

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY
S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ

Bakalářská práce

Autor práce: Lucie Vacková

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerová, PhD.

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Lucie Vacková**

Studijní program: Ošetrovatelství

Obor: Všeobecná sestra

Garant studijního oboru: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s mentální anorexií**

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerová, PhD.

Cíl práce: Cílem bude zjistit specifika péče o pacienty trpící mentální anorexií a praktické zkušenosti v péči o tyto pacienty z pohledu všeobecných sester.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá specifikami ošetrovatelské péče o pacienty s mentální anorexií. Popisuje příčiny a projevy mentální anorexie, léčbu, recidivu a prevenci tohoto onemocnění. Zabývá se možností dalšího vzdělávání všeobecných sester. Výzkumná část zahrnuje výsledky dotazníkového šetření, jehož se zúčastnily všeobecné sestry. Cílem práce je zjistit specifika péče o pacienty trpící mentální anorexií a praktické zkušenosti v péči o tyto pacienty z pohledu všeobecných sester.

Klíčová slova

Mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, specifika ošetrovatelské péče, praktické zkušenosti sester, projevy mentální anorexie, další vzdělávání všeobecných sester

Abstract

The bachelor thesis deals with the specifics of nursing care for patients with anorexia nervosa. It describes the causes and manifestations of mental anorexia, treatment, relapse and prevention of this disease. It deals with the possibility of further education of general nurses. The research part includes the results of a questionnaire survey of general nurses. The aim of the work is to find out the specifics of care for patients suffering from anorexia nervosa and practical experience in caring for these patients from the perspective of general nurses.

Keywords

Mental anorexia, eating disorders, specifics of nursing care, practical experience of nurses, manifestations of mental anorexia, further education of general nurses

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“).

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

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** 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 mě 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 3. května 2024

.....

Podpis studenta

Obsah

Úvod	7
1 Základní teoretické informace.....	8
1.1 Poruchy příjmu potravy.....	8
1.1.1 Obecná charakteristika poruch příjmu potravy	8
1.1.2 Základní typy poruch příjmu potravy	8
1.2 Mentální anorexie	9
1.2.1 Historie mentální anorexie.....	10
1.2.2 Příčiny vzniku mentální anorexie	11
1.2.3 Diagnostika.....	13
1.2.4 Příznaky a projevy mentální anorexie.....	13
1.2.5 Dopady mentální anorexie.....	15
1.2.6 Léčba mentální anorexie	16
1.2.7 Prevence.....	20
1.3 Role sestry.....	20
1.3.1 Specifika ošetrovatelské péče	21
1.3.2 Celoživotní vzdělávání.....	22
2 Výzkumná část	24
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	24
2.2 Metodika výzkumu.....	24
2.3 Charakteristika výzkumu	24
2.4 Vyhodnocení získaných dat.....	25
2.5 Výsledky výzkumu	26
3 Diskuze	51
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	56
Závěr	57
Seznam použité literatury	58
Seznam grafů.....	60
Seznam tabulek	61
Seznam zkratk.....	62
Seznam příloh.....	63

Poděkování

Ráda bych vyjádřila svoji vděčnost paní PhDr. Lence Görnerové, PhD., za její ochotu, přívětivost a čas, který mi věnovala během vzniku mé bakalářské práce. Její cenné rady a trpělivost byly nepostradatelné během celého psaní. Rovněž děkuji všem sestrám, které si našly čas a vyplnily mé dotazníky. A nemohu zapomenout poděkovat své rodině, která mi byla obrovskou oporou během celého studia.

Úvod

Mentální anorexii řadíme mezi psychiatrické onemocnění. Představuje vážný zdravotní problém. Můžeme ho charakterizovat nejen fyzickým vyčerpáním, ale i závažnými psychickými projevy, které ovlivňují celkovou kvalitu života postižených jedinců. V posledních letech pozorujeme stále častější výskyt této poruchy stravování, což klade značné nároky na zdravotnický systém a vyžaduje neustálý vývoj specializovaných ošetrovatelských přístupů. Tato bakalářská práce se zaměřuje na analýzu specifik ošetrovatelské péče o pacienty s mentální anorexií, a to z několika důvodů.

Prvním důvodem pro výběr tématu mentální anorexie je rostoucí trend v moderní společnosti, spojený s tlakem na fyzický vzhled a standardy krásy, které zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy, mezi něž patří i mentální anorexie. Zabývat se ošetrovatelskými aspekty této problematiky je tedy nejen aktuální, ale i nezbytné pro kvalitní poskytování zdravotní péče.

Druhým faktorem, který mě motivoval k výběru tématu mentální anorexie, je její značný dopad na kvalitu života postižených jedinců. Tato porucha nezpůsobuje pouze fyzické komplikace, ale významně ovlivňuje i duševní a sociální sféru pacientů. Ošetrovatelská péče o pacienty s mentální anorexií se stává výzvou pro zdravotnický personál, neboť vyžaduje komplexní a individuální přístup, který bere v úvahu nejen fyzické, ale i duševní aspekty pacientů.

Třetím a asi hlavním důvodem, proč jsem si toto téma vybrala, je fakt, že ve svém okolí znám několik dívek, které trpí mentální anorexií. Být svědkem jejich boje s mentální anorexií mě hluboce zasáhlo a motivovalo k tomu, abych se podrobněji zabývala tímto tématem.

Bakalářská práce bude rozdělena na současný stav problematiky a výzkumnou část. Současný stav problematiky se zaměří na obecnou charakteristiku a jednotlivé typy poruch příjmu potravy, historii a příčiny vzniku mentální anorexie, diagnostiku, příznaky a projevy tohoto onemocnění. Dále se budu věnovat ošetrovatelským postupům a metodám, které jsou k dispozici v péči o pacienty s mentální anorexií a roli sestry v tomto onemocnění. V druhé části bakalářské práce bude realizován výzkum formou dotazníku se zaměřením na specifika ošetrovatelské péče u všeobecných sester, které se starají o pacienty s mentální anorexií.

Cílem této práce není pouze analyzovat současný stav ošetrovatelské péče o pacienty s mentální anorexií, ale i navrhnout nové přístupy, které mohou přispět ke zlepšení výsledků léčby a k celkovému dobrovolnému návratu pacientů do plnohodnotného života. Věřím, že díky této práci budu moci přispět k většímu porozumění, sdílení informací a zlepšení péče, kterou mohou pacienti s mentální anorexií obdržet od odborníků na poli zdravotnictví. Věřím, že analýza specifik ošetrovatelské péče u pacientů s mentální anorexií může přinést nové poznatky do oblasti psychiatrického ošetrovatelství.

1 Základní teoretické informace

1.1 Poruchy příjmu potravy

1.1.1 Obecná charakteristika poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy představují narušení jídelního chování s velmi vážnými důsledky na psychické i tělesné zdraví, sociální život a výkon v práci nemocného. Typický je nepřiměřený strach z tloušťky, nespokojenost s vlastním tělem a vysoká snaha dosáhnout a udržet si štíhlou postavu. Další problémy, které vznikají, jsou spojeny především se vzniklou podvýživou a s intenzivním užíváním hubnoucích metod. (Krch, Švédová, 2013)

Jedná se o velmi vážné psychiatrické onemocnění. Metabolickým rozvratem, selháním ledvin či srdce dochází u třetiny pacientů k předčasnému úmrtí. Často dochází k sebevraždě. Mezi další metabolické následky poruch příjmů potravy se řadí porucha štítné žlázy, porucha menstruačního cyklu, poruchy imunity, termoregulace, svalová atrofie, osteoporóza, lámavost vlasů a nehtů, kazivost zubů. U dětí se setkáváme s menším vzrůstem, opožděnou pubertou a často neplodností. (Uhlíková, 2019)

Poruchy příjmu potravy najdeme u dětí od útlého věku až po dospělé osoby. Největší skupinu tvoří však adolescenti. (Uhlíková, 2019)

Pokud zadáte do vyhledávače na internetu heslo zdravá výživa, najde se asi 308 000 odkazů v češtině a 45 000 000 v anglickém jazyce. Zejména u mladých lidí je internet hlavní zdroj informací, které se za posledních deset let přibližně desetkrát znásobily. Různá doporučení, která najdeme na internetu, bývají často nejasná a nepodložená, mají za následek zvyšující se riziko vzniku různých typů poruch příjmů potravy. (Raboch, 2019)

1.1.2 Základní typy poruch příjmu potravy

Mezi základní typy poruch příjmu potravy se řadí mentální anorexie, které se budu věnovat podrobněji, dále mentální bulimie, pro kterou jsou charakteristické opakující se záchvaty přejídání velkým množstvím potravin. Střídá se období hladovění a zvracení a přehnaná kontrola tělesné hmotnosti. Opakující se záchvaty přejídání, ale bez zvracení, bez hladovek, bez užívání projímadel nebo cvičení je typické pro záchvatové (psychogenní) přejídání. Při nočním přejídání jde o konzumaci většiny potravy až v noci, nebo v pozdních večerních hodinách. Je-li člověk posedlý zdravou stravou a zdravým životním stylem (konzumace kvality oproti kvantitě), pak hovoříme o ortorexii. U žen se setkáváme s pregorexií, při které těhotné ženy záměrně snižují svojí tělesnou hmotnost. Bigorexie se častěji vyskytuje u mužů, především kulturistů. Jde o posedlost svým vzhledem, snahu získat co největší svalovou hmotu a vysokou fyzickou zdatnost. Drunkorexii nazýváme redukcí potravy, abychom mohli více konzumovat alkoholické nápoje a nepříbrali. Při diabulimii se jedná o kombinaci dvou nemocí-mentální bulimie a diabetu. Lidé trpící diabetem záměrně dávkuje inzulín tak, aby hubli, což je ohrožuje na životě. Pokud konzumujeme látky, které nejsou určeny k jídlu (například hlína, omítka), pak trpíme pikou. (Lupínková, 2022)

1.2 Mentální anorexie

Mentální anorexii řadíme mezi poruchy příjmu potravy. Jde o závažné psychiatrické onemocnění. Můžeme ho charakterizovat úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Hranice mezi mentální anorexií a dietou bývá zpočátku nejasná. Podle Martiny Lupínkové (2022) je rozdíl mezi mentální anorexií a dietou či hladovkou v tom, že když dotyčný již dosáhne své vytoužené hmotnosti, s dietou končí. U mentální anorexie tomu tak není. Většina lidí pod slovem „anorexie“ vidí extrémně vyhublého člověka. Tento obraz v nás vyvolávají i média, která mentální anorexii takto znázorňují. Často se nejedná ale jen o vyhublé osoby, ale v ohrožení života bývají i lidé, kteří vykazují psychické i fyzické příznaky hladovění. I tito jedinci mají extrémní strach ze zvyšování tělesné hmotnosti, ale svojí počáteční váhu měli vyšší, tak se neposunuli zatím do podváhy. Tato forma mentální anorexie se nazývá „atypická“. (Lupínková, 2022)

Typickým ukazatelem mentální anorexie je strach z tloušťky. Ten je však často popírán a je schováván za pojmem zdravá strava. Tím, že dochází k úbytku tělesné hmotnosti, nemocný se cítí uspokojen. Tento strach je spojen se zkreslenou představou svého těla. Vidí své proporce mnohem větší, než ve skutečnosti jsou. (Krch, Švédová, 2013)

Podle Petry Uhlíkové jde o mentální anorexii v případě, snížili-li se záměrně váha jedince o 15 %, má-li jedinec podváhu s BMI menším než 17,5, trpí poruchou menstruačního cyklu, stále myslí na jídlo, svoji hmotnost a má narušené vnímání tělesného schématu. (Uhlíková, 2019)

Hodnota Queteletova indexu neboli BMI je jedno z nejdůležitějších diagnostických vyšetření u poruch příjmu potravy. Vypočítá se pomocí vzorce: podíl tělesné hmotnosti v kilogramech ku tělesné výšce na druhou v metrech. Na internetu najdeme velké množství BMI kalkulaček, které jsou dostupné na různých internetových stránkách. (Ilečko, 2020)

Tabulka 1 Klasifikační tabulka pro BMI

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
méně než 18,5	podváha	Vysoká
18,5 - 24,9	norma	Minimální
25 - 29,9	nadváha	nízká až lehce vyšší
30 – 34,9	obezita 1. stupně	Zvýšená
35 – 39,9	obezita 2. stupně (závažná)	Vysoká
40 a více	obezita 3. stupně (těžká)	velmi vysoká

(Bordík, 2013)

Poslední dobou se začátek mentální anorexie posouvá jak do mladších věkových skupin, často již u dětí od 8 let, tak ho můžeme pozorovat i ve vyšším věku. Setkáváme se s ní častěji u žen než u mužů. U chlapců sice méně často, ale s horším průběhem. Dětská podvýživa je vždy nebezpečná, ať je způsobena jakýmkoliv důvodem. Často má trvalé následky.

Podle Martinákové (2021) je cílem anorektiček ideální postava, snaha si tím zvýšit sebevědomí, touha být uznávána ostatními lidmi, žít zdravým životním stylem a snaha mít věci pod kontrolou. To, že je však výsledek většinou úplně opačný, než očekávají, zjišťují trpící poruchou mentální anorexie až mnohem později. Už u nich dochází ke zhoršení kvality pleti, vlasů i nehtů. Často přicházejí o přátele, je jim stále zima, ztrácí menstruaci, nemají sílu se věnovat sportu. Ztrácejí schopnost se soustředit, mají výkyvy nálad, trpí úzkostmi až depresi, narůstají konflikty s blízkými. V tu chvíli jim dochází, že je něco špatně, ale pocit viny převyšuje nad vůlí člověka vrátit se k normálnímu způsobu života. Některým pacientům toto dochází až při opakované hospitalizaci v nemocnici či psychologické léčby, když se u nich už vyskytují mnohá somatická onemocnění. A i když si to plně uvědomují, i v tento moment je velmi těžké toto onemocnění překonat a uzdravit se. (Martináková, 2021)

Mentální anorexie byla v roce 1987 WHO vyhlášena jako závažný problém světové populace. Od roku 1990 jsou propagovány podpůrné a preventivní programy pro poruchy příjmu potravy. Populace je poslední roky znepokojena s nastavením ideálu krásy jako vyhublosti a idealizováním drastických diet. (Jendruchová, 2020)

1.2.1 Historie mentální anorexie

Historie tohoto onemocnění sahá hluboko do minulosti. První zmínky o anorexii můžeme nalézt už v antických textech. Starověcí Řekové a Římané popsali případy osob, které se odmítaly dobrovolně stravovat. Řecký lékař Hippokrates už v 5. století před naším letopočtem popsal případy podobné anorexii, přikládal to však duševním problémům. Galén vůbec jako první použil termín anorexie. (Papežová, 2018)

Dějiny mentální anorexie spadají do pozdního středověku. Věřící dívky často držely kvůli víře přehnaný půst. Věřily, že je při životě udrží boží pomoc, věřily v nadpřirozené síly a nevysvětlitelné jevy. Těmto dívkám se říkalo tzv. „svaté ženy“. Církev se ale stavěla k těmto ženám podezíravě, prohlašovala je za posedlé ďáblem a upalovala je. (Krčh, Švédová, 2013)

Postupem času se přístupy k nemoci mentální anorexie měnily. V roce 1694 Richard Mortonov popsal mentální anorexii. Jemu je přisuzováno prvenství v popisu této nemoci. (Papežová, 2018) Koncem 17. století se staly diety v některých vrstvách obyvatelstva společenskou nutností. (Krčh, Švédová, 2013)

Moderní vědecký výzkum anorexie začal v 19. století, kdy byly publikovány první klinické popisy případů tohoto onemocnění. Přestože se anorexie stala stále více rozpoznatelnou, stále byla diagnostikována jako fyzické onemocnění a byla spojována s extrémními dietami a hladověním. William Gull (1868) a Charles Laseque (1888) upozornili na konkrétní případy chlapců a dívek, kteří trpěli extrémním vyhubnutím či nadměrnou aktivitou. V této době zavedl pojem anorexia nervosa právě britský lékař William Gull. (Papežová, 2018)

V roce 1908 módní návrhář P. Poiret představil jako ideál krásy velmi štíhlou siluetu. V roce 1971 L. H. Peters zavedl termín kalorií do oblasti výživy. (Krčh, Švédová, 2013)

Jako duševní porucha byla mentální anorexie označena až ve 20. století. Poslední dobou se mentální anorexií rozumí porucha, která vede k dosažení štíhlosti, aby se dívka či chlapec přiblížili dnešnímu ideálu krásy. (Krčh, Švédová, 2013)

Poruchy příjmu potravy a jejich léčba na neurologickém a interním oddělení v české odborné literatuře byly poprvé popsány v roce 1941 Vratislavem Jonášem a v roce 1946 Otakarem Janotou. (Papežová, 2018)

V průběhu 20. století se začala vyvíjet diagnostická kritéria pro anorexii a byly popsány různé typy a subtypy této poruchy. To vedlo k lepšímu porozumění nemoci a zlepšení léčebných postupů. Mentální anorexie byla začleněna do Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM), což umožnilo jednotnou diagnostiku a léčbu. (Krch, Švédová, 2013)

1.2.2 Příčiny vzniku mentální anorexie

I když příčina vzniku mentální anorexie není známá, jsou známy určité faktory, které zvyšují riziko jejího vzniku.

Sociální a kulturní faktory

Současná společnost pěstuje v lidech sociální tlak na ideál krásy v podobě štíhlosti. Sdělovací prostředky jsou zahlceny fotkami vyhublých modelek, hereček, zpěvaček. Už od útlého mládí malé holčičky obdivují panenku Barbie a vůbec si neuvědomují, že kdyby měly její proporce, neudržely by se na nohou. (Papežová, 2012)

Sociální srovnávání s ostatními, zejména na sociálních sítích, často vedou k nízkému sebevědomí a ke špatným stravovacím návykům. Setkáváme se i s vyšším tlakem na ženy ve vyšší profesní funkci. Žena je tlačena k fyzické normě atraktivity, která také může být příčinou vzniku mentální anorexie. Mezi rizikový faktor podle Papežové 2010 řadíme i etnický původ. Podle statistik je mentální anorexií ohroženo více „bílé“ pohlaví, spíše dívky. Studie v USA potvrdila, že spokojenost se svým tělem více vykazují Afroameričanky než „bílé“ dívky.

Biologické faktory

Nejrizikovější biologický faktor je ženské pohlaví. Ženy mají desetkrát větší riziko mentální anorexie než muži. Ideál muže a ženy je velmi odlišný. U muže představuje svalnaté tělo, zatímco u ženy je současný ideál vyhublá postava. S tím souvisí i tělesná hmotnost a rozvrstvení tělesného tuku. Dívky, u kterých se tuk nejvíce ukládal na hýždích, bocích a stehnech, byly mnohem náchylnější ke vzniku mentální anorexie. Počátek mentální anorexie může souviset také s nepravidelností menstruačního cyklu. Puberta je jedním z nejtypičtějších období vzniku mentální anorexie. V tomto období bývají dospívající dívky mnohem více sebekritické k sobě i ke svému tělu. Mívají vnitřní nejistotu, nízké sebevědomí, někdy i sklon k depresím. Hmotnost tří čtvrtin dívek je v tomto období zcela normální, a pokud se snaží zhubnout, je to pro ně velmi složité. Tím se cítí neschopny a přistupují k drastickým dietám. Studie ukázaly, že přítomnost serotoninu-jednoho z mediátorů v mozku, spouštěče deprese, hraje významnou roli při vzniku mentální anorexie. (Papežová, 2012)

Životní události, stres

Častým spouštěcím faktorem mentální anorexie je nepříjemná či špatná životní událost. Jde o narážky na pacienta na jeho vzhled, tloušťku. Mezi další příčiny můžeme zařadit různé

konflikty, nemoc či rodinné problémy, stres, osobní neúspěch, velké zklamání, odloučení od rodiny, smrt někoho blízkého, životní změnu. (Papežová, 2012)

Podle Papežové (2012) je velkým rizikovým faktorem mentální anorexie negativní zážitek spojený se sexualitou. U pacientů byla ohrožena jejich „cudnost“, došlo k vyvolání studu či špatné zkušenosti v sexuální oblasti. Často šlo o první milování, kdy se partner své milé už neozval. (Papežová, 2012)

Rodinné a genetické faktory

Ženy, které v rodině měly již nějakou poruchu příjmu potravy (například jejich sestra nebo matka), jsou více ohroženy onemocněním mentální anorexií. Genetické faktory potvrdily i studie na dvojčatech. Další studie se soustředily na výskyt jiných psychiatrických poruch u příslušníků rodiny pacienta. Zjistilo se, že v rodinách se často vyskytují afektivní poruchy, alkoholismus či deprese. (Papežová, 2012)

Psychologické faktory

Pečlivost, svědomitost, perfekcionismus, snaživost-to jsou charakteristické rysy nemocných s mentální anorexií. Pacienti mají velmi nízké sebevědomí, jsou emočně labilní a bývají perfekcionista. To v nich vzbuzuje pocit, že nikdy ve svých očích nebudou dostatečně hubení. (Papežová, 2012)

Emocionální faktory

Mentální anorexie doprovází velmi často stavy úzkosti. To souvisí s obavami udržet si nízkou tělesnou hmotnost a vysněnou postavu. U pacientů s mentální anorexií se stále častěji setkáváme s depresemi, které jsou často způsobené tím, že se nemocní nevidí tak, jak ve skutečnosti vypadají. (Papežová, 2012)

Povolání a kariéra

V dnešní době je jedním z nebezpečných faktorů, který způsobuje mentální anorexii, povolání a kariéra. Mezi ohroženou skupinu patří sportovci, především z oblasti atletiky, gymnastiky, krasobruslení. Řadíme sem také profese, kterými jsou tanečníci, herci, zpěváci a modelky, kteří spadají do zvýšeného rizika. (Vitalion.cz)

Držení diety

Držení diety, tedy hubnutí, vzbuzuje u samotného jedince příjemné pocity a pozitivní ohlasy okolí ho motivují k dalšímu hubnutí. I neúmyslné zhubnutí, například nemocí, mají často kladné reakce u nejbližších, a tak je dotyčný povzbuzován k dalšímu extrémnímu vyhubnutí. (Vilímovský, 2016)

Distanční výuka a lockdown

Martináková (2021) upozornila na poznatky psychologů z ambulancí, že díky distanční výuce a lockdownu měla dospívající mládež možnost se více pozorovat, častěji být na sociálních sítích, studovat různé blogy a většinu času věnovat cvičení a hubnutí. Stupňovala se osamělost, úzkost, docházelo pomalu ke změně stravovacích návyků. (Martináková, 2021)

Chytré hodinky

Podle Martinákové (2021) mají chytré hodinky vliv na chování a prožívání nejenom mladých lidí. Negativně ovlivňují nejen jejich chování, ale i myšlení. Chytré hodinky jim hlásily údaje o jednotlivých dnech a dívky zaměřené na výkon se snažily být lepší a lepší. Začaly přicházet úzkosti z toho, že v dalším dnu spálené kalorie nejsou stejné či vyšší než v předchozím. Odmítaly se ale i tak hodinek vzdát, tím by došlo ke ztrátě kontroly nad sebou. Jejich strach z krachu vytvořeného systému byl silnější. Vytvořila se jakási závislost na chytrých hodinkách a tím nad kontrolou sebe sama. (Martináková, 2021)

1.2.3 Diagnostika

Pokud si pacient úmyslně snižuje váhu a sám si ji udržuje, jedná se o mentální anorexii. Podle Papežové (2018) se mentální anorexie vyskytuje v 90-95 % u dospívajících dívek a mladých žen, v 5-10 % u mladých chlapců a mužů, nyní častěji u dětí před pubertou a starších žen. (Papežová, 2018. str. 123)

Diagnostických kritérií MKN-10 pro mentální anorexii je pět. Prvním kritériem je, že tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou a BMI váha (kg)/výška (m²) je méně než 17,5. Pubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek. (Papežová, 2018. str. 123)

Pokud si pacientka snižuje váhu sama dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anoretik, laxativ či exesivním cvičením, hovoříme o druhém kritériu. (Papežová, 2018. str. 123)

Dalším kritériem je specifická psychopatologie, což je přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podvaze, zkreslené představy o vlastním těle vtíravé a ovládané myšlenky na udržení podváhy. (Papežová, 2018. str. 123)

Čtvrtým kritériem rozumíme endokrinní poruchu hypotalamo-pituitární-gonádové osy. U žen amenorea (dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí, a proto je z nových kritérií vypuštěna), u mužů ztráta sexuálního zájmu. (Papežová, 2018. str. 123)

Posledním kritériem je doba vzniku mentální anorexie. Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarche může být opožděna. (Papežová, 2018. str. 123)

Diagnóza musí splňovat všechny tyto kritéria.

Rozlišujeme různé stupně závažnosti onemocnění. V DSM-5 dělíme mentální anorexii podle BMI na mírnou, kde BMI $\geq 17 \text{ kg/m}^2$, průměrnou, kde BMI je v rozmezí 16 - 16,99 kg/m^2 , závažná, kde BMI je mezi 15 – 15,99 kg/m^2 a extrémní, kde BMI $<15 \text{ kg/m}^2$. (Papežová, 2018. str. 123)

1.2.4 Příznaky a projevy mentální anorexie

Postižení gastrointestinálního ústrojí

Nemocní mentální anorexií či jejich rodinní příslušníci často vyhledávají jiné lékaře nežli psychiatra. Snaží se tím odvést pozornost od své nemoci jinam. Mentální anorexii doprovází různorodé gastrointestinální příznaky (týkající se žaludku a střev). Pacientky trápí pálení žáhy, pocit plnosti a sytosti, nadýmání. Setkáváme se s bolestí břicha většinou kolem žaludku, tuhou

stolicí nebo průjmem při užívání projímadel. Dochází do gastroenterologických ambulancí, které se zabývají diagnostikou a léčbou onemocnění zažívacího traktu. Zde jim je často diagnostikován zánět střev, který vznikl z neznámé příčiny. (Meisnerová, 2013)

Pacienti často trpí popraskanými ústními koutky, afty, dochází ke změnám v oblasti jazyka. Mají zvětšenou slinnou i příušní žlázu v důsledku hladovění, nepřiměřeným přísunem ovoce, přílišným konzumováním bonbonů a žvýkaček. Když nemocný mentální anorexií i jídlo vyzvrátí, setkáváme se s otokem v oblasti příušní žlázy, tzv. „veverčím obličejem“, pro který je typická odulost. Vlivem kyselých zvratků trpí zubní sklovina, dochází ke zvýšené kazivosti zubů a k zubním zánětům. (Meisnerová, 2013)

Postižení kardiovaskulárního systému

Tyto komplikace řadíme mezi jedny z nejzávažnějších. Důraz je kladen na minerální dysbalanci. Velmi nízké hodnoty minerálů jsou charakteristické pro dlouhodobě nemocné poruchou příjmu potravy, tedy i mentální anorexií. Nedostatek minerálů můžeme pozorovat také v moči. Zde se dá zjistit pacientovo přepíjení či nedostatečný příjem tekutin. V případě přepíjení se setkáváme s pojmem „otrava vodou“. Příčinou úmrtí u pacientů bývá porucha srdečního rytmu nebo akutní srdeční selhání. Často se vyskytuje bradykardie a hypotenze. Proto je důležité sledování krevního tlaku. (Meisnerová, 2013)

Kožní projevy mentální anorexie

Pro mentální anorexii je typické chladné a modré zabarvení prstů rukou a nohou, na dlaních rukou a ploskách nohou žlutooranžové zbarvení kůže. Kolem úst a očí jsou typické petechie, což jsou malé červené nebo fialové skvrny na kůži, jako důsledek zvracení. Charakteristická je suchá kůže, nepříjemné svědění těla, na zádech a břiše se často vyskytuje velmi jemné, většinou nepigmentované ochlupení. Tím, že vyvolává pacient zvracení, dochází k pohmoždění rukou a prstů, vznikají odřeniny a mozoly na rukou, tzv. Russelovo znamení. (Meisnerová, 2013)

Hematologické postižení

Při vyšetření krve je u mentální anorexie viditelná v krevním obraze anemie. Setkáváme se s úbytkem kostní dřeně její rosolovitou přestavbou. (Meisnerová, 2013)

Imunitní systém

Podvyživení pacienti jsou náchylní k infekčním komplikacím, mají nízké CRP a málo leukocytů v krvi. Vyskytuje se aspirační pneumonie-zánět, který je způsoben vdechnutím žaludečního obsahu. Při dlouhodobém hladovění se snižují T-lymfocyty a dochází ke snížení hladiny imunoglobulinu. Často dochází k autoimunitnímu onemocnění důsledkem mentální anorexie. (Meisnerová, 2013)

Metabolické a endokrinní změny

S úbytkem hmotnosti dochází ke ztrátě hormonů tukové tkáně. Ústřední nervový systém hraje klíčovou roli v regulaci chuti k jídlu. Je-li narušena funkce hypotalamu, dochází k poruchám stravování. Dochází ke změnám funkce štítné žlázy. (Meisnerová, 2013)

Osteoporóza

Při dlouhodobém průběhu mentální anorexie (BMI <18,5) dochází k řidnutí kostí, kosti se stávají křehkými a dochází lehce ke zlomeninám. Je to způsobeno hlavně nedostatkem vápníku a vitamínu D. (Meisnerová, 2013)

Chronické onemocnění ledvin (Renální postižení)

Důsledek zvracení a používání projímadel vede k postižení ledvin. Nemocní mentální anorexií vypijí denně více než 5 l vody, což vede také k onemocnění ledvin, tzv. polyurii. Naopak při dehydrataci a nízkém výdeji moči, kdy pacient používá projímadla a diuretika, mohou vznikat močové kameny. (Meisnerová, 2013)

Realimentační syndrom

Jedná se o celkové narušení metabolických procesů u pacientů, kteří dlouhodobě hladoví, a my jim v dobré víře podáme nepřiměřené množství potravy. Třetí až sedmý den po dodání velkého množství jídla dochází k brnění, mravenčení, dokonce i pálení horních i dolních končetin, svalovým křečím, k hypoventilaci, tj. zpomalené a mělké dýchání, při kterém nadechujeme méně vzduchu, než je potřeba. Může dojít ke vzniku arytmií, dokonce i srdeční smrti. Setkat se můžeme i s otékáním dolních končetin, srdeční slabostí, poruchami vědomí i stavy kómatu. Rychlou pomocí je dodání vitamínů a minerálů, zejména hořčíku, fosforu a kalia. Energetický příjem je nutno zvyšovat postupně a sledovat klinický stav pacienta. (Meisnerová, 2013)

Abúzus

Pacienti trpící mentální anorexií nadměrně používají projímadla a podpůrné léky ke zvyšování tvorby moči. Často konzumují ve velkém alkohol nebo drogy. Novinkou je nebezpečné používání tramadolu, který snižuje chuť k jídlu a přejídání, snižuje negativní emoce. (Meisnerová, 2013)

Poruchy jídelního chování

Pacienti postižení mentální anorexií mívají jednotvárný jídelníček s nízkou energetickou bilancí s absencí teplého jídla. Tato nemoc často vzniká jako sekundární například k onemocnění celiakie, diabetes či zánět střev, který je způsoben z neznámé příčiny. Jejich jídelníček přisuzují svému onemocnění. Často ale nízké BMI, vysoká fyzická aktivita a posedlost být štíhlý jsou první signály směřující k poruchám příjmu potravy. Charakteristické pro tyto pacienty je odmítání stravovacích návyků a nepřipustná představa psychiatrického léčení. Typická je chorobná lhavost. (Meisnerová, 2013)

1.2.5 Dopady mentální anorexie

Podle Martinákové (2021) sledování instagramových profilů a čtení blogů zejména v distanční výuce a lockdownu zaměřených na zdravou výživu, diety atd. vyvolaly u mladých pocit, že jsou tato témata velmi aktuální a moderní. Tím, že navštívili jednu stránku, jim byly okamžitě nabídnuty odkazy na další stránky, které se daného tématu týkaly. Tak se dostávali do bludného kruhu, ze kterého už nebylo cesty ven. Při terapeutických rozhovorech s pacienty se zjistilo, že si mládež většinou neuvědomuje, jak moc jsou sociálními sítěmi ovlivněni. Jsou si však vědomi, že se jejich život točí jen kolem jídla a hubnutí, ale mají pocit, že toto téma řeší většina lidí. Věří, že právě tohle je učiní šťastnými a jen takové je bude jejich okolí brát. Toto téma je v průběhu léčby pacienta s mentální anorexií velmi důležité. Zákazy jsou zde

bez efektu. Jedině pomáhá trpělivý přístup a snaha vytvořit náhled u člověka, který se chce vyléčit. I přes veškerou snahu všech osob kolem nemocného mentální anorexii, tedy včetně všeobecných sester, se pacienti dožívají průměrně asi 33 let. Procento úmrtnosti nemocných mentální anorexií je v současnosti 20 %. S tragickými následky končí 5-6 % pacientů. Nejčastější příčiny úmrtí nastávají v důsledku kritických poruch srdečního rytmu nebo zástavou dechu způsobenou úbytkem minerálů uvnitř buněk či ztrátou velkého množství bílkovin. Nemocní i přes závažné komplikace vnímají svůj zdravotní stav jako velmi dobrý. Statistiku úmrtnosti zvyšuje sebepoškozování, sebevraždy, zneužití alkoholu, návykových látek, především drog. Proto je důležité stále sledovat metabolický stav pacienta s mentální anorexií nepřikládat žádnou váhu jeho subjektivnímu hodnocení. Tak můžeme zabránit velmi závažným i smrtelným komplikacím. (Jendruchová, 2020)

1.2.6 Léčba mentální anorexie

Podle Procházkové, Ševčíkové (2017) je několik terapeutických metod. Nejde ale říci, která je ta nejlepší a nejúčinnější metoda. Každý pacient je osobnost, a tak by se k němu mělo přistupovat, tedy individuálně a podle momentálního stavu a jeho současných potřeb.

Cílem léčby je zaměřit se zejména na podvýživu pacienta, snažit se pochopit, proč mentální anorexií onemocněl, pochopit „roli“ nemoci v jeho momentálním životě, změnit nevhodné jídelní návyky a vůbec životní styl nemocného mentální anorexií. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Výsledkem tohoto všeho by měl být zdravý pacient, který je spokojen se svým tělem, se svojí postavou i tělesnou hmotností. Měl by mít radost z jídla, zdravé sebevědomí a zlepšit rodinné i jiné sociální vztahy. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Pokud není ještě pacient v těžké formě onemocnění, může léčba probíhat formou terapií v denních stacionářích. Možností je několik, pacienti pomohu využít některé z těchto návrhů: (Procházková, Ševčíková, 2017)

Denní stacionář

Je určen pro pacienty, kteří mají vysokou motivaci se vyléčit. Jejich BMI by mělo být větší než 16. V těchto stacionářích přes den probíhají různé individuální či skupinové terapie. Na noc odchází klient domů. Je nutné však navazovat na ambulantní péči. První stacionář pro pacienty nad 18 let u nás v České republice vznikl v roce 2002 na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN. Slouží většinou jako forma následné doléčovací psychoterapie (Procházková, Ševčíková, 2017)

Ambulantní péče

Jde o pravidelné lékařské kontroly, kde se hlídá hmotnost pacienta, dělají se rozborů jeho krve a moči, psychiatr hlídá medikace. Lékař může doporučit návštěvu specialistů podle aktuální potřeby, např. zubaře, internisty, gastroenterologa nebo gynekologa. Je stanovena příslušná nutriční terapie, sestaven jídelníček a stravovací režim. Často je nutná i psychoterapie. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Svépomocné skupiny

Jde o doplňkovou metodu léčby mentální anorexie, často jde o první pomoc, kterou pacienti jsou ochotni vyhledat a navštívit. Tyto skupiny jsou určeny nejen pro nemocné mentální anorexií, ale můžou je navštěvovat také rodiče nebo partneři nemocného. Cílem je vzájemná podpora

a motivace všech přítomných, které trápí společné problémy. Dochází tu ke sdílení vzájemných zkušeností a pocitů. Tím dochází k překonávání sociální izolace. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Svépomocné manuály

Někteří pacienti odmítají osobní kontakt s jinými lidmi. Proto hledají na internetu rady a návody, jak se s danou situací vyrovnat, jak si sám pomoci. K tomu slouží manuály, které pomáhají k nastolení stravovacích návyků či motivují nemocné ke změně postoje k sobě a svému tělu. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Rodinná terapie

Nemocí většinou netrpí jen pacient, ale často je její součástí i celé jeho okolí. Dochází k narušení vztahů s kamarády, partnery a zejména rodinných příslušníků. Pokud onemocní dospívající dívka, je tato terapie většinou nutnou podmínkou, aby došlo k úspěšnému vyléčení. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Vícerodinná terapie

Rodinní příslušníci se aktivně zapojují do léčebného procesu nemocného mentální anorexií. Cílem této terapie je najít sílu a naději na uzdravení. Boj s mentální anorexií bývá často marný, zdoluhavý a vyčerpávající. Tato úspěšná terapie byla praktikována v Denním stacionáři při Oddělení pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky VFN 1. LF v Praze. Jedná se o roční kurz, který navštěvuje pět až šest rodin. Jeden z nich vždy trpí mentální anorexií. Jde zejména o dospívající dcery, syny (to je méně časté) či matky nebo manželky. Prvořadý úkol spočívá v navození příjemného klimatu v rodině, komunikaci mezi členy rodiny. Konflikty vznikají zejména při rodinné stravě. Terapie se zaměřuje na společné stravování a komunikaci při jídle u rodinného stolu. Rodiny si vzájemně předávají své zkušenosti, rady a nápady, porovnávají své vzorce chování s ostatními členy skupiny, vyměňují si názory odborníků, nejenom své laické pohledy. Nemocní mentální anorexií mají možnost se vzájemně srovnávat s nemocnými z jiných rodin. Motivují je úspěchy jiných, kteří jsou v porovnání s nimi na tom lépe, nebo jejich léčba probíhá rychleji. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie

Snaží se zjistit hlubší příčiny, proč pacient mentální anorexií onemocněl, zejména nevědomé souvislosti. Jde především o změnu osobnosti nemocného mentální anorexií. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Psychofarmakoterapie

Je nutné si uvědomit, že neexistuje žádný lék na mentální anorexiu. Lze pouze zmírnit doprovodné příznaky nemoci, např. deprese, úzkostné stavy podáním antidepresiv a např. halucinace podáním anxiolytik. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Je k dispozici několik množství kazuistik a otevřených studií, které ukazují nové medikace, avšak jejich další prověřování je často velmi problematické. Jako kritérium úspěšné léčby není jen nárůst a udržení přijatelné hmotnosti, ale další specifické příznaky nemoci, jídelní chování, pocity z vlastního těla, strach z jídla, deprese, úzkosti apod. (Papežová, 2018)

Nutriční terapie

Nutriční terapeut učí pacienta všechny zákonitosti hladovění, zvracení, tělesné hmotnosti apod. Ukazuje mu jejich následky, také např. užíváním laxativ. Učí nemocného si vše zaznamenávat – váhu, cvičení, stravu či zvracení. Snaží se docílit pravidelného stravování 4 - 6x denně a postupné zvyšování porcí jídla. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Kognitivně behaviorální terapie

Jedná se o nejvíce vědecky zkoumanou metodu. Jde o velmi fungující formu terapie, která je založena na různých přístupech, např. psychoterapií na zlepšení sebedůvěry, pohledu na své tělo, sociálních dovedností a tréninku asertivity. Využívá svépomocné manuály jak pro pacienty s mentální anorexií, tak pro jejich rodinné příslušníky. Snaží se naučit nemocného popsat své pocity, myšlenky k nepravdivým pohledům na své tělo a svoji hmotnost a dále s těmito pocity pracuje tak, aby tyto myšlenky změnil. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Například si pacient myslí: „Když začnu jíst, nebudu umět přestat“

„Po jídle všichni vidí, že mám velké břicho.“

„Kdybych jedla normálně, přibrala bych hned 10 kg.“

„Když bych měla jít do nemocnice, raději se hned zabiju.“

(Procházková, Ševčíková 2017, str. 58)

Hospitalizace

K hospitalizaci pacienta je nutno přistoupit, je-li jeho hmotnost už velmi nízká nebo šla velmi rychle dolů. Dalším vážným důvodem jsou pacientovy deprese, sebepoškozování nebo sebevražedné sklony. Důvodem k hospitalizaci můžou být také vztahové problémy v rodině nemocného nebo bezvýsledná dvoutměsíční ambulantní péče. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Hlavním cílem hospitalizace je nemocného stabilizovat, zlepšit jeho tělesný i psychický stav. Tato léčba je uskutečněna většinou na psychiatrických odděleních, při vážných stavech i na JIP jednotkách intenzivní péče. Hospitalizovaný léčbu podstupuje zpravidla 2-3 měsíce, samozřejmě podle stavu a závažnosti onemocnění. Jedná se zde o týmovou práci psychiatrů, psychologů, zdravotníků i dietních sester. Nejlepším úspěchem pro dosažení cíle je kombinace většiny terapií. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Sociální služby

Lidé ze sociálních služeb pomáhají svému klientovi, který trpí mentální anorexií, sociálně fungovat. V těchto případech je nemocný odborník na řešení své nemoci a sociální pracovník jen zohledňuje jeho životní situaci. Aby dosáhl cíle, vede nemocného svými aktivitami k danému cíli. Aktivitu zaměřuje na problém, na klienta a jeho potenciál a na prevenci. Pomáhá klientu s návratem do normálního života, urovnat si například vztahové problémy, finance, vyhledat nebo udržet práci, vrátit se ke studiu či obhájit si svá práva. Sociální pracovník pomáhá nemocnému vyhledat další odbornou pomoc, předává mu kontakty, kam se obrátit. Motivují své klienty, aby neztratili touhu se jít léčit, když musí čekat na volné místo u odborníka, což někdy trvá i měsíce. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Internetové poradenství

Jedná se o formu odborného sociálního poradenství, pokud nemocný mentální anorexií nechce komunikovat se sociálním pracovníkem z očí do očí. Klient si jeho odborné rady může přečíst, postupně se doptat na cokoliv, co ho trápí. Dostává postupně informace o jeho nemoci a kontakty na další odborné služby. Výhodou je anonymita klienta, který se může za svůj stav stydět, a touto formou komunikace se dokáže otevřít a svěřit. Dalším pozitivem je rychlá reakce pro nemocného, odpovědi se dočká už do tří dnů. (Procházková, Ševčíková, 2017)

Na internetu je možno najít spousty odkazů na poradenství ohledně poruch příjmu potravy, například: Anabell, ANOCEL, 3 PP. Mezi nejvíce navštěvované patří internetové poradenství Anabell.

Internetové poradenství Anabell se specializuje na pomoc a podporu lidem, kteří trpí poruchou příjmu potravy. Přináší moderní a dostupný přístup k těmto onemocněním. Tato internetová služba nabízí klientům možnost získat profesionální pomoc a rady z pohodlí svého domova, což může být zásadním prvkem v léčebném procesu.

Toto online poradenství pro poruchu příjmu potravy nabízí svým klientům dostupnost a pohodlí. Klienti mohou získat pomoc přímo z domova, což může být zvláště důležité pro ty, kteří mají obavy z osobního setkání.

Odborní poradci Annabell spolupracují s týmem zkušených odborníků na poruchy příjmu potravy, kteří mají znalosti v oblasti psychologie a výživy a jsou schopni klientům poskytnout pomoc a poradit.

Každý člověk prožívá poruchu příjmu potravy jinak, internetové poradenství Anabell klade důraz na individuální přístup ke každému klientovi. Poradci zjišťují specifické potřeby klienta a přizpůsobí plán léčby přímo jemu.

Díky moderním technologiím může Anabell nabídnout efektivní komunikaci mezi klienty a poradci. Sledování pokroku a pravidelný kontakt mohou být stěžejní pro úspěšnou léčbu poruchou příjmu potravy.

Internetové poradenství Anabell klade důraz na vzdělávání klientů s poruchou příjmu potravy a prevenci jejich opakování. Informovaní klienti mají větší šanci se vyléčit a zvládnout své obtíže.

Poruchy příjmu potravy mají vliv nejen na jednotlivce, ale také na jejich rodiny a blízké. Proto se Anabell zaměřuje na předávání informací a poskytování pomoci i nejbližším lidem, kteří jsou v úzkém kontaktu s postiženým poruchou příjmu potravy. (Krch, Švédová, 2013)

Telefonická krizová pomoc

Speciálně vyškolení pracovníci krizových linek na empatickou a citlivou komunikaci, nabízí pomoc po telefonu. Tato služba je většinou diskrétní a dostupná 24/7, což je stěžejní zejména v krizových situacích. Snaží se poskytnout klientovi praktické rady a pomáhají jim vyřešit aktuální, často kritickou situaci. Dobře se orientují v dostupných zdrojích, kde klienti můžou najít pomoc, které svým klientům předávají. Předávají jim informace o možnostech léčby, návštěvách terapeutických skupin apod. (Krch, Švédová, 2013)

1.2.7 Prevence

Prevenčí zamezujeme či snižujeme riziko nemoci. Rozlišujeme tři druhy prevence.

Při primární prevenci předcházíme vzniku nemoci či problému u osob, kde se nemoc či problém ještě nevyskytl. Sekundární prevencí se snažíme zabránit šíření nemoci, problému nebo stavu, který již existuje, ale nemusí mít ještě katastrofální následky. U terciální prevence omezuje dopady nemoci, problému nebo stavu a minimalizujeme případné komplikací. (Papežová, 2018)

Nejlepší varianta je se zaměřit na primární prevenci, aby ke vzniku nemoci nikdy nedošlo. Primární prevence u dětí vyplývá nejvíce z rodinné výchovy, vlivu společenského působení a v kultuře stravování. Byly vydány různé preventivní programy, které měly za cíl především zjistit něco o dané problematice, zlepšit sebevědomí, sebepřijetí, pochopit změny v pubertě, vylepšit jídelní návyky, zamezit držení diet, naučit se pracovat s médií, snížit nespokojenost s vlastním tělem a změnit pohled na dnešní ideál štíhlosti. (Papežová, 2018)

Aby prevence byla kvalitní, je třeba dbát na mezioborovou spolupráci. V případech onemocnění poruchou příjmu potravy se jedná o psychiatry, psychology, ale i učitele, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníky, média (v minulosti např. organizátory soutěží krásy). (Papežová, 2018)

Média stále ukazují jako ideál krásy vyhublé modelky, herečky, slavné osobnosti. Stále častěji se už v médiích dozvídáme o modelkách trpících mentální anorexií, které přímo na molech umírají na podvýživu. Píše se o herečkách, které závažnou formou mentální anorexie trpí už několik let a s následky se perou dnes a denně. O celebritách se z médií dozvíme, ne však o tragédiích v obyčejných rodinách, kde pacienti odmítají a tají před odborníkem problém a tím oddalují potřebnou odbornou péči. Včasná pomoc ovlivňuje výsledek léčby a můžeme ji považovat za jeden z faktorů sekundární prevence. Sekundární prevence má za úkol odhalit a ovlivnit ohrožené skupiny, mezi které patří děti, co se léčí s obezitou, somatickým onemocněním provázeným hubnutím a dietou, děti, které navštěvují kroužky, kde se hledí na váhu a vzhled, např. modeling, krasobruslení, tancování, gymnastika a další. (Papežová, 2018)

Terciální prevence se zaměřuje na obnovení zdraví v plném rozsahu a v dnešní době také na omezení přenosu jídelní patologie na další generace. (Papežová, 2018)

1.3 Role sestry

Všeobecné sestry mohou hrát klíčovou roli ve sledování a podpoře psychického zdraví pacienta. Tráví s nemocným delší dobu než lékař. Měly by k pacientovi přistupovat s respektem, empatií a profesionálním přístupem. Vždy je důležité respektovat pacientovu důstojnost a poskytovat péči s ohledem na jeho individuální potřeby. Všeobecná sestra by měla být empatická a chápat pacientovy emoce. Důležitá je komunikace mezi ní a pacientem. Měla by aktivně naslouchat, odpovídat na jeho dotazy a vysvětlovat mu lékařské informace tak, aby je srozumitelně pochopil. Je třeba, aby byla k nemocnému otevřená, aby získala jeho důvěru. Respektuje ale jeho soukromí, chrání citlivé informace. Sestra musí dbát na bezpečnost nemocného. Spolupracuje s celým zdravotnickým týmem, aby byl výsledek léčení co nejefektivnější. (Vévoda, 2013)

1.3.1 Specifika ošetrovatelské péče

Mentální anorexie je nemoc, která si žádá psychiatra. Jak píše Grofová (2007), je zde potřeba velká obezřetnost a pomoc ze strany sester. Pacienti jídlo nejedí, odmítají umělou výživu nebo ji vylévají. Jsou velmi vynalézaví, aby zabránili dostat do sebe jakýkoliv přísun kalorií. (Grofová, 2007)

Specifika v oblasti stravování

Je nutná spolupráce lékaře, nutričního terapeuta a sestry, kteří se musí snažit přesvědčit pacienta a jeho rodinu o správnosti svých postupů. Jde o velmi psychicky náročnou cestu pro všechny zúčastněné. Často dochází k minerálnímu rozvratu nemocných mentální anorexií, kde je nutná intenzivní péče, která zahrnuje parenterální výživu, tj. podání výživy mimo zažívací trakt do žíly infuzí, kdy organismus dostává živiny přímo do krevního oběhu. Tato výživa se kombinuje s enterální (střevní) výživou, která se podává do trávicího traktu, kterým přivádí tělu živiny přirozenou cestou. Po stabilizaci je pacient přeřazen na psychiatrické oddělení se specializovanou péčí. (Grofová, 2007)

Na těchto odděleních je přiřazen do specializovaného programu, kde se stanoví cíl „zdravé“ hmotnosti. Ideální nárůst hmotnosti u hospitalizovaných pacientů je 1-1,5 kg za týden, u ambulantních 0,5 kg za týden. Vytvoří se terapeutická smlouva, jejíž porušení je vždy s pacientem diskutováno. Vše se konzultuje s nutričním specialistou. Tím, že se navýší kalorický příjem, pacienti se snaží jídlo vyzvrátit nebo vyhodit či přidat na tělesné aktivitě. Toto chování však pacient popírá. Po obnovení výživy je třeba sledovat jídelníček, příjem a výdej tekutin, riziko srdečního selhání, gastrointestinální příznaky (nadýmání, obstipace = tuhá stolice, dyspepsie = poruchy trávení). Pokud není pacient dostatečně motivován, nemoc často vede k chronickému průběhu. (Papežová, 2018)

Sestra důkladně zkoumá způsob přijímání stravy, množství a složení potravin, stravovací návyky a příjem tekutin. Zároveň se zajímají o případné poruchy spánku, postoj pacienta k vlastnímu tělu, rodinné problémy, schopnost komunikace a různé projevy poruchy myšlení (Petr, Marková, 2014).

Specifika péče v oblasti stravovacího režimu vyžadují přístup zohledňující specifické potřeby pacientů. Jídelní plán by měl obsahovat šest základních denních jídel, a to buď standardně, nebo přizpůsobené podle potřeb pacienta, pokud není perorální příjem kontraindikován. Důležité je pravidelné stravování. Složení a množství jídla jsou individuálně upraveny podle hodnoty BMI pacienta. Pacienti by měli jíst společně za přítomnosti sestry. Hlavní jídlo by mělo být dokončeno do 45 minut, zatímco svačiny a druhé večeře do 20 minut. Sestra má pacienty vést k tomu, aby nekomentovali množství, chuť a vzhled jídla. Edukace zahrnuje i sociální aspekty stolování, jako je přiměřené tempo a informace o důsledcích hladovění. (Petr, Marková, 2014)

Je běžné, že pacienti s poruchou příjmu potravy konzumují nadměrné množství tekutin, což může vést k otokům, rychlému přírůstku hmotnosti a manipulaci s váhou. Naopak někteří omezují pitný režim, což může způsobit pokles krevního tlaku, dehydrataci, únavu, obstipaci a zátěž ledvin. Sestra sleduje přijaté množství jídla a tekutin, společně s kontrolou hmotnosti. Při odmítání, zvracení nebo skrývání jídla sestra jedná empaticky a trpělivě, nekárá pacienta, ale spolu s ním diskutuje o možných obtížích. Jídelníček by měl být rozmanitý, přičemž pacient by

měl postupně začleňovat do stravy i potraviny, kterým se doposud vyhýbal, v souladu s lékařem potvrzenou dietou. (Petr, Marková, 2014)

U pacientů s mentální bulimií je zakázáno vstávat minimálně půl hodiny po jídle na toaletu, což má zabránit zvracení (Petr, Marková, 2014)

Specifika ošetrovatelské péče v oblasti psychiky

Poruchy příjmu potravy jsou samy o sobě duševním onemocněním, které často přináší další psychické obtíže spojené se strachem z nárůstu hmotnosti. Pacienti často zažívají deprese a úzkostné stavy. Tyto poruchy ovlivňují emoční stav postižené osoby, což se projevuje zvýšenou citlivostí, podrážděností, agresivitou a sociální izolací. Pacienti s mentální anorexií se obvykle staví k léčbě negativně. Strach z přibírání váhy a ztráty kontroly často vede k vyhýbání se léčbě, jako např. skrývání jídla nebo manipulace s vážením. (Petr, Marková, 2014)

Nejdůležitější je, aby pacient projevil motivaci k léčbě. Pokud tak neučiní a léčba je zahájena bez jeho souhlasu, terapie bude vnímána jako násilí, a ne jako podpora. Léčba poruch příjmu potravy je extrémně náročná z mnoha důvodů. Vyžaduje empatii, trpělivost, porozumění a efektivní komunikaci. Podstatný je kvalitní terapeutický vztah s pacientem, nikoli osobní přístup. Pacienti často překračují hranice léčebného plánu, projevují frustraci a odpor vůči léčbě, a někdy dokonce přerušují terapii. Tento stav může být frustrující i pro všeobecné zdravotní sestry, které věnují mnoho úsilí do péče o pacienta a vidí minimální výsledky. Proto je důležité zachovat respekt k pacientovi i v těchto situacích, i když momentálně neprojevuje spolupráci. (Krch, Švédová, 2013)

Pacienti často vnímají léčbu jako nepříjemnou, protože spojují tento proces s pocitem ztráty kontroly a možného přibírání na váze. Realitu vidí zkresleně. Je důležité, aby se sestry v rámci péče vyvarovaly lhaní a ironickým poznámkám, jak zmiňuje Ringwood (2012). (Ringwood, 2012)

1.3.2 Celoživotní vzdělávání

Celoživotní vzdělávání sester je zásadní k udržení vysoké úrovně péče a k zajištění bezpečného prostředí pro pacienty. Je nezbytné, aby se sestry neustále vzdělávaly a rozšiřovaly si své znalosti a dovednosti v oblasti ošetrovatelské péče. Existuje několik důvodů, proč je celoživotní vzdělávání pro sestry tak důležité. (Vévoda, 2013)

Za prvé, rychlý technologický pokrok a nové metody léčby vyžadují, aby sestry měly aktuální informace o nejnovějších technologiích a postupech. Udržování kroku s novými léčebnými metodami a diagnostickými nástroji umožňuje sestrám poskytovat nejlepší péči svým pacientům a přizpůsobovat se novým vývojům v oblasti medicíny. (Vévoda, 2013)

Za druhé, změny ve zdravotnických politikách a právních předpisech mohou ovlivnit praxi sester. Celoživotní vzdělávání jim umožňuje porozumět a adaptovat se na nové regulace a standardy, čímž zajišťuje dodržování etických principů a poskytování kvalitní péče. (Vévoda, 2013)

Dalším důvodem pro celoživotní vzdělávání sester je potřeba zvládnout komplexní situace a různorodé potřeby pacientů. Sestry jsou v první linii péče a musí být připraveny na širokou škálu situací, které mohou vyžadovat specifické dovednosti. Neustálé vzdělávání umožňuje sestrám zdokonalovat své odborné dovednosti a rozšiřovat své kompetence. (Vévoda, 2013)

Možnosti pro celoživotní vzdělávání sester jsou různorodé. Mezi ně patří účast na odborných konferencích, kurzech a workshopech. Virtuální vzdělávací platformy a online kurzy mohou sestry využít k tomu, aby si vylepšily své znalosti v souladu se svým pracovním harmonogramem. (Vévoda, 2013)

Celkově lze říci, že celoživotní vzdělávání sester je klíčovým prvkem pro udržení vysoké úrovně péče a společně s neustálým vývojem v oblasti zdravotnictví umožňuje sestrám lépe plnit svou roli a poskytovat pacientům optimální péči. (Vévoda, 2013)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíle:

Cílem bude zjistit specifika péče o pacienty trpící mentální anorexií a praktické zkušenosti v péči o tyto pacienty z pohledu všeobecných sester.

Výzkumné otázky:

- 1) Jaká je motivace k uzdravení a jak předcházet recidivě onemocnění z pohledu všeobecné sestry?
- 2) S jakými projevy mentální anorexie se všeobecné sestry nejčastěji setkávají?
- 3) Jaké možnosti dalšího vzdělání v oblasti poruch příjmu potravy všeobecné sestry využívají?

2.2 Metodika výzkumu

Ve své bakalářské práci jsem použila metodu kvantitativního výzkumu pomocí nestandardizovaného dotazníku, který jsem sama sestavila. Dotazníky jsem dodala na dětské psychiatrické oddělení nemocnice v Havlíčkově Brodě a v Jihlavě. Zde jsem dotazníky dodala v tištěné formě. Distribuce zbylých dotazníků probíhala přes internet na stránkách www.docs.google.com. Dotazník byl zcela dobrovolný a anonymní.

Dotazník obsahoval 20 otázek, z toho 12 uzavřených, 7 polouzavřených a 1 otevřenou. První otázky směřovaly na věk, pohlaví, vzdělání a délku praxe v oboru všeobecné sestry. Další už byly směřovány k mentální anorexii a zjištění specifik ošetrovatelské péče o pacienty s mentální anorexií z pohledu všeobecných sester.

Uzavřené otázky, kdy si respondent zvolil odpověď jít z předem určených možností, jsou otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 12, 13, 16, 17, 19, 20.

Otevřená otázka, kdy si respondent mohl zvolit svoji vlastní odpověď, je otázka č. 15.

Polootevřené otázky, kdy si respondent zvolil z předem daných možností a upřesnil odpověď svými vlastními slovy nebo svoji odpověď zcela doplnil, jsou otázky č. 6, 7, 9, 10, 11, 14, 18.

2.3 Charakteristika výzkumu

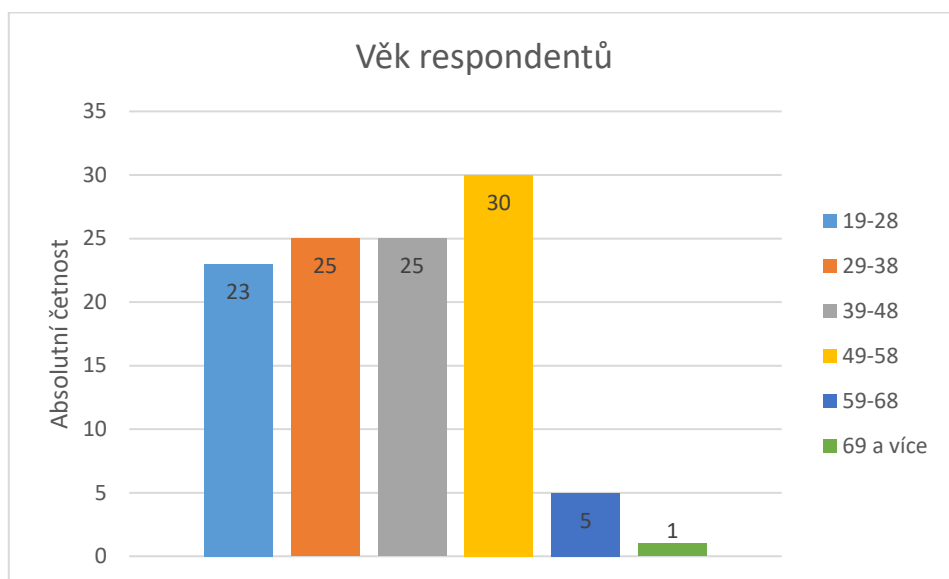
Výzkum byl prováděn u všeobecných sester. Probíhal od ledna 2024 do března 2024. Celkem bylo vyplněno 112 dotazníků, z toho jsem byla nucena 6 dotazníků vyřadit pro neúplné vyplnění. Pro svůj výzkum jsem tedy použila 106 dotazníků.

2.4 Vyhodnocení získaných dat

Veškerá data z dotazníků jsem zpracovala do grafů a tabulek pomocí programu Microsoft Excel.

2.5 Výsledky výzkumu

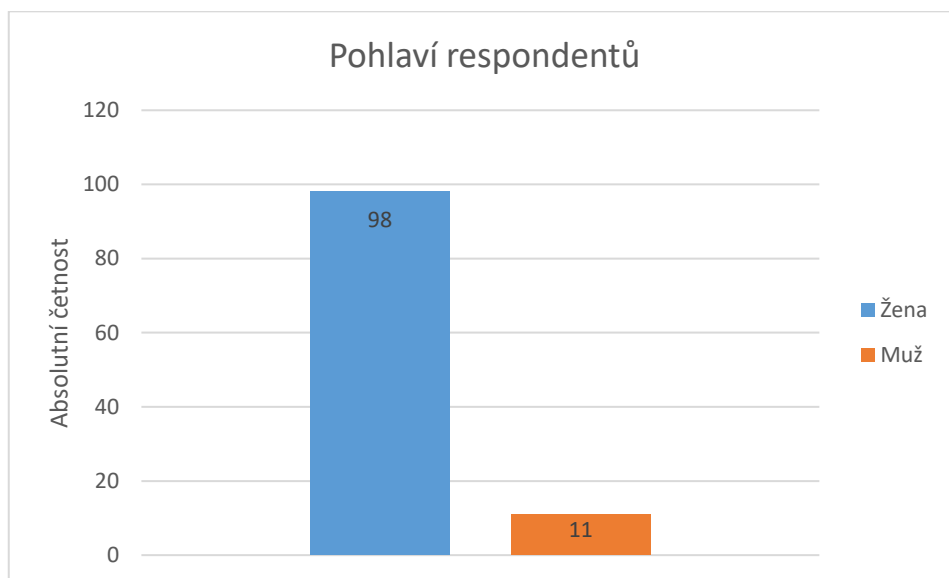
Otázka č. 1: Jaký je Váš věk?



Graf 1 Věk respondentů

Z celkového počtu 109 respondentů (100 %) je 23 (21,10 %) mladších 28 let. Ve věku 29-38 a 39-48 let se nachází 25 (22,935 %) respondentů. Všeobecných sester ve věku 49-58 let je 30 (27,52 %), ve věku 59-68 let 5 (4,59 %). Osoba starší 69 let, která dotazník vyplnila byla pouze 1 (0,92 %).

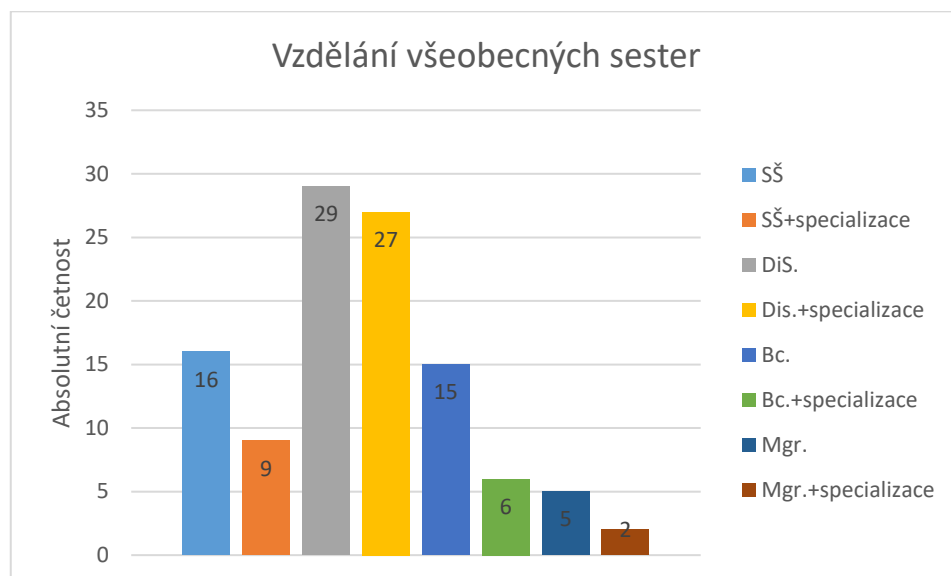
Otázka č. 2: Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 2 Pohlaví respondentů

Dotazníkového šetření se z celkového počtu 109 respondentů (100 %) zúčastnilo 98 žen (89,91 %) a 11 mužů (10,09 %).

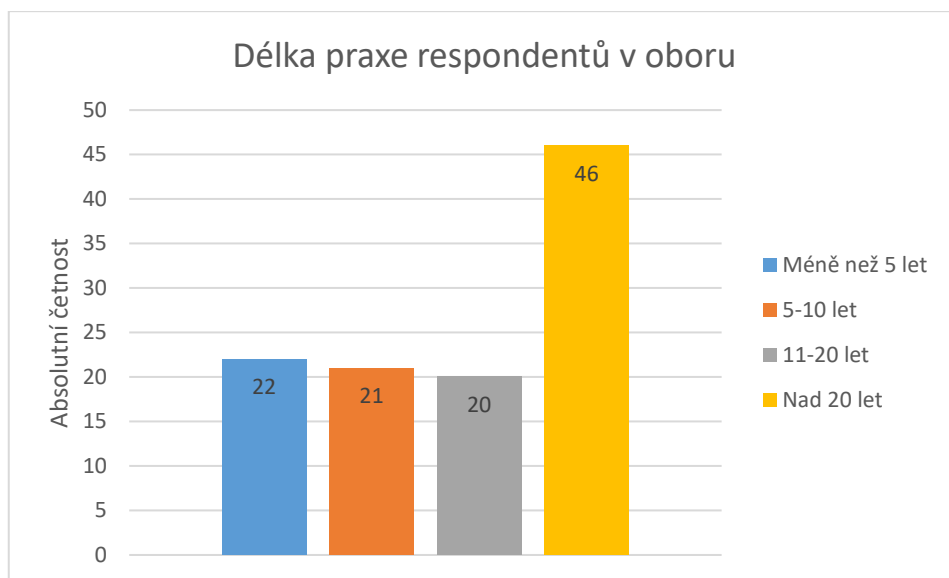
Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 3 Vzdělání všeobecných sester

Z celkového počtu 109 respondentů (100 %) má středoškolské vzdělání 16 (14,68 %) osob. 9 (8,26 %) má středoškolské vzdělání se specializací. Vyššího odborného vzdělání (DiS.) dosáhlo 29 (26,61 %) osob. Vyšším odborným vzděláním se specializací disponuje 27 (24,77 %) lidí, kteří tento dotazník vyplnili. Vysokoškolské vzdělání (Bc.) má 15 (13,76 %) respondentů. Bakalářského vzdělání se specializací dosáhlo 6 (5,50 %) zúčastněných. Magisterské studium dokončilo 5 (4,59 %) osob. Vysokoškolským magisterským studiem se specializací se můžou pochlubit 2 (1,83 %) respondenti.

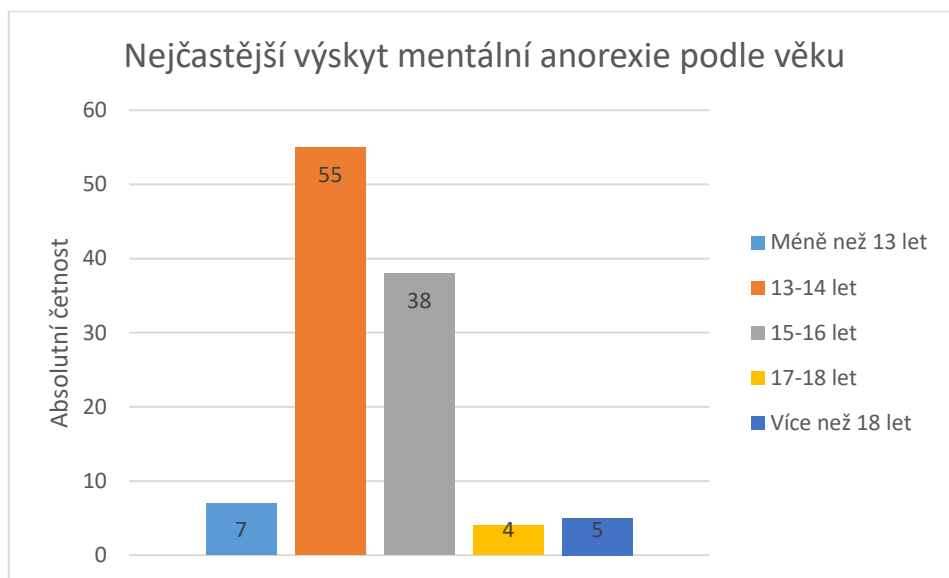
Otázka č. 4: Jaká je Vaše délka praxe v oboru?



Graf 4 Délka praxe respondentů v oboru

Z celkového počtu 109 dotázaných (100 %) pracuje ve svém oboru méně než 5 let 22 (20,18 %) všeobecných sester. 5-10 let je zaměstnáno 21 (19,27 %) dotázaných. 11-20 let pracuje na pozici všeobecné sestry 20 (18,35 %) respondentů. Více než 20 let praxe uvedlo 46 (42,20 %) osob.

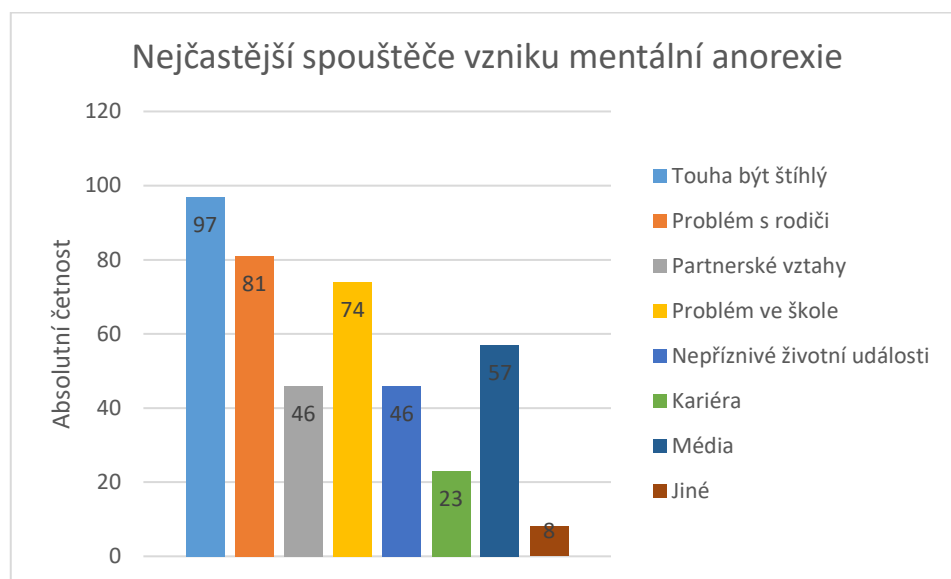
Otázka č. 5: Ve kterém věkovém období jsou nejčastěji Vaši pacienti s mentální anorexií



Graf 5 Nejčastější výskyt mentální anorexie podle věku

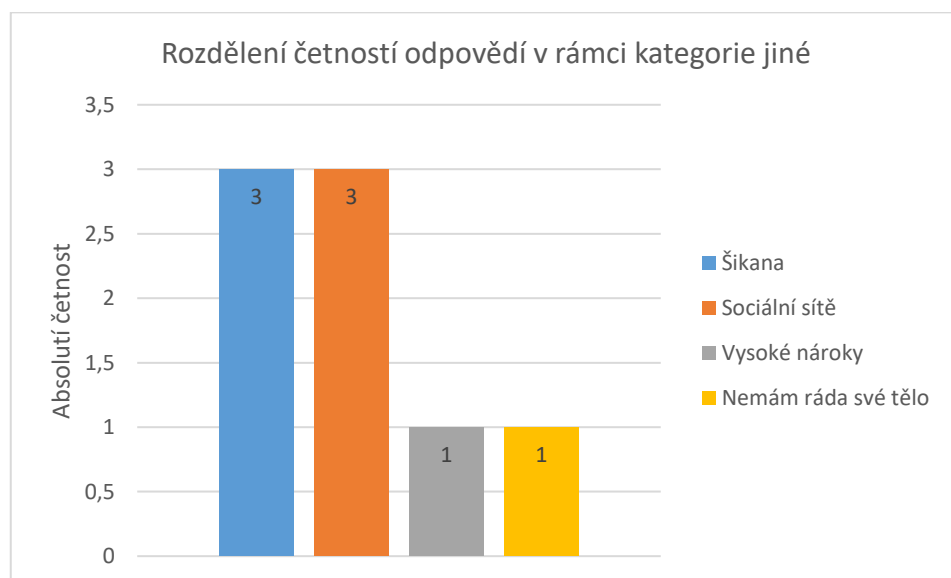
Z celkového počtu 109 respondentů (100 %) 7 (6,42 %) uvádí možnost méně než 13 let. Variantu 13-14 let zvolilo 55 (50,46 %) dotázaných. 38 (34,86 %) všeobecných sester vidí nejčastější výskyt mentální anorexie mezi 15.-16. rokem, 4 (3,67 %) uvedly věk 17-18 let a 5 (4,59 %) věk vyšší než 18 let.

Otázka č. 6: Které nejčastější spouštěče vzniku mentální anorexie u pacientů pozorujete? (možno označit více odpovědí)



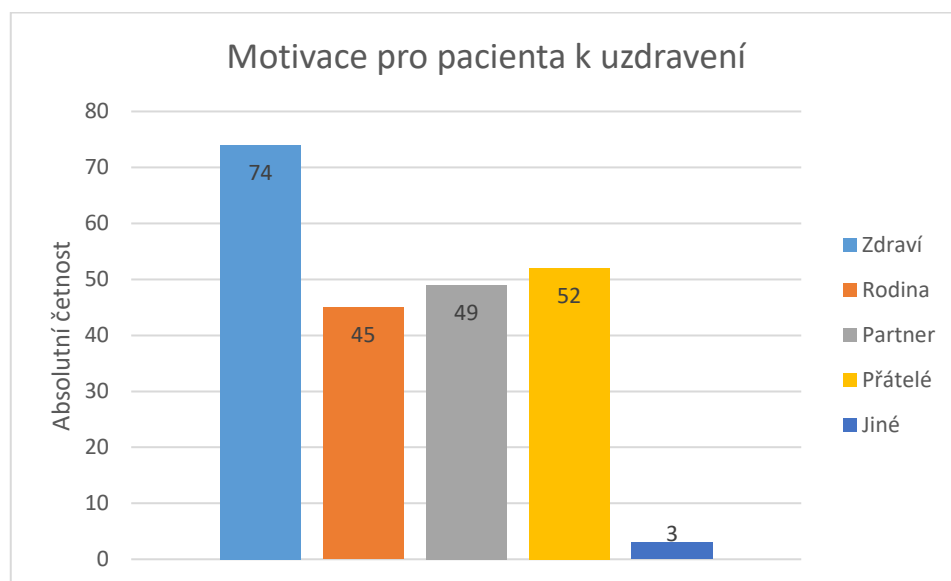
Graf 6 Nejčastější spouštěče vzniku mentální anorexie

Od 109 respondentů jsme získali 432 odpovědí (100 %). Za nejčastější spouštěč vzniku mentální anorexie označilo možnost být štíhlý 97 (22,45 %) z dotázaných. Variantu problém s rodiči vybralo 81 (18,75 %) všeobecných sester, partnerské vztahy zvolilo 46 (10,65 %) dotazovaných. Problémy ve škole vidí jako hlavní spouštěč vzniku mentální anorexie 74 (17,13 %) osob. Nepříznivé životní události zvolilo 46 (10,65 %) respondentů. Příčinu kariéra vybralo 23 (5,32 %), média 57 (13,20 %) osob ze zkoumaného vzorku. Variantu jiné zvolilo 8 (1,85 %) dotázaných. V grafu přikládám vypsané odpovědi a počty k této variantě.



Graf 7 Rozdělení četností odpovědí v rámci kategorie jiné

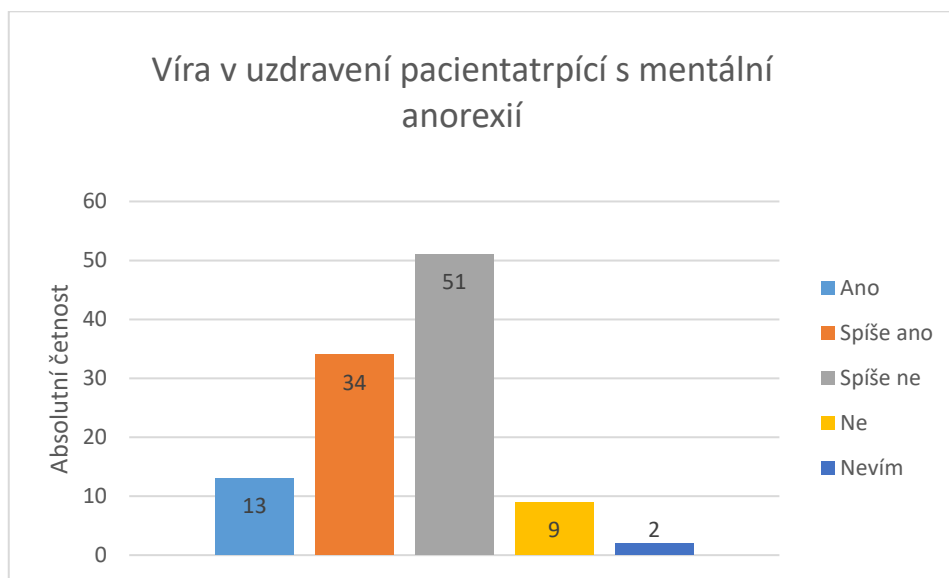
Otázka č. 7: Jaká je podle Vás motivace pro pacienta trpící mentální anorexií k uzdravení? (možno označit více odpovědí)



Graf 8 Motivace pro pacienta k uzdravení

Z celkového počtu 109 respondentů se nashromáždilo celkem 223 odpovědí (100 %). Nejvíce označení 74 (33,18 %) k motivaci pro uzdravení pacienta dostalo zdraví. Přátelé považuje za motivační prvek k uzdravení 52 (23,32 %) osob, partnera 49 (21,97 %) a rodinu 45 (20,18 %) respondentů. Variantu jiné zvolily 3 (1,35 %) všeobecné sestry. Jejich odpovědi zněly: vyhnutí hospitalizaci, změna pohledu na sebe a návrat do školy.

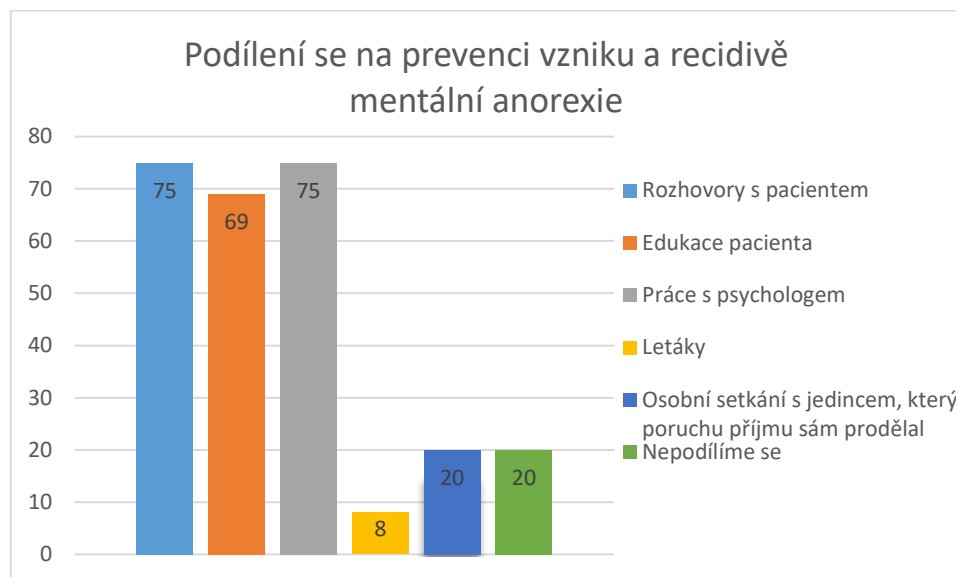
Otázka č. 8: Myslíte si, že se pacient trpící mentální anorexií dokáže uzdravit?



Graf 9 Víra v uzdravení pacienta s mentální anorexií

Z celkového počtu 109 respondentů (100 %) odpovědělo 13 (11,93 %) ano, 34 (31,19 %) spíše ano. V uzdravení spíše nevěří 51 (46,79 %) dotázaných a vůbec nevěří 9 (8,26 %) osob. Variantu nevím zvolily 2 (1,83 %) z oslovených všeobecných sester.

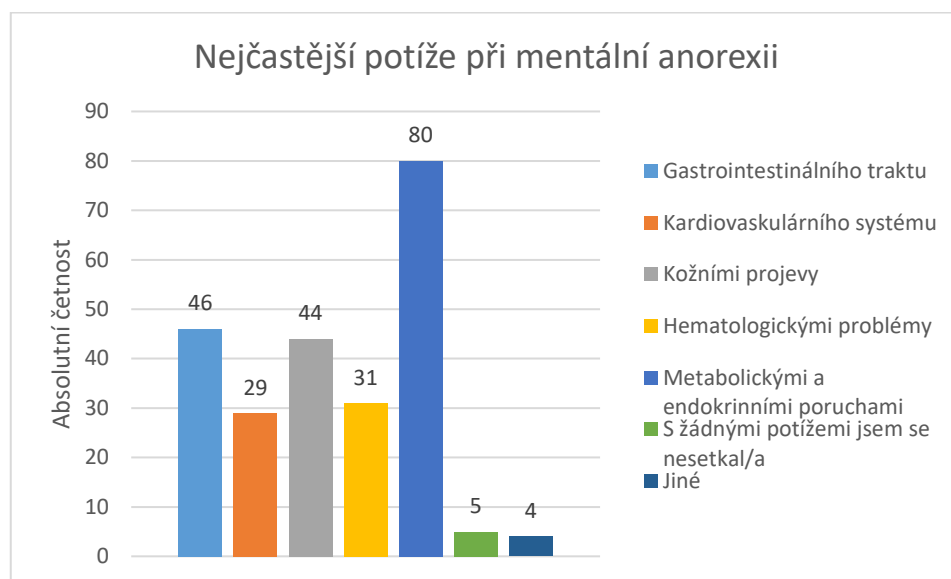
Otázka č. 9: Jakým způsobem se na Vašem oddělení prakticky podílíte na prevenci vzniku a recidivě mentální anorexie? (možno označit více odpovědí)



Graf 10 Podílení se na prevenci vzniku a recidivě mentální anorexie

Z celkového počtu 109 respondentů se nashromáždilo 267 odpovědí (100 %). Největší vliv na prevenci a recidivu mentální anorexie má podle dotazovaných rozhovor s pacientem a práce s psychologem. Obě tyto možnosti dostaly 75 (28,09 %) hlasů. Hned za nimi byla zvolena odpověď edukace s pacientem v počtu 69 (25,84 %) hlasů. Variantu osobní setkání s jedincem, který poruchu příjmu sám prodělal, vidí jako prevenci 20 (7,49 %) všeobecných sester. Stejný počet dostala odpověď nepodílíme se na prevenci, tedy také 20 (7,49 %) z dotázaných. Letáky zaškrtnulo 8 (3 %) osob.

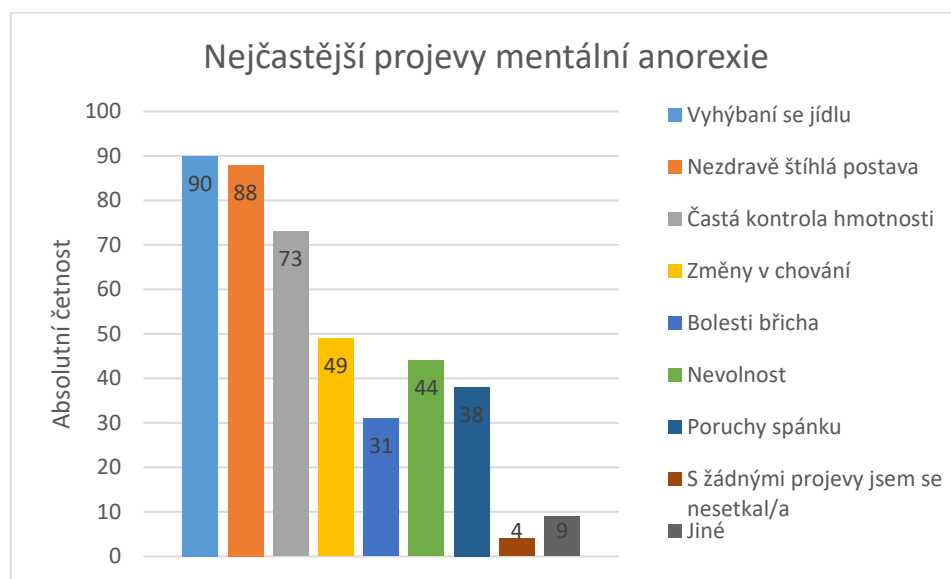
Otázka č. 10: S jakými potížemi se nejčastěji setkáváte u nemocných s mentální anorexií? (možno označit více odpovědí)



Graf 11 Nejčastější potíže při mentální anorexii

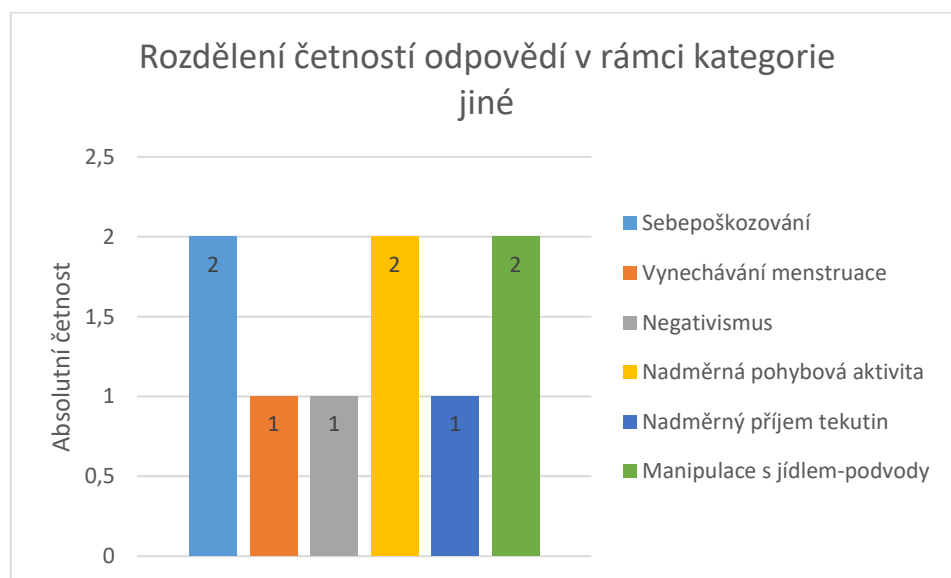
Z celkového počtu 109 respondentů se nashromáždilo 239 odpovědí (100 %). 80 (33,47 %) dotázaných uvedlo jako nejčastější metabolické a endokrinní poruchy, 46 (19,25 %) potíže gastrointestinálního traktu a 44 (18,41 %) kožní projevy. 31 (12,97 %) oslovených vidí jako nejčastější potíže hematologické problémy, 29 (12,14 %) potíže kardiovaskulárního systému. S žádnými potížemi u mentální anorexie se nesetkalo 5 (2,09 %) osob. Jako variantu jiné uvedlo 4 (1,67 %) respondenti. Tři z nich odpověděli psychické potíže a jeden nízké BMI.

Otázka č. 11: Se kterými projevy mentální anorexie se nejčastěji setkáváte? (možno označit více odpovědí)



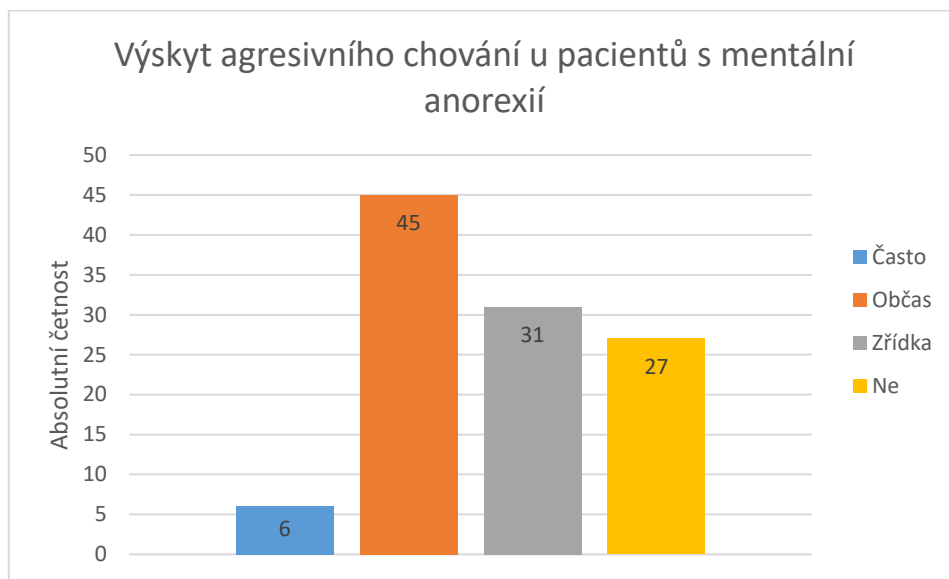
Graf 12 Nejčastější projevy mentální anorexie

V otázce číslo 11 se nashromáždilo od 109 respondentů 426 odpovědí (100 %). Nejvíce označení dostala varianta vyhýbání se jídlu, která jich nasbírala 90 (21,13 %). Nezdravě štíhlou postavu považuje za nejčastější projev mentální anorexie 88 (20,66 %) dotázaných. 73 (17,13 %) zaškrtnulo odpověď častou kontrolu hmotnosti. Změny v chování považuje za projev mentální anorexie 49 (11,50 %), nevolnost 44 (10,33 %) a poruchy spánku 38 (8,92 %) osob. Bolesti břicha zvolilo 31 (7,28 %). S žádnými projevy se nesetkali 4 (0,94 %) lidí. Variantu jiné si vybralo 9 (2,11 %) z dotázaných. Jejich odpovědi a počty příkládám v grafu.



Graf 13 Rozdělení četností odpovědí v rámci kategorie jiné

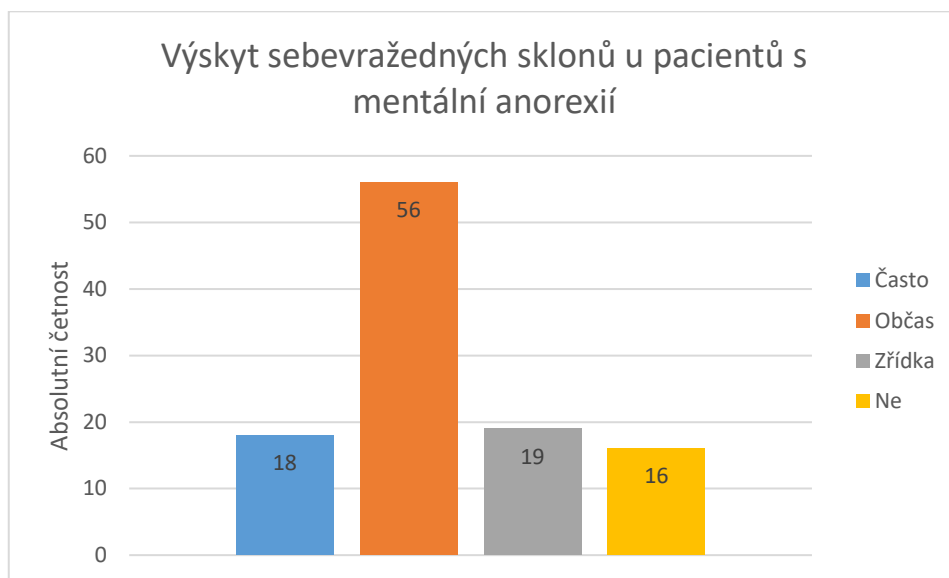
Otázka č. 12: Setkáváte se u pacientů s mentální anorexií s agresivním chováním?



Graf 14 Výskyt agresivního chování u pacientů s mentální anorexií

Z celkového počtu 109 respondentů (100 %) vidí občasné agresivní chování u pacientů 45 (41,285 %). Variantu zřídka zvolilo 31 (28,44 %) všeobecných sester. S agresivním chováním se nesetkalo 27 (24,77 %) osob. Nejméně oslovených 6 (5,505 %) zvolilo možnost často se setkávám s agresivním chováním.

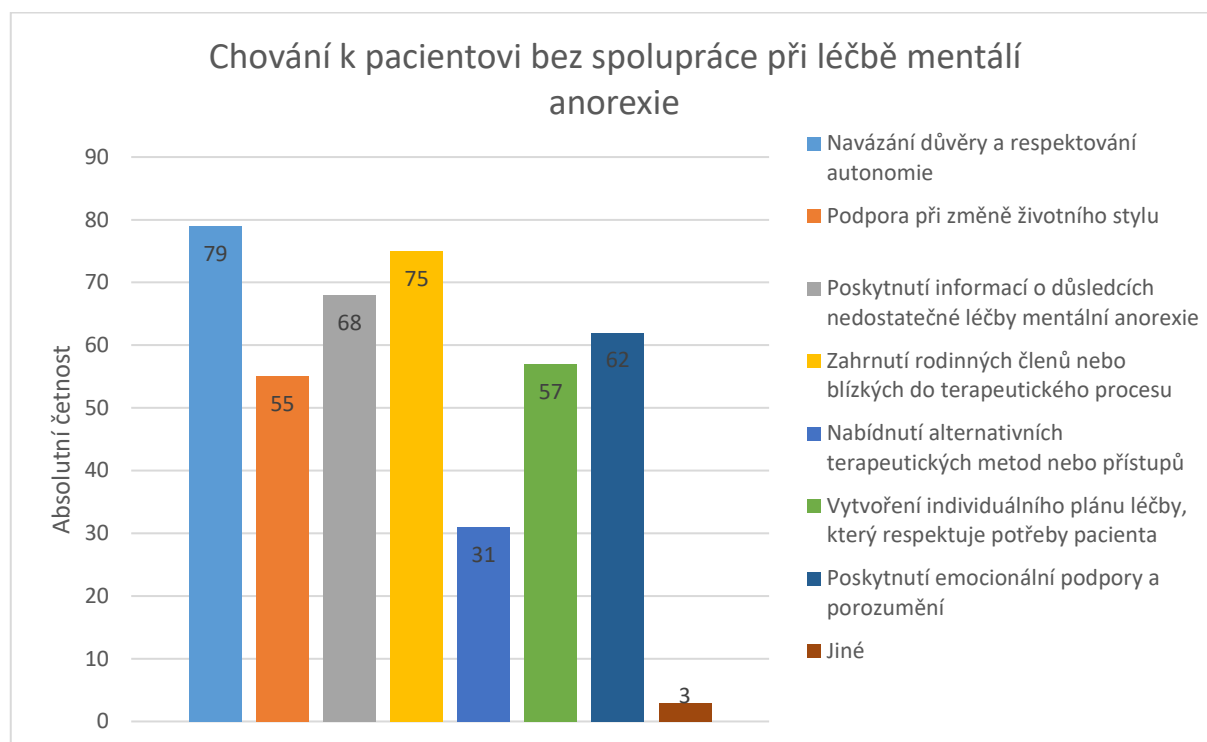
Otázka č.13: Setkáváte se u pacientů s mentální anorexií se sebevražednými sklony?



Graf 15 Výskyt sebevražedných sklonů u pacientů s mentální anorexií

Průzkum ukazuje, že ze 109 respondentů (100 %) je 56 (51,38 %) občas v kontaktu s pacienty se sebevražednými sklony, často se s nimi 18 (16,51 %) setkává, 19 (17,43 %) jen zřídka a 16 (14,68 %) z dotázaných se nikdy s myšlenkami na sebevraždu u pacientů s mentální anorexií nesetkalo.

Otázka č. 14: Jak se chováte k pacientovi, který odmítá spolupracovat při léčbě mentální anorexie? (možno označit více odpovědí)



Graf 16 Chování k pacientovi bez spolupráce při léčbě mentální anorexie

Z celkového počtu 109 respondentů se nashromáždilo 430 odpovědí (100 %). Navázat důvěru a respektovat autonomii považuje za důležité 79 (18,37 %) dotázaných, 75 (17,44 %) považuje nutné zahrnout rodinné členy nebo blízké do terapeutického procesu. 68 (15,81 %) poskytuje informace o důsledcích nedostatečné léčby mentální anorexie a 62 (14,42 %) poskytuje emocionální podporu a porozumění. Vytvořit individuální plán léčby, který respektuje potřeby pacienta, vidí jako cestu k nemocnému 57 (13,26 %) všeobecných sester. 55 (12,79 %) podporuje u pacientů změnu životního stylu a 31 (7,21 %) nabízí alternativní terapeutické metody nebo přístupy. Variantu jiné zvolili 3 (0,70 %) respondenti. Jejich odpovědi byly: psychiatrické konzilium, infuzní terapie a nasogastrická sonda, setkání s osobou, která poruchu prodělala.

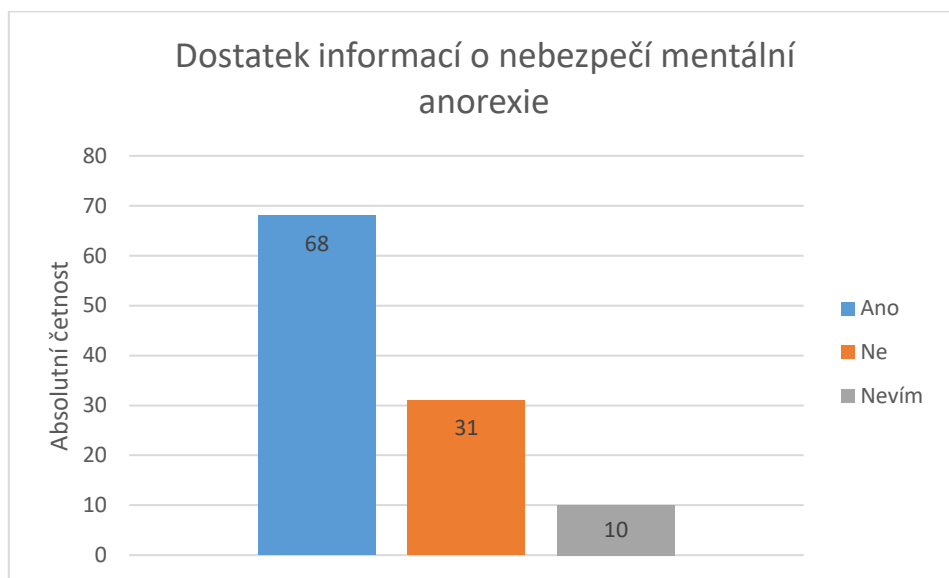
Otázka č.15: Co je podle Vás nejdůležitější sledovat při péči o pacienty trpící mentální anorexií

Tabulka 2 Nejdůležitější věci při sledování pacienta s MA

Faktory	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Příjem stravy a tekutin	41	23,56
Psychický stav	33	18,96
Hmotnost	30	17,24
Změny nálad	17	9,77
Laboratorní výsledky krve	9	5,17
Zvracení	8	4,60
Pokroky pacienta a přístup k léčbě	7	4,02
Celkový stav pacienta	7	4,02
BST (Body State Test)	6	3,45
Přehnaná fyzická aktivita	5	2,87
Podvody u jídla	3	1,72
Spolupráce s rodinou	2	1,15
Spánek	2	1,15
Kožní změny	1	0,58
Stolici	1	0,58
Menstruaci	1	0,58
BMI	1	0,58
Celkem	174	100

V otázce č. 15 se shromáždilo celkem 174 odpovědí (100 %). Nejčastější odpovědí byla odpověď příjem stravy a tekutin, která nasbírala 41 (23,56 %). Psychický stav je také považován za důležitý ke sledování, myslí si to 33 (18,96 %) osob. 30 (17,24 %) z tázaných napsalo hmotnost, 17 (9,77 %) změny nálad. Jako důležité sledovat laboratorní výsledky krve označilo 9 (5,17 %) a zvracení 8 (4,60 %) respondentů. Pokroky pacienta a přístup k léčbě a celkový stav pacienta uvedlo 7 (4,02 %) všeobecných sester. BST uvedlo 6 (3,45 %) z dotázaných, přehnanou fyzickou aktivitu 5 (2,87 %) a podvody u jídla 3 (1,72 %). 2 (1,15 %) lidé odpověděli spolupráce s rodinou a spánek. 1 (0,58 %) dotázaný odpověděl kožní změny, stolici, menstruaci a BMI.

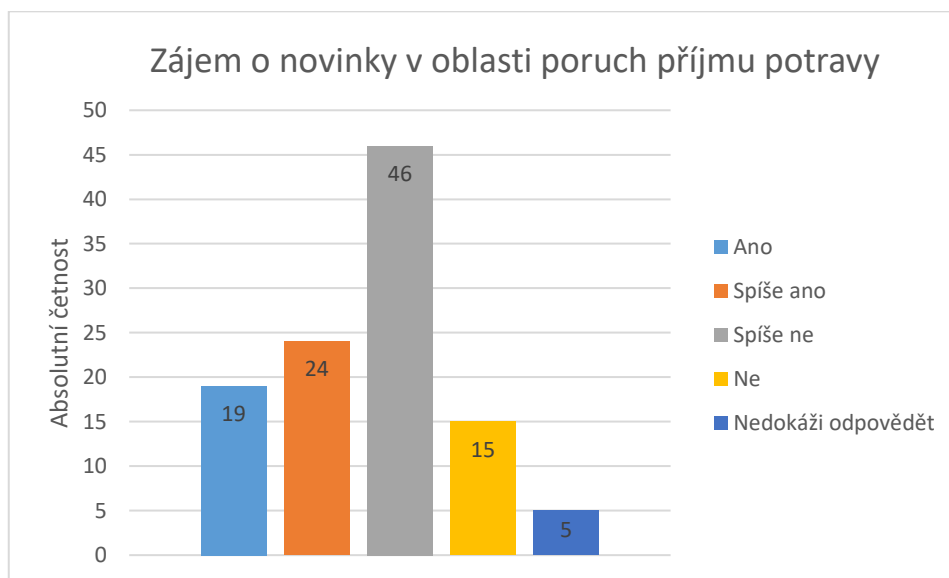
Otázka č. 16: Myslíte si, že je dostatek dostupných informací o nebezpečí tohoto onemocnění?



Graf 17 Dostatek informací o nebezpečí mentální anorexie

Z celkového počtu 109 respondentů (100 %) odpovědělo kladně 68 (62,39 %) z dotázaných. Nedostatek dostupných informací zvolilo 31 (28,44 %) osob. Variantu nevím, zdali je dostatek dostupných informací o nebezpečí mentální anorexie, uvedlo 10 (9,17 %) všeobecných sester.

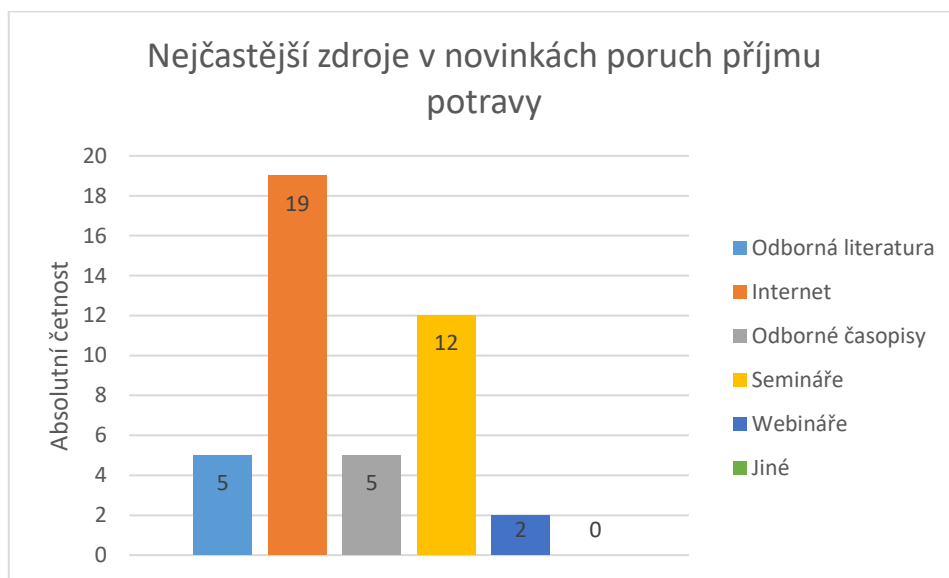
Otázka č. 17: Zajímáte se o novinky v oblasti poruch příjmu potravy?



Graf 18 Zájem o novinky v oblasti poruch příjmu potravy

Ze 109 dotázaných (100 %) se o novinky v oblasti poruch příjmu potravy zajímá 19 (17,43 %). Spíše ano novinky hledá 24 (22,02 %) respondentů. Překvapivě nejvíce 46 (42,20 %) odpovědí bylo spíše ne. Zájem o novinky nevyhledává 15 (13,76 %) lidí. Na tuto otázku nedokázalo odpovědět 5 (4,59 %) všeobecných sester.

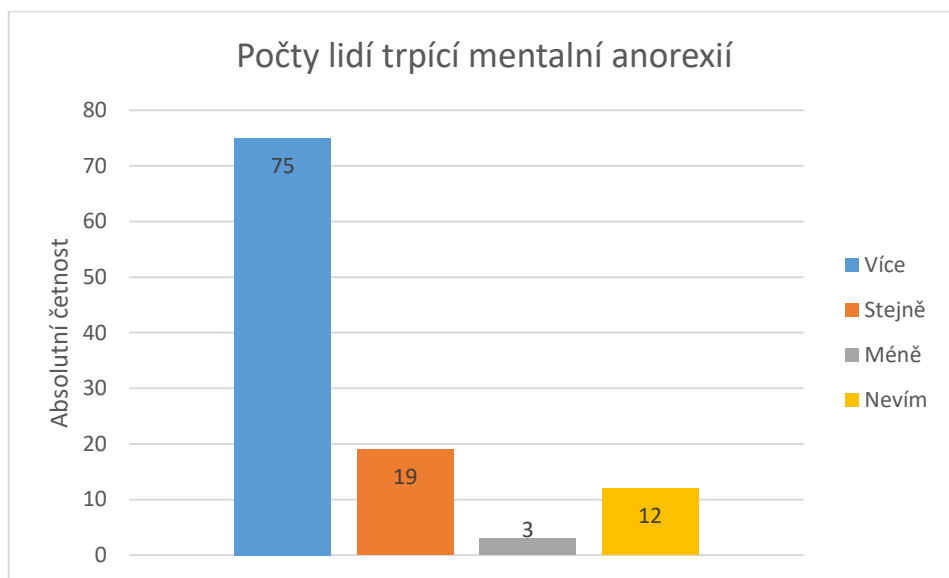
Otázka č. 18: Pokud jste v předešle otázce odpověděli kladně, z jakých zdrojů nejčastěji čerpáte?



Graf 19 Nejčastější zdroje v novinkách poruch příjmu potravy

Variantu ano či spíše ano v předchozí otázce zvolilo 43 respondentů (100 %). Nejvíce dotázaných 19 (44,18 %) čerpá novinky z internetu, 12 (27,91 %) navštěvuje semináře. 5 (11,63 %) z kladných odpovědí zvolilo shodně variantu odborná literatura a odborné časopisy. Webinářů se zúčastňují 2 (4,65 %). Odpověď jiné nezmohl žádný z oslovených.

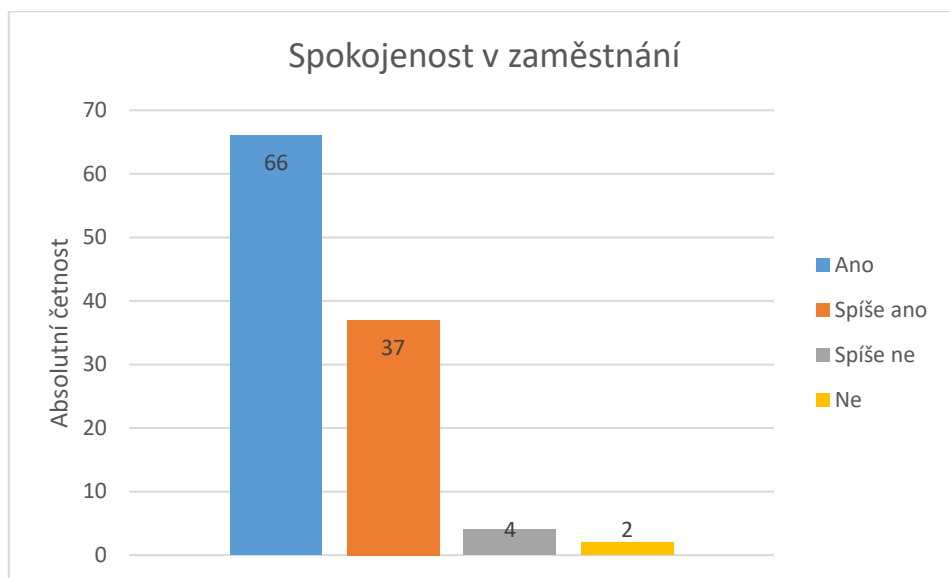
Otázka č. 19: Domníváte se, že lidí trpících mentální anorexií je každým rokem:



Graf 20 Počty lidí trpících mentální anorexií

Z celkového počtu 109 respondentů (100 %) si jich většina 75 (68,81 %) myslí, že počet lidí trpících mentální anorexií každým rokem stoupá. 19 (17,43 %) vidí, že je počet nemocných stále stejný, 3 (2,75 %) dotázaní vidí klesající tendenci. Variantu nevím zvolilo 12 (11,01 %) osob.

Otázka č. 20: Jste ve svém zaměstnání spokojená?



Graf 21 Spokojenost v zaměstnání

Ze 109 dotázaných (100 %) je většina - 66 (60,55 %) ve své práci spokojena, 37 (33,95 %) je spíše spokojena. Pouze 4 (3,67 %) respondenti v zaměstnání spíše nejsou spokojeni a zcela nespokojeny jsou 2 (1,83 %) všeobecné sestry.

Tabulka 3 Výzkumná otázka č. 1: Jaká je motivace k uzdravení a jak předcházet recidivě onemocnění z pohledu všeobecné sestry?

Otázka č. 5: Ve kterém věkovém období jsou nejčastěji Vaši pacienti s mentální anorexií?	Méně než 13 let	13-14 let	15-16 let	17-18 let	Více než 18 let	
Absolutní četnost respondentů (relativní)	7 (6,42 %)	55 (50,46 %)	38 (34,86 %)	4 (3,76 %)	5 (4,59 %)	
Otázka č. 7: Jaká je podle Vás motivace pro pacienta trpící mentální anorexií k uzdravení?	Zdraví	Rodina	Partner	Přátelé	Jiné	
Absolutní četnost respondentů (relativní)	74 (33,18 %)	45 (20,18 %)	49 (21,97 %)	52 (23,32 %)	3 (1,35 %)	
Otázka č. 8: Myslíte si, že pacient trpící mentální anorexií dokáže uzdravit?	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím	
Absolutní četnost respondentů (relativní)	13 (11,93 %)	34 (31,19 %)	51 (46,79 %)	9 (8,26 %)	2 (1,83 %)	
Otázka č. 9: Jakým způsobem se na Vašem oddělení prakticky podílíte na prevenci vzniku a recidivě mentální anorexie?	Rozhovory s pacientem	Edukace pacienta	Práce s psychologem	Letáky	Osobní setkání s jedincem, který poruchu příjmu sám prodělal	Nepodílíme se
Absolutní četnost respondentů (relativní)	75 (28,09 %)	69 (25,84 %)	75 (28,09 %)	8 (3 %)	20 (7,49 %)	20 (7,49 %)
Otázka č. 19: Domníváte se, že lidé trpících mentální anorexií je každým rokem:	Více	Stejně	Méně	Nevím		
Absolutní četnost respondentů (relativní)	75 (68,81 %)	19 (17,43 %)	3 (2,75 %)	12 (11,01 %)		

K dané výzkumné otázce se vztahovaly otázky č. 5, 7, 8, 9 a 19. Nejčastější věk, kdy se všeobecné sestry starají o nemocné s mentální anorexií je 13-14 let (50,5 %) a 15-16 let (35 %). Za největší motivaci k uzdravení označily všeobecné sestry u pacientů návrat ke zdraví (33 %). Hnacím motorem k uzdravení jsou také přátelé (23 %), partner (22 %) a rodina (20 %). I přesto, že většina nemocných touží po zdraví, všeobecné sestry se shodly, že návrat k uzdravení se spíše nekoná (47 %), 8 % dokonce uvádí, že určitě ne. V uzdravení tedy věří méně než polovina z nich. Nemocných trpících mentální anorexií stále přibývá. Na tom se shodlo téměř 79 % z dotázaných. Všeobecné sestry vidí cestu, jak předejít tomuto onemocnění nejvíce v rozhovorech s pacientem (28 %), v práci s psychologem (28 %) a v edukaci pacienta (26 %).

Zajímavé je, že 7,5 % všeobecných sester se prakticky nepodílí na předcházení vzniku a recidivě tohoto onemocnění

Tabulka 4 Výzkumná otázka č. 2: S jakými projevy mentální anorexie se všeobecné sestry nejčastěji setkávají?

Otázka č. 10: S jakými potížemi se nejčastěji setkáváte u nemocných s mentální anorexií?	Gastrointestinálního traktu	Kardiovaskulárního systému	Kožními projevy	Hematologickými problémy	Metabolickými a endokrinními poruchami	S žádnými potížemi jsem se nesetka/la	Jiné		
Absolutní četnost respondentů (relativní)	46 (19,25 %)	29 (12,14 %)	44 (18,41 %)	31 (12,97 %)	80 (33,47 %)	5 (2,09 %)	4 (1,67 %)		
Otázka č. 11: Se kterými projevy mentální anorexie se nejčastěji setkáváte?	Vyhýbání se jídlu	Nezdravě štíhlá postava	Častá kontrola hmotnosti	Změny v chování	Bolest břicha	Nevolnost	Poruchy spánku	S žádnými projevy jsem se nesetkala	Jiné
Absolutní četnost respondentů (relativní)	90 (21,13 %)	88 (20,66 %)	73 (17,13 %)	49 (11,50 %)	31 (7,28 %)	44 (10,33 %)	38 (8,92 %)	4 (0,94 %)	9 (2,11 %)
Otázka č. 12: Setkáváte se u pacientů s mentální anorexií s agresivním chováním?	Často	Občas	Zřídka	Ne					
Absolutní četnost respondentů (relativní)	6 (5,505 %)	45 (41,285 %)	31 (28,44 %)	27 (24,77 %)					
Otázka č. 13: Setkáváte se u pacientů s mentální anorexií se sebevražednými sklony?	Často	Občas	Zřídka	Ne					
Absolutní četnost respondentů (relativní)	18 (16,51 %)	56 (51,38 %)	19 (17,43 %)	16 (14,68 %)					
Otázka č. 14: Jak se chováte k pacientovi, který odmítá spolupracovat oří léčbě mentální anorexie?	Navázání důvěry a respektování autonomie	Podpora při změně životního stylu	Poskytnutí informací o důsledcích nedostatečné léčby mentální anorexie	Zahrnutí rodinných členů nebo blízkých do terapeutického procesu	Nabídnutí alternativních terapeutických metod nebo přístupů	Vytvoření individuálního plánu léčby, který respektuje potřeby pacienta	Poskytnutí emocionální podpory a porozumění	Jiné	
Absolutní četnost respondentů (relativní)	79 (18,37 %)	55 (12,79 %)	68 (15,81 %)	75 (17,44 %)	31 (7,21 %)	57 (13,26 %)	62 (14,42 %)	3 (0,70 %)	

K dané výzkumné otázce se vztahovaly otázky č. 10, 11, 12, 13, 14 a 15. Jako nejčastější potíže, se kterými se všeobecné sestry u nemocných s mentální anorexií setkávají, uvádějí metabolické a endokrinní poruchy (33,5 %), potíže gastrointestinálního traktu (19 %), kožní projevy (18 %), hematologické problémy (13 %) a kardiovaskulární potíže (12 %). Nejčastější projevy mentální anorexie vidí všeobecné sestry ve vyhýbání se jídlu (21 %), nezdravě štíhlé postavě (21 %) a časté kontroly hmotnosti (17 %). Další projevy mentální anorexie jsou podle všeobecné sestry ve změnách chování pacientek (11,5 %), ve stavech nevolnosti (10,5 %), poruchách spánku (9 %) a bolestech břicha (7 %). Ve variantě jiné (2 %) připsaly sestry možnosti sebepoškozování, nadměrnou pohybovou aktivitu, manipulace a podvody s jídlem, vynechávání menstruace, negativismus a nadměrný příjem tekutin. Necelé procento se s žádnými projevy u nemocných nesetkalo. U velkého počtu nemocných mentální anorexií se všeobecné sestry ve své praxi občas setkají s agresivním chováním (41 %), zřídka pak ve 28,5 %. Často řeší agresivní chování pouze 5,5 % všeobecných sester a nikdy se s agresí nesetkalo 25 % z nich. Více než polovina všeobecných sester (51 %) se občas setkává se sebevražednými sklony u nemocných, 16,5 % dokonce často. Z výsledků je vidět ochota všeobecných sester hledat cestu k pacientům, kteří odmítají při léčbě spolupracovat.

Tabulka 5 Výzkumná otázka č. 2: Otázka č.15: Co je podle Vás nejdůležitější sledovat při péči o pacienty trpící mentální anorexií?

Faktory	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Příjem stravy a tekutin	41	23,56
Psychický stav	33	18,96
Hmotnost	30	17,24
Změny nálad	17	9,77
Laboratorní výsledky krve	9	5,17
Zvracení	8	4,60
Pokroky pacienta a přístup k léčbě	7	4,02
Celkový stav pacienta	7	4,02
BST (Body State Test)	6	3,45
Přehnaná fyzická aktivita	5	2,87
Podvody u jídla	3	1,72
Spolupráce s rodinou	2	1,15
Spánek	2	1,15
Kožní změny	1	0,58
Stolici	1	0,58
Menstruaci	1	0,58
BMI	1	0,58
Celkem	174	100

Ve své profesi musí všeobecné sestry reagovat na projevy a potíže spojené s tímto onemocněním. Podle nich je třeba sledovat především příjem stravy a tekutin, psychický stav a hmotnost pacienta a změny nálad. Dále laboratorní výsledky krve, hlídat zvracení, sledovat celkový stav pacienta a pokroky, přístup k léčbě a BST. Je třeba hlídat přehnanou fyzickou aktivitu, podvody u jídla, spánek, kožní změny, stolici, menstruaci a BMI.

Tabulka 6 Výzkumná otázka č. 3: Jaké možnosti dalšího vzdělání v oblasti poruch příjmu potravy všeobecné sestry využívají?

Otázka č. 16: Myslíte si, že je dostatek dostupných informací o nebezpečí tohoto onemocnění?	Ano	Ne	Nevím			
Absolutní četnost respondentů (relativní)	68 (62,39 %)	31 (28,44 %)	10 (9,17 %)			
Otázka č. 17: Zajímáte se o novinky v oblasti poruch příjmu potravy?	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nedokáži odpovědět	
Absolutní četnost respondentů (relativní)	19 (17,43 %)	24 (22,02 %)	46 (42,20 %)	15 (13,76 %)	5 (4,59 %)	
Otázka č. 18: Pokud jste v předešlé otázce odpověděli kladně, z jakých zdrojů nejčastěji čerpáte?	Odborná literatura	Internet	Odborné časopisy	Semináře	Webináře	Jiné
Absolutní četnost respondentů (relativní)	5 (11,63 %)	19 (44,18 %)	5 (11,63 %)	12 (27,91 %)	2 (4,65 %)	0 (0 %)

K dané výzkumné otázce se vztahovaly otázky č. 16, 17 a 18. Všeobecné sestry si myslí, že je dostatek informací o nebezpečí tohoto onemocnění. Tato otázka pomalu naváděla na to, jestli se zajímají sestry o další materiály a informace, které mohou získat. Kladně, tedy ano, myslím si, že je dostatek informací, odpovědělo 62,5 % z dotázaných sester, variantu ne zvolilo 28,5 % a možnost nevím 9 % z nich. Všeobecné sestry se spíše nezajímají o novinky v oblasti poruch příjmu potravy (42 %), 14 % vůbec ne. Možnost spíše ano zvolilo 22 % z dotázaných sester, spíše ano pak 17,5 %. 4,5 % nedokázalo odpovědět. Všeobecné sestry nejčastěji čerpají ze zdrojů na internetu (44 %), seminářích (28 %) a webinářích (5 %). 11,5 % shodně uvedlo, že nejraději má odborné časopisy a odbornou literaturu.

3 Diskuze

Výzkumná otázka č.1: Jaká je motivace k uzdravení a jak předcházet recidivě onemocnění z pohledu všeobecné sestry?

K vyhodnocení této výzkumné otázky jsem využila odpovědi na otázku č. 5, 7, 8, 9 a 19.

Pro srovnání jsem použila Ústavu zdravotnických informací a statistiky (www.uzis.cz), Martinákovou (2021), Krcha a Švédovou (2013), práci Petry Krucinové (2015).

Z grafu č.7 je vidět, že všeobecné sestry se nejvíce shodly na možnosti zdraví, které považují za největší motivaci k uzdravení pacienta s mentální anorexií. Tato varianta získala 33,18 %. Jako další motivační prvek následují přátelé, kteří obdrželi 23,32 % a partner 21,97 %. Hned v závěsu je rodina, kterou jako hnací motor pro své uzdravení označilo 20,18 % všeobecných sester. Po jedné odpovědi obdržely vyhnutí se hospitalizaci pacienta, změna pohledu na sebe a návrat do školy.

Z odpovědí můžeme vysledovat, že nemocnému člověku jde většinou stále o zdraví. I v době své nemoci se touží zcela uzdravit. I když ze zkušeností všeobecných sester vyplývá, že i přes tuto touhu se to často nestává. Z otázky a grafu č. 8 je vidět, že sestry v úplné uzdravení pacienta s mentální anorexií spíše nevěří, a to v 46,79 % a 8,26 % z nich dokonce v uzdravení vůbec nevěří. Možnost úplného uzdravení vidí pouze 11,93 % z oslovených všeobecných sester a naději, že se spíše uzdraví, označilo 31,19 % z nich.

Cílem dlouhodobé zahraniční studie mentální anorexie a bulimie (www.psychiatrist.com) bylo sledovat, zda se ženy z nemoci zcela uzdravily, nebo se jim onemocnění vrátilo. Studie probíhala v Bostonu v Massachusetts General Hospital 25 let. Ženy s mentální anorexií byly hodnoceny po devíti a dvaceti až dvaceti dvou letech sledování. Zahájení studie proběhlo již v roce 1987, poslední sledování je datováno k roku 2013. Studie probíhala formou strukturovaného klinického rozhovoru. Po 22 letech sledování se uzdravilo 62,8 % účastníků s mentální anorexií, po 9 letech to bylo pouze 31,4 % účastníků. U mentální bulimie se po 22 letech uzdravilo dokonce 68,2 % sledovaných žen, po 9 letech bylo procento uzdravených naprosto stejné. Je tedy jasně viditelné, že k zotavení z mentální bulimie došlo dříve, ale z mentální anorexie je to cesta na dlouhou trať. Tyto údaje se staly argumenty proti zavedení paliativní péče pro většinu lidí trpících poruchami příjmu potravy.

Na odpověď, jak předcházet recidivě onemocnění jsem využila otázku č. 9. V ní jasně převažujícími odpověďmi všeobecných sester byl rozhovorem s pacientem a práce s psychologem.

Obě nasbíraly stejné procento, každá 28,09 %. Hned za nimi s 25,84 % je edukace s pacientem. Osobní setkání s jedincem, který poruchu příjmu potravy sám prodělal, vidí jako prevenci 7,49 % všeobecných sester. Seznámení s letáky jako prevenci vzniku a recidivě mentální anorexie by volilo pouze 3 % z nich. Překvapilo mě, že 7,49 % se prakticky nepodílí na předcházení vzniku a recidivě tohoto onemocnění.

Podle Krcha a Švédové (2013) je hlavním cílem, aby pacient projevil vlastní motivaci k léčbě. Pokud tak neučiní a léčba je zahájena bez jeho souhlasu, terapie bude vnímána spíše jako zlo než jako podpora. Léčba poruch příjmu potravy je mimořádně obtížná z mnoha hledisek a vyžaduje značnou empatii, trpělivost, pochopení a efektivní komunikaci. Klíčový je kvalitní

terapeutický vztah s pacientem, ne tolik osobní přístup. Pacienti často překračují hranice léčebného plánu, projevují frustraci a odpor vůči terapii, a někdy dokonce přerušují léčbu. To může být frustrující i pro všeobecné sestry, které vynakládají mnoho úsilí do péče o pacienta a vidí minimální pokrok. Proto je důležité zachovat respekt k pacientovi i v těchto situacích, i když momentálně neprojevuje spolupráci.

Jak se nejenom všeobecným sestrám práce daří v praxi, můžeme vyčíst z grafu č. 19. Snaha sester k tomu, aby se nemocní zcela uzdravili a už se nemoc nevrátila, je sice velká, ale všeobecné sestry se v 68,81 % shodly, že lidí s mentální anorexií každým rokem přibývá. Že je jejich počet stálý, si myslí 17,43 % respondentů. Pouze 2,75 % je přesvědčeno, že pacientů ubývá a 11,01 % neví. Jde o to, jsou-li v přibývání počtu pacientů i ti, kteří již byli léčeni s mentální anorexií, nebo to jsou pouze zcela noví klienti. Podle výzkumu je však jasné, že více než polovina sester je přesvědčená o recidivě tohoto onemocnění.

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (www.uzis.cz) péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017 stále stoupá. Poruchy příjmu potravy (diagnózy F50.0 – F50.9) tvoří okruh onemocnění, kam patří i mentální anorexie. Je tedy jasné, že přibývá stále pacientů s mentální anorexií. Pouze ve čtyřech krajích byl zaznamenán úbytek nemocných, což mohou být odpovědi všeobecných sester, které zaškrtnly variantu ubývá. Plzeňský kraj měl počet hospitalizovaných v roce 2017 o málo nižší než v roce 2011, v Libereckém, Olomouckém a Jihomoravském kraji byl rozdíl poklesu o něco vyšší.

Z práce Petry Krucinové (2015) je zjevné, že 115 sester si 9 % myslí, že celkové uzdravení je u poruch příjmu potravy možné. 44 % uvedlo odpověď spíše ano, 3 % se domnívá, že z poruch příjmu potravy se nedá uzdravit. Odpověď spíše ne volilo 38 %, možnost nevím 6 % sester. Podle výzkumu Petry Krucinové (2015) jedinci, již prodělali poruchu příjmu potravy, mají tendenci se k tomuto problému vracet. Odpověď spíše ano uvedlo 49 % sester, 5 % se domnívá, že jedinci nemají tendenci se k tomuto problému vracet. Možnost spíše ne volilo 10 % sester, 9 % neví a 10 % uvedlo odpověď občas.

V otázce č. 5 se více než polovina všeobecných sester (50,46 %) vyjádřila, že většina nemocných, kteří trpí mentální anorexií, jsou mezi rokem 13-14. 34,86 % dotázaných zvolilo variantu mezi 15.-16. rokem. Ostatní možnosti neatakovaly ani hodnotu 10 %. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (www.uzis.cz) péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR bylo v roce 2017 v psychiatrických ambulancích léčeno celkem 3 731 pacientů s touto diagnózou, z nichž 90 % byly ženy. Pacienti, kteří se léčili poprvé v životě s touto nemocí v daném roce, představovali téměř 37 % všech léčených. Co se týče věkového rozložení, 12 % pacientů s diagnózou F50 bylo ve věku 0–14 let, zatímco 32 % bylo ve věku 15–19 let a 56 % bylo starších 20 let. Z těchto dat můžeme usoudit, že počty procent ve vyšším věku zvyšují jiné poruchy příjmu potravy, nebo fakt, že se věk onemocněných mentální anorexií snižuje. Já si osobně myslím to druhé. Děti čím dál více tráví čas na sociálních sítích a internetu a riziko vzniku jakýchkoliv poruch příjmu potravy, tedy i mentální anorexie, se zvyšuje. Martináková (2021) zjistila, že sledování instagramových profilů a čtení blogů zaměřených na zdravou výživu a diety, zejména v době distanční výuky a lockdownu, vzbuzuje u mladých lidí dojem, že jsou tato témata velmi moderní a důležitá. Během terapeutických rozhovorů s pacienty se ukázalo, že mladí lidé obvykle nevidí, do jaké míry jsou ovlivněni sociálními sítěmi.

Výzkumná otázka č.2: S jakými projevy mentální anorexie se všeobecné sestry nejčastěji setkávají?

K vyhodnocení této výzkumné otázky jsem využila odpovědi na otázku č. 10, 11, 12 a 13. Návaznost na výzkumnou otázku č. 2 jsou odpovědi na otázky č. 14 a 15.

Pro srovnání jsem použila práce Petry Krucinové (2015) a Lucie Kyjovské (2014).

Z otázky a grafu č. 10 je patrné, za nejčastější potíže, se kterými se všeobecné sestry u nemocných s mentální anorexií setkávají, jsou metabolické a endokrinní poruchy (33,47 %), téměř podobné hodnoty dosáhly potíže gastrointestinálního traktu (19,25 %), kožní projevy (18,41 %), o šest procent méně hematologické problémy (12,97 %) a kardiovaskulární potíže (12,14 %). S žádnými projevy mentální anorexie se nesetkalo 2,09% všeobecných sester. Tři z dotázaných uvedly variantu jiné psychické potíže a jedna nízké BMI, což je pouze 1,67 % z respondentů.

Z otázky a grafu č. 11 je zřetelné, že za nejčastější projevy mentální anorexie považují všeobecné sestry vyhýbání se jídlu (21,13 %), touhu po nezdravě štíhlé postavě (20,66 %) a častou kontrolu hmotnosti (17,13 %). Tyto věci spolu úzce souvisí. Pokud se pacientka vyhýbá jídlu, tím ztrácí hmotnost, kterou často kontroluje, a tím dochází k nezdravě štíhlé postavě. Jako další projevy mentální anorexie vidí všeobecné sestry ve změnách chování patientek (11,50 %), ve stavech nevolnosti (10,33 %), poruchy spánku (8,92 %) a bolesti břicha (7,28 %). Ve variantě jiné (2,11 %) připsaly sestry možnosti sebepoškození, nadměrnou pohybovou aktivitu, manipulace a podvody s jídlem, vynechávání menstruace, negativismus a nadměrný příjem tekutin. Necelé procento se s žádnými projevy u nemocných nesetkalo (0,94%).

Pro srovnání: Petra Krucinová (2015) ve své práci uvádí, že 115 sester 6 % mezi nejčastější projevy příjmu potravy v profesi uvádí poruchy spánku, 20 % vyhublost, nevolnost a bolesti břicha 17 % sester. Odmítání a vyhýbání se jídlu uvedlo 19 % sester a změny chování, jež mohou být nejčastějším projevem poruch příjmu potravy v profesi se domnívá 18 %. Častou kontrolu hmotnosti a vážení uvádí 7 % a 10 % si myslí, že mezi nejčastější projevy poruch příjmu potravy patří záměrné schovávání a vyhazování jídla. 3 % se nesetkaly s projevy poruch příjmu potravy ve své profesi.

Z otázky a grafu č. 12 můžeme vyčíst, že u velkého počtu nemocných mentální anorexií se všeobecné sestry ve své praxi občas setkají s agresivním chováním (41,245 %), zřídka pak ve 28,44 %. Často řeší agresivní chování pouze 5,505 % všeobecných sester a nikdy se s agresí nesetkalo 24,77 % z nich.

V porovnání s prací Lucie Kyjovské (2014), která testovala podobný počet respondentů (104), 76 % je občas ve styku s agresivními pacienty, 15 % v denním kontaktu a 9 % se s agresivními pacienty setkává pouze výjimečně. Testovým vzorkem byly sestry pečující i o jiné psychicky nemocné pacienty, nejenom nemocné mentální anorexií.

Otázka a graf č. 13 ukazuje na výskyt sebevražedných sklonnů u pacientů s mentální anorexií. Více než polovina všeobecných sester (51,38 %) se občas se sebevražednými sklony setkává, 16,51 % dokonce často. Jen zřídka mají pacienti sklon u nemocných k sebevraždě uvádí 17,43 % všeobecných sester a 14,68 % se s těmito sklony nikdy nesetkalo.

V porovnání s prací Lucie Kyjovské (2014), která uvádí, že 63 % sester občas je v kontaktu s pacienty se sebevražednými sklony, 20 % se s nimi pak setkává denně, 14 % výjimečně a 4 % dotázaných se s pacientem s myšlenkami na ukončení života nikdy nesetkali.

Z otázky a grafu č. 15 vidíme návaznost na tuto druhou výzkumnou otázku, co je nejdůležitější sledovat u pacientů s mentální anorexií. Z odpovědí všeobecných sester vidíme, jak ve své profesi musí reagovat na projevy a potíže spojené s tímto onemocněním. Nutnost sledování příjmu stravy a tekutin, psychický stav a hmotnost pacienta vidí jako stěžejní okolo 20 % všeobecných sester, změny nálad 10 %, 5 % sester sleduje laboratorní výsledky krve, 4 % hlídají zvracení, celkový stav pacienta a pokroky a přístup k léčbě. Další možnosti pod 4 % byly uvedeny BST, přehnaná fyzická aktivita, podvody u jídla, spánek, kožní změny, stolice, menstruace a BMI. U otázky a grafu č. 14 vidíme ochotu všeobecných sester hledat cestu k pacientům, kteří odmítají při léčbě spolupracovat. Sestry se snaží navázat důvěru a respektovat autonomii pacienta, zahrnují rodinné členy nebo blízké do terapeutického procesu, poskytují informace o důsledcích nedostatečné léčby mentální anorexie a emocionální podporu a porozumění. Vytvářejí individuální plán léčby, který respektuje potřeby pacienta, podporují u pacientů změnu životního stylu a nabízejí alternativní terapeutické metody nebo přístupy. To vše svědčí o nesmírné zapálenosti všeobecných sester do své práce, o touze nemocnému za každou cenu pomoci i přes jeho odmítání.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké možnosti dalšího vzdělání v oblasti poruch příjmu potravy všeobecné sestry využívají?

K vyhodnocení této výzkumné otázky jsem využila odpovědi na otázku č. 16, 17 a 18.

Pro srovnání jsem použila práce Barbory Čechové (2017), Petry Krucinové (2015) a Lucie Kyjovské (2014).

Otázka a graf č. 16, zdali si všeobecné sestry myslí, že je dostatek informací o nebezpečí tohoto onemocnění, pomalu naváděla k tomu, jestli se sestry zajímají o další materiály a informace, které mohou získat. Kladně, tedy ano, myslím si, že je dostatek informací, odpovědělo 62,39 %, variantu ne zvolilo 28,44 % z dotázaných sester. V obou těchto odpovědích vidím zájem sester o sledování nových a dostupných informací k daným diagnózám. Varianta nevím, kterou vybralo 9,17 % z nich, může signalizovat nezájem sester o informace, nebo moji druhou myšlenku, že opravdu nevědí, zdali je dostatek informací, že by jich mohlo být více. Věřím, že tomu ve většině případů tak bylo, a moje druhá myšlenka je správná.

Z porovnání prací Barbory Čechové (2017): 63,13 % souhlasí s odpovědí, že je pro veřejnost mnoho dostupných informací o poruchách příjmu potravy, 13,75 % si myslí, že informací je málo, 23,13 % zvolilo odpověď nevím.

Z otázky a grafu č. 17, zdali se všeobecné sestry zajímají o novinky v oblasti poruch příjmu potravy překvapivě odpovědělo 42,20 % dotázaných, že spíše ne, 13,76 % vůbec ne. Opět spekuluji nad možností, že jde už o zkušené sestry, kterým praxe dala tolik, že už jim semináře, webináře, odborná literatura a jiné nic nedávají. Tomu odpovídá i otázka a graf č. 1 a č. 4, kde můžeme vyčíst, že vzorek mé výzkumné práce tvoří především zkušené sestry, v 27,52 % dokonce ve věku 49-58 let (otázka a graf č.1) a 42,20 % jsou všeobecné sestry s délkou praxe nad 20 let (otázka a graf č.4). Možnost spíše ano zvolilo 22,02 % z dotázaných sester, spíše ano pak 17,43 %. 4,59% nedokázalo odpovědět.

Všeobecné sestry, které v otázce o novinkách odpověděly kladně, v otázce č.18 odpovídaly, z jakých nejčastějších zdrojů čerpají. 44,18 % hledá na internetu, 27,91 % navštěvuje semináře, pouze 4,65% webináře. 11, 63% shodně uvedlo, že nejraději má odborné časopisy a odbornou literaturu.

Narozdíl od práce Lucie Kyjovské (2014), kde novinky z oboru psychiatrie v 71 % vyhledávají sestry občas, aktivně je vyhledává 18 % sester. Nejčastěji používaným zdrojem informací je také internet, dále pak odborné časopisy. Překvapivě 10 % sester nevyhledává žádné novinky z oboru psychiatrie. Domnívám se, že rozdíl v odpovědích může být dán délkou praxe respondentů, v práci Lucie Kyjovské pouze 28,85 % dotázaných má praxi více než 20let.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Nemocných s mentální anorexií a vůbec poruchami příjmu potravy neustále roste. Jejich věk se posouvá stále do nižších čísel, více než polovina nových případů začíná už na základní škole. Proto je nezbytné začít s edukací o prevenci poruch příjmu potravy již na základních školách. To může pomoci zvýšit povědomí mladých lidí o těchto problémech a poskytnout jim nástroje k prevenci a zvládání tohoto onemocnění. Takový přístup může vést k poklesu výskytu poruch příjmu potravy v budoucnosti. V dnešní době je spousta odborné literatury, příběhů, knih i filmů či dokumentů o lidech, kteří osobně prodělali toto onemocnění. Mladí lidé by měli cokoliv o této problematice zhlédnout, či si přečíst.

Prevence poruch příjmu potravy na základních školách by měla podle mého pohledu zahrnovat několik důležitých kroků. Prvním z nich je vytvoření pozitivního prostředí, kde se děti cítí dobře, bez ohledu na svůj vzhled.

Důležitá je také edukace o zdravém stravování a aktivním životním stylu. Děti by měly dostávat informace o tom, jaké potraviny jsou pro ně dobré a jaký vliv má pohyb na jejich zdraví a pohodu.

Školy mohou také poskytovat psychologickou podporu a poradenství pro děti, které se potýkají se stresem nebo nízkým sebevědomím. Důležité je, aby se děti naučily zvládat emocionální obtíže způsobené školou, rodinou, nebo vrstevníky, aniž by se uchýlovaly ke špatným stravovacím návykům.

Nakonec je důležité zapojení rodičů a rodiny do prevence. Rodiče mohou doma podporovat zdravé stravovací a životní návyky a vytvářet otevřené prostředí, kde se děti mohou cítit svobodně a otevřeně hovořit o svých pocitech a obavách. Společně mohou rodiny vytvořit pevnou oporu, která pomůže dětem vyrovnat se s různými výzvami. Tím bude dle mého prevence poruch příjmu potravy úspěšnější.

Podle mého názoru je důležité aktivně motivovat sestry k dalšímu vzdělávání, i když mají dlouholetou praxi. Může to být prostřednictvím nabídky kurzů, workshopů nebo odborných konferencí, které se zaměřují na nové přístupy a postupy v léčbě poruch příjmu potravy. Služebně starší sestry už málo využívají možnosti dalšího vzdělávání. Motivací pro zkušené sestry může být i finanční ohodnocení za další vzdělávání.

Zaujala mě dlouhodobá zahraniční studie, která sledovala pacientky po dobu 22 let, tedy jejich vývoj v čase. Myslím si, že takový výzkum by měl velký význam nejenom pro zdravotní sestry. Mohl by pomoci lépe a včas odhalit poruchy příjmu potravy.

Závěr

Cílem výzkumu bylo zjistit specifika péče o pacienty trpící mentální anorexií a praktické zkušenosti v péči o tyto pacienty z pohledu všeobecných sester. Zjistila jsem, jak všeobecné sestry pracují s pacienty s mentální anorexií, jak motivují pacienty k uzdravení a podílejí se na prevenci vzniku a recidivy tohoto onemocnění. Jaké nástrahy mohou očekávat při péči o tyto pacienty, jako je jejich agresivní chování či sebevražedné sklony, které jsou velmi časté. Jak se sestry chovají, pokud pacient léčbu odmítá.

Ošetrovatelská péče je nejen fyzická, ale i psychická a předpokládá i sociální pomoc pacientům s mentální anorexií. Všeobecné sestry musí sledovat stav pacienta, plánovat péči a poskytovat podporu nejen samotným pacientům, ale i jejich rodinám. Je nezbytná spolupráce mezi všeobecnými sestrami, lékaři, psychology a dalšími členy týmu zdravotnických pracovníků. Tato spolupráce a přístup k pacientovi je nejdůležitější pro úspěšnou léčbu mentální anorexie. Je nutné, aby všeobecné sestry dbaly na svůj vlastní psychický a emocionální stav, neboť péče o pacienty s mentální anorexií může být náročná a vyžaduje od nich profesionální přístup a empatii.

Z výsledků je možné říci, že všeobecné sestry hrají velkou roli v poskytování péče o pacienty s mentální anorexií. Jejich znalosti, dovednosti a empatický přístup jsou nezbytné pro léčbu a uzdravení pacientů. Je třeba neustále se vzdělávat a rozvíjet, aby byla zajištěna co nejvyšší péče a podpora pro postižené touto závažnou poruchou stravování, kteří někdy končí i smrtí.

Vytyčené cíle práce byly splněny. O problematice poruch příjmu potravy bylo napsáno mnoho studií, avšak žádná z nich se nevěnovala specificky pohledu všeobecných sester na tuto tematiku. Proto jsem svoji práci zaměřila na toto téma. Přínos vidím také v tom, že tato práce může sloužit jako další zdroj informací ve zkoumané oblasti.

Díky bakalářské práci jsem si prohloubila své znalosti o poruchách příjmu potravy a získala nové poznatky, především o mentální anorexii, které třeba někdy využiji ve své práci.

Seznam použité literatury

Anorexie: *příznaky, léčba (mentální anorexie)* - Vitalion.cz. Nemoci – databáze nemocí - Vitalion.cz [online]. Dostupné z: <https://nemoci.vitalion.cz/anorexie/>

BORDÍK, Daniel. *Výpočet BMI, Body Mass Index – jak se správně provádí?* Online. Rehabilitace.info.2013.[cit.2024-04-15].Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zajimavosti/vypocet-bmi-body-mass-index/>.

ČECHOVÁ, Barbora. *Poruchy příjmu potravy u mladistvých – anorexie, bulimie*. Online. 2017. [cit.2024-04-02].Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/40166/%C4%8Dechov%C3%A1_2017_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora*. 2007. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.

ILEČKO, Tomáš. *Online BMI kalkulačka*. [online]. Gymbeam. 2020. [cit. 2024-02-04]. Dostupné z: <https://gymbeam.cz/blog/bmi-kalkulacka/>.

JENDRUCHOVÁ, Michaela. *Jídlo není nepřítel*. 2020. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-0296-9.

KAMRYN T, Eddy. *Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up*. Online.Psychiatrist.com.2017.[cit.2024-04-17].Dostupné z: https://www.psychiatrist.com/jcp/recovery-from-anorexia-and-bulimia-at-year-follow-up/?fbclid=IwAR16E6oamA1ZTnw35D3mTgZA111y41xE63D_1PCKEr5Xaf8biwjyuaxvNbY_aem_ASewrSQLxmark6xZZUrHjNT981UpyEbrGlz-nltKUr36DWeeyDP8fM3g-vMY0QnvlBjmJzC6oPnY-HQoynW4qCnV.

KRCH, František David a Jarmila ŠVÉDOVÁ. 2013. *Příručka pro zdravotníky, aneb, Různé tváře poruch příjmu potravy*. knihovna.anabell.cz. ISBN 978-80-905436-5-2. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/>

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2010. Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRUCINOVÁ, Petra. *Pohledy zdravotních sester na problematiku poruch příjmu potravy*. Online. 2015. [cit. 2024-04-02]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ajnbid/13647868>.

KYJOVSKÁ, Lucie. *Specifika ošetrovatelské péče o psychicky nemocné*. Online. 2014. [cit. 2024-04-02].Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/27962/kyjovsk%C3%A1_2014_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

LUPÍNKOVÁ, Martina. *Toho dna se dotýkám už málo*. Praha: wo-men, 2022. ISBN 978-80-909741-8-7.

MARTINÁKOVÁ, Eva. *Pár aktuálních psychologických postřehů k mentální anorexii*. [online]. Kett.cz 2021. [cit. 2024-02-04]. Dostupné z: <https://klett.cz/blog/2021/11/08/par-aktualnich-psychologickych-postrehu-k-mentalni-anorexii/>.

- MEISNEROVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty*. [online]. Admin.cz. 2013. [cit. 2024-02-04]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/08.pdf>.
- MIDDLETON, Kate a SMITH, Jane. *První krok z poruchy příjmu potravy*. 2013. England: Doron, 2013. ISBN 978-80-7297-155-2.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh*. 2012. Praha: Psychiatrické centrum, 2012. ISBN 978-80-87142-18-9.
- Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017*. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2018. [cit.2024-04-02]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/>.
- PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva. *Ošetřovatelství v Psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PROCHÁZKOVÁ, Lenka a ŠEVČÍKOVÁ, Jana Sladká. *Poruchy příjmu potravy*. 2017. Praha 2: Pasparta Publishing, 2017. ISBN 978-80-88163-46-6.
- PROCHÁZKOVÁ, Petra; ROUBALOVÁ, Radka a PAPEŽOVÁ, Hana. Mentální anorexie a mikrobiom. *Vesmír*. Praha, 2022, 101(11), 682-685. ISSN 1214-4029.
- RABOCH, Jiří. *Duševní zdraví a životní styl*. 2019. Praha 4: Mladá fronta, 2019. ISBN 978-80-204-5501-7.
- RINGWOOD, Susan et al. 2012. *The beat guide understanding eating disorders*. Norwish: Wensum House. ISBN 978-0-9574686-0-3
- UHLÍKOVÁ, Petra. *Poruchy příjmu potravy*. [online]. Addp.cz. 2019. [cit. 2024-02-04]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/poruchy-prijmu-potravy/>.
- VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 2013. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.
- VILÍMOVSKÝ, Michal. *Mentální anorexie: příčiny, příznaky, diagnostika a léčba*. [online]. Medlicker. 2016. [cit. 2024-02-04]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/360-mentalni-anorexie-priciny-priznaky-diagnostika-a-lecba>.

Seznam grafů

Graf 1 Věk respondentů	26
Graf 2 Pohlaví respondentů	27
Graf 3 Vzdělání všeobecných sester	28
Graf 4 Délka praxe respondentů v oboru.....	29
Graf 5 Nejčastější výskyt mentální anorexie podle věku	30
Graf 6 Nejčastější spouštěče vzniku mentální anorexie	31
Graf 7 Rozdělení četností odpovědí v rámci kategorie jiné	31
Graf 8 Motivace pro pacienta k uzdravení.....	32
Graf 9 Víra v uzdravení pacienta s mentální anorexií	33
Graf 10 Podílení se na prevenci vzniku a recidivě mentální anorexie	34
Graf 11 Nejčastější potíže při mentální anorexií	35
Graf 12 Nejčastější projevy mentální anorexie	36
Graf 13 Rozdělení četností odpovědí v rámci kategorie jiné	36
Graf 14 Výskyt agresivního chování u pacientů s mentální anorexií	37
Graf 15 Výskyt sebevražedných sklónů u pacientů s mentální anorexií.....	38
Graf 16 Chování k pacientovi bez spolupráce při léčbě mentální anorexie.....	39
Graf 17 Dostatek informací o nebezpečí mentální anorexie	41
Graf 18 Zájem o novinky v oblasti poruch příjmu potravy.....	42
Graf 19 Nejčastější zdroje v novinkách poruch příjmu potravy	43
Graf 20 Počty lidí trpící mentální anorexií	44
Graf 21 Spokojenost v zaměstnání.....	45

Seznam tabulek

Tabulka 1 Klasifikační tabulka pro BMI	9
Tabulka 2 Nejdůležitější věci při sledování pacienta s MA.....	40
Tabulka 3 Výzkumná otázka č. 1: Jaká je motivace k uzdravení a jak předcházet recidivě onemocnění z pohledu všeobecné sestry?	46
Tabulka 4 Výzkumná otázka č. 2: S jakými projevy mentální anorexie se všeobecné sestry nejčastěji setkávají?	48
Tabulka 5 Výzkumná otázka č. 2: Otázka č.15: Co je podle Vás nejdůležitější sledovat při péči o pacienty trpící mentální anorexií?	49
Tabulka 6 Výzkumná otázka č. 3: Jaké možnosti dalšího vzdělání v oblasti poruch příjmu potravy všeobecné sestry využívají?	50

Seznam zkratek

Bc.	Titul bakalář
BMI	Body Mass Index
BST	Body Shape Test
CRP	C-reaktivní protein
Dis.	Diplomovaný specialista
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
JIP	Jednotka intenzivní péče
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MA	Mentální anorexie
Mgr.	Titul magistr
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
SŠ	Střední škola
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Havlíčkův brod

Příloha č. 3 Žádost o umožnění dotazníkového šetření – Jihlava