

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Specializace ve zdravotnictví

Nutriční terapeut



**Barbora Dvořáková**

Význam nutriční péče u poruch příjmu potravy  
Eating disorders and the importance of nutrition

Bakalářská práce

Praha 2020

## **Prohlášení**

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

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

V Praze, 20.6.2020

Barbora Dvořáková

.....

podpis

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování své vedoucí práce Mgr. et Bc. Aleně Teofil za vedení mé bakalářské práce, cenné rady a trpělivost. Chtěla bych také poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu za ochotu spolupracovat. Nakonec bych ráda poděkovala své rodině a blízkým za jejich trpělivost a podporu.

### **Identifikační záznam**

DVOŘÁKOVÁ, Barbora. Význam nutriční péče u poruch příjmu potravy. [Eating disorders and the importance of nutrition]. Praha, 2020. 52 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu. Vedoucí práce Mgr. et Bc. Alena Teofil.

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy, především mentální anorexií a mentální bulimií. Začátek teoretické části přibližuje téma poruch příjmu potravy, jejich vymezení a rizikové faktory. Hlavní část bakalářské práce se soustřeďuje na léčbu poruch příjmu potravy, na které se podílí celý tým profesionálů. Kapitola o terapii je nejvíce zaměřena na úlohu nutričního terapeuta při zvládnutí mentální anorexie a mentální bulimie. Práce obsahuje hodnocení stavu výživy, formy realimentace a vhodný jídelní režim. Další kapitola představuje zdravotní komplikace, které se s chorobou neodmyslitelně pojí. Závěr teoretické části vysvětluje pojem relaps a zahrnuje body, jak mu předcházet.

Praktická část je tvořena rozhovorem s respondentkami, které mají zkušenost s poruchami příjmu potravy. Cílem výzkumu je zjištění, jak postupoval nutriční terapeut při léčbě jejich onemocnění a jak důležitá pro ně s ním byla spolupráce. Dalším cílem bylo zjistit, zdali se respondentky nyní stravují dle doporučených rad.

**Klíčová slova:** poruchy příjmu potravy, nutriční terapie, mentální anorexie, mentální bulimie, léčba

## **Abstract**

This bachelor thesis encompasses problematics of eating disorders, primarily anorexia nervosa and bulimia nervosa. The beginning of the theoretical parts approached eating disorder, their definition and risk factors. The main part of the thesis is focuses on the treatment of eating disorders with cooperation team of professionals. The chapter on therapy is mainly focused on the role dietitian in treatment mental anorexia and mental bulimia. The thesis describes an evaluation of the nutritional status, forms of realimentation and a suitable diet. Next chapter define health complications that are an integral part of the disease. Conclusion of the theoretical part explains the term of relapse and includes the points how to prevent it.

Practical part consists of an interview with respondents who have an experience with eating disorders. The aim of this research is to find out how nutritional therapist proceeded in the treatment of their diseases and how important was the cooperation with him for them. Next aim was to find out if the respondents eat according to the recommended advice now.

**Keywords:** eating disorders, nutrition therapy, anorexia nervosa, bulimia nervosa, therapy

# OBSAH

ÚVOD .....	9
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	10
1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	10
1.1 Příčiny vzniku .....	11
1.2 Vztah k jídlu .....	12
2. VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	13
2.1 Mentální anorexie .....	13
2.1.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie .....	13
2.1.2 Průběh a prognóza .....	14
2.2 Mentální bulimie .....	14
2.2.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie .....	15
2.2.2 Průběh a prognóza .....	15
3. MALNUTRICE .....	17
4. DIAGNOSTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	18
5. LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	19
5.1 Psychoterapie .....	20
5.2 Farmakoterapie .....	20
5.3 Formy péče .....	21
6. NUTRIČNÍ TERAPIE .....	23
6.1 Hodnocení stavu výživy .....	24
6.2 Realimentace a nutriční podpora .....	25
6.3 Nutriční terapie u mentální anorexie .....	28
6.4 Nutriční terapie u mentální bulimie .....	29
6.5 Jídelní režim .....	30
6.6 Edukace .....	31
7. ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE .....	32
8. RELAPS A JEHO PREVENCE .....	33
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	35
9. METODIKA .....	35
9.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky .....	35
9.2 Použité metody .....	35
9.3 Metoda sběru dat .....	35
9.4 Výzkumný soubor .....	36

9.5 Analýza dat.....	36
9.6 Etické aspekty výzkumu .....	36
9.7 Okruhy otázek .....	37
10. VÝSLEDKY .....	38
10.1 Jak postupuje nutriční terapeut v péči o pacienty s poruchami příjmu potravy.....	38
10.2 Jakou důležitost přikládají pacientky nutriční terapii .....	40
10.3 Vliv nutriční terapie na nynější stravování respondentek .....	43
11. DISKUZE .....	44
11.1 Struktura práce .....	44
11.2 Limity výzkumu.....	44
11.3 Interpretace výsledků .....	44
12. ZÁVĚR .....	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	48
PŘÍLOHY .....	51
Příloha č.1- Seznam tabulek.....	51
Příloha č.2- Seznam obrázků.....	52



## ÚVOD

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou závažným psychickým onemocněním a nesou s sebou mnoho komplikací. Jedná se o onemocnění charakterizované poruchou jídelního chování a narušeným vnímáním vlastního těla. Mnoho lidí tuto chorobu vnímá spíše jako estetický problém, ale je spojena s řadou závažných tělesných i psychických následků a mnohdy může končit letálně. V dnešní době stoupá počet pacientů s diagnózou PPP a rozšiřuje se do mladších věkových skupin. Dochází k posunutí věkové hranice, kdy děti pociťují nespokojenost s vlastním tělem. Častěji postihuje dívky a ženy, ale ani mužské pohlaví není výjimkou. Papežová uvádí, že dosud není znám jeden důvod výskytu, ale nejspíše se jedná o souhrn mnoha rizikových faktorů. Nebezpečnost tohoto onemocnění spočívá zejména v tom, že si nemocní diagnózu nepřipouštějí a nemají na ni potřebný náhled (Navrátilová & Hamrová, 2009).

Vzhledem k povaze poruch příjmu potravy musí léčba probíhat pod dohledem multidisciplinárního týmu, jehož součástí je také nutriční terapeut. Nutriční terapeut je nelékařskou zdravotnickou profesí, vykonává povolání v rámci preventivní péče na úseku klinická výživa a specifické ošetrovatelské péče zaměřené na uspokojování nutričních potřeb. Také se podílí ve spolupráci s lékařem na léčebné a diagnostické péči v oboru klinická výživa (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Tato práce se zabývá postavením nutričního terapeuta při léčbě těchto poruch, zejména u mentální anorexie a mentální bulimie. Cílem teoretické části je seznámení s poruchami příjmu potravy, přiblížení průběhu léčby a kompetence nutričního terapeuta při terapii PPP. Součástí teoretické části je jídelní režim a příklad jídelníčku pro nárůst hmotnosti u anorektických pacientek. Výzkum se zaměřuje na postup nutričního terapeuta při léčbě poruch příjmu potravy a jakou váhu přikládají pacientky této profesi v terapii PPP.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (PPP) jsou spektrem závažných psychických onemocnění, které jsou multifaktoriálně podmíněné. Od šedesátých let 20. století výskyt PPP výrazně stoupá, a to především u dívek a žen ve věku 12-25 let (Krch, 1999). Ženské pohlaví bývá postihováno častěji než mužské, se zastoupením 96 % u žen a 4 % u mužů. PPP jsou charakterizovány poruchou myšlení a jednání ke vztahu k jídlu a vlastnímu vzhledu, dochází ke kontrolování výživy a neustálému se zabývání jídlem na úkor jiných aktivit (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006). V porovnání s ostatními psychiatrickými diagnózami patří poruchy příjmu potravy, zejména mentální anorexie a mentální bulimie, mezi onemocnění s nejvyšší úmrtností. Porucha je spojená s odmítáním potravy, které vyústí v sekundární somatické důsledky, které bývají mnohdy závažné a mohou končit letálně (Navrátilová & Hamrová, 2009).

*„Poruchy příjmu potravy jsou považovány za kontinuum patologického jídelního chování od nejzávažnější jednotky anorexia nervosa (AN) a bulimia nervosa (BN) po psychogenní přejídání, noční přejídání a s nimi spojenou obezitu. Jedná se o multifaktoriálně podmíněné onemocnění, které je nutno posuzovat i léčit v širším bio-psycho-sociálním kontextu“ (Papežová, 2010, s. 126).*

Historie poruch příjmu potravy sahá do daleké minulosti. Odmítání jídla a půsty byly již dříve součástí náboženských obřadů, rituálů a protestů. Od roku 1908 se módním trendem stává štíhlost a přibývají nízkosacharidové a nízkotučné diety. V roce 1970 švédský psychiatr S. Theander varuje před velkým nárůstem poruch příjmu potravy a o devět let později vznikají první speciální zařízení pro nemocné s touto poruchou. Světová zdravotnická organizace v roce 1987 prohlásila mentální anorexii a bulimii za závažný problém světové populace. Od té doby jsou vyhlášovány preventivní a podpůrné programy a poruchy příjmu potravy jsou chápány jako onemocnění se závažnými tělesnými důsledky (Navrátilová & Hamrová, 2009). *Ovšem až v posledním století se utvářela podoba této diagnostické jednotky a definice jejich psychologických, somatických a sociálních následků (Papežová, 2010, str. 23).*

Nyní se v klinické praxi PPP definují dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a pro výzkum se užívá Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-IV). DSM-IV klasifikace dělí anorexii na restriktivní a purgativní typ a u bulimie přesněji vymezuje přejídání a zvracení. Diagnóza je spolehlivá při splnění všech diagnostických bodů. Při chybění jednoho nebo více diagnostických bodů, ale při současném typickém klinickém obrazu, se jedná o atypickou formu a léčba se neliší od typických forem (Papežová, 2010).

## 1.1 Příčiny vzniku

Na vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy se podílí celá řada psychosociálních a biologických faktorů. Anorexie a bulimie mohou být důsledkem souhry sociálních a kulturních faktorů, nešťastných životních situací, chronických obtíží a také biologických a genetických faktorů. Poruchy příjmu potravy zaujímají třetí místo nejčastěji se vyskytujících zdravotních problémů dospívajících dívek a mladých žen, ihned po astmatu a obezitě (Krch, 2004). Rizikovou skupinou jsou modelky, tanečnice, sportovkyně a jedinci zaměřující se na zdravou stravu a výkon (Papežová, 2018). Na počátku onemocnění bývá většinou dieta za cílem zhubnout, jíst zdravě nebo změnit svoji postavu, překročit přiměřenou míru v hubnutí nebo zdravé výživě je pak velice lehké (Krch, 2016).

Jedním z rizikových faktorů je ženské pohlaví. Dle Papežové (2010) onemocní ženy anorexií a bulimií 10x častěji než muži a záchvaty přejídání trpí 2,5x častěji. Muži jsou méně ohroženi zejména proto, že oproti ženám málokdy drží diety a méně jim vadí tloušťka. Ženské pohlaví je rizikové také z hlediska výskytu úzkostných a depresivních poruch, které bývají přítomny u 20-40 % pacientů trpících PPP (Papežová, 2010). Typickým obdobím pro rozvoj PPP je puberta a dospívání, kdy vzrůstá sebeuvědomování, zájem o vrstevníky a dochází ke srovnávání se s ostatními. Během osmým a šestnáctým rokem u českých dívek vzroste hodnota BMI z 16 na 19. Dle studie prováděné na dívkách ve věkovém rozmezí 7-12 let bylo zjištěno, že 40 % dívek není spokojeno se svým vzhledem a více než polovina dívek zkusila držet dietu. S dospíváním je spojena separace od rodiny, odloučení v adolescenci může u rizikových jedinců vést k narušení jídelních zvyklostí a vyústit v rozvoj poruch příjmu potravy (Krch, 2004).

Se vznikem PPP se také pojí určité osobnostní rysy a psychické charakteristiky. Studie prokazují spojitost perfekcionismu s vyšší pravděpodobností výskytu PPP, zejména pokud je přítomno rovněž nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem. Osobnostní rysy a obsedantně-kompulzivní porucha se objevuje již v dětství a bývá geneticky podmíněna (Papežová, 2010). Anorexie bývá spojována s úzkostí, vyhýbavým chováním, perfekcionismem a obsedantními rysy, mentální bulimie potom s emoční labilitou, nezdrženlivostí, impulsivitou a depresivní náladou (Krch, 2004).

Z hlediska výskytu tohoto onemocnění je důležitý i vliv rodiny. Rizikovým faktorem je samotný výskyt poruch příjmu potravy v rodině a dodržování diet. Rodina má významnou roli při formování úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků a životního stylu. Rodina by měla častěji společně stolovat a vytvářet správné jídelní návyky. Někteří autoři poukazují na problematiku nadměrně vysokých očekávání a přehnanou kritiku ze strany rodičů, nedostatek péče a zájmu o dítě (Krch, 1999).

## 1.2 Vztah k jídlu

Stravovací návyky se u každého jedince vytváří již od narození. Stravování matky hraje významnou roli v utváření stravovacích návyků dítěte. Nejdůležitější funkcí jídla je uspokojení biologické potřeby přežití a udržení somatického zdraví, vedle toho udržuje duševní pohodu, upevňuje sociální vztahy a formuje naši osobnost (Krch & Švédová, 2013). Dle Papežové (2010) se vybíravé jídelní chování vyskytuje u 14-50 % předškolních dětí a u 7-27 % dětí v pozdějším věku. U některých dětí se jedná o přechodné období, u jiných může přetrvávat.

U pacientů s PPP může docházet k nesprávnému vnímání vlastních potřeb. Pociťují úzkost ze ztráty náklonnosti druhých a příliš se soustředí na očekávání ostatních. Zabývání se jídlem pro ně znamená útěchu a jistotu, což může vést k přejídání a následnému pocitu viny a snaze se snědeného jídla zbavit. Naopak pocit hladu utváří dojem kontroly nad realitou, ale zároveň působí sebedestruktivně. Pacientky své onemocnění jako problém neberou a využívají ho jako prostředek k řešení osobních problémů. Veškeré konflikty řeší přes jídlo a tím se snaží zvýšit své sebevědomí. Důsledky hladovění, zvracení, nedostatečné výživy a podvážky vedou k sociální izolaci a psychickým a zdravotním problémům (Krch & Švédová, 2013). U některých bulimiček je přejídání používáno ke snížení hladiny úzkosti. Jídelní rituály a purgativní chování je spojeno s úlevou a může pomáhat uniknout před nepříjemnými myšlenkami na jídlo (Krch, 2004).

První změnou v jídelníčku bývá vyřazení energeticky vydatných potravin a postupně dochází k omezování dalších pokrmů (Marádová, 2007). Dochází ke změně chuti k jídlu, vynechávání denních jídel a zvýšený zájem o složení potravin a vaření. Denní energetický příjem se mnohdy pohybuje mezi 1000 až 600 kcal, někdy i méně ve formě jednoho nebo dvou jídel za den. Z potravin konzumují nejčastěji ovoce, zeleninu a výrobky s označením light (Léčebná výživa v oblasti psychiatrie, 2014). Nemocní si vymýšlí záminky, aby se vyhnuli konzumaci jídla, srovnávají se s ostatními, během stravování si potraviny dělí na malé kousky a pokrm konzumují velmi pomalu. Pro mentální bulimii je naopak typická rychlá konzumace a míchání pokrmů. Téměř u každé pacientky bylo prokázáno držení redukční diety, což zvyšuje riziko vzniku PPP až osmkrát (Marádová, 2007).

## 2. VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

### 2.1 Mentální anorexie

*Mentální anorexie je porucha charakterizovaná ubýváním hmotnosti, které je úmyslně vyvoláno a udržováno. Je přítomna specifická psychopatologie, obava z tloušťky, která má charakter ovládaté až nutkavé myšlenky (Navrátilová, Češková & Sobotka, 2000, str.154).* Pro mentální anorexii je charakteristické omezování jídla, nejčastěji snížení konzumace potravin obsahujících tuky a jednoduché cukry, které z jídelníčku postupně vymizí úplně. Zároveň dochází k odchýlkám od normálního jídelního chování a objevují se obavy a úzkosti spojené s jídlem (Krch, 1999).

Onemocnění se vyskytuje především u dívek a žen ve věku 15-30 let, ale postihuje i chlapce, a to v poměru 1:10 oproti dívkám (Němečková, 2011). Prevalence mentální anorexie u mladých žen a dívek je 0,5–1,0 % (ÚZIS, 2018). Objevuje se zejména v období vývoje sekundárních pohlavních znaků, kdy dochází k nárůstu objemu tělesného tuku a ke změně hormonálních poměrů v těle. Pacientky začínají omezovat tučné a sladké, postupně dochází k hubnutí a narušení vnímání tělesného schématu (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006). Úbytek hmotnosti si pacientky způsobují odmítáním jídla, intenzivním cvičením, vyvolávají si zvracení nebo užívají projímadla či jiné prostředky na hubnutí (Krch, 2005). Při MA může docházet ke zneužívání látek podporujících vyprazdňování, především laxativ, diuretik a klysmat (Navrátilová & Hamrová, 2009).

Následkem hladovění vzniká podvýživa, endokrinní a metabolické změny a narušení tělesných funkcí (Navrátilová, Češková & Sobotka, 2000). Z psychopatologických příznaků bývají přítomna anxiozita, deprese, afektivní labilita, fobické, obsedantní, hysterické příznaky, ze somatických příznaků nápadné vyhubnutí až kachexie, suchá bledá pokožka, vypadávání vlasů, lámání nehtů a ztráta menstruace. Dochází ke snížení teploty, krevního tlaku a pulsu. Zvyšuje se kazivost zubů, následkem kyselého obsahu zvratků. Může dojít k minerálovému rozvratu a poruše ledvinových funkcí z alkálozy a hypokalemie při zvracení (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006).

#### 2.1.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie

##### Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F 50.0)

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní, nebo u dospělých BMI 17,5 a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, nebo že nadměrně cvičí, zvrací, užívá laxativa, anorektika a diuretika.

- Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- Rozsáhlá endokrinní porucha se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu.
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.  
(Papežová, 2010, str. 126).

Diagnóza musí splňovat všechna diagnostická vodítka. Dle DSM-IV existuje nebulimický (restriktivní) a bulimický (purgativní) typ mentální anorexie, kdy v jejím průběhu dochází k opakovaným epizodám zvracení, užívání laxativ nebo diuretik (Papežová, 2010).

### **2.1.2 Průběh a prognóza**

Nemocní s poruchami příjmu potravy představují různorodou skupinu s různým průběhem. Obě poruchy se zpočátku rozvíjejí pomalu a nenápadně a nepříznivé jídelní postoje postupně gradují (Krch, 2005). Mentální anorexie může probíhat jako jediná epizoda s remisí nebo chronifikací, ale také se může jednat o opakující se epizody trvající několik let. Průměrná doba trvání mentální anorexie se odhaduje na interval pěti let. K průběhu se může přidružit depresivní syndrom s rizikem suicidiálních myšlenek. Celkem 44 % pacientů dosáhne remise, netrpí tedy příznaky onemocnění, 28 % dosáhne remise neúplně a 24 % pacientů chronifikuje (Němečková, 2007).

Normální tělesnou hmotnost získá přibližně 50 % mentálních anorektiček a až 90 % se navrátí menstruace. MA patří ve srovnání s ostatními psychickými poruchami mezi nejletálnější (Krch, 2005). U mentální anorexie je udávána úmrtnost 2-8 %, pacienti se dožívají nižšího průměrného věku, cca 33 let, v tomto věku umírá asi 20 % nemocných. Z celkového počtu se uzdraví 50 % pacientek (Marádová, 2007). Nejčastěji je mortalita zapříčiněna srdeční zástavou, banální infekcí nebo sebevraždou (Petr & Marková, 2014).

## **2.2 Mentální bulimie**

Rizikovým obdobím pro výskyt mentální bulimie je věk od 15 do 25 let a v polovině případů jí předchází epizoda anorexie. Bulimií trpí 1-3 % žen, u mužů se vyskytuje přibližně 10x méně (Němečková, 2007).

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. U jedinců s tímto onemocněním dochází k opakovaným výkyvům hmotnosti. Charakteristická je konzumace

velkého množství jídla v malých časových intervalech s následnými výčitkami a depresemi. Často drží diety, vyvolávají si zvracení nebo užívají projímadla či diuretika (Krch, 1999).

Dle Krcha (2010) si jsou mentální anorexie a mentální bulimie velmi podobné. Je pro ně příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vlastnímu vzhledu a váze. Mentální bulimie často vychází z mentální anorexie, nebo se jednotlivé poruchy prolínají.

### **2.2.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie**

#### **Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 (F 50.2)**

- Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle, přejídání se konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání anorektik, tyreoidálními preparáty nebo diuretiky; diabetičtí pacienti se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
- Chorobný strach z tloušťky. Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

(Papežová, 2010, str. 127).

V DSM-IV je pro naplnění kritéria mentální bulimie frekvence záchvatů přejídání a zvracení vyžadována třikrát týdně. Existují i atypické formy AN a BN, kdy nejsou splněna všechna kritéria klasifikace, ale vykazují typický klinický obraz. Terapie atypických forem se neliší od léčby typických forem. V DSM-IV jsou atypické formy shrnuty pod zkratkou EDNOS (Eating disorders not otherwise specified) (Papežová, 2010).

### **2.2.2 Průběh a prognóza**

U mentální bulimie bývá průběh často chronický a někdy mohou být přítomna krátká období remisí s lehkými projevy. Před záchvaty přejedení se objevuje úzkost a po něm přichází pocit viny, který vede ke zvracení a nástupu úlevy. Následně se objevuje pocit selhání, ztráty kontroly a výčitky. Délka záchvatů se liší stejně jako jejich frekvence, může probíhat několik minut až po dobu dvou hodin a vyskytovat se dvakrát do měsíce nebo několikrát za den (Němečková, 2007). Pacientky mívají normální hmotnost, ale často se u nich střídá období přejídání, zvracení a nadužívání projímadel s obdobím výrazného omezení příjmu stravy (Krch, 2005). Pokud zvrací, mívají zduřelé slinné podčelistní žlázy, patrnou popraskanou hrubou kůži zejména na kloubech rukou a v pozdějších fázích nemoci se objevuje kariézní chrup (Němečková, 2007).

Dle údajů dosáhne léčením 27 % pacientů plné remise, 40 % neúplné remise a nepříznivý průběh je zaznamenán u 33 % pacientů (Němečková, 2007). U mentální bulimie je udávána úmrtnost kolem 0-2 % a téměř dvě třetiny pacientů se vyléčí (Marádová, 2007).



### 3. MALNUTRICE

Malnutrice (podvýživa) je definována jako abnormální složení těla, kdy dochází k narušení funkcí různých orgánů z důvodu poruchy příjmu energie a živin (Svačina, 2008). Jedná se o stav, kdy dochází k nerovnováze mezi příjmem a potřebou základních živin ve smyslu nedostatečného příjmu energie nebo bílkovin a dochází k rozvoji podvýživy. Malnutrici dělíme na prosté hladovění a na malnutrici spojenou s nemocí. V případě mentální anorexie se jedná o prosté hladovění, které vzniká při sníženém příjmu a neměnicích se potřebách. Organismus se adaptuje na hladovění snížením energetického výdeje o 10-20 % a využívá energetické rezervy nejprve z tukové tkáně, později ze svalové hmoty a bílkovin (Papežová, 2018).

Na psychiatrických odděleních se nejčastěji vyskytuje tento druh podvýživy, tedy malnutrice energetická. U pacientů je malnutrice patrná na první pohled, zprvu ztrácí tukovou tkáň, později i kosterní svalstvo (Navrátilová, Češková & Sobotka, 2000). Při dlouhodobém hladovění organismus čerpá energii z vlastních zásob a jako zdroj energie využívá své vlastní bílkoviny. Při ztrátě 40 % celkových zásob bílkovin dochází ke stavu neslučitelným se životem. Pokud není zahájena adekvátní lékařská pomoc a hladovění trvá, může dojít kolem desátého týdne až ke smrtelnému konci (Navrátilová & Hamrová, 2009).

Při poklesu hmotnosti o 5-8 % byl prokázán pokles obranyschopnosti, svalová slabost, pokles vitální kapacity a vteřinového výdechu při funkčním vyšetření plic, narušení termoregulace a zhoršení nálady. Rychlý pokles hmotnosti o 15 % vyžaduje okamžitou nutriční intervenci (Svačina, 2008).

## 4. DIAGNOSTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Stanovení diagnózy PPP podle současných diagnostických kritérií je snadné u spolupracujících pacientů, ale obtížné při zatajování symptomů a nedostatečné motivaci k léčbě. Pro diagnózu PPP je potřeba splnění všech diagnostických vodítek. Mezi stanovením diagnózy a léčbou může uplynout mnoho let (Papežová, 2010).

V diagnostice PPP hrají důležitou roli lékaři primární péče, se kterými pacienti obvykle přicházejí do kontaktu jako s prvními. Jedná se o praktické lékaře, pediatry, gynekology nebo stomatology. Příčina návštěvy lékaře bývá důsledkem poruch příjmu potravy, kdy pacienti přicházejí s únavou, slabostí, bolestí žaludku nebo ztrátou menstruace. Často dochází k zatajování onemocnění kvůli strachu ze stigmatizace. Zvýšenou pozornost by lékaři měli věnovat především mladým ženám v rizikovém věku nebo povolání (Papežová, 2010).

Multidimenzionální vyšetření obsahuje somatické vyšetření, získání anamnézy, kontakt s rodinou, psychologicko-psychiatrické vyšetření a motivační rozhovor. Všem pacientům by měl být vyšetřen krevní obraz, biochemické vyšetření, tyreoidální funkce a vyšetření moči. U výrazné malnutrice by se mělo navíc provést rozšířené biochemické vyšetření, jaterní testy a EKG (Papežová, 2010). Při fyzikálním vyšetření se zkoumá kardiovaskulární systém a stav metabolismu.

Součástí posouzení zdravotního stavu při podezření na PPP je screening anorexia nervosa a bulimia nervosa, který obsahuje 5 otázek SCOFF:

1. Cítíte se někdy až k zbláznění nepříjemně plná?
2. Bojíte se ztráty kontroly nad množstvím snědeného jídla?
3. Ztratila jste v poslední době na váze více než 7 kg za dobu tří měsíců?
4. Myslíte si, že jste tlustá, když ostatní myslí, že jste příliš štíhlá?
5. Myslíte si, že jídlo ovládá Váš život?

Každé odpovědi „ano“ odpovídá jeden bod a skóre  $\geq 2$  označuje pravděpodobnost diagnózy AN nebo BN (Papežová, 2010, str. 149).

Komplexní vyšetření zahrnuje také posouzení jídelní patologie, kompenzačních mechanismů, celkové psychopatologie, obsedantně kompulsivní symptomatiky, motivace k léčbě, zralosti osobnosti a psychiatrických komorbidit, sociální a rodinné situace i dostupnosti léčby (Papežová, 2001). Po stanovení diagnózy je možná pravidelná monitorace výsledků léčby a komplikací v péči praktického lékaře. Sleduje se nárůst hmotnosti a účinnost terapie podle navrženého plánu a potřeb pacienta. Pokud nedojde ke zlepšení stavu, měl by lékař začít spolupracovat s týmem dalších odborníků (Papežová, 2018).

## 5. LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Pro efektivní léčbu poruch příjmu potravy je zapotřebí multidisciplinární tým složený ze specialistů pro PPP, zahrnující lékaře, psychology, nutriční specialisty a psychofarmakologické služby. Žádný odborník není schopen sám pacientovi poskytnout veškerou potřebnou péči. Proto je důležitá týmová spolupráce, včetně vzájemné komunikace a respektu pro postoje ostatních členů. Pro úplné uzdravení je mnohdy třeba poměrně dlouhá léčba (Papežová, 2018). Poskytovatelé zdravotní péče by měli mít zkušenosti a odborné znalosti v léčbě poruch příjmu potravy (Pediatric Child Health, 1998). Základním krokem je realimentace, která je vykonávána ve spolupráci s ostatními specialisty. Stejně nezbytným krokem je psychoedukace, týkající se pacienta i jeho rodinných příslušníků (Němečková, 2009).

Při léčbě je nutné zaměřit se na tyto oblasti:

- léčba dlouhodobé podvýživy a normalizace tělesné hmotnosti
- zvládnutí somatického ohrožení a léčba přidružených tělesných obtíží a psychopatologických projevů (deprese, úzkost atd.), příp. závislostí na návykových látkách,
- psychoedukace o zásadách správného stravování a následcích hladovění a držení diet,
- psychoterapie vedoucí ke změně maladaptivního myšlení, pocitů a chování týkajících se příjmu potravy,
- psychoterapeutické zpracování základních emočních konfliktů,
- nutriční terapie, zaměřená na změnu nevhodných jídelních zvyklostí,
- prevence relapsu

(Krch & Švédová, 2013, str.21).

Na počátku léčby stojí správná diagnostika onemocnění a vyloučení jiných somatických onemocnění způsobujících váhový úbytek (Papežová, 2010). Lékař sdělí pacientce i rodině podezření na diagnózu PPP a poskytne základní informace o léčbě a důsledcích onemocnění. Ke stanovení adekvátního, individualizovaného léčebného plánu, má být konzultován psychiatr. Důležité je navodit kvalitní terapeutický vztah a spolupráci s dalšími klinickými pracovníky (Papežová, 2001). Při výběru vhodného typu léčby je třeba zvážit, jestli pacientův zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci (Krch, 2009). Lehčí formy onemocnění mohou být léčeny ambulantně nebo na denním stacionáři, kde se na léčbě se podílí lékař, nutriční sestra a terapeut (Papežová, 2010). U anorektických pacientek s výraznou malnutricí je zapotřebí akutní realimentace (Papežová, 2018). Cílem léčby je dosažení somatické a emoční stability, platí jak pro ambulantní, tak pro lůžkovou péči, liší se jen v intenzitě. Interdisciplinární léčba poruch příjmu potravy může být časově náročná, relativně dlouhá a nákladná. (Fisher et al., 1995).

## 5.1 Psychoterapie

Mentální anorexie i bulimie patří mezi primárně psychiatrickou diagnózu a patří do rukou psychologa a psychiatra, sekundárně pak vyvolává metabolické změny v organismu (Navrátilová & Kalendová, 2019). Podmínkou úspěšné léčby je kvalitní terapeutický vztah a shoda v cílech léčby pacienta s terapeutem. Důležitým krokem je nastavení podmínek zvyšujících motivaci pacienta k léčbě a ke změně (Papežová, 2010). Jedním z cílů psychoterapeutického přístupu je ukázat pacientce, že terapie může pomoci od nutkavých myšlenek točících se kolem jídla, tělesné hmotnosti a vnímání jejich těla. Psychoterapie vede k pochopení a změně chování a postoje vedoucího k jídelní poruše, ke změně interpersonálního a sociálního fungování a k pozitivnímu ovlivnění jejich psychopatologie. Pro psychoterapii je zapotřebí alespoň částečná spolupráce ze strany pacientky, ta však bývá v nejakutnější fázi poruchy mizivá (Zámečnicková & Hrdlička, 2003). Léčba poruch příjmu potravy musí být promyšlená a plánovaná. Terapeut by měl dodržovat dohodnutá pravidla s pacientkou, terapeutické cíle, terapeutické standardy a měl by spolupracovat v rámci širšího týmu, který poskytuje klientce komplexní léčbu (Krch & Švédová, 2013).

Terapeutický plán by měl zahrnovat různé psychoterapeutické přístupy, nejvíce je využívána kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na změnu v postojích k jídlu a vnímání sebe samé. Terapie mohou probíhat individuální nebo skupinovou formou. Mezi důležité terapie se také řadí sociální terapie, rehabilitace a u dětí a dospívajících terapie rodinná. Na všech stupních léčby je uplatňována psychoedukace zaměřená na povahu onemocnění, následky hladovění a možnosti léčby. Neméně důležitá je motivační terapie, vzhledem k často snížené motivaci a ambivalenci nemocného k léčbě a přírůstku hmotnosti (Krch & Švédová, 2013). Kvalitní terapii by měli vykonávat školení psychiatři, psychologové a psychoterapeuté, kteří mají klinické zkušenosti i se závažnějšími formami onemocnění a dokáží pacienty adekvátně předat do jiné péče nebo léčbu kombinovat v případě neúspěšné terapeutické formy (Papežová, 2010).

## 5.2 Farmakoterapie

Farmakoterapie není u poruch příjmu potravy otázkou první volby (Němečková, 2007). Na místě je však při nutnosti zajištění spolupráce výrazně negativistické pacientky, kde psychoterapeutický přístup selhává, při výrazných depresivních symptomech nebo depresivní náladě nezlepšující se s postupující realimentací nebo při psychiatrických poruchách, které jsou přítomné současně s poruchou příjmu potravy (Zámečnicková & Hrdlička, 2003). Ve farmakoterapii se užívají antidepressiva, která ovlivňují depresivní a úzkostné prožitky, strach z jídla, nutkavý charakter myšlenek na jídlo. Pro možnost ovlivnění poruch vnímání vlastního tělesného schématu jsou podávána neuroleptika a na počátku léčby bývají podávána prokinetika (Němečková, 2007).

## 5.3 Formy péče

Léčba může probíhat ambulantně na specializovaných pracovištích nebo v podobě hospitalizace na psychiatrických odděleních. Psychiatrická hospitalizace je možná pouze v případě kompenzovaného somatického stavu, většinou jsou hospitalizováni pacienti po neúspěšné ambulantní léčbě. V bezprostředním ohrožení života jsou pacienti hospitalizováni na metabolických jednotkách nebo na jednotce intenzivní péče. Často dochází k přidružení závislosti na psychoaktivních látkách, v takovém případě jsou pacienti hospitalizováni na psychiatrickém oddělení, kde probíhá léčba závislosti. U pacientů s nebezpečím sebevraždy je nutné umístění na uzavřené psychiatrické oddělení (Marková, 2006). Pacienti mohou současně trpět i jinými psychiatrickými poruchami, což léčbu ztěžuje. Nejčastěji se vyskytují poruchy nálady a úzkosti (např. deprese, obsedantně kompulzivní porucha), poruchy osobnosti a zneužívání návykových látek (American Dietetic Association, 2001).

### 5.3.1 Ambulantní péče

Není-li pacientka v ohrožení života, doporučuje se zprvu ambulantní léčba (Papežová, Kocourková, Koutek, 2018). Pro ambulantní léčbu je zapotřebí spolupráce praktických lékařů a psychoterapeutického týmu (Papežová, 2010). Psychologové provádí cílené psychologické vyšetření zaměřující se na jídelní problematiku, mapují aktuální stav obtíží a detekují související faktory onemocnění. Odborný tým navrhuje vhodný postup léčby a komunikuje s lékaři, kteří pacientku k vyšetření doporučili. Psycholog poskytuje edukaci a seznamuje se zdravotními riziky PPP. Zároveň je pacientce doporučena pravidelná somatická péče u praktického lékaře nebo internisty. Pacientky jsou poučeny o správném stravovacím režimu i jídelníčku a vedou si jídelní záznamy. Doporučena je také pravidelná psychologická nebo psychiatrická péče ke stabilizaci psychického stavu a prevenci zhoršení jídelní problematiky (Pelková & Papežová, 2009).

Dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (2018) bylo v roce 2017 v ambulantní péči s poruchami příjmu potravy léčeno celkem 3 731 pacientů, z toho 90 % tvořily ženy. Z hlediska věkové struktury bylo 12 % pacientů ve věku 0-14 let, téměř 32 % ve věku 15-19 let a 56 % starších 20 let.

### 5.3.2 Hospitalizace

Hospitalizace zpravidla probíhá na specializovaných jednotkách péče se zaměřením na poruchy příjmu potravy. Indikací bývá výrazný a rychlý pokles hmotnosti, rozvoj somatických obtíží, nebezpečí sebevraždy nebo současný abúzus návykových látek. O hospitalizaci lze uvažovat i v případě, kdy pacient nereaguje na dosavadní ambulantní léčbu. Délka pobytu bývá kolem dvou až pěti měsíců (Černá, 2008). Hospitalizace zahrnuje pravidelné podávání vysokokalorické diety, v případě potřeby výživu sondou, klid na lůžku, kontrolu hmotnosti a popřípadě medikamentózní terapii. Při kompenzovaném somatickém stavu a ochotě spolupracovat je vhodné zahájit psychoterapii. Hladovění snižuje pozornost

a myšlení je zaměřeno zejména na oblast příjmu potravy, proto se s psychoterapií začíná po určitém váhovém přírůstku (Krch & Švédová, 2013).

V psychiatrických lůžkových zařízeních bylo v roce 2017 hospitalizováno 454 pacientů s PPP. Téměř 65 % pacientů bylo hospitalizováno s diagnózou mentální anorexie, více než 13 % s diagnózou mentální bulimie a téměř 13 % s atypickou mentální anorexií. V porovnání s rokem 2011 se počet hospitalizovaných zvýšil z počtu 339 na 454 pacientů. Častěji byly hospitalizovány ženy, muži tvořili 5-10 % hospitalizací. V roce 2011 byl podíl hospitalizací pacientů s diagnózou mentální anorexie téměř 63 %, v roce 2017 zůstal podíl téměř stejný. Hospitalizace s diagnózou mentální bulimie klesla z roku 2011 z 20 % na 13 % pro rok 2017. Z hlediska věkové struktury tvořily hospitalizace pacientů ve věku do 15 let necelou čtvrtinu z celkového počtu hospitalizací. Na rozmezí ve věku 15–19 let spadá 39 % hospitalizací a ve věku 20–29 let téměř pětina z celkového počtu těchto hospitalizací. Největší nárůst hospitalizací je pozorován u věkové skupiny 10–14 let, největší pokles u věkové skupiny 15–19 let (ÚZIS ČR).

### **5.3.3 Stacionární péče**

Jedná se o Denní stacionář pro léčbu poruch příjmu potravy a tvoří mezistupeň mezi hospitalizační a ambulantní péčí (Chudobová, Papežová, Sekot & Klecanda, 2005). Délka léčby je maximálně tři měsíce a je určena pro pacienty s hodnotou body mass indexu vyšší než 16 (Černá, 2008). Denní stacionáře poskytují podobné programy jako hospitalizace a zároveň udržují kontakt pacientek s nukleární rodinou. Tato forma péče je indikována u motivovaných pacientů ve stabilizovaném somatickém stavu, kteří jsou schopni pracovat ve skupinové psychoterapii. Léčebný program zahrnuje kognitivně behaviorální léčbu a rehabilitaci. Cílem terapie je normalizace hmotnosti a jídelního chování. Realimentace se zaměřuje na pravidelnost jídelního režimu a postupné navyšování příjmu potravy a nutričních přípravků na 3800 kcal za den. V případě neprospívání pacientky v režimu se užívá nasogastrická sonda. Celá léčebná terapie je zabezpečena týmem se znalostí realimentace PPP (Papežová, Kocourková & Koutek, 2018).

## 6. NUTRIČNÍ TERAPIE

Vzhledem k biopsychosociálním aspektům poruch příjmu potravy by léčba měla probíhat pod vedením interdisciplinárního týmu, jehož součástí je také zajištění léčebné výživy nutričním terapeutem vyškoleným v oblasti poruch příjmu potravy (American Dietetic Association, 2001). Dle amerického dietetického sdružení je nutričního poradenství nezbytnou součástí týmové léčby pacientů s mentální anorexií, mentální bulimií a jinými poruchami příjmu potravy (Ozier et al., 2011). Poruchy příjmu potravy jsou především psychiatrickým onemocněním, proto je základem psychiatrická léčba i přesto, že je nutriční terapie významnou součástí léčby. Psychoterapie by měla být kombinována s ostatními terapiemi (American Dietetic Association, 2001).

Úlohou nutričního terapeuta je zejména řešení výživy a chování spojené s jídelními problémy (American Dietetic Association, 2001). Zaměřuje se na energetickou malnutrici a pomáhá pacientkám nastolit pravidelný jídelní režim. Podílí se na psychoedukaci o výhodách správné výživy a následcích hladovění a diet. Jako každý člen terapeutického týmu podílející se na léčbě poruch příjmu potravy musí komunikovat s ostatními profesionály týmu a zajistit, aby byla psychoterapie v souladu s procesem rozvoje optimální výživy (Krch & Švédová, 2013). „*Cílem je pacienta naučit správným stravovacím návykům a dodržování jídelního režimu. Systém péče je založen na režimové léčbě a vychází z biopsychosociálního chápání duševní poruchy. Přístup k pacientům je komplexní. Pacienti jsou začleněni do terapeutického, jídelního a pracovního programu na psychiatrickém oddělení*“ (Marková, Venglářová & Babiaková., 2006, str. 289). Psychoterapeutické otázky jsou předmětem psychoterapeuta. Léčebná výživa a psychoterapie jsou dvě důležité části léčby poruch příjmu potravy (American Dietetic Association, 2001).

Pouze samotné vyřešení emocionálních problémů nevede k ústupu základních příznaků poruch příjmu potravy. Léčebný režim by měl být zprvu zahájen nápravou stavu výživy a mělo by dojít k normalizaci jídelního chování (Krch, 1999). Realimentační plán je vypracován na základě nutriční anamnézy, která je doplněná o rodinnou anamnézu zahrnující prodělaná onemocnění, onemocnění rodičů i sourozenců a užívané léky.

Podrobná nutriční anamnéza by měla obsahovat tyto části:

- rodinná nutriční anamnéza,
- absolvování a praktikování diet, vegetariánství a ostatních alternativních směrů výživy,
- frekvenční nutriční dotazník,
- denní záznamy stravování (jestliže je stav klienta dovoluje),
- průběh poruchy příjmu potravy,
- užívání výživových doplňků a laxativ,
- onemocnění vyžadující léčebnou dietu,

- změny hmotnosti během života,
- pitný režim,
- vylučování a správná funkce trávicího traktu.

(Peřinová, 2013, str. 7)

U pacientů, kde došlo k minerálovému rozvratu důsledkem těžkého katabolismu se zahajuje parenterální úprava vnitřního prostředí, doplněná o enterální výživu sondou. Současně pacient přijímá stravu per os. Po zlepšení stavu jsou pacienti přesunuti na psychiatrické oddělení se specializovanou péčí (Grofová, 2007).

## 6.1 Hodnocení stavu výživy

V první fázi terapie poruch příjmu potravy nutriční terapeut zhodnocuje nutritivní stav pacientky (Krch & Švédová, 2013). K hodnocení stavu výživy je zapotřebí anamnestické vyšetření, které pomáhá stanovit diagnózu a další léčebný postup. Při získávání anamnézy pátráme zejména o údajích o vývoji hmotnosti a po příjmu potravin. Pacienti by měli přinést jídelníček, ale údaje z něj je třeba objektivizovat (Papežová, 2010).

Stav výživy nejlépe hodnotí antropometrické vyšetření. Při posuzování body mass indexu mívají pacientky s anorexií BMI pod 17, ale může klesnout až k hodnotě 12 nebo dokonce k 10. Kromě BMI se hodnotí také obvod a objem paže, tloušťka kožní řasy a biochemické nálezy (Papežová, 2010). Hodnocení středního obvodu paže je jednoduchá metoda stanovující množství svalové hmoty a je vhodná především pro ambulantní sledování. Obvod svalstva paže se stanoví měřením obvodu paže a řasy nad tricepsem (Navrátilová & Hamrová, 2009).

Tabulka č.1- Hodnocení stavu výživy u dospělých

Kategorie	Rozsah BMI – kg/m <sup>2</sup>	Základní BMI	Hmotnost osoby vysoké 180 cm	Zdravotní rizika
těžká podvýživa	≤ 16,5	méně než 0,6	méně než 53,5 kg	velmi vysoká
podváha	16,5 – 18,5	0,6 – 0,74	od 53,5 do 60 kg	vysoká
ideální váha	18,5 – 25	0,74 – 1	od 60 do 81 kg	minimální
nadváha	25 – 30	1 – 1,2	od 81 do 97 kg	nízká až lehce vyšší
mírná obezita	30 – 35	1,2 – 1,4	od 97 do 113 kg	zvýšená
střední obezita	35 – 40	1,4 – 1,6	od 113 do 130 kg	vysoká
morbidní obezita	> 40	nad 1,6	nad 130 kg	velmi vysoká

Při objektivním vyšetření si všímáme kachektické postavy s minimálním množstvím svalové hmoty a podkožního tuku. Kůže bývá křehká, objevuje se lanugo a v pozdějších fázích onemocnění se mohou objevit otoky dolních končetin. Srdeční akce bývá rychlejší a krevní tlak nízký. Vyšetření složení těla pomocí impedance odhaluje minimální obsah tukové tělesné hmoty, kdy množství tuku je u žen méně než 25 %, u mužů méně než 20 %.



Podíl libové tělesné hmoty naopak stoupá. Ke zjištění množství podkožního tuku lze využít měření kaliperem na předem určených místech. Provádí se na nedominantní polovině těla.

V laboratorním vyšetření nalezneme nízkou hladinu kreatininu, hladina urey může být vyšší, objevuje se hypokalemie, hypomagnezie, nízká hladina cholesterolu i glykemie. Hladina sérových markerů stavu výživy bývá dlouho normální a k poklesu dochází až v preterminální fázi onemocnění. Hodnota hemoglobinu může být nižší a objevuje se leukopenie. V moči je přítomna nízká hladina minerálů, diuréza bývá vysoká (Papežová, 2010).

## **6.2 Realimentace a nutriční podpora**

Základní léčbou jsou psychoterapeutické přístupy, ale bez zlepšení somatického stavu a vnitřního prostředí může být psychoterapie neúčinná (Navrátilová & Kalendová, 2019). Realimentace pacienta je závislá především na jeho zdravotním stavu a ochotě spolupracovat. Intenzivní metabolická péče by měla být poskytnuta každému s mentální anorexií a nacházejícímu se ve stavu malnutrice, prodávajícímu akutní onemocnění či trauma, a to nejlépe na jednotkách intenzivní psychiatrické péče. Totéž by mělo být samozřejmé pro nemocné s metabolickým rozvratem nebo s orgánovým selháním v důsledku malnutrice. Realimentaci je možno provádět formou perorální, pomocí nasogastrické a nasojejunální sondy, nebo formou parenterální výživy (Navrátilová & Hamrová, 2009). Realimentaci je třeba provádět postupně a v jejím průběhu opakovaně vyšetřovat sérové hladiny amyláz a elektrolytů (Krch, 2005).

Důsledkem mentální anorexie často bývá těžká, život ohrožující malnutrice, která vyžaduje hospitalizaci na jednotkách intenzivní péče (Papežová, 2010). Očekávaný nárůst hmotnosti u hospitalizovaných patientek by měl být 1-1,5 kg za týden, u ambulantních patientek 0,5 kg za týden. Kalorický příjem je doporučen zprvu 1000-1600 kcal/den a postupně zvyšován, ve fázi zvyšování váhy by měl dosáhnout až na 70-100 kcal/kg/den, v udržovací 40-60 kcal/kg/den (Papežová, 2001). Po fázi realimentace a zlepšení metabolického stavu se zahajuje psychiatrická léčba a rodinná terapie. Předepsání psychofarmak se odvíjí dle přítomné psychopatologie (Navrátilová, Češková & Sobotka, 2000).

### **6.2.1 Perorální příjem**

Příjem stravy per os je z fyziologického hlediska nejideálnější. Pro každého pacienta je možné výživu individualizovat a současně ji doplňovat o některé složky. V případě perorálního příjmu je třeba monitorovat koncentraci elektrolytů v séru. Kvůli těžké malnutrici dochází k deficitu základních elektrolytů, zejména draslíku, fosforu a hořčíku. Dále sledujeme odpady elektrolytů a stopových prvků v moči za 24 hodin. Minerální látky a stopové prvky doplňujeme parenterální výživou vždy při přijetí současně se zahájením

realimentace. V počátku není vhodné nutit pacienta jíst celé porce, ve většině případů je první den hospitalizace zavedena tenká nasogastrická sonda s rozpisem na denní a noční režim. Preferován je denní perorální příjem stravy a noční doplňková enterální výživa. V případě potřeby lze do jednotlivých pokrmů přidávat složky bohaté na energii, nejčastěji se jedná o přídavek tuků a olejů, nebo sacharidů, zejména maltodextrinů. K navýšení proteinové hodnoty slouží proteinové koncentráty z mléčné bílkoviny. Začít zatěžovat trávicí trakt je vhodné po třech dnech, kdy postupně zařazujeme všechny potraviny (Navrátilová, Češková & Sobotka, 2000).

Pacientům není poskytována žádná výběrová vegetariánská ani veganská strava, tento způsob stravování je kontraindikován. Dávky energie a aminokyselin se postupně navyšují: 1. den – 10 kcal/kg/den – z toho 50–60 % uhlohydrátů, 30–40 % tuků a 12–20 % proteinů. Druhý den se energie navýší na 15 kcal/kg/den podle stavu pacienta a laboratorních výsledků. Zásadním krokem je pravidelné stravování, díky kterému pacienta vyvarujeme možnému hladovění nebo záchvatovitému přejídání (Navrátilová & Kalendová, 2019).

Nutriční terapeut má za úkol sledovat celkový stav nemocného, včetně stravovacích zvyklostí, stavu výživy a vlivu přidruženého onemocnění na pacientův zdravotní stav. V jeho kompetenci je také doporučení optimálního složení stravy a kontrola příjmu jednotlivých nutrientů (Navrátilová, Češková & Sobotka, 2000).

### **Sipping**

Speciální formou enterální výživy je sipping, který se užívá při nedostatečném denním příjmu živin k potřebě organismu. (Navrátilová & Hamrová, 2009). Perorální nutriční suplementy určené pro léčbu podvýživy obsahují směs makronutrientů a mikronutrientů. Většinou jsou dostupné v tekuté formě a určeny pro okamžité popíjení po malých dávkách (Tomíška, 2008). Nejčastěji se jedná o ochucené přípravy polymerní enterální výživy, které jsou na výběr ve sladké i slané variantě (Kohout, 2009). Existuje celá řada přípravků různého složení, většinou se jedná o kompletní formule živin lišící se energetickou hustotou, obsahem a zdrojem bílkovin nebo přítomností vlákniny. Sacharidy bývají zastoupeny lehce stravitelnými maltodextriny a bílkoviny jsou živočišného původu. Energetický obsah je u standardních přípravků přibližně 1 kcal/ml což je 4,2 kJ/ml a obsahují celé spektrum vitaminů a stopových prvků ve vyšším množství, než by odpovídalo obsažené energii. Výživa je podávána po malých porcích mezi jídly dle stanoveného rozpisu, aby pacient přijímal výživu nad rámec normální stravy (Tomíška, 2008).

Tuto formu nutriční podpory je vhodné využívat u mentální anorexie v období realimentace a dále během rekonvalescence a rehabilitace po prodělaném akutním onemocnění, kdy je třeba zvýšit příjem všech složek výživy (Navrátilová & Hamrová, 2009).

### 6.2.2 Sondová výživa

Sondová výživa je indikována v případě, kdy nedochází ke zlepšení výživového a metabolického stavu přívodem živin ve stravě, včetně sippingu. Týká se to nejčastěji nespolupracujících pacientů a je nutné přistoupit k zavedení sondy do žaludku nebo tenkého střeva. Současně se monitoruje vnitřní prostředí, především minerálové hospodaření. (Navrátilová & Hamrová, 2009). Lze ji používat jako doplněk v kombinaci s perorální či parenterální výživou nebo může být použita jako totální zdroj výživy.

Při podávání nutriční podpory je důležité přistupovat individuálně a podle energetické potřeby jedince. Energetický obsah výživy stanovujeme pomocí nepřímé kalorimetrie, výpočtem rovnice Harrise-Benedicta nebo odhadem 25-30 kcal/kg/den u stabilizovaného pacienta. Nutriční podporu zprvu podáváme redukovanou na 50 % vypočítané dávky, vzhledem k adaptaci na malnutrici. Do týdne je možné podávat podporu v plné dávce (Navrátilová & Hamrová, 2009).

### 6.2.3 Parenterální výživa

Jedná se o podávání nezbytné nutriční složky mimo trávicí trubici, buď periferní žilou nebo centrálním venózním katétrem. Realimentace zahrnuje doplňování elektrolytů parenterální výživou, doplňujeme fosfor 0,5–0,8 mmol/kg/den, draslík 1–2,2 mmol/kg/den a magnezium 0,3–0,4 mmol/kg/den, čímž se zabraňuje vzniku elektrolytové dysbalance. Stejně jako u sondové výživy, může být aplikována jako doplňková nebo úplná (Navrátilová & Hamrová, 2009).

Při těžké malnutrici se v prvních dnech hospitalizace podává kompletní parenterální výživa nejčastěji formou All in One, jejíž součástí jsou tuky, aminokyseliny, cukry, vitaminy, stopové prvky a minerály. První den podáváme 4,8 MJ/1500 kcal/35 g AMK, druhý den 6,7 MJ/1600 kcal/50 g AMK, třetí den a další dny 8,4 MJ/2000 kcal/85 g AMK, postupně až 150 g/den. (Navrátilová & Kalendová, 2019) Po zlepšení stavu přechází pacient na enterální výživu sondou a poté na perorální příjem stravy. Většinou je nutné podávat některé elektrolyty intravenózně i při přechodu na enterální nebo perorální příjem (Navrátilová & Hamrová, 2000).

Nežádoucí komplikací těžce podvyživených při zahájení nepřiměřené nutriční podpory je refeeding syndrom. U pacientů s mentální anorexií se vyskytuje v 28 %. Příznaky se začínají objevovat třetí až sedmý den po zahájení nutriční podpory. Je přítomna hypofosfatemie <0,3 mmol/l a projevuje se křečemi, narušením svalové kontraktility a postižením svalů. Nízká koncentrace kalia <3 mmol/l a magnézia <0,5 mmol/l způsobuje arytmie a srdeční smrt. Prevencí refeeding syndromu je zejména postupná realimentace, pravidelná kontrola minerálů a parenterální podávání iontů od prvního dne hospitalizace (Meisnerová, 2013).

### 6.3 Nutriční terapie u mentální anorexie

Překonat anorexii znamená překonat návyk a vyžaduje každodenní práci a odhodlání. U nemotivovaných pacientů je potřeba udržovat dlouhodobý tlak okolí (Krch & Švédová, 2013). Pro většinu pacientek s MA je přibírání na váze jeden z nejnáročnějších procesů při léčbě (Mehler & Arnold, 2017). Samotné obnovení tělesné hmotnosti neindikuje zotavení a nucení k přírůstku hmotnosti bez psychologické podpory je kontraindikováno (American Dietetic Association, 2001). Vyhublost a zvýšená sebekontrola v jídle přináší nemocným do určité míry uspokojení (Krch, 2016). Pacientky mají strach ze ztráty kontroly nad jídlem a z přibírání. Z tohoto důvodu většina pacientek pomoc odmítá a k léčbě jsou nuceny jejich okolím. Přístup musí být pro každého individuální a cíle stanovovány postupně, aby pacientku neodradily (Krch & Švédová, 2013). O způsobu léčby rozhoduje zdravotní stav pacienta a jeho motivace. Pacientky s anorexií a váhou pod 30 % ideální váhy mohou být léčeny ambulantně, pokud jsou motivované, mají podporu v rodině a pokud symptomy přetrvávají pouze krátce. Při ambulantní léčbě je nutná kontrola léčby a váhy. Pacientky s velkou podváhou, děti a adolescenti musí být hospitalizováni (Papežová, 2001). U ambulantních pacientek je vhodné, aby okolí sloužilo jako vzor ve stravování a snižovalo úzkost spjatou s jídlem. V případě hospitalizace je nutné sledovat jídelní chování a poskytovat podporu a poradenství. Zásady dietní léčby mentální anorexie se neliší pro ambulantní ani hospitalizované pacientky (Krch, 2005).

Prvním krokem nutričního poradenství bývá odebrání nutriční anamnézy pacientky, ze které získáme nejen kolísání hmotnosti od dětství do současnosti, ale také její jídelní postoje a vztah k výživě. Vhodným krokem je setkání se členy rodiny a zajištění jejich podpory. Během setkání se začíná budovat vztah potřebný k důvěře mezi pacientem a terapeutem, díky kterému bude pacient naslouchat (Krch, 2005). Úspěšnost terapie spočívá v motivaci pacienta ke změně (Papežová, 2018). Následně nutriční terapeut zhodnocuje nutriční stav a poskytuje pacientkám informace o výživě. Pomáhá jim najít chyby v jídelníčku z hlediska pravidelnosti stravování a potřeby kalorií a živin. Výsledkem je stravovací plán, který zahrnuje kdy, jak a jaké potraviny má pacientka jíst (Krch & Švédová, 2013). Je důležité, aby byl jídelníček pestrý a zajišťoval dostatečné množství energie, bílkovin, minerálů, vitaminů a stopových prvků a zároveň byl pro pacienta přijatelný (Papežová, 2010). Terapie by měla pacientce pomoci pochopit nutriční potřebu a naučit ji zařazovat více potravin do svého jídelníčku. Fyzickou aktivitu nutriční terapeut doporučí na základě zdravotního i psychického stavu. Zpočátku může terapeut sportovní aktivitu pacientce omezit, aby bylo možné dosáhnout váhového přírůstku a sdělit pacientce, že cvičení by mělo být prováděno spíše pro potěšení, než jako způsob hubnutí (American Dietetic Association, 2001).

Informace o potřebné výživě a energetickém příjmu by měly být diskutovány po celou dobu léčby (Krch, 2005). Po dosažení optimální tělesné hmotnosti dietní léčba pokračuje, aby se pacientky přizpůsobily normálnímu energetickému příjmu a udržely si

hmotnost. Mentální anorexie často trvá několik let a v těchto případech je nutná stálá dietní terapie (Krch, 2015).

Primárním cílem u mentální anorexie je především nárůst hmotnosti na optimální váhu. Mělo by dojít k navrácení reprodukčních funkcí a zajištění normálního tělesného vývoje u dětí a adolescentů, zastavení demineralizace kostí, odstranění následků malnutrice, zvýšení motivace ke spolupráci, zajištění psychoedukace, stanovení a dosažení cílové váhy, změna myšlení, postojů a pocitů v souvislosti se stravou a léčba přidružených nemocí. V neposlední řadě zajištění poradenství a prevence relapsu (Papežová, 2009).

## **6.4 Nutriční terapie u mentální bulimie**

Pro mentální bulimii jsou charakteristické opakované a nekontrolovatelné záchvaty přejídání většinou energeticky bohatým jídlem s následnými výčitkami a snahou jídlo vypudit. Nejčastěji si pacientky vyvolávají zvracení nebo užívají projímadla. Léčba bývá snazší, protože oproti mentální anorexii nedochází u bulimie k zatajování příznaků (Navrátilová, Češková & Sobotka, 2000). U nekomplikované bulimie probíhá léčba ambulantně nebo v denním centru. Hospitalizace je vhodná u suicidiálních pacientek, při současném abusu alkoholu a drog, život ohrožujících komplikacích a u pacientek, u kterých je jídelní režim mimo kontrolu (Papežová, 2010). Realimentace závisí na klinickém stavu a laboratorních výsledcích (Navrátilová, Češková & Sobotka, 2000).

Hlavní úlohou nutričního terapeuta při mentální bulimii je tvorba stravovacího plánu, který napomáhá normalizovat stravování pacienta s BN. Pro léčbu mentální bulimie je vhodná kognitivně behaviorální terapie, provádí se ambulantně a skládá se z dvaceti sezení během dvaceti týdnů po dobu padesáti minut. KBT je zaměřena na edukaci v oblasti výživy zahrnující informace o regulaci tělesné hmotnosti, energetické bilanci, následcích hladovění a purgativního chování. Zahrnuje plánování jídla, asistenci při pravidelném stravování a vyvracení mýtů z hlediska výživy (American Dietetic Association, 2001).

V první fázi je cílem pacientce vysvětlit smysl léčby a snaha nahradit záchvatovité přejídání pravidelným jídelním režimem (Krch, 2005). Vzhledem k chaotickému stravování je důležitá intervence normalizace stravovacích návyků. Nutriční terapeut má za úkol pomáhat pacientovi při tvorbě stravovacího plánu a je vhodné, aby si pacient vedl jídelní deník, do kterého si zapisuje jídlo a pocity s ním spojené. Díky tomu může lépe pochopit spouštěče přejídání (Krch & Švédová, 2013). V druhé fázi je potřeba zamezit dodržování dietních omezení, protože určitý typ jídelního režimu vede k záchvatovitému přejídání. Většina pacientek má strach z nárůstu hmotnosti při porušení diety a je třeba jim vysvětlit, že nárůst hmotnosti tkví v záchvatech přejídání (Krch, 2005), Nutriční terapeut by měl pomáhat pacientce rozšiřovat stravu o obávané potraviny vystavením těmto potravinám od méně obávaných až po nejobávanější. (American Dietetic Association, 2001). Pro trvalou

změnu je nutná nejen normalizace jídelních návyků a hmotnosti, ale také změna postoje k vlastnímu tělu a tělesné váze (Krch, 2005).

## 6.5 Jídelní režim

Denní příjem stravy tvoří šest základních jídel, jehož množství a skladba se odvíjí od výše BMI pacienta (Petr & Marková, 2014). Jídlo bývá tvořeno snídaní, přesnídávkou, obědem, svačinou, večeří a druhou večeří. Žádný pacient u sebe nesmí mít žádné jídlo (Marková, Venglářová & Babiáková, 2006). Nemocní stolují u jednoho stolu a vše probíhá pod dohledem sestry. Na každé jídlo má pacient vyhrazený čas, na oběd je určen časový limit maximálně 45 minut, svačiny a druhé večeře by měly být snědeny do dvaceti minut. Pacienti jsou zároveň poučeni o společenských aspektech stravování jako je použití celého příboru, přiměřený způsob a tempo. Současně je vhodné sledovat pitný režim, aby nedocházelo k manipulaci s váhou nadměrným příjmem vody. Pacienti v průběhu třiceti minut po požití jídla nesmějí odejít na toaletu v rámci prevence zvracení. Při nízké hmotnosti lze pacientovi předepsat nutriční nápoj. Jídelníček by měl být pestrý a obsahovat i potraviny, kterým se pacienti záměrně vyhýbají, s výjimkou lékařsky potvrzené diety (Petr & Marková, 2014).

Výběr a objem jídla je v kompetenci nutričního terapeuta. Pacientovi je obvykle stanoven váhový přírůstek, kterého by měl dosáhnout. Při příjmu k hospitalizaci na jednotku specializované péče se pacient zavazuje k váhovému přírůstku, dodržování jídelního režimu a pravidel režimové léčby na oddělení. Důležitou součástí tvoří psychoedukace, která pacienta učí správným stravovacím návykům a seznámení s biologickými i psychologickými důsledky hladovění (Marková, Venglářová & Babiáková, 2006). Pacienti mají zkrácenou představu o velikosti porce a je zapotřebí získat opět reálný náhled (Petr & Marková, 2014).

Přibírání musí probíhat postupně a pomalu. Pro nárůst váhy se ordinuje výkrmná dieta. První týden je dostačující, když pacientka dosáhne kalorického příjmu 1 200 kcal/ 5 000 kJ. Postupně se energetický příjem zvyšuje na 3 000- 4 000 kcal/ 12 600- 16 800 kJ. Na 1 kg tělesné hmotnosti, který chceme přibrat, musíme získat přibližně 25 000- 30 000 kJ nad svoji běžnou energetickou potřebu. Do jídelníčku je potřeba co nejdříve zařadit maso, mléčné výrobky, máslo, vejčeka i pečivo (Krch, 2002). V tomto období je nevhodné užívat výrobky se sníženým obsahem tuku, cukru nebo výrobky s umělými sladidly. Výrobky s vyšším obsahem energie jsou naopak žádoucí. (Švédová & Mičová, 2010).

### Příklad výkrmného jídelníčku:

Snídaně: (cca 2 500 kJ) tři rohlíky s máslem, tučnějším sýrem nebo asi pět větších kousků závinu, k tomu sladký čaj, bílá káva nebo kakao

Přesnídávka: (cca 1 200 kJ) např. smetanový jogurt, tatranka, tmavý rohlík s máslem a šunkou a sladký nápoj. Vhodné jsou různé kysané mléčné výrobky s vyšším obsahem tuku

Oběd: (cca 4 000 kJ) polévka zahuštěná, velká porce masa s omáčkou a příloha (rýže, knedlíky, brambory), k tomu salát, popř. moučník

Svačina: (cca 1 500 kJ) houska s tučnější pomazánkou, kousek zeleniny nebo smetanový jogurt, ovoce nebo smetánek a pečivo, koláč

Večeře: (cca 2 800 kJ) větší porce rizota, bramborových šišek se špenátem, těstoviny s masovou směsí se zeleninou, moučník

Druhá večeře: (cca 1 200 kJ) smetanový jogurt nebo palačinka s ovocem nebo banán nebo chléb s máslem a šunkou

(Švédová & Mičová, 2010).

U dívek s mentální bulimií a normální hmotností se soustředíme především na pravidelnost příjmu stravy a energetická hodnota jídla by měla odpovídat věku a fyzické aktivitě. Hlavním cílem je naučit pacientku dodržovat časové odstupy mezi jídly a jíst normální porce, což by mělo zabránit záchvatům přejídání (Švédová & Mičová, 2010).

## 6.6 Edukace

Jednou z úloh nutričního terapeuta při poruchách příjmu potravy je edukace pacienta. Pacientky často mívají extrémní a nesprávné znalosti z oblasti výživy. Proto je potřeba jim poskytnout správné informace o výživě a energetickém příjmu. Edukace je jednak zaměřená na fyzické a psychické následky spojené s hladověním a nesprávnou výživou, jednak na požadavky nutné k udržení hmotnosti (Krch, 2005). V průběhu sezení je pacientkám vysvětlen výpočet BMI a jsou seznámeny s vývojem průměrné hmotnosti. Pozornost se věnuje dlouhodobé neefektivnosti redukčních diet a významu tělesného tuku pro organismus. Otázka diet a účinku hladovění je dalším probíraným tématem. Kromě diet se klade důraz na edukaci o pohybu, upozornění na nebezpečnost a také neúčinnost zvracení a zneužívání laxativ. Část energetické hodnoty jídla se bez ohledu na zvracení vstřebá. Součástí je vysvětlení principu projímadel a diuretik, které vedou ke ztrátě tekutin a následné zácpě a retenci tekutin. Nezbytným krokem je uvědomění si pacientů pozitiv a negativ spojených s omezováním v jídle, přejídání a zvracení. Pacientky jsou edukovány k pravidelnému stravování, rozšiřování jídelníčku o nová jídla a aby byl příjem potravy na základě biologické potřeby (Krch, 1999). U starších pacientek jsou vhodné praktické rady k nakupování a vaření (Krch, 2005).

Postoj pacientky se nezmění s nárůstem hmotnosti, proto je zapotřebí, aby porozuměla informacím a sama poznala příznivé změny v oblasti zdraví a energie spojené s nárůstem hmotnosti (Krch, 2005).

## 7. ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE

PPP mohou způsobovat nespočet zdravotních komplikací, které zvyšují úmrtnost MA i MB. Zdravotní problémy způsobené mentální anorexií jsou po návratu ke správné výživě a nárůstu hmotnosti reverzibilní.

U pacientek s bulimií se nejčastěji setkáváme s komplikacemi kardiovaskulárními, které predikují fatální konec poruchy. Téměř 80 % pacientek se potýká se sinusovou bradykardií s frekvencí méně než šedesát tepů za minutu a hypotenzí pod 90/60 mm Hg. Opakované zvracení a užívání purgativ zvyšuje výskyt srdečních arytmií vyvolaných narušením elektrolytové rovnováhy. Může dojít až ke smrtelné srdeční zástavě, která může být mimo jiné vyvolána také rychlou realimentací. U pacientek s výraznou podváhou se doporučuje pravidelné sledování krevního tlaku a častá kontrola EKG.

Častým příznakem MB bývá až v 50 % zduření parotických slinných žláz, mohou se ale objevovat i u mentální anorexie. Důsledkem zvracení a tím způsobeného nadměrného působení žaludečních šťáv vznikají záněty jícnu, eroze a jícnové vředy. Mezi další důsledky patří zvýšená citlivost zubů, nevolnost nebo zácpa.

Charakteristickou komplikací MA a důsledkem výrazného poklesu hmotnosti bývá osteoporóza. Lze ji prokázat již během prvních dvou let nemoci a významně souvisí s délkou onemocnění a s indexem tělesné hmotnosti. Nejvýznamnějším prediktorem minerální denzity kostí je délka trvání amenorey. Čím déle a více je pacientka podvyživená, tím nižší je minerální denzita kostí. Ztráta kostní tkáně se do jisté míry upraví po návratu menstruace a normální tělesné váhy.

Endokrinní abnormality jsou velmi časté u pacientek s mentální anorexií. Zejména se jedná o ztrátu menstruace objevující se při ztrátě více než 15 % optimální tělesné hmotnosti. Až u poloviny anorektiček při získání normální váhy amenorea přetrvává, proto může být důležité zlepšení psychického stavu pacientky (Krch, 2005).

Z hematologických změn pozorujeme pokles všech složek červené i bílé řady a to anemii, leukopenii a trombocytopenii (Navrátilová & Hamrová, 2009). Realimentace vede k úpravě všech hematologických změn.

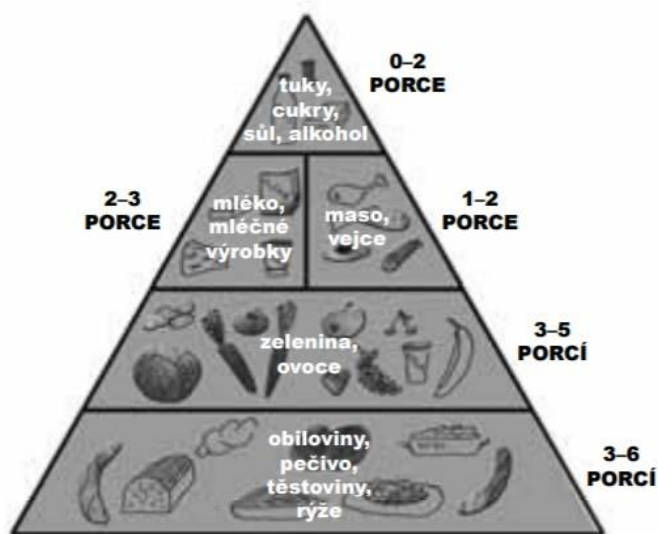
U 40 % nemocných s MA se vyskytují potíže s celkovou svalovou slabostí a 13 % trpí periferní neuropatií. Z méně častých potíží se objevují bolesti hlavy, křeče, dvojité vidění nebo poruchy hybnosti (Krch, 2005).



## 8. RELAPS A JEHO PREVENCE

Po dosažení zdravé tělesné hmotnosti hrozí riziko návratu patologického jídelního chování a úzkostí spojených s jídlem (Krch, 1999). Uzdravení by mělo znamenat dosažení a udržení žádoucích změn ve fyzické, emoční a sociální oblasti a osvojení správných stravovacích návyků. U PPP nedochází často k úplnému uzdravení, některé vzorce chování a pozornost zaměřená na vzhled a hmotnost mají silné kořeny i ve společnosti. Relapsem se myslí návrat některých příznaků a je přirozenou fází léčby (Polanská, Ševčíková & Švédová, 2007). Nejčastějším obdobím pro vznik relapsu bývá prvních šest měsíců po ukončení terapie (Krch, 2005). K relapsu může dojít ale i po dvou nebo třech letech léčby. Přibližně polovina pacientek se uzdraví v průběhu pěti let, u 30 % dojde ke chronifikaci obtíží a 20 % se nachází ve stavu podvýživy a má poruchy menstruace (Petr & Marková, 2014). Pro prevenci relapsu je důležité dodržovat zásady správné výživy a stravovat se podle výživové pyramidy. Pro pacienty je zásadní nepočítat energetickou hodnotu pokrmů, nevážit potraviny a nedodržovat žádné diety. Při stolování je vhodné jíst v klidu a vyvarovat se negativních myšlenek.

Obrázek č.1- Potravinová pyramida



Potravinová pyramida znázorňuje šest potravinových skupin a počet porcí, které máme sníst během jednoho dne. Pomáhá sestavit a lépe se orientovat v denním jídelníčku (Polanská, Ševčíková & Švédová, 2007).

Prevence relapsu v bodech:

- Nárůst a udržení optimální hmotnosti.
- Přiměřený a pravidelný jídelní režim.
- Přiměřený pohyb.

- Terapie narušeného tělesného schématu: vnímat správně své tělo a naučit se ho mít rád.
- Realistické očekávání – nevzdávat se, pokud nejsou výsledky podle představ.
- Zvládání stresu – naučit se reagovat na stres jinak než přejídáním a hladověním.
- Léčba všech příznaků poruchy příjmu potravy trvá i několik let – nebát se začít znovu.

(Polanská, Ševčíková & Švédová, 2007).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 9. METODIKA

### 9.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Tato bakalářská práce se zabývá významem nutriční péče u poruch příjmu potravy. Hlavním cílem bylo zjistit, jak postupuje nutriční terapeut při léčbě pacientů s mentální anorexií nebo mentální bulimií a jestli se proces nutriční terapie v praxi ztotožňuje s postupem s odbornou literaturou. Jak důležitá je pro pacientky spolupráce s nutričním terapeutem během léčby a zdali měla spolupráce vliv na nynější stravování pacientek.

Výzkumné otázky

1. Jak postupuje nutriční terapeut v péči o pacienty s PPP?
2. Jakou důležitost přikládají pacientky nutriční terapii?
3. Měla nutriční terapie vliv na nynější stravování respondentek?

### 9.2 Použité metody

Pro tuto práci byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Jak uvádí Hendl (2008) vedení kvalitativního rozhovoru klade značné nároky na osobu tazatele. Před samotnými rozhovory se musí výzkumník rozhodnout, jaký typ rozhovoru využije, kolik rozhovorů proběhne s jedním respondentem, kolik času rozhovor zabere, jaké typy a formy otázek využije a jaké raději nikoliv. Výzkum se uskutečnil formou polostrukturovaného rozhovoru s respondenty, kteří trpěli poruchami příjmu potravy a současně mají zkušenost s nutriční terapií. Tato strategie postavená na zkoumání zkušeností lidí byla zvolena pro lepší pochopení problematiky.

### 9.3 Metoda sběru dat

Sběr informací probíhal po dobu jednoho měsíce prostřednictvím videohovorů a komunikace přes sociální sítě, tato metoda byla zvolena zejména kvůli rozdílné lokaci všech respondentů a tím ztížené možnosti osobního setkání. Rozhovor se uskutečnil podle předem připravených otázek, které byly podle potřeby doplňovány nebo pozměněny. Účastníci výzkumu byli informováni o výzkumné práci a cílech výzkumu. Součástí bylo také poděkování za účast ve výzkumu a předem byla respondentům slíbena anonymita. Veškeré rozhovory jsem se souhlasem respondentů nahrávala na diktafon, aby byl sběr dat efektivnější a snadnější. Každý rozhovor trval přibližně hodinu. Na konci následovalo poděkování a možnost se s respondenty v případě potřeby spojit. Nejasnosti a případné doplňující otázky byly řešeny komunikací s respondenty přes sociální sítě.

## 9.4 Výzkumný soubor

Soubor byl vybrán metodou záměrného výběru. Výzkumný vzorek byl volen na základě předem stanovených kritérií. Kritériem pro účast ve výzkumu byla osobní zkušenost s poruchami příjmu potravy, absolvování léčby a zkušenost s nutriční terapií. Výběr a získávání respondentů byl prováděn jednak pomocí sociálních sítí, zejména ve skupinách založených pro sdílení zkušeností s poruchami příjmu potravy a jednak pomocí vedoucí práce paní magistry Aleny Teofil. Výzkumu se zúčastnilo pět respondentů, z toho všechny byly ženy. Vzhledem k malému počtu respondentů se získané informace nedají zobecňovat na celou populaci.

Věk respondentů se pohyboval od 21-27 let. První dotazovanou respondentkou byla 24letá slečna s diagnózou mentální anorexie. Stále se léčí a v blízké době ji čeká další hospitalizace. Druhou respondentkou se stala 27letá slečna s epizodami mentální anorexie a bulimie. Třetí respondentce bylo též 27 let a trpěla psychogenním přejídáním. Čtvrtá respondentka je ve věku 21 let a léčila se s mentální anorexií. Pátou respondentkou se stala 22letá slečna, která se nyní léčí ambulantně s anorexií a dříve trpěla mentální bulimií a přejídáním. Všechny respondentky byly velice ochotné a pracovalo se s nimi bez problému. V případě opakovaného spojení vyšly vstříc.

Tabulka č.2- Výzkumný soubor

	Věk	Diagnóza
Respondentka 1	24	Mentální anorexie
Respondentka 2	27	Mentální anorexie a bulimie
Respondentka 3	27	Psychogenní přejídání
Respondentka 4	21	Mentální anorexie
Respondentka 5	22	Mentální anorexie, dříve bulimie a přejídání

## 9.5 Analýza dat

Ihned po sběru dat jsem získaná data převedla do doslovné textové podoby, upravila je do spisovné formy a anonymizovala data. Sepsaná data jsem několikrát prošla a hledala v nich důležité informace z hlediska stanovených výzkumných otázek. Následně jsem data zpracovala metodou otevřeného kódování. Po zpracování jsem se pokusila porovnat výsledky z praktické části s odbornou literaturou.

## 9.6 Etické aspekty výzkumu

Respondenti byli předem informováni o způsobu provedení výzkumu a dobrovolné účasti ve výzkumu. Na začátku rozhovoru byla opět uvedena anonymita při výzkumu, získán souhlas s nahráváním celého rozhovoru a ujištění, že veškeré informace budou použity pouze

pro účel výzkumu. Také byli respondenti seznámeni s tím, že nemusí odpovídat na otázky, které by jim byly nepříjemné. Jeden z respondentů si přál provést rozhovor písemnou formou a přání bylo respektováno. Jména respondentů byla nahrazena slovem Respondent.

## 9.7 Okruhy otázek

Postup nutriční terapeuta při léčbě poruch příjmu potravy, jaký byl proces schůzek. Tento okruh otázek odpovídá první výzkumné otázce.

- Co vše zahrnovala Vaše léčba?
- Zahrnovala Vaše léčba i péči nutričního terapeuta?
- Jak dlouho jste s nutričním terapeutem spolupracovala/spolupracujete?
- Jak schůzky probíhaly?
- Jak často se schůzky uskutečňovaly?
- Byla pro Vás edukace srozumitelná?

Postoj respondentů k nutriční terapii. Jaká důležitost je přikládána nutriční terapii při léčbě PPP z pohledu účastnic výzkumu.

- Jak subjektivně hodnotíte vliv nutriční terapie na Vaše uzdravování?
- Vnímáte léčbu jako komplexní záležitost týkající se několika odborníků?
- Byla jste s přístupem nutričního terapeuta spokojená?
- Přistupoval k Vám nutriční terapeut individuálně?
- Myslíte si, že je nutriční terapie důležitou součástí léčby a proč?
- Dochází u Vás ke zlepšení?
- Zaznamenala jste v průběhu léčby opakované relapsy?

Vliv nutriční terapie na stravování respondentek, k jakým změnám ve stravování došlo.

- Ovlivnila Vaše spolupráce s nutričním terapeutem Vaše stravování?
- Jaké změny v jídelníčku nastaly?
- Pomohla Vám terapie v pravidelnosti nebo v rozmanitosti stravování?

## 10. VÝSLEDKY

V této kapitole jsou utříděné výsledky získané z rozhovorů s respondentkami. Kódováním a rozdělením výsledků do kategorií jsem mohla zodpovědět stanovené výzkumné otázky.

### 10.1 Jak postupuje nutriční terapeut v péči o pacienty s poruchami příjmu potravy

Tato otázka pátrá po průběhu schůzek s nutričním terapeutem. Je zaměřena na obsah schůzek, jejich četnost a délku spolupráce. Dále se věnuje srozumitelnosti podávaných informací během nutriční terapie z pohledu respondentek.

#### Proces sezení

Všechny respondentky uvedly, že v začátcích nutriční terapie absolvovaly odebrání nutriční anamnézy a bylo provedeno měření a vážení.

Respondentka 1: *„Na začátku mě zvážili a změřili.... pak jsem jeden den v týdnu šla na vážení... ptali se na onemocnění v rodině, na štítnou žlázu, na to, jak jím, co jím.“*

Respondentka 2: *„Prvně jsem vyplnila to, co zhruba jsem navštívila, jaká byla moje nejnižší váha, kdy byla, jak dlouho se s tím léčím ... měla tu váhu, jak ti změří tuky, svaly... Změřila mě, zvážila mě... na té první hodině se mě spíš ptala na ty moje zvyky, jestli zvracím nebo jak to celé začalo. A ještě jsem tam vyplňovala dotazníky ...“*

Respondentka 3: *„Ptala se na to, jak jsem se léčila, jaký mám problém, s čím mám problém, o návycích, jestli se takhle v rodině něco děje, neděje... a na začátku jsem zmiňovala současnou váhu a výšku...“*

Respondentka 4: *„Měřila a vážila si mě... řešily jsme, co jím a jak jím.“*

Respondentka 5: *„Ptala se mě na vývoj, od kdy mám problémy, trochu jsme řešily příčinu a tak... taky chtěla váhu a výšku...“*

Dle výpovědí se ukázalo, že součástí schůzek bylo doporučení jídelního režimu, vhodných a nevhodných potravin, návod, jak sestavit jídelníček a jeho konzultace. Dalším krokem byla edukace o sportovní aktivitě. Respondentka 3 a 4 uvedla, že na sezení také řešily mýty o výživě.

Respondentka 1: *„Dělali jsme s terapeutkou jídelníčky... Řekli jsme naši verzi a ona nám radila, kde přidat nebo jestli toho nemáme moc. Nebo upozornila na nevhodná jídla a tak. Mantra zní: snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře, druhá večeře ... při sezení ve skupině dávali hodně rad, že nemáme moc cvičit nebo kolik jídel denně.“*

Respondentka 2: *„... na začátku to bylo víc o jídle, že jsme se vyloženě bavily kdy jíst, co jíst, jak to prostě celé udělat... Ona po mě chtěla, abych si psala snídaně, svačinu, oběd,*

*svačinu a večere... takže jsme řešily i sportovní aktivitu, kolik běhat, jak často běhat, jestli vůbec. Na začátku mi to zakázala úplně, ale zase mi říká, musíme za to najít nějakou kompenzaci. Třeba jóga, já jsem zvolila procházky a dohodly jsme se, že to musí být vycházkové tempo... energetickou hodnotu jídla jsme vůbec neřešily, žádná čísla ani tak... při tom vážení jsme se dohodly, že mi to nebude říkat a vždycky to sdělí příteli... “*

*Respondentka 3: „Tam jsme právě řešily ten jídelníček a takhle tu stravu, co tam jako třeba mi chybí, nechybí, co tam přebývá. Takže jsme si psali prostě každý den nebo jsme dodali tři čtyři dny po sobě, co jsme jedli. Jestli tam právě něco nechybí nebo co může tělu nějak chybět, nechybět. ... Sportovní aktivitu jsme řešili taky ... to jsme řešili, že mám právě velký výdej energie a malý příjem toho jídla. A co jsme hodně řešily bylo sladké.... a taky jsme se slečnami doptávaly na nějaké takové věci nebo na mýty v té stravě. “*

*Respondentka 4: „...co jíst, kde co přidat... základní fakta o jídle, jako třeba bazální metabolismus... když jsem se ptala nebo, nebo ze mě vypadlo, že si myslím něco, co je nepravda, vysvětlila mi, proč si to myslet nemám. Kalorie jsme záměrně neřešily, já byla posedlá čísla, tak to na stůl nesmělo...“*

*Respondentka 5: „Řešily jsme hlavně psychiku. Jak překonávat větší porce a fear foods a tak. Pracovaly jsme taky na tom, abych se denně nevážila... a pak mě zkoušela navést alespoň k tanci, který jsem dřív měla ráda... pak jsme přešly na denní kontakt přes SMS, kde jsme shrnovaly jídelníček a pocity za den... Teoreticky jsem měla veškeré potřebné věci k léčbě v malíku dávno... Předtím jsem ještě byla hospitalizovaná třikrát v nemocnici... tam jsem od nutriční dostala nějaké tištěné materiály s informacemi... o potravinové pyramidě a podobně. A rozhodly jsme, kdy se navýší porce a volily jsme jídelníček. “*

### **Délka spolupráce a četnost schůzek**

Pravidelnost schůzek i délku spolupráce respondentky uvedly různě, vzhledem k odlišným formám léčby. Respondentka hospitalizovaná na oddělení absolvovala sezení několikrát týdně po dobu celé hospitalizace, která trvala dva měsíce. Respondentky, které docházely na schůzky, se setkávaly s nutriční terapeutkou pravidelně jednou za dva až tři týdny. Délka spolupráce se také lišila. Pátá respondentka navíc komunikovala s nutriční terapeutkou na denní bázi přes SMS zprávy.

*Respondentka 1: „Čtyřikrát týdně jsme měli sezení... hospitalizace trvala dva měsíce...“*

*Respondentka 2: „Tak jednou za dva až tři týdny. Ta naše spolupráce ... probíhala vždycky ve čtvrtek od 2. května 2019, to je vlastně rok a měsíc... a pak jsem tam jezdila, no v té frekvenci dvakrát za měsíc. “*

*Respondentka 3: „Co dva týdny a asi třičtvrtě hodiny... vlastně loňským rokem od října, teď si nejsem jistá, jestli do února... asi půl roku.“*

Respondentka 4: „... jednou za dva až tři týdny asi na půl hodinky... ze začátku možná i jednou za týden... asi 5 měsíců... “

Respondentka 5: „Asi čtyři měsíce, přesněji si to nepamatuji... hodinu jednou za tři týdny, podle toho, jak jsem potřebovala... a pak teda ten denní kontakt přes zprávy.“

### **Srozumitelnost podávaných informací**

Odpovědi respondentek byly jednohlasné, pro všechny tázané byla edukace srozumitelná.

Respondentka 1: „Srozumitelné byly. Zvláště, když mě po víkendu stráveném doma upozornili, kde jsem udělala chybu a řekli mi, jak je to správně, že si nemám před jídlem místo polévky dávat piškoty, ale, že je mám sníst až po jídle...“

Respondentka 2: „...Určitě jo. Ta nutriční terapeutka, tím, že se na to specializovala a měla zkušenost s poruchami příjmu potravy, tak věděla, jak mi pomoci.“

Respondentka 3: „Ano. My jsme měli takovou teoretickou část, a pak právě i praktickou a dotazy. Takže to pro mě bylo takové víc přínosné a pochopitelné, protože si myslím, že třeba i hodně jsem si z různých článků kdysi vytvořila špatné tvrzení a ovlivnilo to i moji stravu no nebo pohled na ni.“

Respondentka 4: „Ano... ona věděla, co je správně a řekla mi to, a já to udělala nebo jsem se aspoň snažila... všechno potřebné věděla ona a mě stačilo vědět, že ona tomu rozumí...“

Respondentka 5: „Ano, naprosto.“

## **10.2 Jakou důležitost přikládají pacientky nutriční terapii**

Tato otázka se snaží odpovědět na to, jestli respondentky považují nutriční terapii jako významný krok v jejich uzdravování, v čem jim terapie pomohla a jestli vnímají léčbu jako komplexní záležitost.

### **Role nutričního terapeuta v uzdravování**

První respondentce pomohla nutriční terapie v pravidelnosti a ve výběru potravin. Respondentka 2 zmiňuje jako velice důležité, že díky nutriční terapeutce získala motivaci a pocit, že se může uzdravit. Díky terapii začala na své tělo pohlížet jinak a přestala s excesivním cvičením. Respondentce 3 terapie pomohla k uvědomění si problému a toho, co tělo potřebuje. Čtvrtá respondentka začala zařazovat do jídelníčku více jídel a přestala se obávat některých potravin. Zároveň pochopila nutnost dostatečného příjmu potravy. U páté účastnice výzkumu zmizel strach z jídla a z přibírání a přestalo omezování se jen na určité potraviny.



Respondentka 1: „... naučila jsem se pravidelnějšímu režimu, co máme jíst a kolikrát denně.“

Respondentka 2: „... nutriční terapeutka měla strašně pozitivní vliv... Ona mi dala pocit, že se můžu uzdravit a všechno co se mi děje, je normální. A to pro mě bylo strašně důležité. Beru ji jako hrozně důležitou součást toho uzdravení... Myslím si, že nutriční terapeut je strašně důležitá součást, protože se zabývá přímo strukturou potravy... snaží se pomoci strukturovat jídelníček, pomoci s návyky a řešit různé krizové situace, které se týkají toho jídla... přestala jsem tak excesivně sportovat a začala jsem na svoje tělo pohlížet jinak...“

Respondentka 3: „... třeba to, že si večer můžu dovolit něco sladšího, že to to tělo potřebuje, ale abych si to v té hlavě uzpůsobila... Tak jsem si to musela uvědomit, že si můžu dát večer tyčinku a že mi to nic neudělá.... hodně mi to všechno pomohlo k nějakému uvědomění si, jak to vlastně jako já mám... začala jsem poslouchat svoje tělo.“

Respondentka 4: „... hodně mi to pomohlo ze začátku, kdy jsem byla schopná jíst asi jen pět věcí dokola a ona mi dost citlivě vysvětlila, že ze všech potravin světa jsou i jiný bezpečný, jak jsem tomu říkala... tohle bylo důležitý jednak po fyzický stránce a byla to pro mě taková podpora... hodně mi pomohla se rozjet a ujistila mě, že jíst pořádně je v pořádku a nutný... mělo to od ní mnohem větší váhu než třeba od psychoterapeutky... a sama bych nebyla schopná jíst něco jiného, než těch asi pět jídel, v tomhle to byla obrovská podpora... byla schopná mě nějak poznamenat... tak, že mi to pomohlo i s odstupem času, a řekla bych, že to byla jedna z klíčových věcí pro to, abych to vůbec mohla zvládnout...“

Respondentka 5: „...pomohla mi z nejhoršího... Když jsem k ní přišla, jedla jsem jen toastový chléb, odtučněný cottage a banány. Postupně jsem začala jíst všechno, sice stále v menších porcích, ale ne už tak úplně malých... Pomohlo mi to překonat strach z jídla a přibírání, což mi nikde jinde nepomohli... nebyl na mě tlak, že se musím zlepšit. Předčilo to moje očekávání... a pomohla mi i psychicky“

### **Změna v myšlení**

Tři z pěti respondentek zdůraznily jako prvotní důležitý krok k uzdravení uvědomění si a přijmutí problému, nastavení změny v hlavě a odhodlání k léčbě.

Respondentka 2: „V té době jsem měla v hlavě nastaveno, že nechci přibrat a ke zlepšení nedocházelo. To pak nejde...“

Respondentka 3: „... je to všechno v hlavě, jak já vždycky říkám. Člověk si to nejdřív musí uvědomit v hlavě a přijmout to, že ten problém má, a i třeba s tou stravou no.“

Respondentka 4: „... no pro mě to bylo klíčový pracovat na té hlavě... Uvědomit si to, to je asi úplně první věc, bez které to nejde. Pak je taky důležité být sám k sobě upřímný a nenalhávat nic sobě. A hlavně těm lidem, kteří ti chtějí pomoci, tak to si nesmíš říct, že mu řekneš to, co chce slyšet, to je cesta do pekla.“

## **Komplexnost léčby**

Na otázku, zdali respondentky vnímají léčbu jako komplexní záležitost týkající se několika odborníků uvedly, že psychoterapie a nutriční terapie jsou zapotřebí k účinné léčbě a obě terapie měly vliv na léčbu a osobně jim velmi pomohly.

Respondentka 1: „... jídlo i psychoterapie. To je důležité oboje, tak půl na půl. Pomohlo mi to i to...“

Respondentka 2: „Ať už psychiatři nebo nutriční terapeuti, všichni měli na léčbu vliv, to uzdravování beru jako komplexní záležitost...“

Respondentka 3: „... doporučila bych to všechno dohromady... nutriční část, právě i ta teoretická, i to, jak jsme se bavili o tom mém problému, tak bych to doporučila s tou psychoterapií... třeba mě to hodně pomohlo.“

Respondentka 4: „...nutriční terapie byla sice poměrně malý element v léčbě, za to měla velkou váhu, velký vliv... bez ní by to nešlo... bylo to doplnění k té psychologické části... všechno tam má svoji klíčovou roli... kdekoli jinde razili teorii, že na tom jídle nezáleží, že ti chtějí jen z hlavy vytlouct tu potvoru, ale takhle to to jako fakt nefunguje...“

Respondentka 5: „Jako velmi, velmi komplexní.“

## **Spokojenost s přístupem nutričního terapeuta**

Tato otázka zahrnovala zjištění, jestli byly respondentky spokojené s přístupem nutričního terapeuta. Jestli byl přístup individuální a zaměřen na řešení jejich konkrétních problémů nebo spíše obsahoval obecné rady.

Respondentka 1: „Celkově jsem spokojená byla... No obojí. Řešily jsme ve skupině naše jídelníčky a ona pak rozebírala u každé ty chyby... během sezení jsme dostávaly obecné rady ohledně cvičení a tak ... seděly jsme tam všechny a poslouchaly ostatní.“

Respondentka 2: „Byla nenásilná, vždycky se snažila najít řešení, které pro mě bude příjemné a přizpůsobit mi to... Třeba já jsem vždycky intenzivně běhala, tak jsme hledaly kompromis... zaměřovaly jsme se na moje problémy a jejich řešení. I třeba krizové situace ohledně jídla. Když jsem nechtěla jíst něco ve fastfoodu, tak mi dala jinou alternativu.“

Respondentka 3: „Jo, věděla přesně co mi říkat a co ne... třeba věděla, že se bojím pořádně jíst a pracovaly jsme na tom... No a naučila mě vlastně všechno, kde jsem měla problém.“

Respondentka 4: „Ano... Fajn bylo, že to přizpůsobila vážně na tělo... řešily jsme přímo to, čeho se bojím a tak...i jak zvládat moje chutě na sladké...“

Respondentka 5: „Naprostě spokojená... přístup individuální byl u té druhé nutriční, sama si prošla poruchami příjmu potravy...“

### 10.3 Vliv nutriční terapie na nynější stravování respondentek

Respondentky byly tázány na to, jak spolupráce s nutričním terapeutem ovlivnila jejich stravování. Nutriční terapie by měla vést k osvojení správných stravovacích návyků zejména z hlediska prevence relapsu.

První respondentka uvedla jako pokrok častější příjem stravy. Většina respondentek se shodla na pokroku v rozmanitosti. Třetí respondentka díky terapii lépe zvládá chutě na sladké a zařazuje do jídelníčku k večeři lehčí jídla. Respondentka 4 navíc popisuje, že se díky nutriční terapii stravuje podle zásad zdravé výživy a snaží se jíst podle doporučeného množství makroživin.

Respondentka 1: *„Trochu. Předtím jsem nejeda vůbec nic, teď nějak obědvám i večerím, občas i snídám.“*

Respondentka 2: *„Pomohlo mi to v rozmanitosti. Pravidelně jsem jedla už dřív, ale začala jsem jíst rozmanitěji.“*

Respondentka 3: *„Já jsem teda měla problém s tím sladkým. Nutriční terapeutka mi říkala, že když si k tomu sladkému dám nějakou tu bílkovinu, tak se srazí ten glykemický index... potom se mi nebude stávat během dne, že budu mít takové ty výkyvy nebo že bych potřebovala něco sladkého... večer jsem měla takové svoje návyky, tak na to mi hodně pomohla ta sezení nutriční. A mělo to vliv na skladbu jídelníčku, třeba jsem večer začala víc zařazovat polévky, lehčí jídlo na večer... dřív jsem jedla třeba hodinu před spaním a vím, že mi to třeba kolikrát nedělalo dobře. Takže jsem začala zařazovat lehčí jídla.“*

Respondentka 4: *„... do teď vlastně mi zůstalo od ní hlídat od oka nějak vyvážený makra a abych jedla i dost ovoce, a tak obecně, co se týká vitaminů, hlídat si, abych si taky dala rybu jednou za čas, nějaký oříšky, semínka a takový... aby to bylo pestrý, rozmanitý obecně ta strava. Ten vliv, který jsem si odnesla do budoucna byl, že mě naučila intuici kolem jídla, kterou jsem neměla, tohle mě naučila, nebo pomohla mi se to naučit spíš.“*

Respondentka 5: *„I když mám teď tendenci se omezovat, tak vzpomínám, jak velké porce jsem jedla s ní. A že to v tu dobu bylo v pohodě... taky si víc hlídám vyváženost stravy.“*

## 11. DISKUZE

V této kapitole je shrnuta struktura práce, limity výzkumu a interpretace výsledků, které se zabývají tím, jaký postoj zaujímají respondentky k nutriční terapii a porovnávání postupu nutričního terapeuta při léčbě PPP s odbornou literaturou.

### 11.1 Struktura práce

Teoretická část bakalářské práce se komplexně zabývá poruchami příjmu potravy. Popisuje příčiny vzniku, jaký postoj zaujímají jedinci s PPP k jídlu a obsahuje také vymezení a diagnostiku jednotlivých poruch. Kapitola 5 a 6 se zaměřuje na léčbu poruch příjmu potravy, zahrnuje psychoterapii a formy péče. Největší část je věnovaná nutriční terapii, kde je zpracováno hodnocení stavu výživy, realimentace a proces nutriční terapie u mentální anorexie a bulimie.

Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum založený na polostrukturovaném rozhovoru s respondentkami, které se léčily s PPP a podstoupily léčbu nutričním terapeutem. Vzhledem k malému počtu respondentů se získané informace nedají zobecňovat na celou populaci.

### 11.2 Limity výzkumu

Jako limit výzkumu by mohl být malý počet respondentů. Odpovědi různých jedinců by nemusely být totožné s odpověďmi účastnic mého výzkumu. Další limit může být v účasti respondentek pouze ženského pohlaví, při hledání respondentů jsem ale narazila pouze na ženy, což může souviset s menším výskytem poruch příjmu potravy u mužů. Významným limitem výzkumu je také účast respondentek odhodlaných k léčbě s motivací ke změně. U pacientů, kteří se léčit nechtějí, by edukace nebyla přínosná a odpovědi by se lišily.

### 11.3 Interpretace výsledků

Odpovědi ohledně postupu nutričního terapeuta při léčbě PPP ukázaly, že nutriční terapeut s respondentkami pracoval velice podobně. Díky odpovědím se potvrdila tvrzení v teoretické části práce. Ze získaných odpovědí je zřejmé, že u všech pacientů byla provedena nutriční anamnéza, měření i vážení. Dle Krcha a Švédové (2013) je součástí terapie zhodnocení nutritivního stavu, poskytnutí informací o pravidelnosti stravování a stravovací plán, který zahrnuje kdy, jak a jaké potraviny má pacientka jíst. Ze získaných dat se tento krok v léčbě potvrzuje, respondentky uvádějí, že jim byly předány informace ohledně stravování, rady ohledně jídelních chyb, pravidelnosti stravování i doporučení pro zabezpečení pestrosti stravy. Jak uvádí Krch (2005), pacienti často mívají nesprávné znalosti z oblasti výživy, je potřeba jim vyvrátit mýty a poskytnout správné informace. Ukázalo se, že respondentky měly možnost směřovat na nutričního terapeuta dotazy ohledně mýtů o výživě a byly jim vyvráceny nepravdivé informace. Respondentky zmiňovaly záměrné

neřešení kalorií během sezení a při pravidelném vážení si nenechaly říkat svou váhu. Uvádějí, že byly posedlé čísly, a proto tyto informace nebyly probírány. Edukace během schůzek byla pro respondentky pochopitelná a užitečná.

Dvě respondentky absolvovaly léčbu nutričním terapeutem při hospitalizaci, ostatní docházely k soukromému nutričnímu terapeutovi. Respondentka 1 byla hospitalizována v psychiatrické léčebně, v porovnání se průběh schůzek lišil. Během hospitalizace se respondentka scházela s nutričním terapeutem ve formě skupin a veškerá edukace probíhala s ostatními hospitalizovanými pacienty. Respondentka 5 byla hospitalizována v nemocnici, kde se několikrát setkala s nutričním terapeutem. Dostala obecné rady ohledně výživové pyramidy a instrukce k sestavení jídelníčku. Po hospitalizaci vyhledala pomoc nutričního terapeuta působícího v centru, které se specializuje na PPP a docházela k němu stejně jako ostatní respondentky. Z odpovědí respondentek se přístup nutričního terapeuta během obou hospitalizací neukázal jako příliš individuální. U ostatních respondentek byl přístup individuální, s nutričním terapeutem se scházely o samotě a veškerý čas byl vyhrazen na řešení jejich problémů. Respondentky považují přístup nutričního terapeuta za individuální a přizpůsobený jejich potřebám.

Proces nutriční terapie by byl odlišný u hospitalizovaných patientek na jednotce intenzivní péče při těžké malnutrici oproti nutriční terapii poskytované v ambulantní péči, při psychiatrických hospitalizacích nebo v denních centrech.

Respondentky zdůraznily důležitost odhodlání k léčbě a uvědomění si problému v hlavě, jako stěžejní bod při léčbě poruch příjmu potravy. Odpovědi jsou v souladu s teorií, že úspěšnost spočívá v motivaci pacienta ke změně (Papežová, 2018). Z výzkumu vyplývá, že každé respondentce byla nutriční terapie nápomocná v jiném směru, podle toho, s čím měla problém. Celkový vliv nutriční terapie byl zejména v rozšíření jídelníčku o některé potraviny a zbavení se strachu z kalorického účinku jídla. Zmiňován byl i pokrok v pravidelnosti a společná konzultace jídelníčku s nutričním terapeutem naučila pacientky zařazovat vhodné potraviny. Kromě toho byla sezení nápomocná ve změně pohledu na své tělo a pochopení důležitosti řídit se potřebami svého organismu. Edukace měla také vliv na současné stravování respondentek a získané informace uplatňují i po skončení léčby.

Pro úspěšnou léčbu je důležitá spolupráce multidisciplinárního týmu, který se specializuje na poruchy příjmu potravy. Každá dotazovaná si je vědoma komplexnosti léčby a potřeby více odborníků v procesu uzdravování. Dle Americké dietetické asociace (2001) jsou nutriční terapie a psychoterapie dvě neodmyslitelné části léčby PPP, stejně tak z pohledu respondentek, které přisuzují největší důležitost právě nutriční terapii a psychoterapii.

Vyhodnocení otázky ohledně spokojenosti patientek s nutričním terapeutem bylo shodné u všech tázaných a tou byla naprostá spokojenost. Každá z respondentek vnímá nutriční terapii jako významnou část léčby a uvádí, že bez ní by nebylo uzdravení možné.

Návrhem pro další výzkum by mohlo být téma zaměřující se na práci s pacienty s poruchami příjmu potravy z pohledu nutričních terapeutů. Následně by bylo možné výsledky porovnat a zjistit, jak spolupráci vnímají terapeuti a jak pacienti. Dle případných odlišných názorů v léčbě by bylo vhodné provést změny v terapii. Změna přístupu by mohla vést k větší spokojenosti pacientů a k účinnější léčbě.

## 12. ZÁVĚR

Poruchy příjmu potravy jsou rozšířeným psychickým onemocněním, které má závažné dopady na zdraví i psychiku jedince. Léčba je zabezpečována multidisciplinárním týmem a je založena zejména na psychoterapii, nutriční terapii a farmakoterapii. Z výzkumu vyplynulo, že prvním krokem k léčbě ze strany pacientky je uvědomění si problému a snaha ho řešit. Pokud není pacient odhodlán a motivován ke změně, nedojde ke zlepšení stavu a léčba se stává neúčinnou. Ukázalo se, že důležitost je kladena na nutriční terapii stejně jako na psychoterapii. Obě terapie jsou v rámci uzdravování účinné a je zapotřebí je v léčbě uplatnit. Rozdíl v přístupu nutričního terapeuta je vnímám rozdílně podle formy, kterou je terapie poskytována. Individuální přístup k pacientkám hraje velkou roli v procesu uzdravování. Během hospitalizací by bylo vhodné přístup zindividualizovat. Informace získané během léčby byly pro respondentky přínosné a aplikují je do života i po skončení léčby, tento krok je důležitý zejména z hlediska prevence relapsu. Výzkum potvrdil totožný proces nutriční terapie v léčbě PPP v praxi s odbornou literaturou a prokázal, že nutriční terapie je významnou součástí v léčbě těchto poruch.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

American Dietetic Association. (2001). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 101(7), 810-819. Dostupné z: <https://jandonline.org/action/showPdf?pii=S0002-8223%2801%2900201-2>

Černá, R. (2008). *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Anabell. Dostupné z: [http://knihovna.anabell.cz/components/com\\_jshopping/files/demo\\_products/o-poruchach.pdf](http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/o-poruchach.pdf).

Eating disorders in adolescents: Principles of diagnosis and treatment. (1998). *Paediatrics & child health*, 3(3), 189–196. <https://doi.org/10.1093/pch/3.3.189>

Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Rees, J., Schebendach, J., Sigman, G., Ammerman, S., & Hoberman, H. M. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 16(6), 420–437. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(95\)00069-5](https://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00069-5)

Grofová, Z. (2007). *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada.

Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

Chudobová P., Papežová H., Sekot M. & Klecanda A. (2005). *Možnosti a limity léčby pacientů s poruchami příjmu potravy formou denního stacionáře v České republice a v zahraničí*. Čes a slov Psychiatr. 101(4). 213-217. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2005\\_4\\_213\\_217.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_4_213_217.pdf).

Kohout, P., & Kotrlíková, E. (2009). *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapié.

Krch, F. D. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál

Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. 2.vydání. Praha: Portál.

Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.

Krch, F. D. (2004). Poruchy příjmu potravy: rizikové faktory. *Psychiatrie Pro Praxi*, 5(1), 14-16. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/Krch.pdf>.

Krch, F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada.

Krch, F. D. & Švédová, J. (2013). *Příručka pro zdravotníky*. Brno: Občanské sdružení Anabell. Dostupné z: [http://knihovna.anabell.cz/components/com\\_jshopping/files/demo\\_products/prirucka-pro-zdravotniky.pdf](http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/prirucka-pro-zdravotniky.pdf).



Léčebná výživa v oblasti psychiatrie. (2014). Podpora rozvoje dalšího vzdělávání ve zdravotnictví v Moravskoslezském kraji. Dostupné z: <https://docplayer.cz/14838282-Lecebna-vyziva-v-oblasti-psychiatrie.html>

Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.

Marková, E., Venglářová, M. & Babiaková, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.

Mehler, S., & Arnold, A. (2017). *Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications*, Baltimore: John Hopkins University Press

Meisnerová, E. (2013). Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. *Interní Medicína*, 15 (8-9), 266-268. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>

Navrátilová, M., & Hamrová, M. (2009). Realimentace u závažných poruch příjmu potravy: mentální anorexie a bulimie. *New Eu Magazine Of Medicine*, 4(1-2). Dostupné z: [http://www.neumm.cz/public/img/neumm\\_09\\_1-2/pdf/navratilova\\_hamrova\\_bulimie.pdf](http://www.neumm.cz/public/img/neumm_09_1-2/pdf/navratilova_hamrova_bulimie.pdf).

Navrátilová, M. & Kalendová, M. (2019). Poruchy příjmu potravy - mentální anorexie a bulimie, nejzávažnější somatické a metabolické komplikace: Způsoby realimentace Shrnutí třicetileté praxe z metabolického pohledu internisty. *Czecho-Slovak Pediatrics/ Cesko-Slovenska Pediatrie*, 74(5), 290-300.

Navrátilová, M., Sobotka, L. & Češková, E. (2000). *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf.

Němečková, P. (2007). Eating Disorders. *Psychiatr. Praxi*, 8(4), 155-157. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/04/02.pdf>.

Němečková, P. (2011). Poruchy příjmu potravy. *Med. praxi*, 8(11), 459-462. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/04.pdf>.

Ozier, A. D., Henry, B. W., & American Dietetic Association. (2011). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(8), 1236–1241. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.06.016>

Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.

Papežová, H. (2001) Doporučené postupy pro praktické lékaře: anorexia nervosa, bulimia nervosa. ČLS JEP. Dostupné na: <https://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>.

Papežová, H., Kocourková, J., & Koutek, J. (2018). Poruchy příjmu potravy: Doporučené postupy psychiatrické péče. ČLS JEP Dostupné z: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/images/pdf/Poruchy-prijmu-potravy.pdf>.

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.

Pelková, L. & Papežová, H. (2009) První kontakt: rozšiřující forma ambulantní péče pro dívky s poruchou příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. 10. 22-24. Dostupné z: <https://www.yumpu.com/en/document/read/6187804/psychiatrie-sekce-poruchy-prijmu-potravy>.

Peřinová, N. (2013). *Nutriční doporučení pro komunikaci s klientem s poruchou příjmu potravy*. Brno: Občanské sdružení Anabell. Dostupné z: [http://www.anabell.cz/images/obr/1411805829\\_brozura-a5-doporuceni-finalni-22-8-.pdf](http://www.anabell.cz/images/obr/1411805829_brozura-a5-doporuceni-finalni-22-8-.pdf).

Petr, T., & Marková, E. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada

Svačina, Š. (2008). *Klinická dietologie*. Praha: Grada.

Švédová, J., & Mičová, L. (2010). *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy*. Občanské sdružení Anabell. Dostupné z: [http://knihovna.anabell.cz/components/com\\_jshopping/files/demo\\_products/manualpropedagogy.pdf](http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/manualpropedagogy.pdf).

Tomáška, M. (2008). Nutriční podpora formou sippingu. *Interní Medicína Pro Praxi*, 10(6), 285-290. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/06/06.pdf>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2018). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017*. Praha. ÚZIS ČR. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai\\_2018\\_08\\_poruchy\\_prijmu\\_potravy\\_2011az2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf).

Zákon č. 96/2004 Sb. *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, zákon o nelékařských zdravotnických povoláních*. (2004). Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra

Zámečnicková, R., & Hrdlička, M. (2003). Farmakoterapie u mentální anorexie. *Psychiatr. Praxi*, 4(6), 263-266. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/06/06.pdf>.

# PŘÍLOHY

## **Příloha č.1- Seznam tabulek**

Tabulka č.1- Hodnocení stavu výživy u dospělých

Tabulka č.2- Výzkumný soubor

## **Příloha č.2- Seznam obrázků**

Obrázek č.1- Potravinová pyramida