepaměti zajímají o svůj vzhled, snaží se držet různé diety, či hladovky, aby jejich postava byla co nejvíce ideální. Z tohoto důvodu může mít jakákoliv negativní změna váhy vliv na psychiku a zvyšuje riziko vzniku poruch příjmu potravy. Z výše uvedeného je patrné, že problémovým se stává období puberty. Lidské

tělo se mění, zpomaluje se metabolismus a je potřeba více o sebe dbát. Během života se postupně mění váha (Roztočil a Bartoš, 2011).

### **1.1.5 Projevy onemocnění**

Odmítáním potravy pacient řeší velmi často nějaký problém. Ve většině případů se jedná o úspěšné a inteligentní osoby, které pocházejí z dobrých rodinných poměrů. V kolektivu bývají oblíbení a nemívají problémy. Zlom přichází v období puberty, kdy stačí pouhá nešťastná poznámka o vzhledu. Člověk si najednou uvědomí, že již nemá svou dětskou postavu, jeho tělo se mění a to ho může přimět k držení diety. Někdy stačí pouze to, že se v rodině vyskytuje obezita a dívka mnohdy nechce dopadnout jako její rodiče, a tak nestále kontroluje svůj příjem potravy. V jiném případě se může jednat o dívku, o kterou se rodiče nikdy příliš nezajímali, protože na ni neměli čas, spoléhali na to, že se dobře učí a že je bezproblémová. Odmítáním potravy se snaží dívka na sebe upoutat pozornost (Slezáková, 2013).

Poruchy příjmu potravy mají vliv na celý lidský organismus a sekundárně i na orgány. V rámci biochemického vyšetření je možné identifikovat nedostatek minerálů. Při zvracení se běžně vyskytuje metabolická alkalóza. Močový nedostatek minerálů předchází sérovému deficitu. Naprostá většina pacientů si u lékaře nestěžuje, že se potýká s úmyslným snižováním hmotnosti a celkovým snižováním příjmu kalorií. Omezování jídla vyvolává u pacientů vyšší kontrolu nad vlastním životem a pocit dokonalosti, či výjimečnosti. Mnohdy okolí pacienta hodnotí snížení váhy pozitivně, což ho jen více podpoří v dalším omezování příjmu potravy. Obvykle jsou v prvotní fázi odmítány tučné a sladké potraviny, dále vynechávají teplé obědy. Pacienti si svou diagnózu nepřipouští, tají ji před okolím a v takovém případě je důležité, aby při hledání příčin problémů zasáhl lékař. Poruchy příjmu potravy mohou být ukryvány za alergiemi na určité jídlo, zdravou stravou, či alternativními způsoby stravování, jako je veganství, nebo vegetariánství. Problémů si mnohdy nevšimne ani blízké okolí pacienta. U pacientů s mentální anorexií se objevují sklony k perfekcionismu, jsou fyzicky velmi aktivní i navzdory své nízké hmotnosti. Nemocní se sami považují za tlusté a případné porušení jejich dietního režimu považují za své osobní selhání, které je nutné potrestat. Trest obvykle spočívá v dalším výrazném snížení příjmu potravy, nebo zvýší svůj energetický výdej. U mentální anorexie se objevuje endokrinní porucha, se zvyšujícím

se poklesem hmotnosti dále amenorea, která nemusí být objevena, pokud dívka užívá hormonální antikoncepci. Rozvinuté poruchy příjmu potravy mají negativní dopad na celý organismus (Meisnerová, 2013).

Slezáková (2013) uvádí následující příznaky:

- zřetelná vyhublost – nápadně vystupující kosti, klouby, obratle, žebra, ne vždy se ovšem musí objevit,
- tělesná hmotnost je minimálně o 15 % menší, než je předpokládaná hmotnost,
- hmotnost je snižována různými dietami, zvracením, užíváním projímadel, diuretik, anorektik, či nadměrným cvičením,
- má obavy z tloušťky, které přetrvávají i při výrazné kachexii,
- vnímá své tělo obézní a ochablé,
- neustále se zabývá myšlenkou na udržení nízké hmotnosti.

### **1.1.6 Diagnostika**

Včasně odhalení a diagnostikování poruch příjmu potravy má zásadní vliv na léčbu. Pokud je léčba zahájena včas, tak se zvyšuje šance na úspěch. Toto onemocnění je nutné posuzovat i léčit v širším kontextu. Pokud samotný pacient, či případně jeho rodina spolupracují, je stanovení diagnózy jednoduché. Ovšem pro odborníky představují obrovské problémy pacienti, kteří svou nemoc a její symptomy tají. Rovněž ani jejich okolí není ochotné spolupracovat. Obvyklým důvodem je strach a nejistota, z toho, co se bude dít dál (Papežová, 2010).

Mezi prvními, kdo přichází do kontaktu s nemocnými, je velmi často praktický lékař, pediatr, či gynekolog. Tito lékaři mají významnou roli v diagnostice i v motivaci pacienta v jeho další léčbě. V klinické praxi se používá MKN-10 (Papežová, 2010).

Anorexia nervosa je charakterizovaná snižováním váhy, kterého se pacient dopouští úmyslně. V 90 – 95 % se týká dospívajících dívek a mladých žen, v 5 – 10 % se týká mladých chlapců a mužů. Častěji se vyskytuje u dětí před pubertou a u starších žen. Diagnóza vyžaduje, aby byla splněna všechna diagnostická vodítka (Papežová, 2010).

Diagnostická kritéria MKN-10 pro anorexia nervosa (Papežová, 2010):

- tělesná váha je udržována minimálně pod 15 % předpokládané váhy, nebo index BMI je menší než 17,5 a u prepubertálních pacientů není dodržený očekávaný váhový přírůstek,
- pacient si snižuje váhu sám zejména dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním anorektik, laxativ a excesivním cvičením,
- specifická psychopatologie - strach z tloušťky i při výrazné podváze, patologické představy o vlastním těle, neustálé myšlenky na udržení podváhy,
- endokrinní porucha hypotalamo - pituitární - gonádové osy - u žen amenorea, u mužů pokles sexuálního zájmu,
- pokud se nemoc projeví před pubertou, tak dochází ke zpoždění, či zastavení růstu, vývoji prsou, chlapci mají dětské genitálie a objevují se podobné abnormality, jakmile ale dojde k uzdravení, proběhne jejich normální dokončení.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro bulimia nervosa (Papežová, 2010):

- pacient se pořád zabývá jídlem, touží po něm, přejídá se velkými dávkami jídla v krátkých časových horizontech,
- usilování o potlačení kalorických účinků jídla, způsoby jako jsou zvracení, zneužívání laxativ, anorektik, cílené hladovky a další možné postupy,
- specifická psychopatologie - úzkostný strach z tloušťky, váha nižší než optimální, či zdravá.

### **1.1.7 Časně a pozdní komplikace**

S mentální anorexií a bulimií souvisí závažné druhotné somatické symptomy, které jsou způsobené nedostatečnou výživou, zvracením a úbytkem hmotnosti. Zdravotní stav se může rapidně zhoršit tak, že dojde k podváze až kachexii, což může způsobit metabolický rozvrat. Je potřebné sledovat hmotnost, krevní obraz, životní funkce a bilance tekutin (Krch a Švédová, 2013). Při mentální anorexii se objevuje endokrinní porucha. U dívek se díky snižování hmotnosti objevují poruchy v menstruačním cyklu.

V rozvinutém stádiu zasahuje nemoc celý organismus a způsobuje problémy u mnoha orgánů (Petr a Marková, 2014).

Poruchy příjmu potravy provází mnoho komplikací. Nejdůležitější z nich budou uvedeny níže.

### **Komplikace týkající se gastrointestinálního ústrojí**

Pacienti s touto komplikací si stěžují na pálení žáhy, nadýmání, bolesti břicha, zácpu, či průjem. Mohou se objevit i žaludeční vředy, nebo zánět jícnu. Sledují se kontrolní vyšetření předepsaná lékařem, příjem potravy, stolice, či užívání lékařem určených léků. Důležité je i provádět kontrolu osobních věcí pacienta, protože se může stát, že užívá laxativa, či anorektika, nebo může pacient ukryvat stravu a předepsané léky. Pro pacienta je důležitý pohyb, který musí odpovídat jeho možnostem. Při přijímání potravy se kontroluje její zkonsumování (Petr a Marková, 2014). U bulimie způsobuje zvracení poškozování zubní skloviny díky kyselosti žaludečního obsahu. To má negativní vliv na kazivost zubů a záněty v dutině ústní. Pro pacienta je důležité správně provádět hygienu úst. Při častém zvracení se kontrolují hladiny kalia. Komplikací jsou i praskající ústní koutky, či afty (Meissnerová, 2013).

### **Komplikace v oblasti kardiovaskulárního systému**

Jedná se o jednu z nejzávažnějších komplikací, která je způsobena minerální dysbalancí. Proto je nutné provádět kontrolní odběry minerálů. Obvykle se objevuje hypotenze, rovněž bradykardie. Důležité je sledovat EKG, krevní tlak a pulz (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015). Nejčastějšími komplikacemi je právě bradykardie a hypotenze, které způsobují závratě a náhlé ztráty vědomí. Užívání diuretik a projímadel může způsobovat i srdeční arytmii. Tyto problémy mohou následně vést až k srdeční zástavě, která ve většině případů končí smrtí. Mezi příznaky změny srdečního rytmu se řadí bolesti hlavy, mdloby, či snížená tělesná aktivita (Campbell a Peebles, 2014).

### **Komplikace v oblasti kůže**

Tyto komplikace jsou docela obvyklé. Často se jedná o akrocyanózu, erytém, či purpuru. Kůže je suchá, tenká a šupinatá. Občas se vyskytují dekubity. U mentální anorexie se objevují problémy s vypadáváním vlasů. U mentální bulimie může vyvolávané zvracení vést k poranění rukou a prstů (Meissnerová, 2013).

## **Komplikace v oblasti pohybového aparátu**

Pacienti, u kterých měla mentální anorexie dlouhodobý průběh, vykazují problémy s odvápněním kostí. Ty se stávají tenčí a křehčí. Dále je možný výskyt problémů s artrózou, nebo zastavením růstu kostí, mluvíme-li o pacientech dětského věku (Meissnerová 2013).

## **Komplikace spojené s renálním ústrojím**

Renální komplikace se objevují až u dvou třetin pacientů. Při poruchách příjmu potravy jsou problémy s ledvinami velmi časté, protože se objevuje hypokalemie a hypomagnezie. U mentální bulimie je zvýšená hladina urey v moči, protože klesá příjem tekutin, zatímco u anorexie vzniká polyurie, protože tělo může přijímat až 5 l vody denně. U vážných případů může dojít k těžkému renálnímu selhání (Meissnerová, 2013). U dehydratovaných pacientů se díky zvracení a nadměrnému užívání diuretik a projímadel, může vyskytnout hypochlorní metabolická alkalóza. Vzhledem k dehydrataci organismu a užívání projímadel a diuretik zde existuje riziko vzniku močových kamenů. V případě předávkování projímadly je zde pravděpodobnost vzniku těžkých otoků, které mohou vést až k hypovolemickému šoku, ledvinovým infarktům, či k úplnému srdečnímu selhání. Dále lze v moči nalézt přítomnost krve, nebo bílkovin (Campbell a Peebles, 2014).

### **1.1.8 Léčba a léčebná opatření**

Léčba poruch příjmu potravy patří do rukou specialistů z oboru psychiatrie ve spolupráci s psychologem. Internista má na starosti léčbu života ohrožujících stavů a orgánových komplikací (Meissnerová, 2013).

Autoři Koutek a Kocourková (2014) uvádějí ve svém článku nutnost týmové spolupráce při léčbě poruch příjmu potravy, a to zejména mezi psychiatrem, pediatrem a gynekologem.

Důležitým aspektem při léčbě poruch příjmu potravy je individuální přístup k nemocnému jedinci. Léčba bývá velmi často náročná a dlouhodobá. Spolupracuje na ní vzájemně mnoho odborníků - počínaje psychiatry a psychology a konče výživovými poradci. Zatím nebyla zpracována žádná studie, jež by určila, který z terapeutických přístupů a řešení je nejúčinnější v léčbě suicidality u pacientek

s poruchou příjmu potravy. Při léčbě je nutné věnovat pacientovi patřičnou pozornost (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015).

U poruch příjmu potravy je zásadní, že pro nemocné se toto právě z počátku jeví jako způsob, jak řešit problémy. Až v průběhu doby se poruchy stávají problémem. Nestačí pouze vědět, co zahrnují poruchy samotné, ale jaké problémy to může z dlouhodobého hlediska způsobit (Middleton a Smith, 2013). Z obecného hlediska léčba těchto poruch je založena na tom, že dojde ke změně chování a postojům k jídlu. Podle Coopera (2014) je hlavním cílem léčby opětovně získat kontrolu nad stravováním a překonat strach, který vychází z obav o hmotnost a tvar těla. Největším problémem při léčbě je nespolupráce a nepřipuštění si problémů (Papežová, 2012). Při léčbě nastává zásadní okamžik v momentě, kdy se jedinec začne aktivně podílet na terapii a zajímat se o ni. Způsobů léčby se nabízí více možností.

### **Svépomoc**

Jedná se o alternativu ke konvenční léčbě. Po celém světě existují různé skupiny, které sdružují jednotlivce, jež mají podobné problémy a rozhodli se proti nim bojovat. U pacientů, kteří mají mírné příznaky onemocnění, tak léčení svépomocí je velmi efektivní, při kterém může dojít i k úplnému uzdravení. Takovéto skupiny obvykle vede člověk, který si prošel podobnými problémy a své vlastní zkušenosti předává ostatním (Middleton a Smith, 2013). Pro léčbu svépomocí existují i různé příručky, které jsou nápomocné při léčbě. Z českých autorů se této problematice věnuje zejména Hana Papežová a František Krch. Ze zahraničních autorů se jedná kupříkladu o Petera J. Coopera. V těchto příručkách jsou uvedené jednotlivé kroky, jak tento problém zvládnout. Obvykle jsou příručky tvořeny i záznamovými archy, které jsou určeny pro zapisování denního režimu. Poznámky se týkají stravovacích návyků a myšlenek, se kterými se nemocný potýká (Cooper, 2014).

### **Psychoterapie**

Psychoterapie se zabývá léčbou poruch chování, citění, či duševních problémů jedince, za využití psychologických postupů. Existuje mnoho způsobů terapie, jež si všechny kladou za cíl změnit názory, způsoby uvažování a citění jedince. Terapie se zaměřuje na snížení výskytu a intenzity příznaků. Pacient má možnost se více věnovat svému duševnímu rozpoložení a nalézt větší harmonii ve svém nitru i ve svém životě. Z metod

používaných v psychoterapii byla vždy největší pozornost zaměřována na kognitivně behaviorální terapii. Tato léčba cílí na zvýšení sebevědomí pacientů, zlepšení psychického stavu, jejich uvažování a emocí, dále na změnu přístupu ke stravovacím návykům a přijmutí své tělesné konstituce (Krch a Švédová, 2013).

### **Farmakoterapie**

Při této terapii využíváme efektu podávaných léků, jako jsou antidepresiva, anxiolytika, nebo farmaka podporující apetit u pacientů. Tento typ léčby aplikujeme při řešení vedlejších příznaků, jako mohou být deprese, obsese, dále za účelem omezení častého příjmu nadměrného množství potravy, či při nesouhlasu, nebo pokud se psychotherapeutická léčba jeví jako neúčinná. Psychofarmaka slouží pouze jako podpůrný prostředek a jejich účinek se nejlépe uplatní v kombinaci s psychoterapií (Krch a Švédová, 2013).

### **Hospitalizace**

Pokud má nemoc vážný průběh a je již v pokročilé fázi, tak je na místě hospitalizace. Ta je nutná i v případě, že je nemocný v ohrožení života. Obvykle se jedná o pacienty, kteří nereagují na ambulantní léčbu. V některých případech je nemocný převezený k hospitalizaci pozdě, kdy už je příliš hubený a nemá zájem žít. Tuto nemoc je možné léčit i pomocí částečné hospitalizace, kdy pacient není v nemocnici přes noc (Krch, 2016).

Při léčbě je nutné posoudit, jestli je nutná hospitalizace, či je dostačující pouze ambulantní léčba. Důvodem pro hospitalizaci je výrazná vyhublost, deprese, užívání diuretik a projímadel. Cílem hospitalizace je, aby byl navozený jídelní režim, dosáhnout normální hmotnosti a zastavit úbytek váhy u pacientů, kteří jsou extrémně vyhublí. Mezi další cíle se řadí zamezit přejídání, zvracení a užívání léků a látek způsobujících úbytek hmotnosti. Důležité je také posoudit zdravotní komplikace a věnovat pozornost souvisejícím jevům, jako jsou deprese, či sebepoškození. Zpočátku by měli být pacienti léčeni ambulantně, případně v denním stacionáři. Ambulantní péče se doporučuje pro pacienty, kterých se netýká zas tak dramatický úbytek na váze, mají motivaci s nemocí bojovat, jejich onemocnění není dlouhodobé a je možné využít podpory a spolupráce rodiny (Krch, 2016).

## **1.2 Specifika péče o pacienty s PPP**

Péče o pacienty poruchami příjmu potravy je specifická v tom, že pacienti své onemocnění nepovažují za problém a chápou ho spíše jako řešení osobních, či partnerských problémů. Díky onemocnění dochází u pacientů k sociální izolaci a k narušení psychické a tělesné rovnováhy (Papežová, 2010). Při hospitalizaci se pacient písemně zavazuje, že bude dodržovat jídelní a léčebný režim a že u něj bude docházet k nárůstu hmotnosti. Obvykle se uvádí 1 – 1,5 kilogramu za týden. Při přijímání pacienta se sleduje jeho hmotnost, soběstačnost a případná nadměrná tělesná aktivita. Dále se zjišťuje pacientova případná dehydratace, zvracení, průjmy, užívání projímadel, diuretik, či poruchy v menstruačním cyklu. Pozornost se dále věnuje i způsobu přijímání potravy, množství a skladbě potravy, stravovacím návykům a příjmu tekutin (Petr a Marková, 2014).

### **1.2.1 Přístup k pacientům s PPP**

Všeobecně je přístup k pacientům s psychiatrickou nemocí náročný. Všeobecná sestra musí s pacientem správně komunikovat, seznámit ho s jeho léčebným režimem a potřebou aktivně spolupracovat v rámci terapeutického procesu. Důležité je, aby všeobecná sestra byla empatická. Je nevhodné, když svého pacienta zesměšňuje, je k němu lhostejná, či zaujímá vůči němu agresivní postoj. Rovněž je nevhodné, pokud vzdá péči pacienta v důsledku toho, že léčba nezabírá tak rychle, jak by měla. Dále není žádoucí nadměrná starostlivost. Případný agresivní postoj se může projevit v chování k pacientovi, ale i při přípravě dokumentace, při ošetřování, ale i při podávání medikace (Čerňanová, 2011).

Péče o osoby trpící bulimií je namáhavá. Je nutné počítat s trpělivostí, empatií, zásadovostí a mít dostatečné terapeutické znalosti, jak jednat s takovýmto pacientem. Pro navázání ošetrovatelského vztahu je nutné vynaložit určité úsilí, aby byly pochopeny problémy a dát pacientovi prostor vyjádřit své vlastní názory. Ovšem zásadní je udržovat si profesionální odstup a nedovolit, aby se z profesionálního vztahu stal vztah osobní. Proto je nutné vyvarovat se jakýchkoli vlastních poznámek, či narážek, neradit a nerozhodovat za pacienty (Krch a Švédová, 2013).

Pro efektivní péči je nutné, aby spolu jednotlivé složky ošetrovatelského týmu spolupracovaly. Terapie by neměla být soustředěná pouze na hlídání stavu tekutin, potravin a dodržování stanovených pravidel, ale je nutné v úvahu brát i emocionální stránku a nevnucovat jídlo. Důležité je, aby mezi členy ošetrovatelského týmu docházelo k pravidelnému předávání informací. V případě, že pacient zvrací, je nutné monitorovat hladinu kalia a provádět kontrolní EKG vyšetření (Ringwood, 2012).

### **1.2.2 Role všeobecné sestry a její kompetence**

V rámci terapie poruch příjmu potravy hraje sestra zásadní roli a je považována za člena léčebného týmu. Vždy pracuje po boku lékaře a její hlavní náplní práce, je sledovat tělesné změny. U pacientů provádí kontrolu hmotnosti, tlaku, pulzu, zajišťuje krevní odběry. Kromě těchto činností se rovněž zaměřuje na typické projevy těchto poruch, jako je striktní dodržování diet, psychopatologické vnímání svého těla, přehnané cvičení, či sklony k sebevraždě. Hospitalizovaní pacienti považují ve většině případů všeobecnou sestru za dozorce a zaujímají k ní nepřátelský postoj. Každodenní povinností sestry bývá ranní kontrola hmotnosti pacientek, osobní předávání jídla, kdy dohlíží na sněžené množství, kontrola zvracení, tajné užívání laxativ, či prohledání osobních věcí, zda pacientka neukrývá nesněžené jídlo. V některých případech si sestra může s pacientkou vytvořit dobrý vztah, díky většině času, který s ní tráví. I přes nepříjemnost některých každodenních úkonů zahrnujících výše popsané činnosti sestry, by si měly pacientky uvědomit, že tato veškerá opatření mají jediný cíl, a to dosáhnout ve spolupráci s lékaři jejich uzdravení. Při vytvoření vztahu vzájemné důvěry mezi sestrou a klientem, je nutné, aby si sestra vždy zachovala profesionální odstup a nenechala se ovlivnit (Krch a Švédová, 2013).

### **1.2.3 Aktivizační techniky aplikované u pacientů s PPP**

#### **Muzikoterapie**

Z aktivizačních technik je možné u pacientů s poruchami příjmu potravy využít jako jednu z možností muzikoterapii. Jedná se o terapii, která se zaměřuje na hudbu a tělo, pomáhá zlepšit vnímání vlastního těla a díky tomu pacient získává úctu k tělu i sobě samému. Zejména u anorexie směřuje pozornost jinam, než na tělo pacienta. U těchto

pacientů se muzikoterapie využívá také jako prostředek, který objevuje psychické procesy a potlačená traumata (Müller, 2014).

### **Dechová cvičení**

Další využívanou metodou jsou dechová cvičení. Jsou přínosné hlavně u pacientek s mentální anorexií, kdy se pacient snaží naučit břišnímu dýchání, oproti hrudnímu, neboť při něm nedochází k nafukování břišní stěny. Pacienti při této terapii mohou zaujmout v relaxační místnosti pohodlnou polohu na zádech, kdy každý z nich má opřenou hlavu o břicho toho dalšího. Dochází k dechové vlně, kdy má každý z nich možnost vnímat své tělo a lépe si na něj zvyknout. Dechová cvičení se dají aplikovat, jak v rámci skupinové terapie, tak u jednotlivců, kdy pacientovi přiložíme ruku na břicho a sledujeme jeho reakce (Papežová, 2010).

### **Arteterapie**

Jedním z mnoha prostředků ke zjištění psychického rozpoložení pacienta v závislosti na léčbě je také arteterapie. Pacient bývá na počátku léčby uzavřený a strohý ve vyjadřování svých pocitů. Při skupinovém sezení se nejčastěji používá kresba tužkou, někdy pastelkami. Obrázky ukazují pacientovo aktuální naladění a sebepojetí. Vše se v závěru každého sezení rozebírá s terapeutem (Papežová, 2010).

### **Relaxační cvičení**

Cviky na uvolnění pomáhají obnovit zdravé vnímání svého těla. Relaxační cvičení je nutné provádět pravidelně každý den minimálně 20 - 25 minut, nejméně však dva týdny. Pacient se pohodlně usadí na židli s pevným opěradlem, nohama se opírá o zem a ruce volně položí na stehna, nebo si pacient lehne na zem a poslouchá relaxační hudbu (Papežová, 2010).

## **1.2.4 Motivace jako základ procesu uzdravení**

Klíčovým postupem při péči o pacienty s mentální anorexií, či mentální bulimií je motivační rozhovor. Napomáhá sblížení pacienta s terapeutem a zdravotnickým personálem, zvyšuje vzájemnou důvěru. Při tomto rozhovoru je důležité, aby si pacient uvědomil, co mu dané chování nabízí a naopak ubírá, co by chtěl ve svém životním přístupu změnit. Je důležité uvědomění si svých potřeb, které vedou nemocného

k motivaci, než aby byl nucen svým okolím. Hlavním cílem této metody je zjistit, co pacienta nabádá k jeho činům, vymežit rozdíl mezi aktuálním stavem a skrytými požadavky pacienta na život. Terapeut si klade za úkol ho povzbudit a ukázat mu cestu k lepšímu životu, vyvolat v něm pocit jistoty a motivovat ho k uzdravení. Vždy musíme brát ohled na riziko vzniku relapsu a umět mu předcházet správným přístupem k pacientovi, dobrou komunikací a stanovením si krátkodobých i dlouhodobých cílů. Motivační rozhovory můžeme uplatnit na začátku hospitalizace, za účelem plnění stravovacích návyků, při pravidelném vážení, nebo při zapojení rodinných příslušníků do terapie. Vždy je potřeba být trpělivý a s léčbou nepolevit (Papežová, 2010).

### **1.2.5 Dispenzarizace - follow up po ukončení léčby**

Cílem léčby poruch příjmu potravy je stabilizace pacienta a zlepšení jeho somatického a psychického stavu. Ke konci léčby je vhodné pacienta postupně připravovat na návrat do běžného prostředí a stanovit takový režim, který bude schopný dodržovat v každodenním životě. Na hospitalizaci by měla navazovat následná péče, která slouží jako podpůrný prostředek pro udržení výsledků z léčby a prevenci relapsu (Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy, 2019).

## **2 Výzkumná část**

### **2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky**

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchami příjmu potravy. K naplnění cíle jsem si stanovila následující tři výzkumné otázky (VO).

**VO 1:** Jaké aspekty ošetrovatelské péče musíme zohlednit u pacientů s PPP a jaké postupy se využívají v péči o tyto pacienty?

**VO 2:** Jak sestry vnímají péči o pacienty s PPP?

**VO 3:** Jaké mají sestry možnosti ve vzdělávání se v oblasti PPP?

### **2.2 Metodika výzkumu**

Pro získání dat v této bakalářské práci jsem zvolila kvantitativní výzkum. Sběr informací, který probíhal formou dotazníkového šetření u sester pracujících v psychiatrické nemocnici, mi umožnil porovnat jejich názory na ošetrovatelskou péči u pacientů s poruchami příjmu potravy. Pro respondenty jsem připravila zcela anonymní dotazník tvořený 18 otázkami. Z toho 8 otázek bylo uzavřených a 10 polouzavřených. U většiny otázek jsem použila Likertovu škálu. První čtyři otázky zjišťovaly základní informace o sestrách, tj.: pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, věk a délku praxe. Otázky č. 5 - 9 byly zaměřeny na aspekty ošetrovatelské péče u pacientů s PPP. Pro zodpovězení druhé výzkumné otázky byly stanoveny otázky č. 10 - 14. K otázkám 15 - 18 náleží výzkumná otázka č. 3, zabývající se možnostmi dalšího vzdělávání sester v oblasti poruch příjmu potravy.

### **2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí**

Respondenty pro daný výzkum představovaly všeobecné sestry pracující v Psychiatrické nemocnici v Havlíčkově Brodě. Po souhlasu vedení nemocnice, (viz příloha č. 1) byly rozdány dotazníky, (viz příloha č. 2) na vybraná oddělení, za pomoci staničních sester. Dotazníkového šetření se zúčastnili muži i ženy. Všichni

respondenti byli seznámeni se skutečností, že dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou využity pouze pro účely mé bakalářské práce. Do nemocničního zařízení bylo rozdáno celkem 120 dotazníků. Vyplněných a použitých k vyhodnocení se navrátilo 106 kusů, tedy (88 %). Z tohoto počtu bylo 94 dotazníků vyplněno ženami a 12 dotazníků vyplněno muži.

## **2.4 Průběh výzkumu**

Výzkumné šetření probíhalo v období od února 2020, do dubna 2020. Ze 106 správně vyplněných dotazníků byly údaje vyhodnoceny v elektronické podobě a podrobně rozebrány ve výzkumné části společně s grafickým znázorněním.

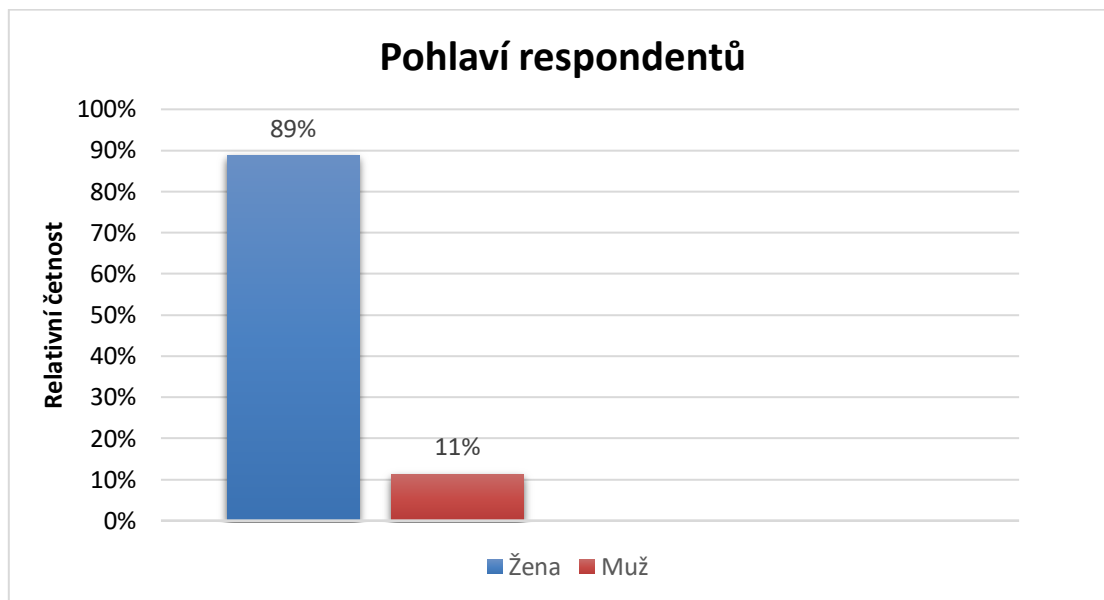
## **2.5 Zpracování dat**

Pro zhotovení teoretické části jsem použila Microsoft Word 2010. Získaná data z vyhodnocených dotazníků byla zpracována do grafické podoby za použití programu Microsoft Excel 2010.

## 2.6 Výsledky výzkumu

Níže jsou uvedeny výsledky dotazníkového šetření zpracované do grafické podoby.

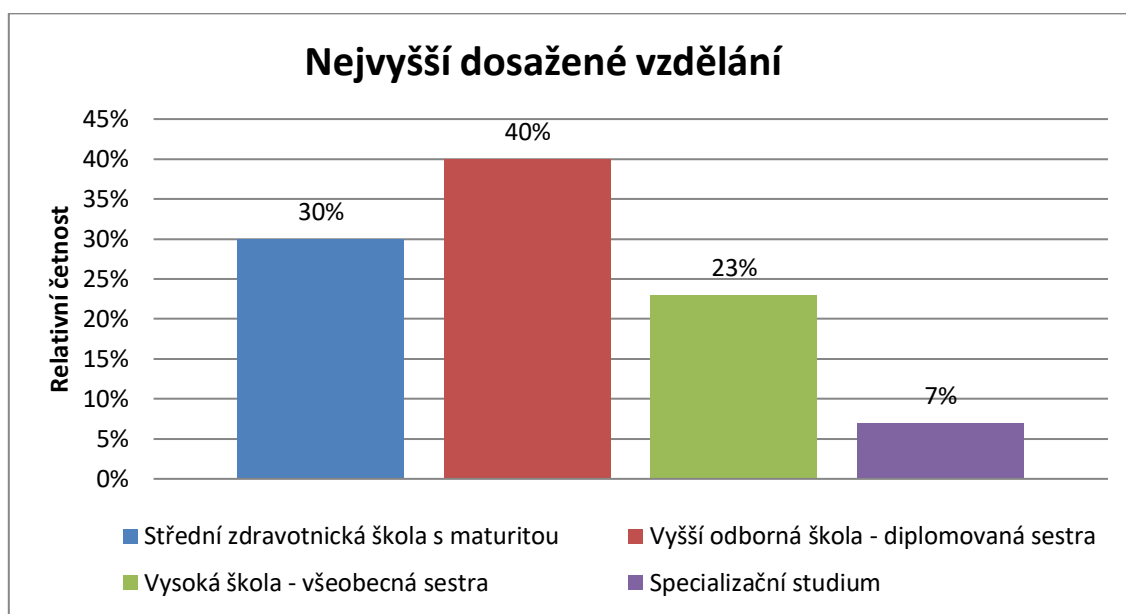
Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?



**Graf 1 Pohlaví respondentů**

Graf 1 znázorňuje procentuální zastoupení žen a mužů. Z konečného počtu 106 (100 %) respondentů se výzkumného šetření zúčastnilo 94 (89 %) žen a 12 (11 %) mužů.

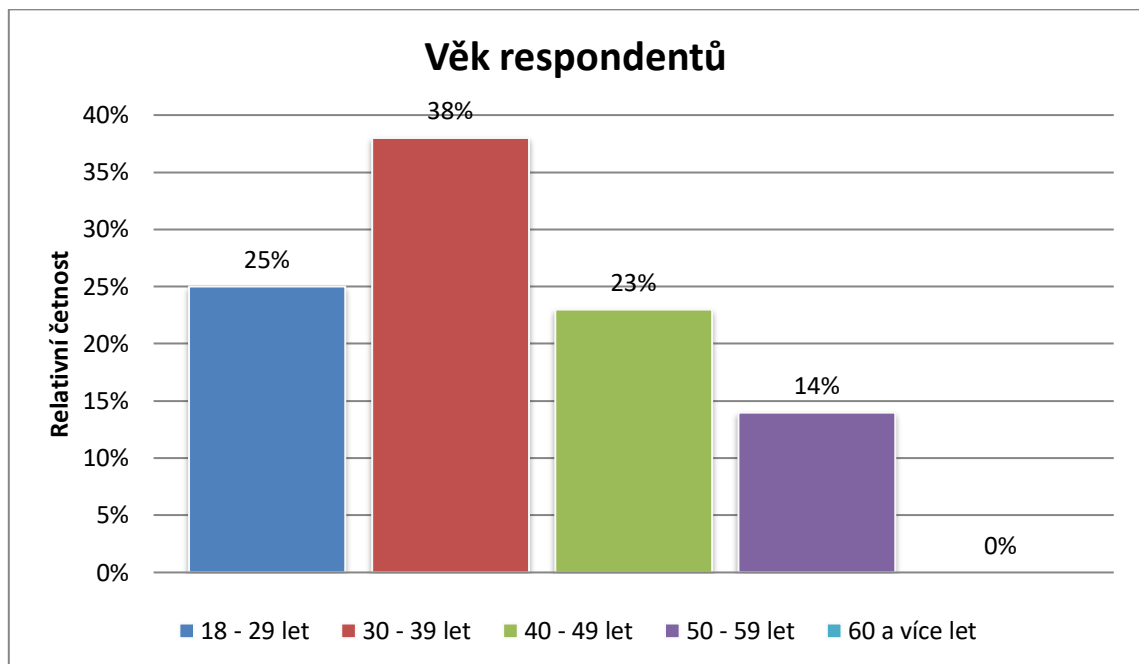
Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



**Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání**

Otázka číslo 2 zjišťovala, jaké mají respondenti nejvyšší dosažené vzdělání. Graf 2 ukazuje, že 42 (40 %) respondentů tvořily diplomované sestry, o něco méně, a to 32 (30 %) mají střední zdravotnickou školu s maturitou, dále v zastoupení 24 (23 %) představovaly všeobecné sestry a pouze 8 (7 %) osob mělo specializační studium.

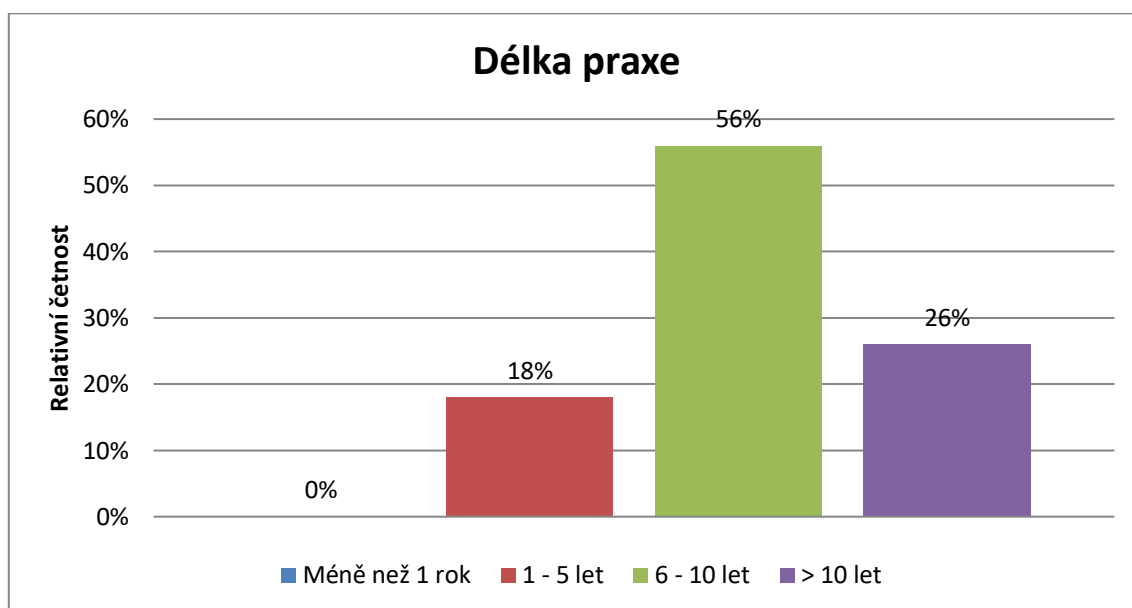
Otázka č. 3: Kolik je Vám let?



**Graf 3 Věk respondentů**

Z třetího grafu je zřejmé, že nejvyšší počet respondentů 40 (38 %), se nacházel ve věkové kategorii 30 - 39 let. Další dvě skupiny nejčastějších odpovědí tvořilo 27 (25 %) a 24 (23 %) respondentů ve věku 18 - 29 a 40 - 49. V nejméně zastoupené skupině bylo 15 (14 %) respondentů ve věku 50 - 59 let.

Otázka č. 4: Jak dlouho se věnujete svému oboru?



**Graf 4 Délka praxe**

V otázce číslo 4 jsem věnovala pozornost délce praxe sester pracujících v psychiatrické nemocnici v daném oboru. Ukázalo se, že nejčastější odpověď 6 - 10 let uvedlo 59 (56 %) respondentů. Druhou nejčastější odpověď > 10 let označilo v dotazníku 28 (26 %) sester, kdy jako nejčastější odpověď uvedly délku praxe v rozmezí od 11 do 32 let a pouze 19 (18 %) z nich se nacházelo v kategorii 1 - 5 let (viz Graf 4).

Otázka č. 5: Co je důležité sledovat u pacientů s mentální anorexií?

**Tabulka 1 Mentální anorexie - sledování pacientů**

	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Příjem kalorií za den	100 %	0 %	0 %	0 %
Předstírané zvýšení hmotnosti	52 %	44 %	4 %	0 %
Psychický stav	74 %	26 %	0 %	0 %
Suicidální sklony	23 %	40 %	22 %	15 %
Komplikace stavu	9 %	28 %	43 %	20 %
Vedení deníku	29 %	18 %	40 %	13 %
Sledování BMI	100 %	0 %	0 %	0 %

Tabulka číslo 1 zaznamenává důležitost sledovaných aspektů u pacientů trpících mentální anorexií. Ze všech stanovených kritérií zvolili respondenti jako nejdůležitější sledování příjmu kalorií za den, kontrolu BMI a zaměření se na psychický stav nemocných. S těmito možnostmi souhlasilo, či spíše souhlasilo celkem 106 (100 %) dotazovaných. Dalších 102 (96 %) respondentů souhlasilo s nutností kontroly předstíraného zvyšování hmotnosti. Na kontrole suicidálních sklónů se shodlo dohromady 67 (63 %) dotazovaných, neboť se domnívají, že je zapotřebí brát tento aspekt také v úvahu.

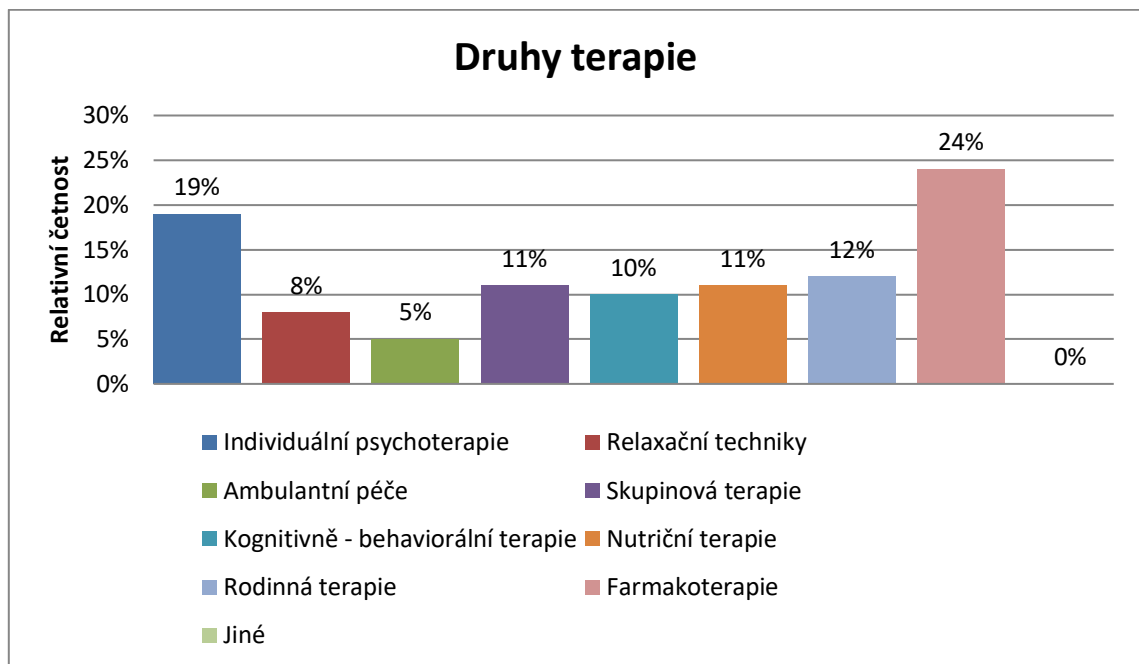
Otázka č. 6: Na co se musíme zaměřit v péči o pacienty s mentální bulimií?

**Tabulka 2 Mentální bulimie - sledování pacientů**

	<b>Souhlasím</b>	<b>Spíše souhlasím</b>	<b>Spíše nesouhlasím</b>	<b>Nesouhlasím</b>
Úmyslné požití laxativ	81 %	11 %	8 %	0 %
Vyvolávané zvracení	86 %	14 %	0 %	0 %
Denní příjem potravy	100 %	0 %	0 %	0 %
Psychické rozpoložení	4 %	56 %	40 %	0 %
Restrikce tekutin v organismu	16 %	59 %	25 %	0 %
Sebeпоškozování	18 %	26 %	43 %	13 %

Tabulka číslo 2 znázorňuje aspekty sledované u pacientů s mentální bulimií. U této otázky vyjádřilo souhlasný názor celkem 106 (100 %) respondentů s možností vyvolávaného zvracení a denního příjmu potravy. Dále je z tabulky zřejmé, že většina dotázaných, a to 98 (92 %) souhlasí s potřebou kontroly úmyslného užívání laxativ. Sledování restrikce tekutin v organismu považuje za důležité nadpoloviční většina dotázaných.

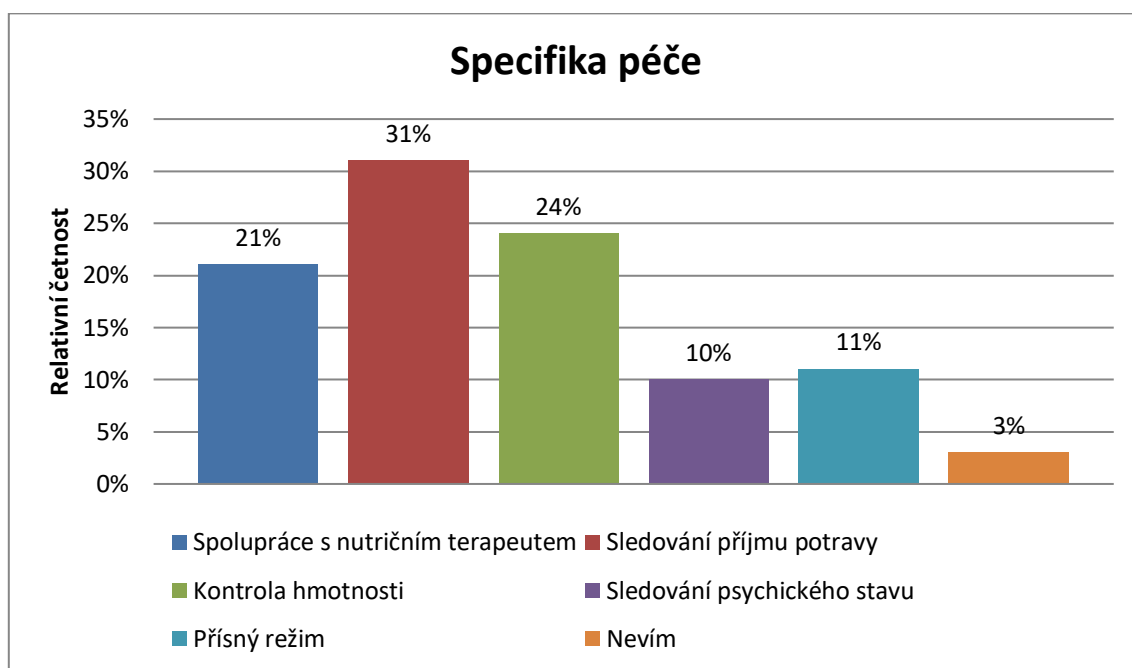
Otázka č. 7: Jaké druhy terapie se využívají ve Vašem zdravotnickém zařízení u pacientů s PPP?



**Graf 5 Druhy terapie**

Graf číslo 5 je zaměřený na nejčastější využívané typy terapie aplikované v daném zdravotnickém zařízení. Respondenti zde mohli označit více odpovědí. Z výsledků vyplývá, že se zde nejvíce setkáme s farmakoterapií, individuální psychoterapií a rodinnou terapií, které byly vyhodnoceny v zastoupení 59 (24 %), 47 (19 %) a 31 (12 %) odpovědí. Jako další nejčastěji využívané uvedli respondenti nutriční terapii shodně se skupinovou terapií v počtu 11 % odpovědí.

Otázka č. 8: V čem spatřujete specifika péče o pacienty s PPP Vy osobně?



**Graf 6 Specifika péče**

Otázka číslo 8 zjišťovala názor respondentů na specifika péče o pacienty s PPP, kdy bylo možné označit více možností. Z grafu č. 6 je patrné, že mezi tři nejčastější odpovědi patřilo sledování příjmu potravy v zastoupení 31 % odpovědí, kontrola hmotnosti u pacientů s počtem 24 % odpovědí a třetí nejčastější odpovědí byla spolupráce s nutričním terapeutem, která byla uváděna v počtu 21 % odpovědí.

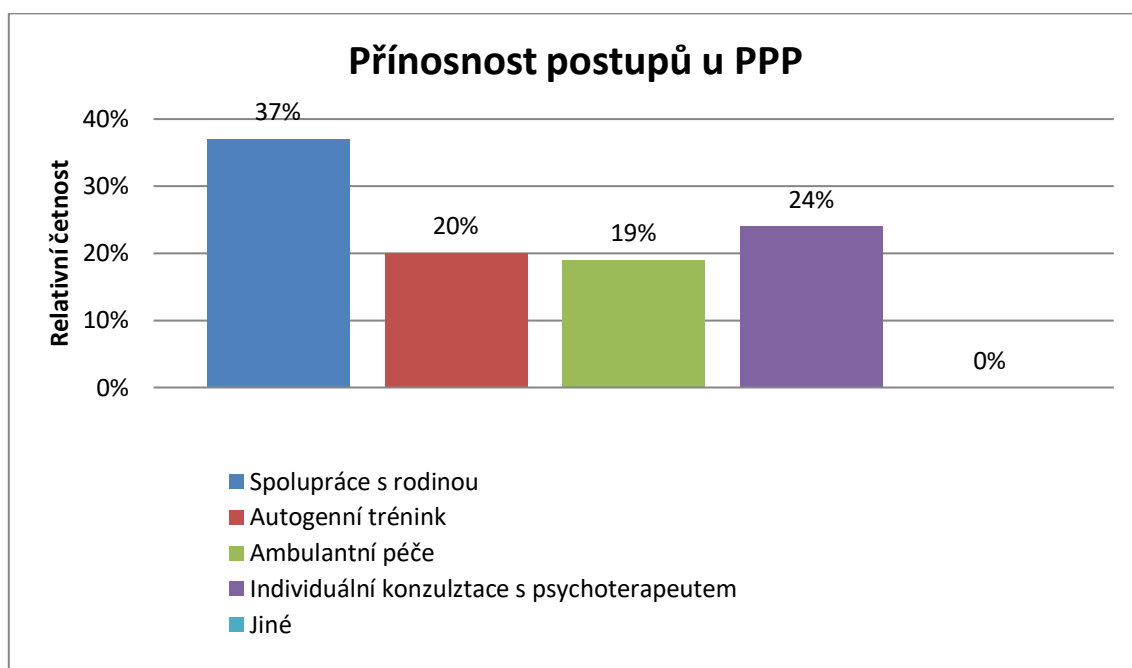
Otázka č. 9: Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny vzniku PPP?

**Tabulka 3 Příčiny vzniku PPP**

	<b>Souhlasím</b>	<b>Spíše souhlasím</b>	<b>Spíše nesouhlasím</b>	<b>Nesouhlasím</b>
Rodinné faktory	17 %	68 %	15 %	0 %
Emocionální faktory	65 %	30 %	5 %	0 %
Identifikace s idolem	72 %	26 %	0 %	2 %
Vliv médií	49 %	40 %	7 %	4 %
Modeling	46 %	41 %	13 %	0 %
Přehnaná sebekontrola	11 %	16 %	48 %	25 %
Strach z jídla	16 %	33 %	33 %	18 %
Genetické vlivy	3 %	9 %	61 %	27 %
Povahové rysy	17 %	69 %	14 %	0 %
Těžká životní situace	6 %	11 %	83 %	0 %
Experimentování	7 %	0 %	18 %	75 %

V tabulce číslo 3 jsou zachyceny odpovědi respondentů, týkající se faktorů, které mohou mít vliv na vznik PPP. Mezi pět často označovaných variant odpovědí souhlasím, či spíše souhlasím, patřila identifikace s idolem, vliv emocionálních faktorů, vliv médií, dále modeling a rodinné faktory. Další často zmiňovanou variantu představovaly povahové rysy. Všechny tyto možnosti označilo vždy více než 80 % respondentů. Naopak s rizikovým faktorem v podobě experimentování, nesouhlasila převážná většina dotazovaných, a to celých 93 %.

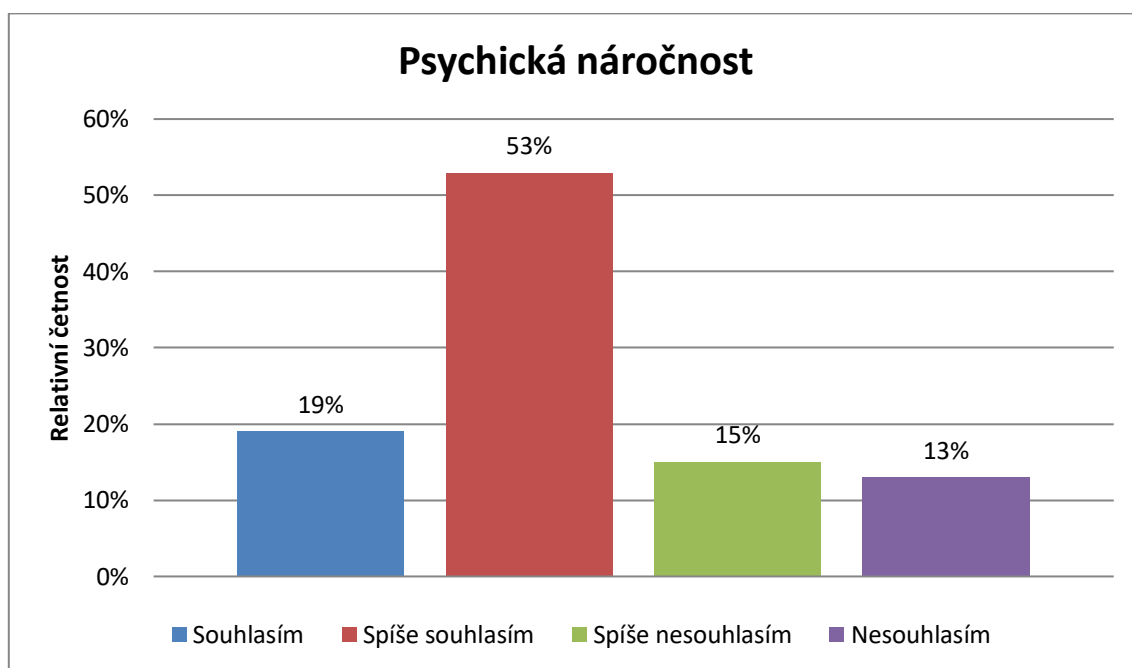
Otázka č. 10: Jaké postupy jsou podle Vás nejvíce přínosné v péči o pacienty s PPP?



**Graf 7 Postupy při péči o pacienty s PPP**

Cílem této otázky bylo zjistit názor respondentů na přínosnost vybraných postupů využívaných v péči o pacienty s PPP. Bylo možné označit více odpovědí. Spolupráce s rodinou byla respondenty označena v počtu 67 (37 %) odpovědí. Tato odpověď byla nejčastější zvolenou variantou z daných možností, tedy ji lze vyhodnotit za nejprínosnější v rámci této otázky (viz Graf 7).

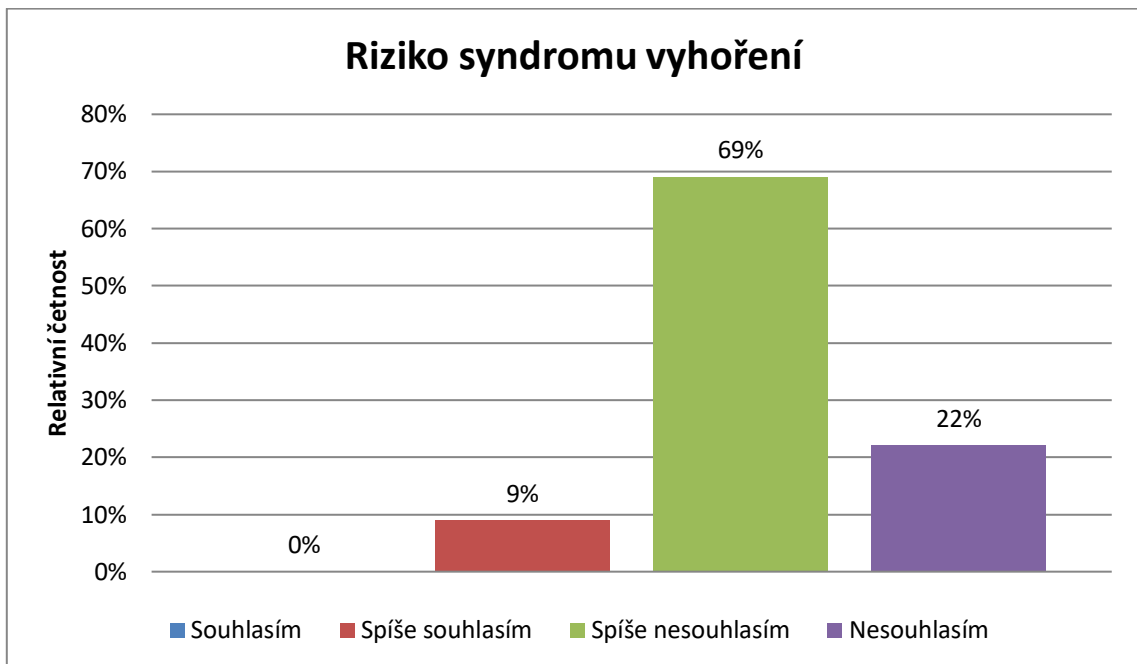
Otázka č. 11: Považujete práci s pacienty trpícími PPP za psychicky náročnou?



**Graf 8 Psychická náročnost péče**

Z grafu číslo 8 je zřejmé, že více než polovina respondentů, a to 76 (72 %) vyjádřila svůj souhlas s tvrzením, že práce s pacienty, kteří se léčí s poruchami příjmu potravy je náročná po psychické stránce.

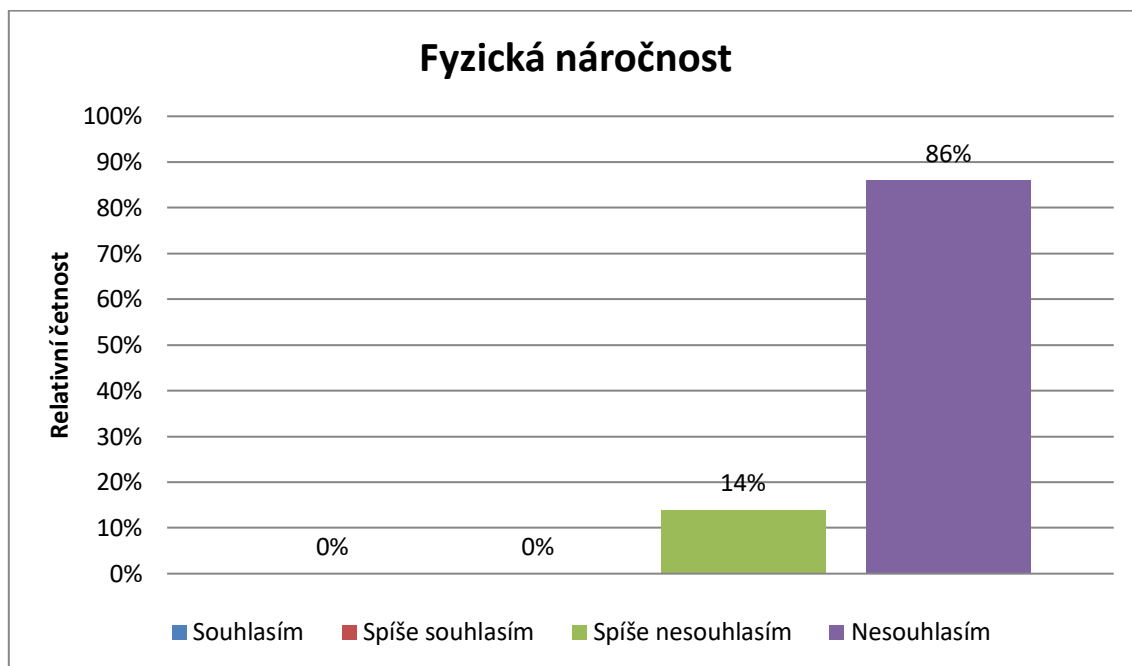
Otázka č. 12: Je podle Vás zvýšené riziko vzniku syndromu vyhoření u sester pracujících s pacienty s PPP?



**Graf 9 Riziko vzniku syndromu vyhoření**

Z grafu číslo 9 vyplývá, že převážná většina dotázaných respondentů v počtu 73 (69 %) a 23 (22 %) spíše nesouhlasila, či se vůbec neztotožnila s tvrzením o možnosti zvýšeného rizika vzniku syndromu vyhoření u sester pracujících s pacienty trpícími PPP.

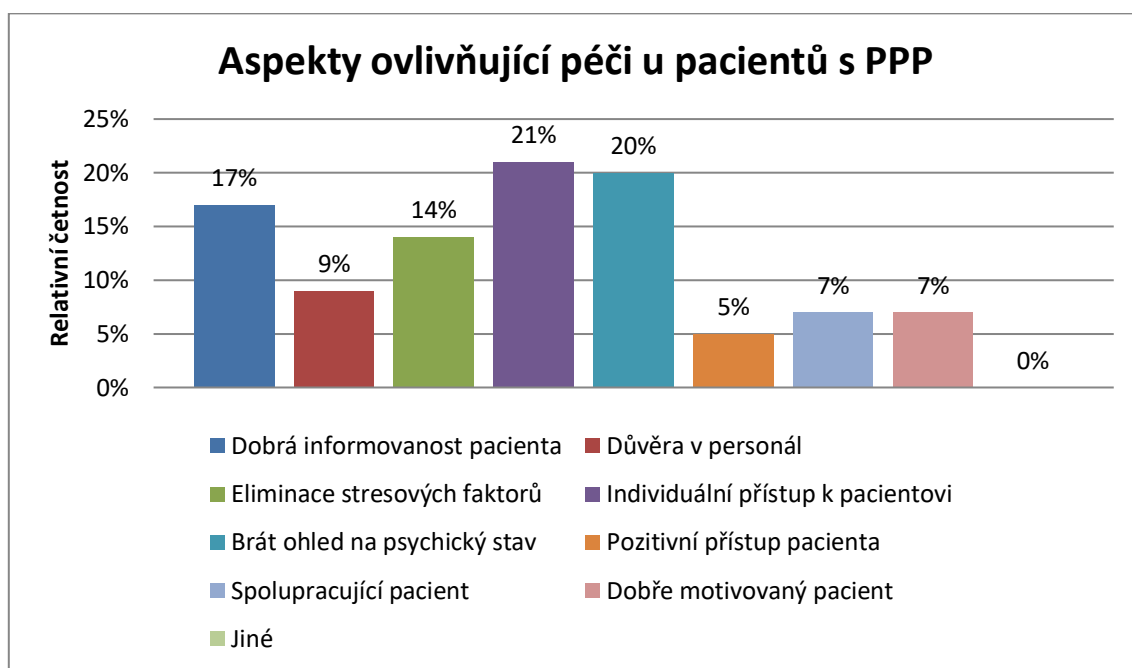
Otázka č. 13: Je podle Vás práce s pacienty, kteří se léčí s PPP náročná po fyzické stránce?



**Graf 10 Fyzická náročnost**

Graf číslo 10 vyjadřuje názor respondentů týkající se fyzické náročnosti při práci s pacienty s poruchami příjmu potravy. Ze 106 (100 %) dotazovaných respondentů vyjádřili všichni, že spíše nesouhlasí, či vůbec nesouhlasí s možností, že by práce s těmito pacienty mohla být fyzicky náročná.

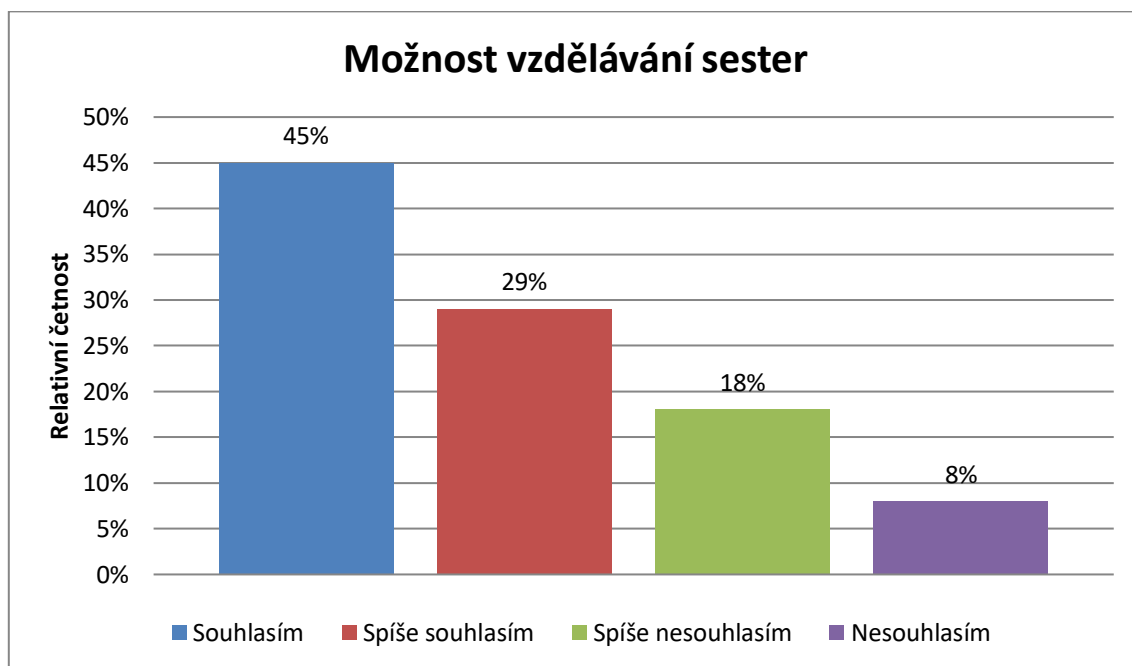
Otázka č. 14: Co má podle Vás zásadní vliv na péči o pacienta s PPP?



**Graf 11 Aspekty ovlivňující péči u pacientů s PPP**

Graf číslo 11 udává významné faktory, které se mohou podílet na zlepšení péče o pacienta s PPP. U této otázky mohli respondenti označit více odpovědí. Mezi čtyři nejčastěji zvolené patřil individuální přístup k pacientovi, v zastoupení 62 (21 %) odpovědí, dále brání ohledu na psychický stav, s počtem odpovědí 59 (20 %), dobrou informovanost pacienta označilo v dotazníku 50 osob, tedy (17 %) odpovědí a 43 (14%) odpovědí představovala eliminace stresových faktorů. Četnost dalších čtyř variant nepřesáhla hranici 10 %.

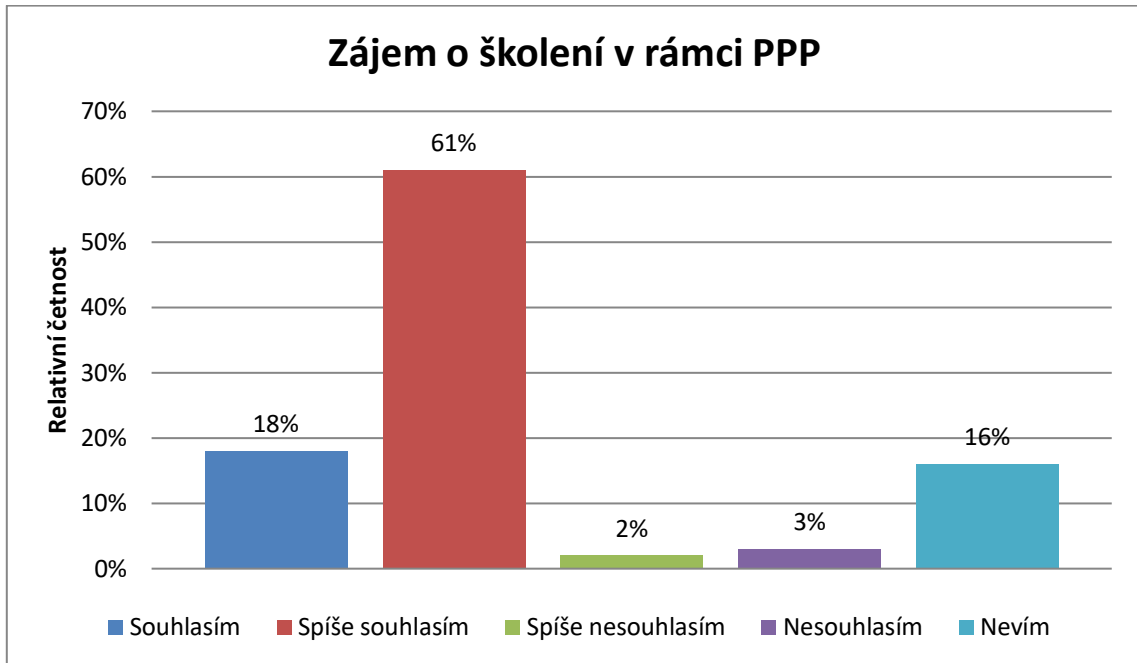
Otázka č. 15: Máte možnost, se jako sestra vzdělávat v péči o pacienty s PPP?



**Graf 12** Možnost vzdělávání sester

V grafu číslo 12 jsou zobrazeny odpovědi na otázku, zda mají sestry možnost vzdělávat se v oblasti péče u pacientů s PPP. Více než polovina respondentů, tedy 79 (74 %) s výše uvedeným souhlasila, či spíše souhlasila a na podotázku „pokud ano, jakou“ nejčastěji uváděli semináře, školení, besedy, odbornou literaturu, nebo individuální sebevzdělávání.

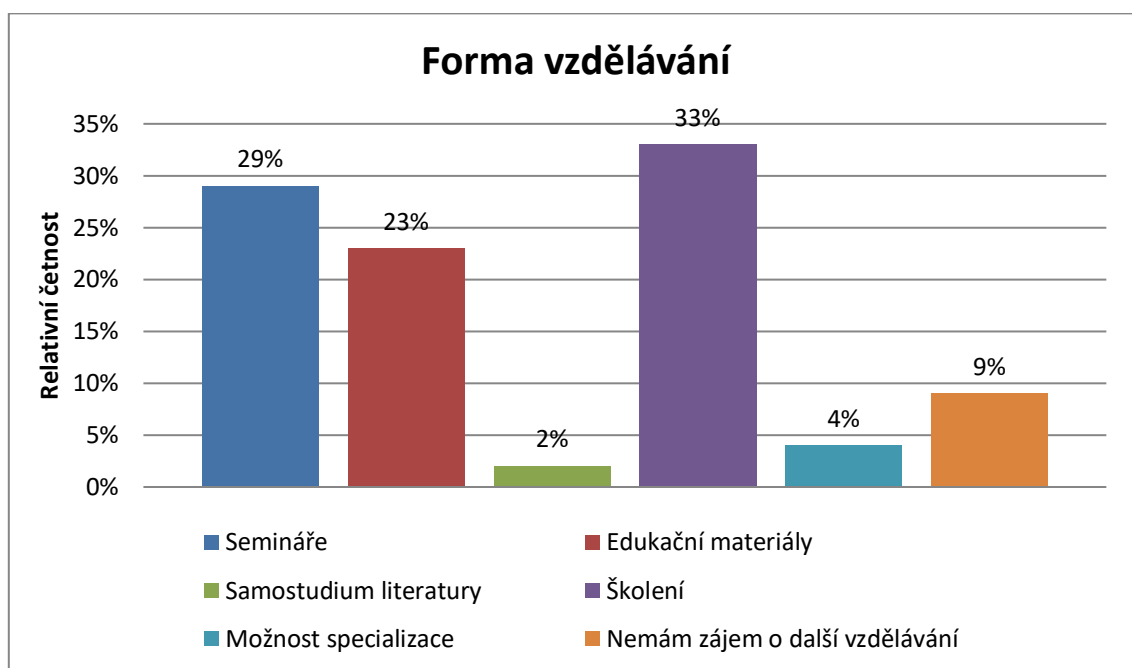
Otázka č. 16: Měl/a byste zájem účastnit se školení zaměřeného na péči o pacienty s PPP, či o nějaký informační materiál, jež byste měla na Vašem oddělení k dispozici?



**Graf 13 Zájem o školení v rámci PPP**

Z grafu číslo 13 je zřejmé, že většina respondentů by měla zájem absolvovat školení, nebo nahlédnout do informačních materiálů týkajících se problematiky PPP a péče o tyto pacienty. Odpověď spíše souhlasím, označilo v dotazníku 65 (61 %) dotazovaných a souhlasilo s touto možností 19 (18 %) ze 106 (100 %) dotázaných.

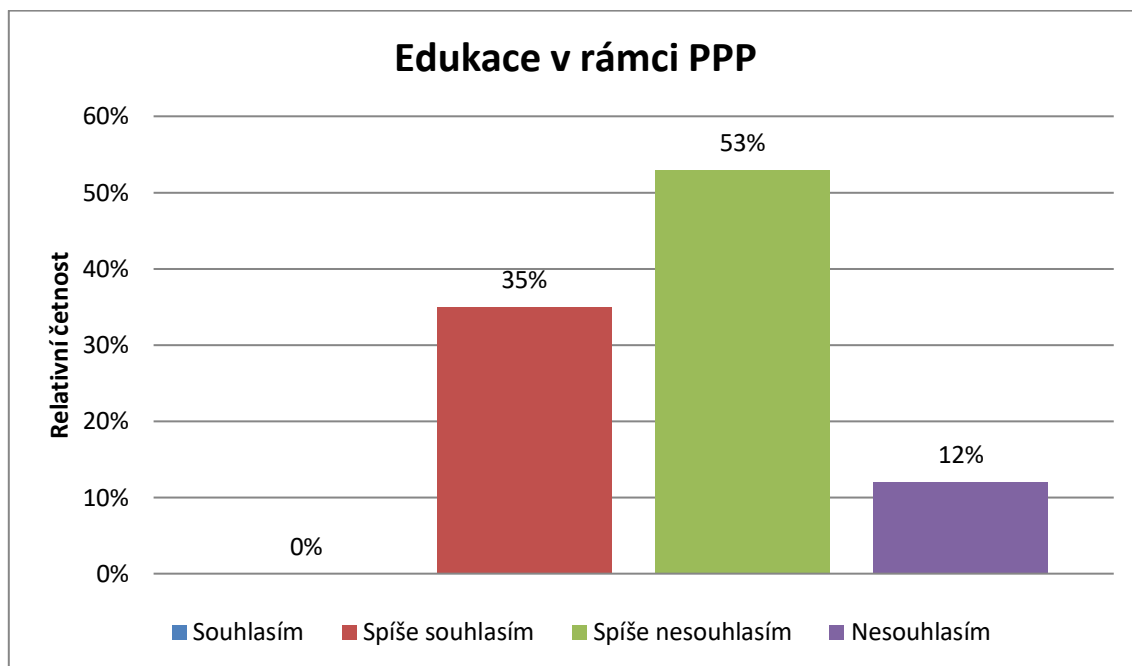
Otázka č. 17: Jakou formu vzdělávání v oblasti PPP byste preferovala?



**Graf 14 Forma vzdělávání sester v rámci PPP**

Otázka číslo 17 byla zaměřena na způsob vzdělávání se v problematice PPP, který by sestry upřednostnily. Respondenti mohli u této otázky zvolit více odpovědí. Mezi tři nejčastější odpovědi patřilo školení, které získalo 82 (33 %) odpovědí, semináře v zastoupení 73 (29 %) odpovědí a využití edukačních materiálů s počtem 57 (23 %) odpovědí (viz Graf 14).

Otázka č. 18: Myslíte si, že by došlo ke snížení vzniku PPP u dospívající populace, kdyby sestry prováděly edukaci v této problematice?



**Graf 15 Edukace v rámci PPP**

Z grafu číslo 15 vyplývá, že 56 (53 %) respondentů spíše nesouhlasí s možným snížením vzniku PPP, v důsledku prováděné edukace dospívajících. Svůj nesouhlas též vyjádřilo dalších 13 (12 %) dotazovaných.

### 3 Diskuze

V této bakalářské práci jsem zvolila za cíl praktické části, zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchami příjmu potravy. Pro naplnění daného cíle byly stanoveny celkem tři výzkumné otázky zaměřující se na aspekty ošetrovatelské péče u těchto pacientů, jak sestry vnímají péči o pacienty s daným onemocněním a zda mají možnost se dále vzdělávat v problematice poruch příjmu potravy. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření mezi sestrami z lůžkových oddělení Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod.

Dotazník obsahoval dohromady 18 otázek. První čtyři se zaměřovaly na základní demografické informace jako je pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe v daném oboru. Ze 106 (100 %) dotazovaných se výzkumu účastnilo 94 (89 %) žen a 12 (11 %) mužů. Druhá otázka zaměřená na nejvyšší dosažené vzdělání sester ukázala, že v největším zastoupení byli respondenti s vyšší odbornou školou (diplomované sestry) a střední zdravotnickou školou zakončenou maturitním vzděláním v počtu 42 (40 %) a 32 (30 %). Dalších 24 (23 %) z nich mělo vysokoškolské vzdělání a pouhých 8 (7 %) respondentů uvedlo možnost specializační studium. Třetí otázka zjišťovala věk respondentů. Výzkumný vzorek tvořili dotazovaní ve věku mezi 18 - 59 roky. Možnost 60 a více let neoznačil nikdo. Nejvyšší zastoupení představovala skupina s rozmezím 30 - 39 let v počtu 40 (38 %). Čtvrtá otázka zkoumala délku praxe v oboru. Nejvíce dotazovaných, a to 59 (56 %) uvedlo délku praxe 6 - 10 let, dalších 28 (26 %) označilo možnost > 10 let s nejčastější odpovědí 11 - 32 let a zbývajících 19 (18 %) vyplnilo variantu 1 - 5 let.

#### **Výzkumná otázka č. 1:**

**Jaké aspekty ošetrovatelské péče musíme zohlednit u pacientů s PPP a jaké postupy se využívají v péči o tyto pacienty?**

K první výzkumné otázce se vztahují následující otázky z dotazníku: (5, 6, 7, 8, 9). Otázky číslo 5 a 6 byly zaměřeny na sledování důležitých faktorů, které mají klíčový význam pro léčbu u mentální anorexie a mentální bulimie. U mentální anorexie označovali respondenti nejčastěji následující možnosti: pravidelné sledování příjmu kalorií za den, hodnocení BMI (100 %) respondentů, kontrolu předstíraného zvyšování hmotnosti (96 %) odpovědí a pozorování psychického stavu včetně suicidálních sklonnů

(63 %) respondentů. Stejná kritéria a povinnosti sester při péči o pacienty s PPP uvádí ve své příručce i Krch a Švédová (2013), kde je kladen důraz na pozorování konkrétních příznaků a monitoraci tělesného stavu, kdy sestra sleduje denní příjem potravy a hodnotí BMI. Dále upozorňují u pacientů na výskyt suicidálních myšlenek. Slezáková a kol., (2013) ve své práci zmiňují fakt, že při vážení pacientů může dojít ke zkeslení údajů na základě schovávání hmotnějších předmětů po kapsách, či ukrývání potravin, aby tak snížili svůj kalorický příjem. U této otázky mě překvapilo, že více, než polovina dotázaných respondentů (53 %) uvedla, že nesouhlasí s vedením deníku u pacientů s touto poruchou, ačkoliv je tato činnost běžně řazena do léčebného programu. U mentální bulimie sestra kontroluje pacienty na toaletě, zda po jídle nezvrací, hlídá množství sněžené stravy, záměrné užívání léků ke snížení hmotnosti, nadměrné pití tekutin před plánovaným vážením a celkový stav nemocného (Krch a Švédová, 2013). Podobně odpovídali i respondenti, kteří považovali za důležité sledovat vyvolávané zvracení a denní příjem potravy (100 %) respondentů, (92 %) z nich uvedlo možnost kontroly úmyslného požívání laxativ a (75 %) restrikcii tekutin v organismu. Z výzkumu vyplývá, že se v daném zdravotnickém zařízení k léčbě pacientů s PPP využívá více druhů terapie. V největším zastoupení označovali respondenti farmakoterapii společně s individuální psychoterapií. Mezi další často zmiňované odpovědi patřila rodinná terapie, nutriční konzultace a skupinová terapie. Jen malý počet respondentů (5 %), zvolil ambulantní péči, která je dle mého názoru také podstatná a nachází uplatnění především při léčbě u pacientů, jejichž stav nevyžaduje akutní hospitalizaci. S výše uvedenými možnostmi se běžně setkáváme i v jiných podobných zařízeních, jež jsou určené pro léčbu pacientů s poruchami příjmu potravy. V Manuálu pro pedagogy, který vydalo centrum Anabell (Švédová a Mičová, 2010) se uvádí, že zásadním atributem pro dosažení pozitivních výsledků v terapii je spolupráce s rodinou společně s interpersonální psychoterapií. Psychofarmakoterapie se u těchto onemocnění nevyužívá jako jedna z hlavních možností, uplatňuje se především k tlumení projevů úzkosti a deprese. Její účinky však nemůžeme opomenout. Léčba je, jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie náročná. Na vzniku obou poruch se může podílet více faktorů. Novák (2010) dělí tyto příčiny do tří oblastí, kdy se zaměřuje na individuální, sociokulturní a rodinné determinanty. Mezi individuální faktory je řazeno vývojové období jedince a dospívání, těžké životní události, sebekontrola, sebeúcta, emocionální stránka jedince a negativní vnímání svého těla.

Sociokulturní faktory zahrnují vliv vrstevníků a působení médií, která nás nabádají k ideálu krásy. Třetí skupinou jsou rodinné faktory, které se zaměřují na vliv rodinných příslušníků na daného jedince, či pobyt jednotlivce v dysfunkční rodině. Z analýzy dat vyplývá, že názory respondentů na etiopatogenezi výše zmíněných poruch se převážně shodují s údaji uvedenými v literatuře. Nejvíce respondentů souhlasilo možnostmi identifikace s idolem (98 %), emocionálních faktorů (95 %), vlivem médií (89 %), či modelingem v zastoupení (87 %). Povahové rysy zvolilo celých (86 %) a rodinné faktory s počtem (85 %) odpovědí. Naopak pouhých (27 %) dotazovaných souhlasilo s potenciálním rizikem v podobě přehnané sebekontroly, která je v literatuře uváděna, jako jedna z častých možností. Podobný případ se vyskytnul u těžké životní situace, u níž vyjádřilo souhlas jen (17 %) respondentů. Z toho lze usuzovat, že se většina sester neseetkala s pacienty s PPP, příčinou jejichž onemocnění by mohla být jedna ze dvou výše uvedených variant, nebo o tomto rizikovém faktoru nevěděly. K překvapivému výsledku jsem došla i při vyhodnocování rizika, které představují genetické vlivy, kde převážná většina respondentů, a to (88 %) spíše nesouhlasilo, či nesouhlasilo, že by se mohlo jednat o potenciální příčinu. Papežová (2010) uvádí, že v rámci pozorování jednovaječných dvojčat se na základě výzkumu Fichtera a Noegela z roku 1980, prokázala větší náchylnost ke vzniku PPP, oproti dvojvaječným dvojčatům. Jiné studie zjišťovaly souvislost nadměrné koncentrace, či naopak deficit serotoninu, který umožňuje vnímání nasycení a koriguje množství přijímaných sacharidů, v návaznosti na vznik PPP. Papežová (2010) též udává, že problematika genetického zátěže ve spojitosti s PPP není zdaleka uzavřena. Podobné údaje uvádí i Gail W. Stuart (2013).

## **Výzkumná otázka č. 2:**

### **Jak sestry vnímají péči o pacienty s PPP?**

Druhá výzkumná otázka zahrnuje následující otázky v dotazníku: (10, 11, 12, 13, 14). V péči o pacienty s PPP lze aplikovat více možných způsobů léčby. U respondentů jsem zjišťovala, které postupy jsou dle jejich názoru nejvíce přínosné. Nejčastěji označované varianty představovala spolupráce s rodinou s počtem odpovědí (37 %) a individuální konzultace s psychoterapeutem v zastoupení (24 %) odpovědí. Dle Vágnerové (2014) je kooperace s rodinou nepostradatelným prvkem v péči o tyto pacienty. Nejbližší členové by měli být seznámeni s aktuálním stavem nemocného, aby byli schopni mu porozumět a podpořit ho v léčbě. Další významnou součástí terapie jsou skupinová,

či individuální sezení s psychoterapeutem, při nichž je zapotřebí, aby začal pacient objektivně nahlížet na svůj problém a utvářel si pozitivní představy. Doporučují se i obrazotvorné techniky. Péče o tyto pacienty bývá ve všech ohledech náročná. Z výzkumu je zřejmé, že nadpoloviční většina dotazovaných sester (72 %), považuje tuto práci za psychicky náročnou. Tento fakt vyplývá i z výzkumné práce Pavlíčkové (2013), kde (62 %) respondentů odpovědělo stejně. Práce s pacienty na psychiatrickém oddělení bývá pro personál, a to zejména pro sestry, které o ně pečují, značně vyčerpávající. Každý vnímá pracovní zátěž individuálně. Někteří pociťují psychické vyčerpání, jiní fyzickou únavu. Při dotazu na fyzickou náročnost v rámci ošetřování jedinců s MA, či MB, neuvedl nikdo z dotazovaných, možnost částečného, nebo úplného souhlasu s tímto tvrzením. S možným výskytem pouze fyzické zátěže u sester se ve své práci nesešla ani Pavlíčková (2013). Nemůžeme ovšem vyloučit riziko vzniku burn - out syndromu, přesněji označovaného jako syndrom vyhoření. Na základě vyhodnocených dat lze konstatovat, že pouhých (9 %) respondentů souhlasilo s výskytem tohoto syndromu u sester pracujících s pacienty s PPP. Zbývajících (91 %) dotázaných se domnívá, že toto riziko nehrozí. K podobnému závěru dospěla ve své práci i Cekotová (2012), která prováděla výzkum přímo na oddělení se zaměřením na léčbu pacientů s těmito poruchami, kdy pouze jeden z respondentů uvedl, že na sobě shledává známky vyhoření. Ostatní respondenti uvedli, že se cítí syndromem nedotčeni a uvádí, že při rozhovoru působili po všech stránkách vyrovnaně.

### **Výzkumná otázka č. 3:**

#### **Jaké mají sestry možnosti ve vzdělávání se v oblasti PPP?**

Třetí výzkumná otázka je zodpovězena v dotazníku těmito otázkami: (15, 16, 17, 18). V této části je zaměřena pozornost na vzdělávání sester v problematice poruch příjmu potravy a zájem samotný, o rozšíření si povědomí v dané oblasti. Na otázku, zda mají sestry možnost vzdělávat se v konkrétním okruhu, odpověděla více než polovina, a to (74 %) kladně. Jako nejčastější uváděli respondenti vzdělávání formou seminářů školení, besed, či čtením odborné literatury. S negativní odezvou jsem se setkala u zbývajících (26 %) respondentů. V porovnání s prací Hřebejkové (2013), lze pozorovat odlišné výsledky. Ze sedmi dotazovaných (100 %), odpověděli všichni respondenti, že mají širokou škálu příležitostí k dalšímu vzdělávání. Ovšem při dotazu na aktivní vyhledávání těchto příležitostí, uvedly dvě ze sedmi, že takto nečiní. V rámci

dotazníkového šetření jsem také položila respondentům otázku, zda by měli zájem o nějaký informační materiál, nebo se přímo zúčastnit školení zaměřeného na PPP. Ze 106 (100 %) dotázaných odpovědělo kladně celých (79 %) respondentů, obdobně, jako při srovnání s prací Procházkové (2014), která došla k podobnému výsledku, kdy z celkového počtu respondentů vyjádřilo (77 %) svůj zájem o další vzdělávací akce v oboru. Z nabízených možností následného vzdělávání označovali respondenti nejvíce variantu školení, pro které se rozhodlo (33 %) dotázaných, dále semináře s počtem odpovědí (29 %) a třetí nejčastější alternativu představovaly edukační materiály, které zvolilo (23 %) respondentů. Dle mého názoru je v dnešní době zájem o následné vzdělávání a zisk nových poznatků stále žádanější. Angažovanost sester a jejich motivace k hlubšímu proniknutí do problematiky oboru, ve kterém pracují, je velmi pozitivní. Vovsová (2017) ve svých výsledcích práce uvádí, že celých (84 %) ze všech dotázaných by preferovalo formu vzdělávání v podobě odborných konferencí, školení a kongresů. Při porovnání obou výzkumů je patrné, že i přes náročnost povolání sester pracujících ve zdravotnictví má velký počet z nich chuť a energii se proškolovat a navyšovat své vědomosti. V poslední části výzkumu byli respondenti dotazováni, zda by podle jejich názoru došlo ke snížení a podchycení vzniku PPP u adolescentů, kdyby sestry prováděly edukaci v této oblasti. Více než polovina respondentů, a to (65 %) s tímto tvrzením spíše nesouhlasila, či vůbec nesouhlasila. Souhlas vyjádřilo pouhých (35 %) ze 106 (100 %) dotázaných. Dle pilotního výzkumu, který probíhal v Havlíčkově Brodě v roce 2011 na pěti různých základních školách, vypovídají výsledky opak. Tuto akci zprostředkovala VOŠZ v daném městě, kdy bylo vybráno několik studentek oboru Diplomovaná všeobecná sestra, které byly odborníky proškoleny pro konkrétní metodiku. U respondentů - žáků základních škol různých věkových skupin proběhlo školení, hodnocení BMI a obdrželi dotazník k vyplnění. Kontrolní měření a testy proběhly poté s odstupem osmi měsíců a z výsledků vyplývá, že výzkum splnil počáteční očekávání a byl efektivní. Na základě stanovených intervencí dokázal tento testovací program vyvolat ve studentech zájem o aktuální problematiku a navíc přinesl pozitivní výsledky. Testování ovšem neprovádělo žádné akreditované zdravotnické zařízení, takže nám může jejich pokus posloužit výhledově pouze jako inspirace a vzor do budoucna. Výše uvedený názor sester, že s tvrzením o snížení vzniku PPP na základě sesterské edukace nesouhlasí, je zcela oprávněný a pochopitelný, neboť tato metoda ještě úplně nevstoupila do praxe.

## 4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumu lze konstatovat, že převážná většina všeobecných sester pracujících na vybraných odděleních Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod má velmi dobré povědomí o důležitosti sledování jednotlivých faktorů ovlivňujících péči o pacienty s poruchami příjmu potravy, konkrétně s mentální anorexií a mentální bulimií. Obě tato onemocnění vyžadují velmi individuální, empatický a citlivý přístup k pacientům, kdy sestra by měla zaujmout pozici nejen dobré ošetrovatelky, ale také umět naslouchat a být nemocnému na blízku, dokázat s ním navázat přátelský a důvěrný vztah, který je zásadní pro pozitivní vývoj léčby. Altruistický přístup je základním předpokladem pro práci sestry na psychiatrickém oddělení.

Z analýzy dat je patrné, že většina respondentů podceňuje problematiku syndromu vyhoření u sester pracujících na odděleních se zaměřením na péči o pacienty s PPP. Z dlouhodobého hlediska bych doporučila možnost dobrovolného kolektivního proškolení zaměřeného na burn - out syndrom a podnícení zájmu o osvojení si relaxačních technik a psychohygieny v rámci prevence. Jako jednu z dalších variant předcházení tomuto syndromu bych navrhla teambuildingové aktivity směřující k upevnění vztahů a vzájemné podpoře členů ošetrovatelského týmu, kterými mohou být kupříkladu hromadná školení, či semináře, nebo jiné zážitkové činnosti zahrnující nejen teoretickou oblast, ale také praktické ukázky.

Z výsledků též vyplývá, že 79 (74 %) respondentů by uvítalo možnost dalšího vzdělávání v oblasti péče o pacienty s PPP, ačkoliv na oddělení s tímto zaměřením nepracují. Proto bych navrhovala rozšířit četnost seminářů, školení a podobných možností vedoucích ke zvýšení odborné kvalifikace a prohloubení vědomostí. Jsem ovšem přesvědčena, že vedení této nemocnice se snaží v maximální možné míře sestram pracujícím zde umožnit široké spektrum příležitostí pro seberealizaci, proškolení a získání odborné kvalifikace v oboru.

## Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchami příjmu potravy, a to na mentální anorexii a mentální bulimii. V práci jsou též zmíněny i další možné specifické poruchy související s danou problematikou. Cílem práce bylo zjistit povědomí sester, pracujících v psychiatrické nemocnici na vybraných odděleních, cílené na aspekty ošetrovatelské péče u pacientů s těmito poruchami. Dále jsem se zaměřila na vnímání péče samotné z pohledu sester a příležitosti pro vzdělávání se v konkrétní oblasti PPP.

Závěrečná práce je rozdělena do dvou částí. V první teoretické části je popsána charakteristika obou onemocnění zahrnující etiologii, příznaky, diagnostiku, potenciální komplikace, možnosti léčby. Dále je zde zmíněna péče o tyto pacienty její zvláštnosti, aplikace aktivizačních technik, které přispívají ke zkvalitnění léčby. Nezastupitelnou roli zde hraje všeobecná sestra, která v rámci svých kompetencí poskytuje pacientům komplexní péči.

Druhá část se zaměřovala na výzkum prováděný formou kvantitativního šetření za uplatnění vytvořeného dotazníku, který vychází z výzkumných otázek práce. Je zde popsána metodika práce, charakteristika vzorku respondentů včetně výzkumného prostředí, průběh výzkumu, zpracování dat a výsledky samotné podložené porovnáním s českou a zahraniční literaturou včetně komparace s jinými bakalářskými pracemi. Výzkumu se zúčastnilo celkem 106 (100 %) respondentů.

Z analýzy dat výzkumu vyplývá, že se respondenti velmi dobře orientují v okruhu informací, týkajících se poruch příjmu potravy. Lze takto usuzovat na základě správně označených odpovědí, které se zabývaly sledovanými aspekty péče, rizikovými faktory, či postupy, jež jsou pro péči nejvíce přínosné. První výzkumná otázka byla tímto zcela naplněna.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jak sestry vnímají péči o tyto pacienty po stránce psychické a fyzické náročnosti. Většina respondentů označila tuto práci za psychicky náročnou. Naopak u fyzické náročnosti se všichni dotazovaní shodli, že s tímto tvrzením spíše nesouhlasí, či nesouhlasí. Tato výzkumná otázka zahrnovala rovněž problém syndromu vyhoření, kde vyhodnocené výsledky neodpovídaly mým předpokladům. Převážná většina respondentů uvedla, že zde není zvýšené riziko vzniku

syndromu vyhoření u sester pracujících s pacienty s PPP. Při srovnání s literaturou, nebo jiným výzkumem, jsem došla k závěru, že pohled sester na tuto otázku je velmi rozdílný. Lze tedy konstatovat, že tato výzkumná otázka byla převážně naplněna.

Poslední výzkumná otázka zahrnovala možnosti dalšího vzdělávání sester v oblasti PPP. Celé tři čtvrtiny respondentů souhlasily s návrhem dalšího vzdělávání zaměřeného na tyto poruchy. Z výsledků lze vyčíst, že největší zájem projeví o účast na odborných školeních, absolvování seminářů a využití edukačních materiálů. Závěrečná otázka v dotazníku se zabývala pravděpodobností snížení vzniku PPP u adolescentů, za podmínky provádění edukace na školách všeobecnými sestrami. S tímto výrokem více než polovina respondentů nesouhlasila. Dle mého názoru by edukace přinesla své výsledky, už na základě zkušebního výzkumu, který dopadl nad očekávání dobře, jež je uvedený výše v diskuzi. Na druhou stranu není rozhodování o provádění podobných činností v kompetenci všeobecných sester. Po zhodnocení výsledků můžeme tuto otázku považovat taktéž za převážně naplněnou.

Závěrem je možné uvést, že na základě výzkumu se potvrdila dobrá informovanost sester v dané oblasti, ačkoliv nepřicházejí přímo do kontaktu s pacienty s těmito poruchami. Hlavní cíl práce byl naplněn a všechny tři výzkumné otázky zodpovězeny. Výsledky dotazníkového šetření potvrdily mé přesvědčení o značné psychické náročnosti práce všeobecných sester v tomto oboru. Přesto, že se odvětví psychiatrie neustále vyvíjí vpřed a nabízí nové možnosti péče a léčby o pacienty, bude práce sester na těchto odděleních vždy stěžejní a náročná.

## Seznam použité literatury

CAMPBELL, Kenisha a Rebecka PEEBLES. Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review [online]. Pediatrics, 2014 [cit. 2020-01-23]. Dostupné z: <https://pediatrics.aappublications.org/content/134/3/582>

CEKOTOVÁ, Eliška. *Percepce prevence syndromu vyhoření u pracovníků s lidmi s poruchou příjmu potravy* [online]. Brno, 2012 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/k8gec/Eliska\\_Cekotova\\_-\\_Percepce\\_prevence\\_syndromu\\_vyhoreni\\_u\\_pracovniku\\_s\\_lidmi\\_s\\_poruchou\\_prijmu\\_potravy.pdf](https://is.muni.cz/th/k8gec/Eliska_Cekotova_-_Percepce_prevence_syndromu_vyhoreni_u_pracovniku_s_lidmi_s_poruchou_prijmu_potravy.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy [online]. Praha: Psychiatrická klinika 1. LF UK, 2019 [cit. 2020-02-15]. Dostupné z: <https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy>

COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál, 2014. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-.

ČERŇANOVÁ, Andrea. *Ošetrovanie chorých s psychickými problémami na somatických oddeleniach*. Martin: Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-354-7.

GEISSELOVÁ, Eli. *Mít přehled: průvodce informačními a poradenskými službami pro mládež v ČR*. Praha: Národní institut dětí a mládeže Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, 2012. ISBN 9788087449028.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

HŘEBEJKOVÁ, Blanka. *Specifika práce sestry na psychiatrickém oddělení* [online]. České Budějovice, 2014 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/7ptbbp/Bakalsk\\_prce\\_-\\_Hebejkov.pdf?lang=cs](https://theses.cz/id/7ptbbp/Bakalsk_prce_-_Hebejkov.pdf?lang=cs). Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta.

KOCOURKOVÁ, Jana. *Poruchy příjmu potravy - spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, 15(4), 213 - 215 [cit. 2020-01-16]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/04/08.pdf>

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František. *BULIMIE: Jak bojovat s přejídáním*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2130-9.

KRCH, František a Jarmila ŠVÉDOVÁ. *Příručka pro zdravotníky, aneb, Různé tváře poruch příjmu potravy*. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2013. ISBN 978-80-905436-5-2.

KRCH, František. *Poruchy příjmu potravy. Pediatrie pro praxi* [online]. 2016 [cit. 2020-01-16]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2016/04/09.pdf>

KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

MEISSNEROVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty*. *Interní medicína* [online]. 2013, 15(8 - 9), 266 - 268 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>

MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron, 2013. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-115-2.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-807-2046-577.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 9788024755168.

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978802472425-6.

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

PAVLÍČKOVÁ, Eva. *Zvládání zátěže všeobecných sester pracujících na psychiatrii* [online]. Praha, 2013 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: [file:///D:/Sta%C5%BEen%C3%A9%20soubory/BPTX\\_2012\\_1\\_11110\\_0\\_299538\\_0\\_106028.pdf](file:///D:/Sta%C5%BEen%C3%A9%20soubory/BPTX_2012_1_11110_0_299538_0_106028.pdf). Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

*Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy* [online]. Brno: Občanské sdružení anabell, 2010 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: [http://knihovna.anabell.cz/components/com\\_jshopping/files/demo\\_products/manualpro\\_pedagogy.pdf](http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/manualpro_pedagogy.pdf)

PRAŠKO, Ján, ed. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis, 2011. ISBN 978-80-87323-00-7.

*Primární prevence mentální anorexie u školních dětí: Preventivní program: Zdravý životní styl* [online]. Havlíčkův Brod: SZŠ a VOŠZ Havlíčkův Brod, 2014 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <http://www.zdravskolhb.cz/primarni-prevence-mentalni-anorexie-u-skolnich-deti/>

PROCHÁZKOVÁ, Zuzana. *Motivace všeobecných sester k práci v psychiatrické léčebně / nemocnici* [online]. České Budějovice, 2014 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/ld8i2h/Bakalsk\\_prce.pdf](https://theses.cz/id/ld8i2h/Bakalsk_prce.pdf). Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

RINGWOOD, Susan. *The Beat Guide to Understanding Eating Disorders*. Norwich: Wensum House, 2012. ISBN 978-0-9574686-0-3.

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III: gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie. 2. doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 9788024787718.

STUART, Gail Wiscarz. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 10th ed. Maryland Heights, Mo.: Elsevier Saunders, c2013. ISBN 9780323091145.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024621531.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VOVSOVÁ, Jiřina. *Přístup všeobecných sester k celoživotnímu vzdělávání* [online]. Liberec, 2017 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: [https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/26552/Bakalarska\\_prace\\_\\_Vovsova\\_Jirina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/26552/Bakalarska_prace__Vovsova_Jirina.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Bakalářská práce. Technická Univerzita v Liberci Fakulta zdravotnických studií.

## **Seznam zkratek**

BMI - body mass index - index tělesné hmotnosti

č. - číslo

DSM-IV - Diagnostický statistický manuál

EKG - elektrokardiografie

et al - a jiní

KBT - kognitivně behaviorální terapie

MA - mentální anorexie

MB - mentální bulimie

MKN-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí

PhDr. - doktorský akademický titul

PnHB - Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

PPP - poruchy příjmu potravy

viz. - odkaz na další zdroje

VO - výzkumná otázka

VŠPJ - Vysoká škola polytechnická Jihlava

## Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů .....	28
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	29
Graf 3 Věk respondentů.....	30
Graf 4 Délka praxe .....	31
Graf 5 Druhy terapie.....	34
Graf 6 Specifika péče .....	35
Graf 7 Postupy při péči o pacienty s PPP .....	37
Graf 8 Psychická náročnost péče .....	38
Graf 9 Riziko vzniku syndromu vyhoření .....	39
Graf 10 Fyzická náročnost.....	40
Graf 11 Aspekty ovlivňující péči u pacientů s PPP .....	41
Graf 12 Možnost vzdělávání sester .....	42
Graf 13 Zájem o školení v rámci PPP .....	43
Graf 14 Forma vzdělávání sester v rámci PPP.....	44
Graf 15 Edukace v rámci PPP .....	45

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 Mentální anorexie - sledování pacientů .....	32
Tabulka 2 Mentální bulimie - sledování pacientů.....	33
Tabulka 3 Příčiny vzniku PPP .....	36

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 - Souhlas s prováděním dotazníkového šetření v PnHB

Příloha č. 2 - Standardizovaný dotazník

# Příloha č. 1

Vážený pan  
Primář, MUDr. Jiří Konrád  
ředitel  
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod  
Rozkošská 2322, 580 23, Havlíčkův Brod

V Havlíčkově Brodě, 17. 02. 2020

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické Nemocnici Havlíčkův Brod**

Vážený pane řediteli,  
jmenuji se Nováková Kateřina a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra v prezenční formě na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení výzkumného šetření v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod, jež by mělo být součástí mé závěrečné bakalářské práce.  
Cílem práce je zjistit Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchami příjmu potravy. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.  
Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Petry Pavlikové. Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.  
Předem děkuji za odpověď.

S pozdravem

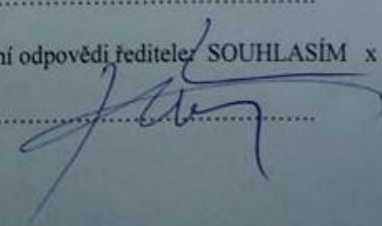
Nováková Kateřina  
3. ročník, obor všeobecná sestra  
Vysoká škola polytechnická Jihlava  
Telefon: 737 746 256  
E-mail: nkaacka@email.cz

Doporučuji žádost vyhovět.  
14.2. 2020

Mgr. Jaroslava Knížková

Datum: 14.2. 2020

Vyjádření odpovědi ředitele: SOUHLASÍM x ~~NESOUHLASÍM~~

Podpis: 

## Příloha č. 2

Dobrý den,

jmenuji se Nováková Kateřina a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy Polytechnické Jihlava, obor všeobecná sestra. Podmínkou zakončení mého studia je bakalářská práce

na téma: **Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchami příjmu potravy.**

Výzkumná část práce je zaměřena na zjišťování informovanosti sester pracujících v psychiatrické nemocnici, v oblasti poruch příjmu potravy. Abych mohla získat potřebné skutečnosti, prosím Vás o vyplnění následujícího krátkého dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a poslouží pouze pro účely mé bakalářské práce.

Předem děkuji za Váš čas věnovaný na vyplnění tohoto dotazníku.

Nováková Kateřina

**Správnou odpověď vždy označte křížkem, není-li uvedeno jinak.**

### **PPP - poruchy příjmu potravy**

1) Vaše pohlaví:

- Žena    Muž

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Střední zdravotnická škola s maturitou  
 Vyšší odborná škola - diplomovaná sestra  
 Vysoká škola - všeobecná sestra  
 Specializační studium  
 Jiné, prosím doplňte.....

3) Kolik je Vám let?

- 18 – 29 let     30 – 39 let     40 – 49 let     50 – 59 let     60 a více let

4) Jak dlouho se věnujete svému oboru?

- méně jak 1 rok     1 - 5 let     6 – 10 let     > 10 let – uveďte kolik let: .....

5) Co je důležité sledovat u pacientů s **mentální anorexií**?

**Z následujících možností zakroužkujte vždy jednu na každém řádku**

Příjem kalorií za den	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Předstírané zvýšení hmotnosti	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Psychický stav	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Suicidální sklony	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Komplikace stavu	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Vedení deníku	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Sledování BMI	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Nevím				
Jiné, prosím doplňte:				

6) Na co se musíme zaměřit v péči o pacienty s **mentální bulimií**?

**Z následujících možností zakroužkujte vždy jednu na každém řádku**

Úmyslné požití laxativ	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Vyvolávané zvracení	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Denní příjem potravy	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Psychické rozpoložení	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Restrikce tekutin v organismu	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Sebepoškozování	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Nevím				
Jiné, prosím doplňte:				

7) Jaké druhy terapie se využívají ve Vašem zdravotnickém zařízení u pacientů s PPP?

**Je možné označit více odpovědí**

- Individuální psychoterapie
- Relaxační techniky (jóga)
- Ambulantní péče
- Skupinová terapie
- Jiné, prosím doplňte.....
- Kognitivně - behaviorální terapie
- Nutriční terapie
- Rodinná terapie
- Farmakoterapie

8) V čem spatřujete specifika péče o pacienty s PPP Vy osobně?

**Je možné označit více odpovědí**

- Spolupráce s nutričním terapeutem
- Kontrola hmotnosti
- Přísný režim
- Sledování příjmu potravy
- Sledování psychického stavu
- Nevím

9) Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny vzniku PPP?

**Z následujících možností zakroužkujte vždy jednu na každém řádku**

Rodinné faktory	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Emocionální faktory	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Identifikace s idolem	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Vliv médií	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Modeling	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Přehnaná sebekontrola	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Strach z jídla	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Genetické vlivy	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Povahové rysy	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Těžká životní situace	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Experimentování	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Jiné, prosím doplňte:				

10) Jaké postupy jsou podle Vás nejvíce přínosné v péči o pacienty s PPP?

**Je možné označit více odpovědí**

- Spolupráce s rodinou
- Autogenní trénink (relaxační technika, sugesce vedoucí k uvolnění organismu a mysli)
- Ambulantní péče
- Individuální konzultace s psychoterapeutem
- Jiné, prosím doplňte.....

11) Považujete práci s pacienty trpícími PPP za psychicky náročnou?

**Označit pouze jednu odpověď**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

12) Je podle Vás zvýšené riziko vzniku syndromu vyhoření u sester pracujících s pacienty

s poruchami příjmu potravy?

**Označit pouze jednu odpověď**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

13) Je podle Vás práce s pacienty, kteří se léčí s PPP náročná po fyzické stránce?

**Označit pouze jednu odpověď**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

14) Co má podle Vás zásadní vliv na péči o pacienta s PPP?

**Je možné označit více odpovědí**

- Dobrá informovanost pacienta
- Brát ohled na psychický stav
- Důvěra v personál
- Pozitivní přístup pacienta
- Eliminace stresových faktorů
- Spolupracující pacient
- Individuální přístup k pacientovi
- Dobře motivovaný pacient
- Jiné, prosím doplňte.....

15) Máte možnost, se jako sestra vzdělávat v péči o pacienty s PPP?

**Označit pouze jednu odpověď**

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

16) Měl/a byste zájem účastnit se školení zaměřeného na péči o pacienty s PPP, či o nějaký informační materiál, jež byste měla na Vašem oddělení k dispozici?

**Označit pouze jednu odpověď**

Souhlasím  Spíše souhlasím  Spíše nesouhlasím  Nesouhlasím  Nevím

17) Jakou formu vzdělávání v oblasti PPP byste preferovala?

**Je možné označit více odpovědí**

- Semináře  Školení  
 Edukační materiály  Možnost specializace  
 Samostudium literatury  Nemám zájem o další vzdělávání  
 Jiné, prosím doplňte.....

18) Myslíte si, že by došlo ke snížení vzniku PPP u dospívající populace, kdyby sestry prováděly edukaci v této problematice?

**Označit pouze jednu odpověď**

Souhlasím  Spíše souhlasím  Spíše nesouhlasím  Nesouhlasím