

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**KVALITA ŽIVOTA A PROBLEMATIKA OŠETŘOVÁNÍ
NEMOCNÝCH S DIAGNÓZOU MENTÁLNÍ
ANOREXIE**

Bakalářská práce

Autor práce: Pavla Vyhnánková

Vedoucí práce: MUDr. Jarmila Rážová, Ph.D.

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

**QUALITY OF LIFE AND PROBLEMS CONCERNING THE
CARE OF THE PATIENTS WITH DIAGNOSIS
MENTAL ANOREXY**

Bachelor's thesis

Author: Pavla Vyhánková

Supervisor: MUDr. Jarmila Rážová, Ph.D.

2008

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že tato práce je mým autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, ze kterých jsem čerpala jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové:.....

Podpis:.....

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala za připomínky a cenné rady při vedení mé závěrečné bakalářské práce MUDr. Jarmile Rážové, Ph.D.

Taktéž bych chtěla poděkovat své rodině i zaměstnavateli za pochopení a podporu po celou dobu mého studia.

V Praze dne 4.3.2008

.....

Obsah

Úvod.....	7
Cíle empirické části.....	8
1. Definice mentální anorexie.....	9
2. Historie poruch příjmu potravy.....	9
3. Metabolické a hormonální poruchy při energetické malnutrici.....	10
3.1. Fyziologické poznámky.....	11
3.2. Energetická malnutrice.....	12
3.3. Účinky hladovění na lidské chování.....	13
4. Příčiny mentální anorexie.....	14
4.1. Sociální a kulturní faktory.....	15
4.2. Biologické faktory.....	16
4.3. Životní události.....	19
4.4. Rodinné a genetické faktory.....	19
4.5. Emocionální faktory.....	21
4.6. Osobnost a další psychické charakteristiky.....	21
4.7. Závislost na psychoaktivních látkách.....	24
5. Faktory posilující strach z tloušťky.....	25
5.1. Kulturní.....	25
5.2. Individuální.....	26
6. Jak rozpoznáte mentální anorexii?.....	27
7. Diagnostická kritéria mentální anorexie.....	30
7.1. Diagnostická kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí-10.....	30
7.2. Diagnostická kritéria dle Diagnostického a Statistického Manuálu Americké psychiatrické asociace.....	31
8. Specifické typy mentální anorexie.....	31
9. Vztah hladu a přejídání.....	32
10. Zdravotní komplikace anorexie.....	33
10.1. Kardiovaskulární.....	33
10.2. Renální.....	34
10.3. Gastrointestinální.....	35
10.4. Kosterní.....	36
10.5. Endokrinní.....	36

10.6. Hematologické.....	37
10.7. Neurologické.....	37
10.8. Metabolické.....	38
10.9. Dermatologické.....	39
11. Léčebné postupy u mentální anorexie.....	40
11.1. Hospitalizace.....	40
11.2. Ambulantní péče.....	40
11.3. Rodinná terapie.....	41
11.4. Kognitivně behaviorální terapie.....	41
11.5. Interpersonální terapie.....	42
11.6. Psychodynamická terapie.....	42
11.7. Poradenství v oblasti výživy.....	42
11.8. Terapie, orientovaná na zakoušení vlastního těla.....	43
11.9. Skupinová terapie.....	46
11.10. Farmakoterapie.....	47
11.11. Hippoterapie.....	48
11.12. Arteterapie.....	48
12. Problematika ošetrovatelského přístupu u mentální anorexie.....	48
13. Empirická část.....	51
13.1 Cíle výzkumu.....	51
14. Metodika výzkumu.....	52
14.1. Použité metody.....	52
14.2. Participující osoby.....	52
15. Soubor respondentů.....	53
16. Analýza výsledků výzkumu.....	54
Diskuse.....	81
Závěr.....	83
Seznam použité literatury.....	85
Seznam grafů.....	86
Seznam příloh.....	87

Úvod

Téma „Kvalita života a problematika ošetřování nemocných s diagnózou mentální anorexie jsem si vybrala záměrně, jelikož jsem se v minulosti s touto zákeřnou nemocí osobně setkala, když postihla jednu z mých spolužaček ze školy a bohužel této nemoci podlehla.

Rovněž jsem měla možnost se s tímto onemocněním setkat v rámci praxe na metabolické jednotce, kde jsem si plně uvědomila o jak závažný stav se jedná a také jak je důležité rozpoznání včasných symptomů mentální anorexie.

V teoretické části se zabývám základní charakteristikou této choroby, etiologií, účinky hladovění na lidský organismus a také diagnostickými, léčebnými a ošetrovatelskými aspekty.

V empirické části jsem se zabývala kasuistikami obětí Mentální anorexie, kde jsem porovnávala jednotlivé a společné znaky postižených dívek a také, v čem se změnila kvalita jejich života před a v průběhu onemocnění.

Doufám, že tato bakalářská práce nebude jen „kompendiem“ závažnosti tohoto onemocnění, ale také, že povede k určitému náhledu a zamyšlení nad tímto celosvětovým problémem, a že se nám v budoucnu podaří nejen zmírnit či eliminovat počty případů postižených, ale také jeho důsledky.

Cíle teoretické části:

1. Seznámit čtenáře s pojmem mentální anorexie
2. Přiblížit příčiny a komplikace onemocnění
3. Objasnit možnosti léčebných a ošetrovatelských intervencí

1. Definice mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha, charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ může být v mnoha případech zavádějící, protože nechutenství či oslabení chuti je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných.

U některých pacientů je omezování se v jídle naopak doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.) a někdy i zvýšenou či změněnou chutí, například na sladké. Jde zřejmě o přirozenou adaptační reakci organismu, stejně tak jako v případě výrazného oslabení chuti k jídlu po několika týdnech hladovění. Anorektičtí pacienti neodmítají jíst proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce.

Pojem anorexie je matoucí. Pacientky jsou obvykle inteligentní, se sklony k perfekcionismu, některé lhavé, zjistíme i drobné krádeže či podvody. Častý je sexuální nezáměr a nedostatečná identifikace se svojí ženskou rolí.

2. Historie poruch příjmu potravy

Již po staletí jsou popisovány nejrůznější formy narušeného příjmu potravy. Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k běžným příznakům řady ochromujících somatických poruch.

V pozdější době vyvolávalo dlouhodobé odmítání jídla, pokud jej nedoprovázely symptomy známých chorob, například tuberkulózy, spíše úvahy o nadpřirozených silách a vlivu ďábla. Přehnané či nezvyklé formy odmítání jídla, začaly být postupem času

Termín anorexia nervosa (mentální anorexie) implikuje, že porucha pramení z neurotické ztráty chuti k jídlu. Odkazy na termín „anorexia“ lze najít už ve starověkých lékařských pramenech. V antických dobách termín anorexie jednoduše naznačoval stav nedostatečné „orexis“, to znamená celkové únavy, apatie. Hippokrates i Galén užívali pojem „asitia“, když popisovali odmítání potravy. Chápání anorexie se až do začátku moderní doby příliš nezměnila. Orientovala se zejména na poruchy funkce žaludku. Žaludek je označován za původce všeho zla u anorexie v lékařských lexikonech známých nosologů osmnáctého století. Na počátku devatenáctého století byla anorexie stále ještě považována za symptom některých žaludečních obtíží a teprve později zaznamenal prakticky neznámý francouzský fyziolog a frenolog Fleury Imbert ještě dva druhy anorexie: gastrickou anorexiu a nervovou anorexiu. První typ je především poruchou zažívání, zatímco u druhého typu onemocnění pacienti odmítají jíst, protože mozek nevyvolává chuť k jídlu. Tato „nervová anorexie“ je provázena neurotickými symptomy, jako je „změna naladění“, vyvolávající melancholii, hněv a úzkost. Imbertově práci se však nedostalo žádné profesionální odezvy a tak utichla.

Odmítání jídla patřilo k běžným znakům dávno známých jevů – hysterie, zamilovanosti, mánie, melancholie, demence aj. psychotických poruch. Významná je z tohoto hlediska chloróza, neboli blednička, často zmiňovaná v literatuře osmnáctého a devatenáctého století. Tato choroba postihovala především mladé a krásné ženy a projevovala se celou plejádou příznaků – bledostí, ztrátou menstruace, ztrátou chuti k jídlu, přejídáním. Na konci devatenáctého století bylo prokázáno, že příčinou této poruchy je nedostatek železa.

V mistrovském díle Richarda Mortona „Phthysiologia“ z r. 1689 tento britský lékař popisuje tzv. „nervové opotřebení“, což je devastace a skomírání, způsobené fyzickým přetížením, ale i emocionálním narušením.

Byl také prvním portrétistou anorexie nervosy, kdy dospívající dívka trpěla problémy s jídlem, vyhublostí, amenoreou, hypotermií a opakovanými záchvaty mdloby. Morton byl překvapen jejím zbědovaným stavem, pro který neměl vysvětlení. Předepsal různé léky, ale dívka odmítala přijmout jeho léčebný postup a dívka zemřela.

Trvalo více než deset let, než se chorobné hladovění stalo zvláštní klinickou kategorií, uznávanou lékařským světem. Charakteristické znaky, popsané předchůdci však platí dodnes.

3. Metabolické a hormonální poruchy při energetické malnutrici

3.1. fyziologické poznámky

V živém organismu probíhá neustále výměna hmoty a energie s okolním prostředím. Kontinuita tohoto procesu je základní podmínkou existence vyšších forem života. Je-li přívod energie dlouhodobě nižší než výdej, zásoby se spotřebovávají. Měřicí jednotkou energie je kalorie, nebo joul, které jsou ve vzájemném vztahu

$$1 \text{ kcal} = 4,19 \text{ kJ}$$

Denní energetický přísun se pohybuje v rozmezí 7-17 MJ/den. Optimální složení potravy u zdravých dospělých při lehké práci se uvádí 60% cukrů, 25% tuků a 15% bílkovin. K faktorům, které mohou podstatně ovlivnit nutriční požadavky patří:

- *Infekce
- *Teploty
- *Trauma
- *Operace
- *Alkohol
- *Malabsorpce

Správná výživa musí splňovat tři základní kritéria:

1. musí být kvantitativně dostatečná /krýt energetickou potřebu organismu/.
2. musí být kvalitativně vyvážená /obsahovat řadu látek, které jsou pro organismus nezbytné, ale které si nedokáže vytvořit sám – esenciální: aminokyseliny, mastné kyseliny, minerály, vitamíny apod./.
3. denní dávka má být rozložena v čase /větší počet porcí a má mít svůj denní rytmus/.

3.2. Energetická malnutrice

Při mírném deficitu dochází nejprve v mobilizaci glukózy z glykogenových zásob. Zásoby glykogenu jsou omezené a během hladovění se cca za 1-2 dny vyčerpají. Vyčerpání těchto zásob je spojeno s hmotnostním poklesem asi 2,0-2,5 kg. Organismus využívá sacharidy jako pohotovostní zdroj energie. Ani při dlouhodobé malnutrici nedochází obvykle k výraznému poklesu glykémie, a to díky glukoneogenezi, tedy využitím jiných zdrojů, především aminokyselin a glycerolu.

Déletrvající energetický deficit vyvolá mobilizaci tukových zásob. Vzestup ketolátek jako degradačních produktů oxidace tuků může dále potencovat anorexii a vyvolat zvracení. Ketoacidóza navíc ztěžuje vylučování urátů a vyvolá vzestup urikémie, která může vyvolat záchvat dny. V další fázi provází malnutrici katabolismus bílkovin a to nejdříve bílkovin kosterního svalstva a později i bílkovin viscerálního původu. Dochází též ke ztrátám draslíku a retenci sodíku a vody. Nízká hladina inzulínu a nedostatečný energetický substrát pak vede k poklesu ATP (adenosintrifosfát= makroergní sloučenina), což přispívá k rozvoji myopatie kosterního svalstva a vzniku kardiomyopatie ze ztrát draslíku a horčíku.

Snížení syntézy močoviny odráží zvýšenou reutilizaci (využití) aminokyselin při syntéze bílkovin. Při dlouhodobém deficitu bílkovin pak vzniká pokles albuminů v krvi (hypalbuminémie) a také dochází ke snížení močové exkrece kreatininu a urey. Malnutrici též provází poruchy imunity, především T-lymfocytů a fagocytózy.

Nížší glykémie se podílí na utlumení sekrece inzulínů, zatímco sekrece glukagonu stoupá. Stres, provázející energetický deficit vyvolá přechodný vzestup sekrece katecholaminů, kortizonu a růstového hormonu.

Pro anorexii je typický útlum osy gonádoliberin-gonádotropíny-gonády, projevující se poruchou funkce pohlavních žláz, poklesem libida a u žen amenoreou. Předpokládá se, že útlum gonádotropní funkce souvisí s redukcí tukové tkáně. Důsledkem snížení estrogenů a nižšího přísunu kalcia dochází k osteoporóze kostí. Při dlouhodobém hladovění dochází k útlumu hypotalamohypofyzární funkce, snížení tonu sympatiku a snížení plasmatického volumu pak vyvolává posturální hypotenzi a kolapsové stavy. Rovněž klesá perfúze ledvinami, což vyvolá pokles glomerulární filtrace a perfúze játry, což vede ke zvýšení hladiny bilirubinu, může se objevit i jaterní steatóza. Všechny tyto poruchy, vyvolané malnutricí se upravují při realimentaci.

3.3. Účinky hladovění na lidské chování

„Celý můj život se točí kolem jídla. Nedokážu se na nic jiného soustředit, jsem podrážděná a u ničeho dlouho nevydržím. Přestalo mě těšit nejenom jíst, ale i pravidelně se vídat s přáteli a rodiči, se kterými se neustále hádám kvůli jídlu. Ztratila jsem veškerou sebedůvěru a přestala se mít ráda. To, co mě mělo povzbudit, dnes zcela ovládá můj život“

(Krch, 2002)

Důsledky dlouhodobého hladovění a s ním spojených problémů jsou vnímány jako něco, co k nemocnému patří, totiž jako duševní vlastnost a abnormalita, se kterou se nedá nic dělat. Po nějaké době se s tím naučí žít i nemocní. Nejsystematičtější studii účinků hladovění popsali v r.1950 A.Keys a jeho kolegové z Minnesotské univerzity. Experiment zahrnoval omezení příjmu energie u mladých, zdravých mužů. Nejdříve byly tři měsíce sledování a v následujících šesti měsících byl jejich příjem potravy omezen na polovinu a muži ztratili přibližně 25% své váhy. Následovala tříměsíční rehabilitace v průběhu které byli postupně „vykrmováni“ a následně byly zaznamenány dramatické psychické, tělesné a sociální změny.

*Stravovací návyky: dramaticky se zvýšil zájem o jídlo. Jídlo se stalo prakticky hlavním tématem konverzace (plánovali, jak budou jíst svůj příděl jídla, snažily se prodloužit polykání, užít si jídla co nejdéle apod.). Taktéž vzrostla spotřeba kávy, čaje a koření.

*Emocionální změny: někteří muži pociťovali období deprese a přecitlivělosti, občas pozorovali povznesenou náladu, ale ta byla nevyhnutelně následována jejím zhoršením. Před začátkem hladovění byly vztahy přátelské a tolerantní a v průběhu hladovění se objevila popudlivost a jejich okolí trpělo častými výlevy zlosti. U většiny se zvýraznila úzkost. Během pokusu se vyvinula apatie, muži začínali zanedbávat osobní hygienu, byli hádavější, negativističtější.

*Sociální změny: původně družní muži se stávali více uzavřenými a izolovanými. Postupně se vytrácel smysl pro humor i přátelství. Došlo u nich i k drastickému omezení sexuálního zájmu. K obnově zájmu o sex došlo až po osmi měsících realimentace.

*Fyzická aktivita: výrazně poklesla, muži byli unavení, slabí, stěžovali si na nedostatek energie. Postupně vykazovali mnoho změn, zahrnujících poruchu trávení, závratě, bolesti hlavy, vypadávání vlasů, nižší tolerance k chladu apod. Taktéž došlo ke zpomalení fyziologických procesů (snížená tělesná teplota, snížená srdeční činnost a bazální metabolismus).

Zajímavé bylo zjištění, že většina problémů sledovaných mužů nezmizela hned po realimentaci, ale až v době, kdy začali přibírat na určitou váhu.

4. Příčiny mentální anorexie

O možných příčinách, podílejících se na vzniku anorexie bylo vysloveno mnoho hypotéz. Studie u pacientů zatím nepotvrdily obecnou platnost modelů. V mnoha případech šlo jen o koincidence poruchy a určitého jevu příznačného pro danou populační skupinu (strach z dospívání, problémy v rodině apod.). Někteří autoři si tyto modely rozdělují na psychogenní a organické nebo podle toho, zda zdůrazňují individuální faktory (od biologických až po sexuální zneužívání a krizi dospívání), vliv rodiny či sociokulturní kontext. Většina autorů však zdůrazňuje koexistenci různých faktorů a hovoří o biopsychosociální podmíněnosti poruch příjmu potravy.

4.1. Sociální a kulturní faktory

Autoři předpokládají, že jádro problému poruchy příjmu potravy je v rychle se měnící kultuře, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu. V Japonsku, Hong Kongu, Izraeli poukazovali na skutečnost, že ideálem západní kultury je zvýšený zájem o tělo a často ve spojitosti s pocitem tloušťky.

Číňanky, žijící v Hong Kongu, začaly trpět výraznou nespokojeností s tělesným vzhledem a často i s pocitem tloušťky břicha, stehů, hýždí. Na možný vztah mezi incidencí mentální anorexie a sociálním tlakem na udržení štíhlosti poukázali mnozí badatelé, kteří upozornili na skutečnost, že módní ideál ovlivňuje zejména snadno zranitelné adolescenty. Ti pak vidí ve štíhlosti cestu ke kráse a úspěchu a sebekontrolu spojují s kontrolou tělesné hmotnosti.

„Byla jsem normální, hezká, inteligentní dívka. Nikdy jsem nebyla tlustá. Co se stalo, že jsem nakonec skončila jako nemohoucí, vychrtlá troska, která se ze všeho nejvíce bojí rohlíku se šunkou? Jak je možné, že každou chvíli někomu říkám, že musím přibrat a přitom dokážu primitivně lhát a podvádět kvůli kousku másla? Jak jsem se jenom mohla takhle změnit? Nebo jsem vždycky byla nějak divná? I když se dobře znám, nemohu na to najít jasnou odpověď“. (Krch, 2002)

Podle četných autorů různých časopisů bylo objeveno, že nejenže jsou ženy neustále konfrontovány se štíhlým ideálem krásy ve sdělovacích prostředcích, ale i zobrazované modelky jsou stále hubenější. Tyto trendy nakonec vedly tak daleko, že současné ideální proporce, silueta a hmotnost ženského těla jsou pro většinu žen biogeneticky nedosažitelné a zdravotně ohrožující. V takovémto společenském klimatu jsou přerušování diet a mírná nadváha vnímány jako selhání a v mnoha případech vedou k sociální diskriminaci, izolaci a poklesu sebevědomí.

Významnou roli hraje negativní vliv reklamy a sdělovacích prostředků, které vzbuzují ve čtenářích, posluchačích falešnou představu, že „všechno je možné“, respektive, že je možné snadno, bezpečně a dlouhodobě zhubnout, nebo si zvolit tělesné proporce stejně snadno jako barvu vlasů.

Redaktoři zjistili, že v letech 1969-1978 se ve sledovaných ženských časopisech objevilo o 70% více článků o dietách než v předcházejících deseti letech.

Dietním trendům se přizpůsobuje také potravinářský průmysl, který stále více produkuje nízkotučné „light“ výrobky.

V rozporu s tím, jak hubne kulturní ideál, roste průměrná hmotnost populace, zejména v západních zemích. Předpojatost vůči obezním se podle některých autorů stalo kulturním fenoménem. Obezni jsou popisováni jako líní, hloupí a oškliví. Sociální a kulturní tlaky jsou nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabuje sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory. Posilují jejich strach z tloušťky, nadměrný zájem, věnovaný tělesné hmotnosti a nespokojenost s vlastním tělem, což pak snadno vyústí v nadměrnou kontrolu tělesné hmotnosti.

4.2. Biologické faktory

***Ženské pohlaví-** jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj anorexie. K nejdramatičtějším tělesným i psychickým změnám dochází v průběhu puberty a adolescence. Velmi rychlý tělesný růst je spojen s rostoucí tělesnou hmotností i přibýváním tukových zásob. Průměrná tělesná hmotnost českých dívek přirozeně vzroste v období mezi osmým a šestnáctým rokem z BMI (Body Mass Index) 16 na 19. V kontextu současných trendů ženské krásy však tento přírůstek tuku může představovat pro mnoho dívek hrozbu.

V souvislosti s ženským pohlavím nelze zapomínat ani na „biologii být ženou“, která může být spojena se stejně významnými riziky vzniku poruch příjmu potravy, jako jsou společenské a kulturní požadavky na ženskou roli.

***Tělesná hmotnost** – s rostoucí tělesnou hmotností signifikantně vzrůstá u žen nespokojenost s tělem a roste i nebezpečí redukčních diet i bulimie. Významnou roli při vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy však hraje především distribuce tělesného tuku. Bylo prokázáno, že míra v pase a přes boky významně koreluje s tělesnou spokojeností a výskytem jídelní patologie u sledovaných žen. Zjistilo se, že ženy, u kterých je tuk uložen více na bocích, stehnech a hýždích vykazovaly významně vyšší riziko poruchy příjmu potravy než ostatní ženy.

***Menstruační cyklus** – podle některých autorů může nepravidelnost menstruačního cyklu v některých případech předcházet počátku anorexie.

I když u většiny anorektiček po amenoree následuje pokles tělesné hmotnosti, asi v 10-20% případů amenorea předchází poklesu tělesné váhy. Protože už sebemenší omezení v příjmu energie vede k endokrinním změnám, jsou tyto abnormality spíše důsledkem diet. Kromě nižšího příjmu energie může hrát výraznou roli i nižší příjem bílkovin, vyšší příjem uhlohydrátů a emoční stres.

***Puberta** – typickým obdobím vzniku anorexie je právě období puberty. Autoři zdůrazňují, že nemalou roli při zprostředkování adaptace dospívajícího na pubertu hraje jeho osobnost a že pubertální dozrávání je ústředním stimulem při vzniku anorektické symptomatologie.

Normální puberta trvá nejméně tři roky. U dívek je známkou skončení puberty první menstruace. Malnutrice, spojená s mentální anorexií, však často přeruší fyzický vývoj. Zastavuje se tělesný růst a mohou se vyskytovat i jiné projevy zastavení puberty podle toho, kdy nemoc propukne.

Určitá, zprostředkující role při rozvoji poruch příjmu potravy je připisován i negativním emocím (podrážděnost, labilita nálady), které mohou doprovázet hormonální změny v pubertě.

Během dospívání výrazně vzrůstá uvědomování si sebe sama a přemýšlení o sobě. Z velké části je sebeuvědomování zaměřeno interpersonálně, kdy dospívající dívky si uvědomují sebe sama ve srovnání s ostatními. Zdá se, že dívky jsou oproti chlapcům vnitřně nejistější, mají větší obavy o to, zda jsou či nejsou oblíbené, mají nižší úctu k vlastnímu tělu i nižší sebevědomí.

I když jejich sebevědomí se v průběhu dospívání zlepšuje, nízké hodnocení vlastního těla zůstává až do dospělosti hlavním zdrojem sebedoceňování.

Podle autorů je vnitřní nejistota dívek spojená se zvýšenou sebekritikou, náchylností k depresím, nízkým sebevědomím a sklonem k poruchám příjmu potravy.

V současném sociálně-kulturním kontextu pak nízká sebedůvěra vyústí ve snahu zlepšit svůj vzhled a v držení diet. Když redukční dieta selže, sebevědomí se opět sníží. Dívky, které se snažily zhubnout, měly nižší sebevědomí, než ty, které o to neusilovaly.

Na jedné straně ale puberta a dospívání jsou rizikovým obdobím pro poruchy příjmu potravy a na druhé straně k rozvoji těchto poruch může dojít i v dospělém věku. Pubertu a dospívání lze považovat za období kumulace řady rizikových faktorů, které mohou být spojeny s mimořádným stresem.

4.3. Životní události

Různé životní události a situace jsou považovány za významné predisponující či spouštěcí faktory poruch příjmu potravy. Z různých klinických studií vyplývá, že rozvoj mentální anorexie dává do souvislosti s nějakou životní událostí až dvě třetiny pacientů.

Nejčastěji jsou zmiňovány různé narážky na tloušťku a tělesný vzhled (někdo řekl pacientce, že je silná, tlustá, nebo, že by měla zhubnout), taktéž sexuální nebo jiné konflikty, významná životní změna, osobní nezdár či nemoc a problémy v rodině či odloučení od rodiny.

Otázkou však zůstává, nakolik jsou tato data validní, neboť jiná skupina pacientek uvedla výskyt mentální anorexie v jiných souvislostech, například v koincidenci s těhotenstvím či sexuálním zneužitím v dětství.

4.4. Rodinné a genetické faktory

Výskyt anorexie v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví je pokládán za významný rizikový faktor. Často byl zaznamenán výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3-10% . Mezi matkami anorektiček se však mohou vyskytnout poruchy příjmu potravy a s nimi spojené ohrožující jídelní postoje a chování vyskytovat častěji.

„Anorektické matky“ jsou někdy popisovány jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní, neboť matka je prvním zdrojem potravy dítěte, byla samozřejmě spojována i se vznikem a rozvojem jídelní poruchy. Neuspokojení matky a její patologická přání vedla k patologickému požadavku submisivního a dokonalého dítěte.

Jako možná příčina jídelních problémů dívky byl často zmiňován i otec, který byl charakterizován jako pasivní, slabý a udržující si emoční odstup, jindy jako dominantní osoba. Taktéž může vyplývat i ze skrytého konfliktu mezi rodiči, kdy dívka je závislá na obou rodičích, avšak v této atmosféře si vytváří tajnou alianci s matkou proti otci.

Dalším typem je aktivní, avšak nedosažitelný otec, který je natolik skvělý, že se mu dcera nemůže nikdy vyrovnat. Ještě větší pozornost než jednotlivým členům „anorektických rodin“ byla věnována jejich vzájemnému vztahu a rodině jako celku.

Bylo zjištěno, že rodiny s anorektickým dítětem bývají rigidní, hyperprotektivní a obtížně vyjadřující svoje emoce, rodiny, vyhýbající se konfliktům a konfliktním rozhodnutím. Z těchto, výše uvedených částí, vyplynuly základní čtyři znaky:

*Složitost přehnaně blízkých vztahů v rodině, kde blízkost a loajalita jsou ceněny více než samostatnost a seberealizace

*Obtížné vyrovnávání se s konflikty vede k tomu, že se jim rodina vyhýbá a když už k nim dojde, pak je nedokáže řešit.

*Nadměrná citlivost k potřebám ostatních členů rodiny vede k nadměrné ochraně (anorektické dítě často cítí nadměrnou potřebu ochraňovat svoji rodinu).

*Rodina má ve své rigiditě limitované a pevně stanovené modely interakce (měnící se potřeby dítěte se snaží spíše vstřebat, než se jim přizpůsobit).

4.5. Emocionální faktory

U pacientek s mentální anorexií a bulimií se velmi často vyskytují depresivní a úzkostné příznaky. Skutečnost, že ani těžká kachexie a nebezpečí smrti nevedou u anorektiček k oslabení strachu z tloušťky a změně jídelního chování vedla k náhledu na mentální anorexiu jako na formu sebevražedného chování.

Známky deprese jsou však výraznější u bulimie – až 80%. Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Pokud jde o bezprostřední vztah u obou poruch, bylo prokázáno, že negativní nálada je jedním z faktorů, vyvolávajících cyklus přejídání se a pročišťování u bulimiček, a že pravděpodobně souvisí s nízkým energetickým příjmem u anorektiček.

Některé bulimičky, ale i obézní uvádějí, že používají přejídání ke snížení hladiny úzkosti, výsledkem jsou však pocity viny a další depresivní příznaky. Zatímco úzkostné příznaky přetrvávají ještě dlouho po odeznění anorexie a bulimie, jsou depresivní symptomy spojeny zejména s počátkem onemocnění a jeho průběhem.

Četné výsledky naznačují, že poruchy příjmu potravy a poruchy nálady spolu souvisejí, ale že nejsou přímo předávány ve společné genetické struktuře.

4.6. Osobnost a psychické charakteristiky

Osobnost, to je člověk se všemi biologickými, psychickými i sociálními znaky. Někteří autoři předpokládají, že jádrem patogeneze poruch příjmu potravy jsou určité osobnostní rysy či specifické poruchy osobnosti.

Typickou anorektičku obvykle popisují jako dívku, zaměřenou na dosažení úspěchu, dodržující společenské normy a rodičovské hodnoty, avšak postrádající fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli, jako dívku zatíženou negativním sebehodnocením a obavami z přizpůsobení se novým podmínkám dospělosti, nejasným vztahům i cílům.

Anorektičky neustále kontrolují své emoční chování, více si uvědomují a respektují společenské a etické normy, výrazněji vyjadřují své pochybnosti o sobě, projevují vyšší stupeň společenské konformity, jsou mírně asertivní a více inhibované v interpersonálních vztazích. Vykazují také signifikantně vyšší skóre neuroticismu, introverze a úzkosti.

V souvislosti s onemocněním mentální anorexie se poukazuje na koincenci s obsedantně-kompulzivní chorobou (opakované se vtírající myšlenky a nutkavé akty, které se stereotypně vtírají do mysli postiženého a vyvolávají tísně. Nemocný se jej snaží neúspěšně potlačit). Zároveň však bylo prokázáno, že po znovunabytí hmotnosti se míra úzkosti a obsedantní rysy výrazně snižovaly.

Trýznivé přemítání dívek o vlastní bezcennosti pak v tomto kontextu vede k vyhýbání se jídlu a ritualizaci jídelního chování. Toto chování pak má sloužit ke snížení úzkosti, ale i k úniku před těmito nepříjemnými myšlenkami.

Rizikové znaky populace:

1. Nutkání být štíhlý.
2. Bulimie.
3. Tělesná spokojenost.
4. Pocity celkové nejistoty a bezcennosti.
5. Perfekcionismus.
6. Interpersonální nedůvěra (pocity odcizení, nechuti vytvářet blízké vztahy a oslabení pozitivních emocí vůči ostatním).
7. Narušení interoreceptivních čítí (snížená schopnost orientovat se ve vnitřních pocitech a emocích, včetně viscerálních pocitů hladu a sytosti).
8. Strach před dospělostí (touha vrátit se do bezpečí dětství).

Byly identifikovány tři základní rysy mentální anorexie:

- *narušené uvědomování si vlastních pocitů
- *narušení tělesného schématu
- *silný pocit vnitřní neefektivnosti

Dnes je však už dostatečně zřejmé, že některé osobnostní rysy a psychické charakteristiky zvyšují riziko vzniku anorexie a bulimie. Zejména perfekcionismus a obsedantní rysy pak snadno zapadají do logiky poruchy, která jim dává konkrétní prostor i výraz ve vztahu k tělesnému schématu, jídlu či sebekontrolě.

Jiné, jako například emoční labilita, strach z dospívání či nedůvěra v sebe a ve vlastní vnitřní pocity, pak odpovídají problémům a převažujícím vzorům postojů a chování adolescentů.

Některé psychické charakteristiky mohou být specifickým projevem malnutrice (například úbytek libida, obsedantní rysy), psychického a fyzického strádání (přecitlivělost, nedůvěra ve vlastní pocity, egocentrismus apod.) nebo nespecifickým důsledkem závažného onemocnění spojeného s dlouhodobou psychosociální deprivací, se kterým se lze setkat i u jiných chronicky handicapovaných pacientů.

Čím dříve přichází počátek poruchy, tím více bývá zasažena osobnost dospívajícího, tím výrazněji mohou být známky nevyzrálosti, obavy z dospívání, separace a samostatnosti, tím snadněji se mohou fixovat některé infantilní nebo „anorektické“ osobnostní rysy, včetně manipulativních postojů. Některé odezní s ústupem základní psychopatologie, se vzrůstem váhy a s přiměřenou kontrolou jídelního chování a jiné mohou dlouhodobě přetrvávat.

Podle některých lékařů bylo potvrzeno, že při následném sledování přetrvávají u některých pacientů zejména známky deprese, sociální fobie a úzkosti a obsedantně-kompulzivní rysy.

4.7. Závislost na psychoaktivních látkách

Impulzivita, oslabení sebekontroly, nutkavost, zdrženlivost jsou psychické charakteristiky, vyskytující se stejně často jako v souvislosti s abúzem psychoaktivních látek.

V podmínkách klinické praxe se často setkáváme především s kombinací mentální anorexie a abúzu alkoholu. Obě poruchy narušují psychický a sociální život nemocného, jsou spojeny s nadměrným zaujetím danou substancí (jídlo, alkohol) a vedou nemocného do izolace a k podvádění.

Rovněž i závislost na různých typech psychofarmak, zejména hypnotik a analgetik, je vysoká u anorektiček.

Dosud se nepodařilo zjistit to, jaký vliv má užívání různých psychoaktivních látek, kromě alkoholu a kouření na příjem potravy a jídelní patologii v běžné populaci. Vztah mezi alkoholem a tělesnou hmotností není zcela jasný, jen lze považovat za rizikový faktor pro akumulaci tělesného tuku.

Vysoká energetická hodnota alkoholu však zvyšuje nebezpečí rychlého rozvoje závislosti u hladovějících dívek.

5. Faktory posilující strach z přírůstkem váhy

5.1. Kulturní

***tlak médií**, zejména televize, jednostranné vykreslování určitých typů (kladní a úspěšní hrdinové jsou štíhlí, příliš se nemluví o tom, kdo jak vypadá, média příliš zasahují do života lidí..).

***hubnoucí ideál krásy**, vyhublý „heroinový“ či „dětský módní vzor“.

***povrchní a jednostranné spojování vyhublosti se zdravím**

***skandalizace obezity** (spojování nadváhy s leností, ošklivostí a zdravotními problémy dané populace).

***přílišná orientace na vnější vzhled** a také na to, jak kdo vypadá (ženy, dospívající dívky, některé profese apod.).

***reklama a média**, kteří posilují představu lidí, že člověk může získat všechno, co chce.

***přílišný důraz na konformitu** (lidé uznávají podobné hodnoty a nechtějí se příliš lišit od ostatních) a malá tolerance k různorodosti. Největší roli v průběhu dospívání hraje konformita s postoji vrstevníků.

***přílišný důraz na fyzický výkon a sebekontrolu** (postoje typu „stačí chtít, je třeba umět zatnout zuby...“) a soutěživost (sportovní prostředí).

***velký důraz na tělesný vzhled a výkon** (umět „něco dokázat“, vysoká hodnota fyzického výkonu a sebeovládání) v rámci rodiny.

***příliš velký důraz na to,co se jí**, jestli to je nebo není zdravé, tučné...

***příliš velká soutěživost v rodině** (dvojčata, více dětí, sportovní zájmy rodičů a sourozenců).

***obezita a diety v rodině.**

***nevhodné jídelní návyky rodičů a sourozenců.**

5.2. Individuální

- úzkost, pedanterie, důslednost a přílišná ctižádostivost,
- nejistota dospívání, zejména je-li posílena nějakým traumatem,
- tloušťka, nevhodná distribuce tělesného tuku,
- zdravotní problémy spojené s dietou.

Strach má velké oči a je nenasytý. Na tělo zaměřená pozornost zkresluje jednotlivé proporce a v případě jídla udělá z chudé hospodářské porce oběd pro regiment. Život je stále více ovládán starostmi o jídlo, váhu a tvar postavy. V této situaci nezbývá jiné řešení než přestat ustupovat strachu a skončit s dietami, nezvracet, nebrat projímadla, začít pravidelně a dostatečně jíst.

Strach není nic příjemného a je srozumitelné, že se ho lidé chtějí zbavit. Pokud jde o strach z tloušťky, většinou to znamená, že očekávají, že jim někdo nebo něco zaručí, že neztloustnou.

To jim samozřejmě nikdo nemůže zajistit, zejména ne tehdy, když mají velmi nízkou tělesnou váhu. Musí se proto učit se svým strachem žít a naučit se důvěřovat svému tělu. Možná, že přiberou (u těch vyhublých jde o nutnost), ale neznamená to, že budou stále přibírat. Strachu se zbavíte až tehdy, když před ním přestanete ustupovat.

6. Jak poznáte mentální anorexii?

*mění se jídelníček, ze kterého mizí nejprve jídla, která jsou považována za energeticky příliš vydatná či nezdravá. Anorektičky nejprve vynechávají sladkosti a tučná jídla. Zákaz je postupně rozšiřován na další jídla, jako je bílé pečivo, knedlíky, maso..., až nakonec zbudou jen dietní „light“ potraviny.

*mění se jídelní režim- nemocní si důsledně neberou nic, co by bylo „navíc“, pod různými záminkami mizí i hlavní jídla. Jídelní změny jsou dodržovány se stále větší důsledností a rafinovaností. Na jídlo najednou není čas ani chuť, přibývá výmluv a podvodů kolem jídla. Anorektičky ráno uvádí, že nejsou zvyklé jíst, nebo, že nemají čas a večer jsou už většinou po večeři.

*při jídle se úzkostlivě srovnávají s ostatními, vyžadují, aby měly co nejméně. Často hodně žvýkají žvýkačky, uždibují a kouří.

*mění se jejich jídelní tempo i chování. Jedí velmi pomalu a obřadně, v jídle se nimrají, dlouho si jej prohlížejí, vybírají, co snějí, potraviny si dělí na miniaturní kousky, jídlo jim většinou trvá tak dlouho, že se pak opravdu nestihnou najíst.

*mění se jejich chuť k jídlu, někdy hodně solí, pijí kávu a snadno se jim udělá po něčem špatně. Někdy hodně pijí (zapíjejí tak vlastně hlad), jindy nepijí vůbec a hrozí jim tak dehydratace.

*vyhýbají se jídlům ve společnosti, přecitlivěle reagují na to, když je někdo při jídle sleduje. Připravují si pro sebe jiné, méně vydatné jídlo. Když jedí, vypadají napjatě, strnule a vyděšeně. Snadno se cítí přejedené a mluví o tom, kolik toho snědly. Jablka jsou najednou obrovská a rohlík se nedá sníst, jak je vydatný.

*často neúměrně vzrůstá jejich aktivita, neustále někde pobíhají, chtějí si „dát do těla“, zpotit se. Dokážou například chodit mnohakilometrové vzdálenosti pěšky a posilovat několik hodin. Nedokážou se uvolnit a jen tak sedět. Zhoršuje se jejich schopnost soustředění se na učení. S rostoucí podvýživou pak může přijít i únava, apatie a vyčerpanost.

*příliš se zaobírají svoji postavou a tělesnou hmotností. Postávají hodiny před zrcadlem, neustále se váží nebo se naopak váže se strachem vyhýbají. Zahalují se do volných šatů či naopak nosí oblečení, které umožňuje předvádět jejich plochou a vyhublou postavu.

*ze zdravotních obtíží se objevuje zácpa, porucha menstruačního cyklu, zimomřivost. Začínají jim vypadávat vlasy, kazí se pleť..

*první zhubnutí je zpravidla spojeno se vzrůstem sebevědomí a zlepšení nálady. V této době bývají nemocné velmi aktivní a společenští. Postupně se však soustřeďují stále více na sebe, svoje tělo a jídlo.

*začínají se vyhýbat přátelům i rodině, uzavírají se do sebe. Vzrůstá jejich přecitlivělost a podrážděnost, zhoršuje se jejich nálada.

*na tlak donutit se jíst reagují anorektičky většinou kategorickým odporem. Vyhrožují, emočně vydírají a na každý argument mají svoje protiargumenty.

*dokážou hodiny mluvit o tom, jak se cítí nafouklé, probírat jídelníček a svoje pocity. Když jsou nuceny jíst, snaží se podvádět. Někdy podvádějí také proto, aby „uklidnily“ rodiče.

To, že anorektička zvrací se může projevovat různým způsobem. Začínají se ztrácet potraviny, nemocná dívka si sama kupuje různé dobroty, kterým se předtím vyhýbala. Po jídle odbíhá na toaletu či do koupelny, kde zůstává dlouho zavřená. Zneužívány mohou být projímadla i diuretika. Některé dívky jídlo vyplivují a dokážou mít rozžvýkané jídlo v ústech překvapivě dlouhou dobu.

Nemocný člověk pak bývá stále více sebestředný, vyžaduje zájem a pozornost okolí. Jeho problém, i když o to předem nestál, mu tak přináší určité zisky, jejichž ztráta může být nepříjemná.

„Byla vždycky hodně živé dítě. Ráda mi pomáhala a pletla se do všeho, co se doma dělo. Obě jsme měly rády sladké, a tak jsme si často něco uklohnily. Já jsem byla kulatější a Jaruška měla také pěkné faldíky. Nevadilo jí to, dokud jí na to nezačali upozorňovat spolužáci a nevyšimla si toho dětská lékařka. Nechtěla jsem, aby měla ve škole mindráky, tak jsem souhlasila s tím, že jí k večeři stačí trochu zeleniny. Když bylo něco sladkého, schovali jsme jí to na ráno. Nevím, jestli se budila hlady, nebo jestli vstávala tak brzy, aby mohla začít cvičit a povolila si například kousek dortu k snídani. Bylo to čím dál tím horší. Veselá, živá holka se nám před očima měnila v šedivou trosku bez elánu. Všechno kolem jídla se snažila mít pod kontrolou. Když jsme jí chtěli vysvětlit, že musí víc jíst, měla tisíce výmluv. Když jsme ji nutili, byla hysterická a jídlo po nás plivala. Po návštěvě lékařky souhlasila s tím, že bude jíst, ale že si sama bude jídlo hlídat. Jídlo si odvažovala, každý den se několikrát vážila, rozepisovala si kalorické tabulky. V naší kuchyni to najednou vypadalo jako v laboratoři. Pokud nedokázala zamezit příjmu potravy, byla úplně posedlá pohybem. Na televizi se dívala vestoje a když šla vynést odpadky, klusala jako vojáci na cvičáku. Ztratila smysl pro humor a rozešla se s většinou kamarádek...“.

(matka čtrnáctileté anorektičky)

7. Diagnostická kritéria mentální anorexie

7.1. Diagnostická kritéria podle MKN-10 (mezinárodní klasifikace nemocí)

A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní, nebo BMI (Body Mass Index, index tělesné hmotnosti) pod 17,5. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

B. Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“ a že užívá jeden či několik následujících prostředků:

*vyprovokované zvracení,

*užívání laxativ,

*užívání diuretik,

*nadměrné cvičení.

C. 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 (optimální či cílové váhy).

D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou osu, se u žen projevuje jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřetelnou výjimkou je přetrvávání menstruačního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální terapii, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny či dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u chlapců zůstávají genitálie dětského typu). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

7.2. Diagnostika dle DSM- IV (Diagnostický a Statistický Manuál Americké psychiatrické asociace)

A. Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku, nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu.

B. Intenzivní obava z přibývání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.

C. Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání závažnosti velmi nízké tělesné hmotnosti.

D. U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární, sekundární amenorea), kdy za amenoreu je považován stav, kdy žena má menstruaci jen při podávání hormonů, například estrogeneru.

8. Specifické typy mentální anorexie

***nebulimický (restriktivní) typ:** během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání

***bulimický (purgativní) typ:** během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

9. Vztah hladu a přejídání

Přejíst se může znamenat, že:

*sníte víc, než byste chtěli,

*sníte víc nebo něco jiného, než jste zvyklí nebo než je vám příjemné,

*sníte skutečně velké množství jídla (než je obvyklé i pro ostatní) či v nezvyklé kombinaci,

*ztrácíte během jídla kontrolu nad svým chováním.

„Stačilo, abych snědla o trochu víc, a připadala jsem si jako nepohyblivý žok. Vyčítala jsem si každé sousto navíc a přemýšlela o tom, co musím udělat, abych to odčinila. Za jeden čokoládový bonbon jsem „zaplatila“ večerí nebo několikahodinovým posilováním. Když jsem překročila svůj denní energetický limit, propadala jsem panice. Byla jsem zoufalá, musela jsem na to stále myslet, nemohla jsem spát. Občas se mi stalo, že jsem si vzala o trochu víc, pak ještě trochu, pak ještě trochu. Pořádně přejídat jsem se ale začala, až když jsem začala zvracet. Nakonec jsem dokázala na posezení sníst deset rohlíků, kostku másla a ještě si vzít čtyři tatranky a vypít dva litry mléka.“

(Krch, 2002)

Mnoho pacientek popisuje občasné přejedení jako záchvat, jako něco neovladatelného a zoufalého. Významnou roli v tom hraje hladina krevního cukru, na které závisí pocit hladu. Když hladina krevního cukru klesne pod určitou hranici, cítíte hlad. Najíte se a tělo zpracuje jídlo na krevní cukr. Hladina krevního cukru stoupá a asi po dvaceti minutách přestáváte cítit hlad. Krevní cukr je potom zpracováván za pomoci inzulínu. Zvýšená produkce inzulínu vede k rychlejšímu zpracování krevního cukru. Jeho hladinu nejrychleji zvýší sladkosti a potraviny s vysokým obsahem škrobu (především pečivo), ale i alkohol nebo kofein. Na rychlé zvýšení krevního cukru tělo reaguje rychlým přísunem velké dávky inzulínu a následně rychlým zpracováním krevního cukru.

Při přejídání se pečivem a sladkostmi vzrůstá produkce inzulínu, což vede k velmi rychlému snižování hladiny krevního cukru, která snadno klesne na nepříjemně nízkou hodnotu. Důsledkem je trvale vyšší produkce inzulínu a nižší hladina krevního cukru, nebo jinak řečeno hypoglykémie.

Jestliže člověk trpící hypoglykemií nejlépe jen několik hodin, může reagovat velmi dramaticky. Objevuje se intenzivní pocit hladu, malátnost, zmatenost, neschopnost se soustředit se na cokoli jiného než na jídlo, úzkost, deprese, někdy bolesti hlavy a jiné fyzické obtíže. Lidé v hypoglykemickém stavu mohou mít pocit, že se vůbec nedokážou ovládat. Tito lidé často vyhledávají kávu nebo sladká jídla a pečivo, což jim sice rychle zvýší hladinu krevního cukru a zažene nepříjemné příznaky, avšak posiluje produkci inzulínu a zhoršuje hypoglykémii. Řešením je pravidelný jídelní režim s vyšším zastoupením ryb, masa, mléčných a celozrnných potravin. Vyhybat by se měli alkoholu, kofeinu a sladkostem na lačný žaludek. V žádném případě není rozumné hladovět a zvracet.

„Prvním člověkem, kterému se přestala líbit moje nízká váha, byla gynekoložka. Přestala jsem menstruovat, ale to mi vlastně ani tolik nevadilo. V duchu jsem si říkala, že přiberu, až budu mít děti. Tloušťka mi připadala mnohem nebezpečnější. Byla mi sice pořád zima, ale i to se dalo vydržet. Opravdu mě vyděsilo, až když mi začaly padat vlasy. V té době jsem také začala otékat. Jednou jsem ráno omdlela a v práci jsem nemohla psát na stroji, protože se mi všelijak kroutily prsty. V noci jsem vůbec nemohla spát, jaké jsem měla křeče ve svalech. Dostala jsem hrozný strach, že umřu.“

(Krch,2002)

10. Zdravotní komplikace anorexie

10.1. Kardiovaskulární

Téměř u 90% postižených se někdy v průběhu onemocnění můžeme setkat s kardiálními obtížemi. Nejčastější bývá sinusová bradykardie s frekvencí méně než šedesát úderů za minutu, nacházíme ji u více než 80% pacientek. Je to způsobeno snížením metabolismu (úspora energie) a vagovou hyperaktivitou. U obdobného počtu nemocných se lze setkat s poklesem krevního tlaku pod 90/60 mmHg, která je způsobena chronickým snížením objemu tělesných tekutin a ortostatickými změnami a vede ke stavům závratě a náhlé ztrátě vědomí.

Nadužíváním diuretik a projímadel může vést k poruše elektrolytové rovnováhy a tím vyvolaným srdečním arytmiím. Může dojít také ke smrtelné srdeční zástavě, která může být způsobena také rychlou realimentací, jak se ukázalo u těch lidí, kteří přežili koncentrační tábory za druhé světové války. Příčina tohoto srdečního selhání nebyla plně vysvětlena, ale předpokládá se, že nedostatek fosfátů, způsobený hladověním se zhorší při rychlé realimentaci bohaté na glukózu a rychlé náhradě tekutin mu oslabený srdeční sval může klást nadměrné požadavky. Elektrokardiograficky obvykle zjistíme změny ST-úseku a vlny T, někdy i vlny U, vyvolané nízkou hladinou draslíku a hořčíku. Dobře známé a mnohdy klinicky významné jsou poruchy funkce mitrální chlopně levé komory srdeční a horšení výkonnosti srdečního svalu. Náhlé úmrtí je ale většinou způsobeno právě arytmiemi v důsledku narušení elektrolytové rovnováhy.

10.2. Renální

Zjištěné renální abnormality se mohou objevit až u dvou třetin pacientek, a protože většina z nich přijímá dostatečné množství bílkovin, může u nich dojít ke zvýšení hladiny močoviny v krvi. Obzvláště poruchy elektrolytové rovnováhy s nimiž se u poruch příjmu potravy setkáváme jsou hypokalémie, hyponatrémie, hypochlorémie, čili pokles draslíku, sodíku i chloridů v krvi a hypochlorní metabolická alkalóza, kterou nacházíme u anorektiček, dehydratovaných v důsledku zvracení či abúzu diuretik a laxativ.

Dehydratace, abúzus laxativ a diuretik pak může zvyšovat riziko vzniku močových kamenů. Asi u pětiny anorektiček se během realimentační fáze objeví mírný otok končetin při normálních plasmatických hladinách bílkovin a albuminů. Těžké, rychle vznikající otoky se mohou objevit při předávkování laxativy, které vede k výrazné hypoproteinémii (poklesu bílkovin v krvi) a následně k hypovolemickému šoku, ledvinným infarktům a kardiovaskulárnímu selhání.

Může jít o život ohrožující stav, který je třeba intenzivně léčit pomocí intravenózního podání proteinů. Rychlá realimentace však může způsobit náhlý přestup fosfátů do buněk, což může vyústit ve výraznou hypofosfatémii a ke generalizovaným křečím.

Chronické užívání projímadel a diuretik může vést až k chronickému selhání ledvin a hypokalemické neuropatii, proto je velmi důležité sledovat renální funkce, včetně hladin urey, elektrolytů, kreatininu, clearance kreatininu a výdeji tekutin a to jak při vstupním vyšetření, tak během pokračovací léčby.

10.3. Gastrointestinální

Dobře známým příznakem mentální bulimie je zduřený průšních a slinných žláz, které se objevuje cca u 25-50% postižených, ale i u mentální anorexie a jiných případů chronické podvýživy. Hodnocení ústních a zubních komplikací ukazuje jasnou souvislost mezi pravidelnými zvraceními a nalezneme charakteristické eroze zubní skloviny.

V důsledku vyššího vystavení působení žaludečních šťáv dochází ke vzniku zánětu jícnu, erozí a vředů, proto se objevují jako komplikace u bulimiček a zvracejících anorektiček. Jako vzácné komplikace bývají ruptura jícnu a perforace žaludku.

Zhoršená motilita tenkého střeva je častá, asi u poloviny pacientek najdeme dilataci duodena a asi u třetiny dilataci jejunu. V některých případech může být příčinou i tzv. „realimentační pankreatitida“, proto sledujeme hladiny sérových amyláz.

U podvýživy s nedostatkem bílkovin se vyskytují abnormality funkce jater, vedoucí ke steatóze (ukládání tuku v jaterní buňce) a hepatomegálie (zvětšení jater) u nemoci kwashiorkor. Stav hypoglykémie, které vidíme u některých anorektiček, mohou souviset s nedostatkem zásob jaterního glykogenu spolu s nedostatečnou zásobou tuku pro glukoneogenezu (tvorba glykogenu z jiných látek než z cukru).

10.4. Kosterní

Pacientky s časným počátkem mentální anorexie bývají o něco menší než jejich vrstevnice. Vyrávání kostí se v období aktivní nemoci zpomaluje a vývoj kostí se může zcela zastavit, když váhový úbytek dosáhne takového stupně, že dojde k zástavě menstruace.

Pokud pacientka zcela odmítá mléčné produkty, obsahující vitamíny D a tuky, mohou se objevit případy osteomalacie, avšak častěji bývá osteoporóza. Dochází též ke snížení minerální denzity kostí.

10.4. Endokrinní

Endokrinní abnormality jsou charakteristickým rysem anorexie. Vedoucím příznakem je amenorea, která se objevuje při ztrátě více než 15% optimální tělesné hmotnosti, když obsah tělesného tuku klesne pod úroveň kritickou pro daného jedince.

Dalším známým příznakem mentální anorexie je hypogonádismus, doprovázený nízkými plazmatickými hladinami LH a FSH a klesá výdej estrogenů z vaječnicků. Normální funkce se obnoví až při návratu k původní hmotnosti, nebo alespoň k její určité úrovni, která se pohybuje kolem 44 kg.

Taktéž klesá hladina tyroxinu, avšak substituce hormonu štítné žlázy je zde kontraindikována, protože snížení hladin těchto hormonů je nutné považovat za obranný homeostatický mechanismus.

U velmi podvyživených pacientek se jako ochranné mechanismy, vyvolané stavem závažného stresu se objevuje infertilita (neschopnost otěhotnět), snížení bazálního metabolismu, zvýšení hladiny kortizolu a růstového hormonu snižující periferní spotřebu glukózy a podporující glukoneogenezi.

10.6. Hematologické

Změny krevního obrazu a kostní dřeně se vyskytují u více než poloviny pacientek. Bývá přítomna anémie a pokles sedimentace erytrocytů. Rovněž bílý krevní obraz vykazuje změny, dochází k leukopenii (snížení počtu bílých krvinek), která je zřetelná asi u 40-60% pacientek.

Imunologické abnormality, zahrnující dysfunkci neutrofilů, zhoršenou buněčnou imunitu a sníženou hladinu komplementu.

10.7. Neurologické

Akutní porucha elektrolytové rovnováhy, vyvolaná zvracením, klystýry, nadužíváním projímadel a diuretik může vyvolat řadu neurologických komplikací, včetně generalizovaných tonicko-klonických křečí, stavů akutní zmatenosti, tetanie, svalové slabosti, přechodných neurologických příznaků, které se podobají příznakům přechodné ischemie mozku.

Narušení elektrolytové rovnováhy je rovněž odpovědné za abnormální elektroencefalografické záznamy, které mohou být přítomny téměř u poloviny anorektiček i anorexií střídajících se s bulimií.

Nejčastěji se vyskytují:

*periferní neuropatie

*bolesti hlavy

*křeče

*náhlá ztráta vědomí při absenci ortostatické hypotenze

*dvojité vidění

*poruchy hybnosti

U mentální anorexie někdy zjišťujeme úbytek mozkového parenchymu a zvětšení mozkových komor, které koreluje s váhovým úbytkem a mizí při návratu k normální tělesné hmotnosti.

10.8. Metabolické

Dalším důkazem o narušené funkci hypofýzy a autonomních funkcí je zhoršená regulace tělesné teploty. Při vystavení se chladu u nich nedochází ke zvýšení jádrové tělesné teploty a stejně tak nedochází ke stabilizaci tělesné teploty ani ke třesu. Při vystavení horku u nich dochází jen k minimální vazodilataci a jádrová tělesná teplota se abnormálně zvyšuje.

Také metabolismus glukózy je narušen, takže u anorexie i u jiných forem podvýživy často nacházíme v testu glukózové tolerance hodnoty svědčící pro diabetes.

U mentální anorexie také existují dostatečné údaje, které svědčí pro narušení metabolismu kalcia, kdy dochází k jeho sníženému vstřebávání a zvýšenému výdeji močí. S tím souvisí zpomalení tvorby kostí a zvýšení kostní resorpce.

Zpomalení bazálního metabolismu je známým adaptačním mechanismem, který se vyskytuje u mentální anorexie i u podvýživy. Až u poloviny anorektiček zjišťujeme zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi, i když rozpětí jeho hladiny může být u různých pacientek poměrně široké.

Studie sledující spánek ukázaly, že podvyživené anorektičky spí méně hluboce, častěji se budí a celková doba spánku je u nich kratší, přičemž se budí brzy ráno. Poruchy spánku pak korelují s úbytkem na váze a mizí při úpravě tělesné hmotnosti.

10.9. Dermatologické

Dermatologické obtíže u pacientek s poruchami příjmu potravy mohou mít řadu důvodů, včetně nedostatečné výživy (například suchá šupinatá kůže, lanugo), úmyslného zvracení (modřiny, mozoly, purpura). Tenkou šupinatou a suchou kůží se sníženým množstvím kolagenu má asi třetina pacientek. Jemné, lanugo se podobající ochlupení se objevuje na tvářích, končetinách a trupu téměř u jedné třetiny podvyživených anorektiček a jeho příčina není známa.

Zvýšená hladina karotenu je přítomna asi u 72% anorektiček a v některých případech působí jasně nažloutlé zbarvení kůže. Může vznikat v důsledku nadměrného přísunu karotenu a vitamínu A v potravě či v důsledku získaného defektu v metabolismu a využívání vitamínu A.

Kožní vyrážky, které se objevují u pacientek pak vznikají působením léků, které dívky užívají, aby ubraly na váze.

Je zřejmé, že poruchy příjmu potravy jsou spojeny s řadou zdravotních obtíží, které představují vážné ohrožení života pacientek a významně tak přispívají k jejich zvýšené úmrtnosti.

11. Léčebné postupy u mentální anorexie

11.1. Hospitalizace

Hlavním důvodem pro hospitalizaci je potřeba stabilizace celkového stavu. Nemocniční léčba je v těchto případech zcela nezbytná a nemusí tedy nutně vyžadovat závazek pacienta, že se vyléčí z poruchy příjmu potravy.

Při rozhodování se o potřebě hospitalizace pacienta existuje několik obecných vodítek:

- * nezbytnost návratu k normální hmotnosti
- * přerušení záchvatovitého přejídání, zvracení či zneužívání laxativ, v případě, že jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi, nebo, když představují vážné zdravotní ohrožení.
- * zhodnocení a terapie jiných potenciálně závažných zdravotních obtíží.
- * léčba přidružených stavů jako je těžká deprese, riziko sebepoškozování či zneužívání psychoaktivních látek.
- * nereaguje-li pacient na dosavadní psychologickou léčbu.

11.2. Ambulantní péče

Existují někteří chroničtí či nepoddajní pacienti, kteří prošli během několika let různými formami léčby až nakonec dospěli k bodu, kdy už nechtějí podstoupit další léčbu nebo souhlasí s tím, že další psychoterapie má jen velmi malou naději na úspěch.

Tato péče se zaměřuje hlavně na navrácení pacienta, trpícího mentální anorexií do stavu somatické a psychické stability.

11.3. Rodinná terapie

Často bývá léčbou první volby u mladých pacientů, neboť bývají v popředí rodinné konflikty. Porucha příjmu potravy může členy rodiny odklonit od potenciálně ohrožujících vývojových očekávání, které se objevují ve fázi přechodu k pubertě. Může také sloužit jako maladaptivní řešení adolescenčního boje o dosažení autonomie v dané rodině. Nebo na sebe může obrátit pozornost, a tak umožnit rodičům a dítěti, aby se vyhnuli hlavním zdrojům konfliktu.

Rodiny se často děsí toho, jak začínají být anorektičce vidět kosti, a kolísají mezi zoufalými pokusy o nadměrnou kontrolu a neschopností určit přiměřené hranice bizarních dietních rituálů.

Rodinná terapie má být včleněna do dlouhodobějšího léčebného plánu, neboť má kapacitu výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle.

11.4. Kognitivně behaviorální terapie

Vhodnější pro mentální bulimii, kde učí racionalizovaně poznávat své pocity, které vedou k záchvatovitému přejídání a vyprazdňování. Účinky terapie jsou rychle viditelné. U mentální anorexie se zaměřuje na širší cíle, obzvláště těch, které se týkají interpersonálních konfliktů, pocitů neschopnosti, zápasů s autonomií a úzkostmi, spojené s psychosociálním vývojem.

U podskupiny pacientek s anorexií, které se nepřejídají, a u těch, které nemají žádné zjevné somatické komplikace, se může objevovat velice silný odpor vůči terapeutickému cíli zvýšení tělesné hmotnosti. Pokud se nezlepší, doporučuje se ambulantní léčba.

Terapeutický neúspěch má často podobu zdánlivého náhledu pacienta na problém, který se ale nikdy nepodaří převést do změny chování a ústupu příznaků.

11.5. Interpersonální terapie

Interpersonální terapie byla původně vytvořena Klermanem, Weissmanem, Rounsavillem a Chevronem (1984) jako krátkodobá léčba deprese. Léčebný postup byl rozdělen do tří fází:

- * dochází k identifikaci interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji a udržování problémů s jídlem.
- * uzavírá se terapeutická smlouva o práci na těchto interpersonálních problémech
- * závěrečná fáze je zaměřena na otázky spojené s ukončením terapie.

Tato interpersonální terapie by měla začleňovat do dlouhodobější psychoterapie pacienty s mentální anorexií a s přetrvávajícími příznaky.

11.6. Psychodynamická terapie

Dynamicky orientované přístupy k léčbě poruch příjmu potravy byly dobře popsány. Zdůrazňuje, že při vývoji, udržování a léčbě těchto poruch je důležité se zabývat otázkami jako je pohlavní zneužívání a další formy diskriminace.

11.7. Poradenství v oblasti výživy

Základem dietní léčby mentální anorexie je:

1. dosáhnout a udržet normální stav výživy u dospělých a normální tělesný růst u adolescentů.
2. zavést normální jídelní chování.

3. podporovat normální postoj k jídlu.
4. vytvořit adekvátní reakce na podněty hladu a nasycení.

*dietní anamnéza (zejména z důvodu získání informací o pacientčích názorech na výživu a jejích postojích k jídlu), taktéž je důležité prozkoumat jídelní postoje a chování zbytku rodiny. Nutno je vytvořit důvěrný vztah.

*očekávání týkající se váhy a růstu (u dospělých má být index tělesné hmotnosti mezi 20-25, u dětí a mladších adolescentů se vychází z pediatrických růstových tabulek). U většiny pacientů je nutný energetický příjem nad 12550 kJ.

*složení jídla a jídelní chování (u většiny pacientů je zažívací trakt v zásadě nepoškozený, hlavní překážky v návratu k normálnímu jení jsou převážně psychického rázu. Krmení pomocí sondy a parenterální výživa nebývají při vyživování těchto pacientů obecně úspěšnou metodou, jsou invazivní a pacientům nepomáhají převzít odpovědnost za vlastní zdraví. Neumožňují jim naučit se nabírat hmotnost a normálnímu jídelnímu chování, které by mohly sami kontrolovat.

Je třeba anorektickým poradit, aby se vyhýbaly dietním výrobkům, umělým sladidlům a u vysokoenergetické nápoje jim pak mohou být nabídnuty jako dočasná pomůcka, dokud nedosáhnou cílové hmotnosti. Jídelní chování je důležité, mělo by se podporovat stravování ve společnosti, neboť členové rodiny, kamarádi mohou sloužit jako vzor a mírnit úzkost, vázanou na jídlo.

11.8. Terapie, orientovaná na zakoušení vlastního těla

Terapie, orientovaná na tělo (Body-oriented therapy) zahrnuje všechny formy psychoterapií, které se zaměřují na tělo a tělesné pocity pacienta s cílem zlepšit jeho psychický stav.

Často využívá pohybová cvičení, hry, různé relaxační techniky a jiné metody. Cílem je znovuvytvoření realistického obrazu sebe sama (pacienti se naučí uvědomovat si svoje nerealistické požadavky a podmínky).

*utlumení hyperaktivity, impulzivity a vnitřního napětí (na základě teorie učení můžeme předpokládat, že fyzická aktivita spojená s určitým přibíráním na váze může být dobře zpracována v programu behaviorální terapie. Je žádoucí utlumit hyperaktivitu a neposednost, tak charakteristickou pro mnoho anorektických pacientů, a přeměnit je na kontrolovanější formy pohybu v dávkách určených terapeutem. Důležité je naučit pacienta, jak omezit fyzickou aktivitu a vyrovnat ji odpočinkem a relaxací. Zvláštním cílem pak může být dosažení dobré fyzické kondice).

*znovuvytvoření realistického obrazu sebe sama (klíčovou podmínkou uzdravení je rozvoj realistického a pozitivního vnímání vlastního těla). To znamená, že pacient musí naučit uvědomovat si svoje nerealistické požadavky a podmínky. Měl by být připraven na svoje měnící se tělo během obnovování tělesné hmotnosti a na pocity a potřeby s tím spojené. Následující krok spočívá v přijetí těchto změn, které končí dosažením fyzicky dospělého těla. Přitom je třeba věnovat pozornost i raným negativním tělesným zkušenostem. Samostatným krokem je jejich přetvoření v pozitivní vnímání vlastního těla. Zkreslené postoje a hodnocení týkající se velikosti a tělesné hmotnosti anorektiček, stejně tak jako jejich stravovací zvyklosti by měly být změněny.

*vývoj společenských dovedností: Anorektičtí pacienti se musí naučit komunikovat se svým tělem prostřednictvím svého těla. To znamená naučit se „jazyk“ svého těla, což zahrnuje i tělesné vyjadřování pocitů a podráždění ve vztahu k okolí. Při společenských kontaktech anorektiček je totiž nápadný nedostatek sebevědomí a neschopnost asertivního jednání.

*naučit se mít rád své tělo (když pacienti víceméně přijali své tělo a jsou schopni vyjádřit svoje pocity, musí se naučit relaxovat a své tělo přiměřeně prožívat. To se týká hlavně hodnocení smyslových zážitků, například vůně jídla a taktilního kontaktu. Vnímání dotyku přitom může být blokováno negativní sexuální zkušeností či fyzickým zneužitím v minulosti.

K dosažení uvedených cílů můžeme použít různých technik ze širokého spektra možností od sebekonfrontace až k sebebřijetí.

*relaxační a dýchací cvičení (nejrozšířenější je Jacobonova progresivní relaxační metoda a autogenní trénink podle Schulze). Dechová cvičení, zejména ta, která jsou zaměřena na snižování dechové frekvence, zvýšení břišního dýchání a na prodloužení výdechu, jsou často součástí relaxačního tréninku. Cílem není jen regulace respirace, ale také ulehčení vnímání vlastního těla.

*masáže. Při léčbě mentální anorexie je s úspěchem používána relaxační masáž, aktivační masáž zad a nohou a pasivní mobilizace úďů. Nejčastěji používané techniky jsou poklepávání, jemné doteky a hnětení. Účelem je relaxace a vnímání těla.

*hraní role. Hlavní důraz není na dramatické technice, ale spíše na prohloubení emocionální zkušenosti prostřednictvím účasti, kontaktu, interakce a neverbální komunikace pacienta. Kromě vyřešení dřívějších konfliktů mohou být zvýrazněny přítomné a budoucí problémy. Užívají se dvě formy: zdvojování a výměna rolí. Zdvojování je technika, při které terapeut či jiný člen skupiny sedí vedle pacienta a napodobuje jeho neverbální projev. Srovnatelné je partnerské cvičení „Já jsem šéf“, při kterém jsou dva pacienti instruováni, aby prostřednictvím výrazu, pózy, gest a pohybů jeden druhému ukázali, že jsou dominantní.

Při výměně rolí se pacient vcítí do reálné či imaginární osoby, aby tak posílil i přiměřené „sebevcítění“. Tato technika pomáhá otestovat správnost vnímání sebe a druhých, rozpoznat svoje omezení a vyzkoušet si nové chování v bezpečném prostředí. Vyjádření vztahů uvnitř rodiny nebo v rámci skupiny pacientů prostřednictvím živé sochy může být použito pro analýzu kompletních mezilidských vztahů.

*fyzické aktivity, sporty a hry: Fyzické aktivity jako posilování, aerobik a kalanetika, sporty (plavání, volejbal, zápas, jízda na koni) a gymnastika jsou používány při léčbě pacientů s poruchami příjmu potravy, kteří jsou zapojováni i do kontrolovaných progresivních programů.

*tanec a kreativní pohyb (zde zahrnujeme všechny taneční a pohybové formy, které se zaměřují na vyjádření určité myšlenky prostřednictvím těla, jako jsou rytmická cvičení, tanec, aerobik, vyjádření volným pohybem, improvizace a pantomima. Při těchto aktivitách může pacient vyjadřovat různé emocionální zkušenosti a pocity jako smutek, radost, bezpečí, hanbu, agresi, závislost, bojácnost a podobně).

*cvičení smyslového vnímání (objevování těla prostřednictvím smyslů způsobem, který není pro pacienta nepříjemný ani stresující). Je to krok k uvědomění si vzájemného vztahu mezi tělesnými vjemy a duševními pocity.

*řízené představy: vysvětlují cvičení řízeného zobrazování. Pacienti jsou vedeni k tomu, aby si představili situace cílené k vyvolání smyslových a citových skutečností. Můžeme tak objevit části těla, o kterých smýšlí negativně.

11.9. Skupinová terapie

Skupinová terapie je součástí mnoha léčebných programů pro pacienty s poruchou příjmu potravy. Upřednostňujeme ji v rámci denních stacionářů i nemocniční léčby. Schází se více pacientů a dochází ke konzultování problémů a pocitů mezi sebou i psychologem. Doporučuje se při zotavování.

Skupinová terapie bývá kombinována s individuální terapií. Součástí jsou edukativní skupiny (jejichž smyslem je poskytnout pacientovi relevantní a srozumitelné informace o poruše příjmu potravy v rámci mentální anorexie a doporučení, jak zvládnout jejich základní příznaky).

Velmi nezastupitelnou roli hrají jídelní skupiny, které jsou zaměřeny na postoje a chování spojené s jídlem, umožňující pacientům lépe se orientovat v nutričních a jídelních aspektech poruchy, nebo si prakticky vyzkoušet určité situace spojené s přípravou a konzumací jídla (nákupy, skladování potravin, stolování).

11.10. Farmakoterapie

Farmakoterapie bývá spíše podpůrná, užívají se nejvíce antidepresiva, zejména ze skupiny SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitors), čili léčiva, která vychytávají neurotransmiter z neuronální synapse a vracejí ho zpět do presynaptické části neuronu, kde je připraven pro další využití (Citalopram).

Také účinnost tricyklických antidepresiv byla prokázána v několika kontrolovaných studiích (Krch, 1999).

Pacienti s mentální anorexií často trpí opožděným vyprazdňováním žaludečního obsahu. To se stává problémem především v období, kdy je zapotřebí, aby zvýšeně jedli a zvyšovali tak svoji hmotnost, proto jsou vhodná léčiva, která stimulují peristaltiku zažívacího traktu (Metoclopramid, Domperidon).

11.11. Hipoterapie

Léčba, využívající koně, kdy významný je vztah člověka a zvířete, neboť je odlišný od vztahu mezilidského.

11.12. Arteterapie

Léčba, která je vhodná pro všechny tělesné a duševní nemoci. Jedná se o manuální práce, zejména malování (vodovkami, temperami, pastelkami) na libovolné nebo určené téma.

12. Problematika ošetřovatelského přístupu u mentální anorexie

Pacienti se mohou léčit jednak ambulantně (specializovaná ambulantní péče před hospitalizací) nebo jsou hospitalizováni (obvykle po neúčinné ambulantní léčbě na psychiatrických odděleních). Na psychiatrické klinice VFN v Praze existuje jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy, která byla založena v roce 1983. Hospitalizace na psychiatrickém oddělení trvá jeden až dva měsíce. K hospitalizaci jsou přijímáni pacienti, kteří jsou v kompenzovaném somatickém stavu. Pacienti, kteří jsou v bezprostředním ohrožení života jsou hospitalizováni na metabolických jednotkách či jednotkách intenzivní péče. Někteří pacienti, kteří jsou léčeni se závislostí na psychoaktivních látkách a trpí současně poruchou příjmu potravy, jsou hospitalizováni na psychiatrickém oddělení po dohodě se zařízením, kde probíhá léčba závislosti. Pacienti po sebevražedném pokusu jsou nejprve hospitalizováni na uzavřeném oddělení a později jsou zařazeni do některé z forem léčby na oddělení.

Výsledky léčby jsou lepší u pacientů, motivovaných k léčbě, proto se dává přednost právě jim. Pacienti, trpící poruchou příjmu potravy potřebují pomoc v několika směrech:

- * změnit vztah k jídlu.
- * vyřešit emocionální problémy.
- * změnit svůj vztah k rodině .

Cílem léčebné a ošetrovatelské péče je naučit pacienta 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. Oddělení funguje na principu terapeutické komunity, kde jsou pacienti začleněni do terapeutického, jídelního, sociálního a pracovního programu na psychiatrickém oddělení.

Při příjmu k hospitalizaci na jednotce pražské specializované péče pro poruchy příjmu potravy je uzavřena smlouva, která zavazuje k váhovému přírůstku a týká se dodržování jídelního režimu a dodržování pravidelné režimové léčby na oddělení.

Strava je při léčbě považována za základní biologickou potřebu i za lék. Výběr jídel a jejich objem je v kompetenci zdravotnického týmu (psychiatr, psycholog, nutriční terapeut aj.). Bez výslovného souhlasu nesmí mít pacient u sebe žádné jídlo.

Pacient dostává jídlo obvykle šestkrát denně (snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře, druhá večeře). Součástí je psychoedukace, která se týká správného stravování. Na psychoedukaci se podílí sestra, speciálně vyškolená pro tuto činnost.

Speciálně vyškolená sestra seznamuje pacienty s biologickým i psychologickým důsledkem hladovění a dohlíží na každé jídlo, které má pacient pozřít (pacienty nekrmí násilím!), výjimkou je kritická hranice tělesné hmotnosti, kdy se užívá krmení sondou a parenterální výživa, která bývá prováděna v rámci jednotek intenzivní péče – JIP.

Sestra velmi bedlivě sleduje, zda pacient jídlo odmítá, zvrací či rafinovaně ukrývá. Musí se obrnit velkou trpělivostí, protože pacienti se s jídlem loudají a podobně. Dohled nad stravovacím režimem je doprovázen i sledováním tělesné hmotnosti.

Pacienti dostanou za úkol přibrat na určitou hmotnostní hodnotu. Pokud nedosáhne určitého váhového přírůstku, jsou mu zakázány některé činnosti nebo nedostane propustku domů.

Pacienti se obvykle denně ráno váží ve stejném oděvu, je jim bráněno v nadměrné tělesné aktivitě a jsou jim odebírána některá nevhodná léčiva ke kterým patří diuretika a laxativa.

Pokud sestra nachytá pacienta, jak schovává jídlo, měla by zůstat klidná a vystříhat se jakékoli výčitce. Trpělivě by měla trvat na tom, aby pacient všechno jídlo snědl. Může pacienta ubezpečit, že ví, že to „nedělá schválně“ a že se na něj proto nezlobí.

Stolování s pacienty se zúčastňují v určitých intervalech i další členové zdravotnického týmu (psycholog).

Sestra sleduje vedlejší účinky podávaných léků. Do léčebného režimu je zařazena individuální a skupinová psychoterapie, relaxační cvičení, léčebná tělesná výchova, arteterapie a jiné. Nejčastěji se realizuje právě výše zmiňovaná kognitivně-behaviorální psychoterapie. Pacienti se učí během léčby poznávat své pocity, které vedou k tomu, že doma „vyplení“ lednici, spořádají obrovské množství potravy a pak ji vyzvrací. Výsledkem tohoto přístupu k pacientovi by měla být jejich schopnost kontrolovat a postupně navrátit svůj stravovací režim do normálních kolejí.

Sestra může být také v roli terapeutky (vedle psychologa) ve skupinové psychoterapii, během níž pacienti hovoří o svých pocitech i potížích. Problémem může být to, že si pacienti během terapeutického sezení vymění zkušenosti, jak méně jíst, kam jídlo schovávat a jak účinněji zvracet.

V závěrečné fázi hospitalizace je léčba pacientů zaměřena na jejich přechod do běžného prostředí. Je však nadále nezbytná spolupráce s rodinou a někteří pacienti mohou pokračovat formou následné péče ve specializovaných ambulantních zařízeních.

13. Empirická část

13.1. Cíle výzkumu

Cíl 1: Zmapovat kvalitu života nemocných s poruchou příjmu potravy v těchto oblastech:

- psychologická oblast
- somatická, kognitivní oblast
- finanční oblast
- zaměstnání, škola

Cíl 2: Zjistit, do jaké míry toto onemocnění zhoršuje celkovou kvalitu života.

Cíl 3: Zjistit zda existují rozdíly v kvalitě života u nemocných s mentální anorexií v závislosti na ústavu sociálního zařízení.

14. METODIKA VÝZKUMU

14.1. Použité metody

Metodou výzkumu jsem zvolila originální dotazník, který se skládá ze vstupní části a ze 4 částí vlastního dotazníku. Tento dotazník je převzatý z amerického originálu. Vytvořený v Severní Dakotě a Severní Karolině autory Engel, Wittock, Crosby et al. (2006). Dotazník byl anonymní a dobrovolný. Dotazník je strukturován do 25 hlavních otázek. Na každou otázku odpovídali respondenti pomocí 5 stupňové škály, kde nula znamenala nikdy a čtyřka vždy. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Řádně vyplněných se jich vrátilo 51, návratnost tedy byla 42,5 %.

Část I: obsahuje identifikační údaje- věk, pohlaví je předem specifikováno, neboť dotazník byl určen pouze pro ženy. V této oblasti se zabývám psychologickými aspekty. II. část obsahuje otázky z oblasti somatické a kognitivní. Ve III.části je probírána finanční problematika a IV.oblast je zaměřena na otázky, týkající se zaměstnání a školy.

Předpokládaný čas na vyplnění dotazníku nebyl nijak limitován. Na otázky v tomto dotazníku bylo možné uvést jen jednu odpověď. Úplné znění dotazníku je uvedeno v příloze č.I.

Vyhodnocení dotazníků bylo zpracováno počítačovým programem Microsoft Office Excel. Odpovědi pak byly pro lepší přehlednost zpracovány do grafů. Na grafické znázornění výsledků byl použit u odpovědi na každou zadanou otázku výsečový graf.

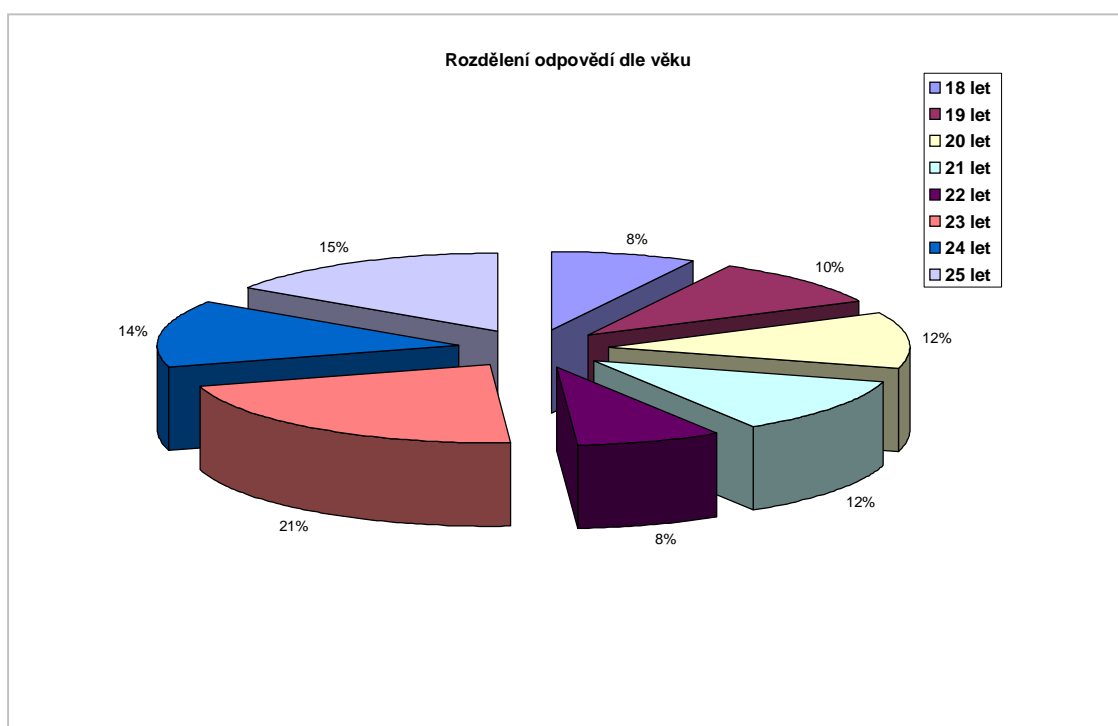
14.2. Participující osoby

Výzkum probíhal v kontaktním centru Anabell, které jsem oslovila písemnou žádostí o povolení výzkumného šetření formou anonymního a dobrovolného dotazníku. Bylo jim přislíbeno, že jejich data nebudou zneužita. Do výzkumu byly zahrnuty ženy ve věkové kategorii 18 – 25 let.

15. SOUBOR RESPONDENTŮ

Pro výzkum jsem vybrala ženy-pacientky různých věkových kategorií v rozmezí 18 až 25 let.

Graf 1 : Rozdělení nemocných dle věku



Nejvíce dotazovaných bylo ve věkové skupině 23 let, což je 21% z celkového počtu respondentů. Nejmenší zastoupení je ve věkové skupině 18 a 19 let, tato skupina je zastoupena 8% ze všech dotazovaných.

16. Analýza výsledků výzkumu

16.1. Analýza dílčích výsledků

Celkové výsledky jsou rozděleny do čtyř oblastí, mající celkem 25 otázek

I.oblast psychologická:

- 1.otázka: Cítíte se osamělé, opuštěné?
- 2.otázka: Máte divný pocit?
- 3.otázka: Zjišťujete tendence se vyhýbat lidem?
- 4.otázka: Cítíte se trapně?
- 5.otázka: Cítíte se dobře?
- 6.otázka: Objevila se u Vás ztráta zájmů a schopnosti se radovat?
- 7.otázka: Vyhýbáte se jídlu společně s ostatními?
- 8.otázka: Zjistila jste, že už o sebe nepečujete jako dříve?
- 9.otázka: Máte ze sebe špatný pocit?

II. oblast somatická, kognitivní:

- 10.otázka: Máte problémy s porozuměním učiva?
- 11.otázka: Objevily se u Vás problémy s udržení pozornosti?
- 12.otázka: Máte problémy se soustředěním?
- 13.otázka: Máte pocit studených rukou a nohou?
- 14.otázka: Míváte bolesti hlavy?
- 15.otázka: Pociťujete slabost, vyčerpání?

III. finanční oblast:

- 16.otázka: Máte problém vyjít s finančními prostředky?
- 17.otázka: Objevily se u Vás problémy s úhradou účtů a poplatků?

18.otázka: Máte problémy se splácením případných dluhů?

19.otázka: Objevil se u Vás problém s nadměrným utrácením hotovosti či prostřednictvím platebních karet?

20.otázka: Míváte potřebu si půjčovat stále peníze?

IV. oblast škola, práce:

21.otázka: Máte zmeškané hodiny ve škole?

22.otázka: Začaly se u Vás objevovat špatné známky?

23.otázka: Míváte absence v zaměstnání?

24.otázka: Přišla jste během nemoci o zaměstnání?

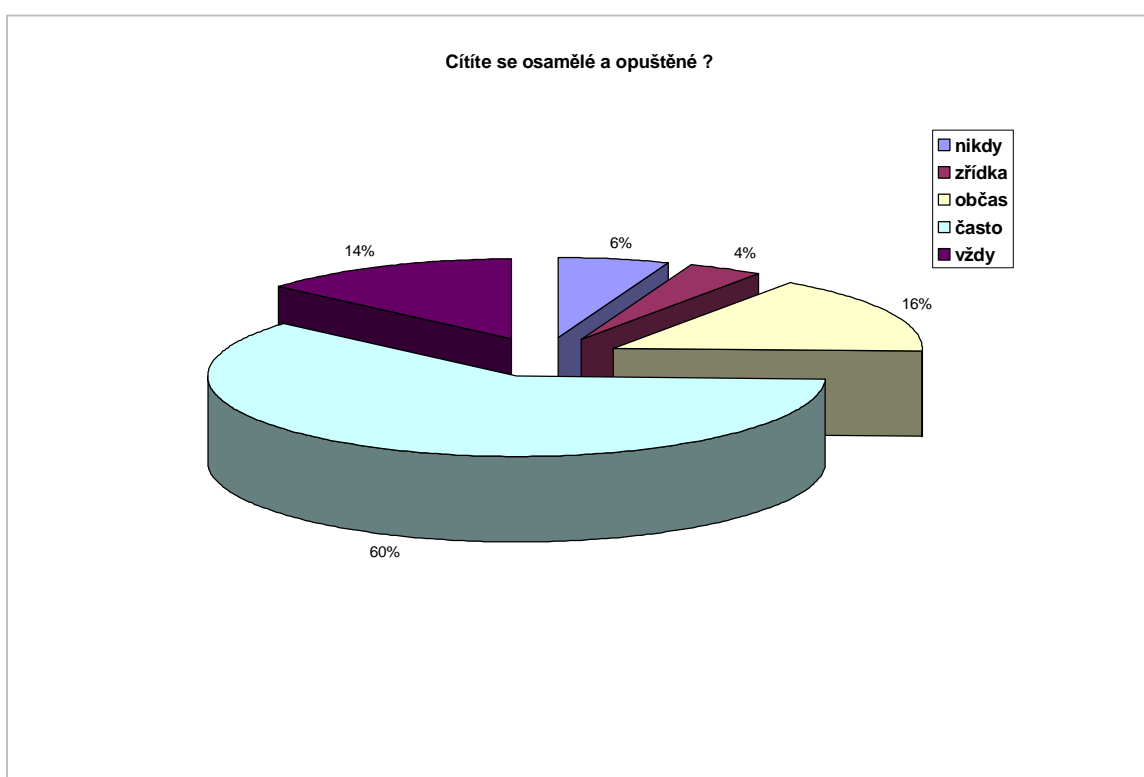
25.otázka: Zaznamenala jste celkové studijní neúspěchy?

Číselné hodnoty představují počet odpovědí respondentů dle pětistupňové škály /0-*nikdy*, 1-*zřídka*, 2-*občas*, 3-*často*, 4-*vždy*/ v procentuálním vyjádření.

I. PSYCHOLOGICKÁ OBLAST

V oblasti týkající se otázky, zda se cítí osaměle a opuštěně odpovídali respondenti následovně :

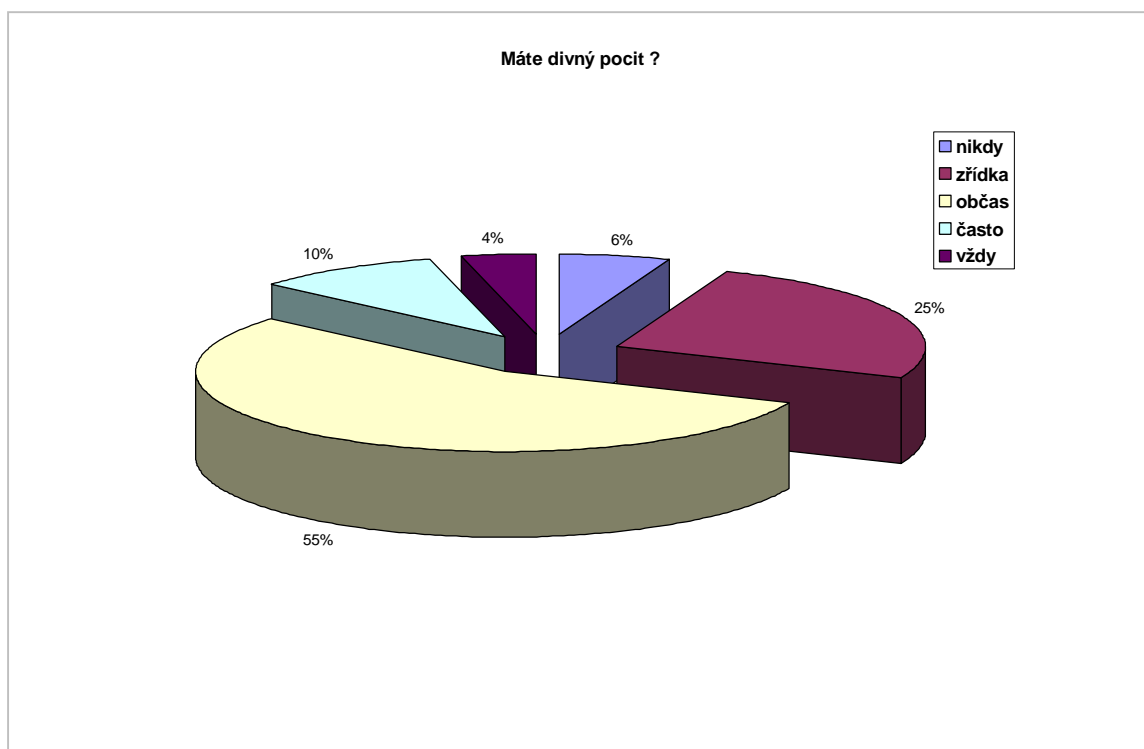
Graf 2 : Cítit se osamělý, opuštěný



Na tuto otázku, že se cítí opuštěné a osamělé často, odpovědělo 60% respondentů, 16% občas, 4% zřídka, 6% nikdy a 14% vždy. Z hora uvedeného grafu se potvrdilo, že většina pacientek se cítí osaměle a opuštěně.

V oblasti otázky, zda mají pacientky divný pocit, byly odpovědi následující :

Graf 3: Mít divný pocit



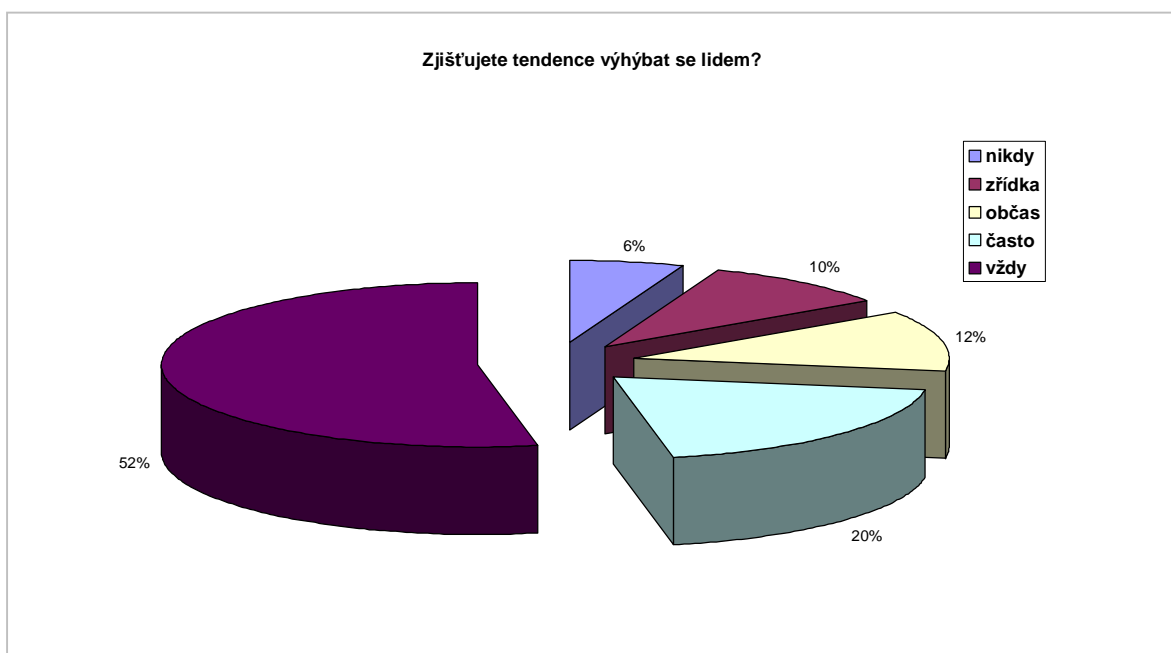
Při odpovědích pacientek na tuto otázku vyplynulo následující :

55% se tak cítí občas, 25% zřídka, 10% často, 6% nikdy a 4% vždy.

Z tohoto grafu je vidět, že divným pocitem občas trpí většina pacientek.

Na otázku , zda pacientky mají snahu vyhýbat se lidem ve svém okolí odpověděly následovně :

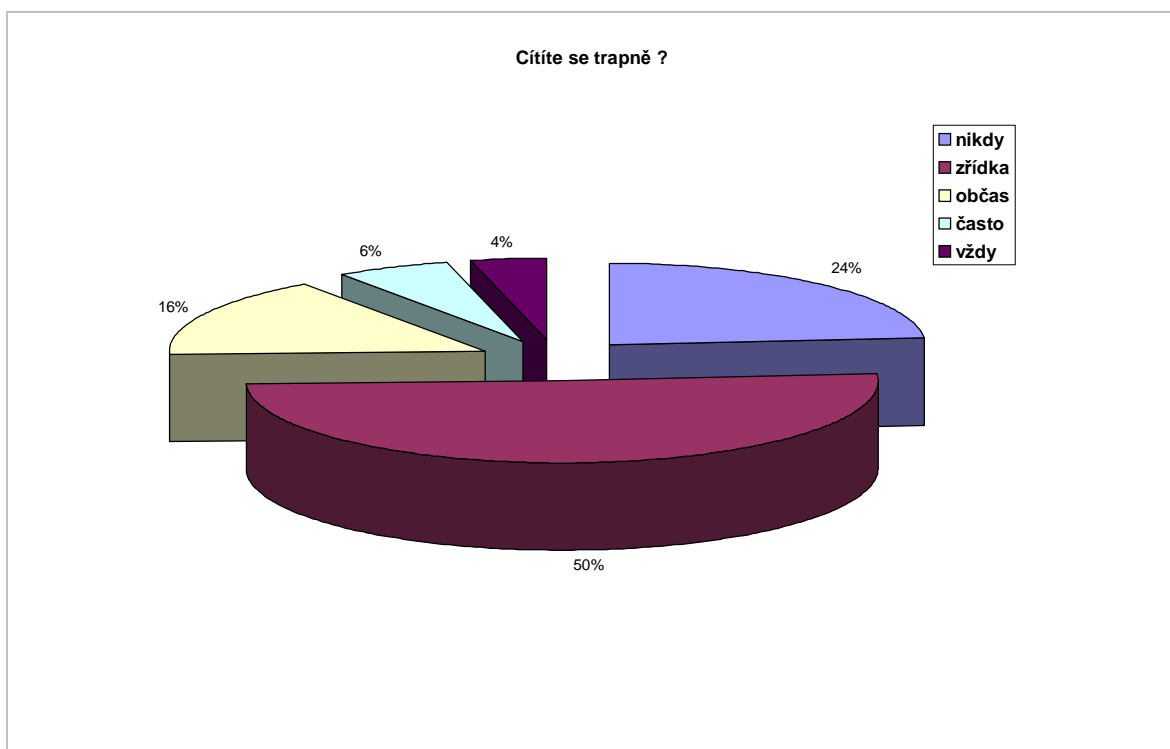
Graf 4 : Tendence vyhýbat se lidem



Z uvedeného grafu vyplývá, že naprostá většina, což je 52% , se snaží vyhýbat lidem ve svém okolí. 20% takto činí často, 12% občas, 10% zřídka a 6% pacientek tento pocit nesdílí.

V dalším grafu, který se zaměřuje na otázku, zda se pacientky cítí trapně odpovídalo následovně :

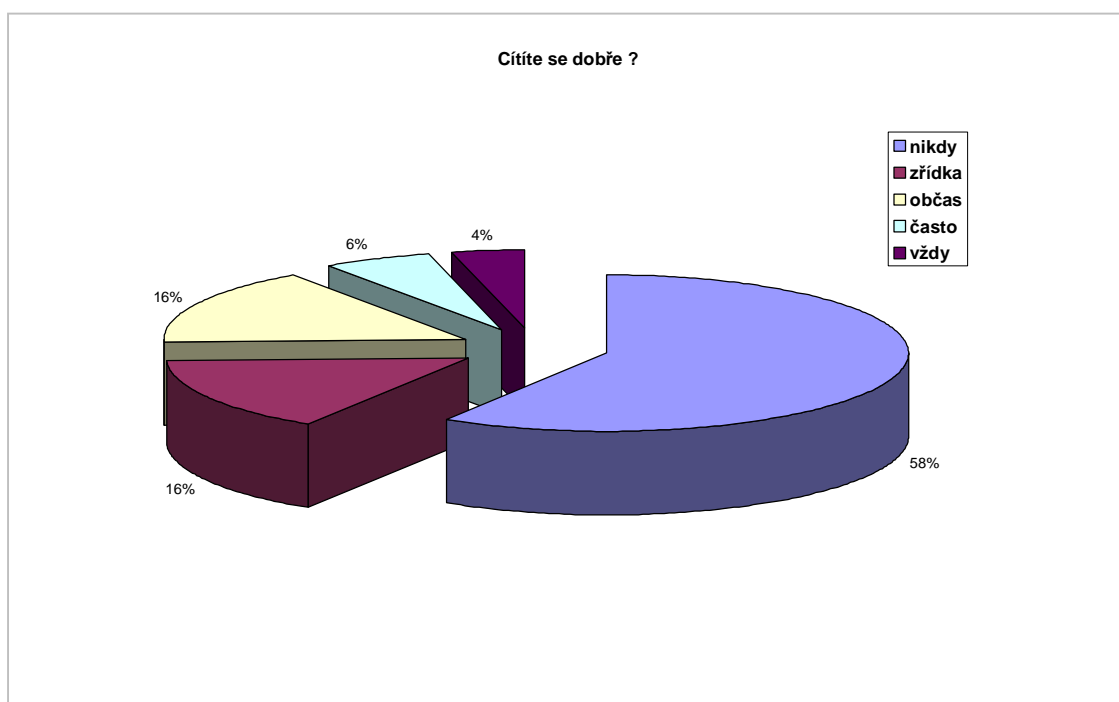
Graf 5 : Cítit se trapně



Tento graf dokazuje, že tento pocit převážná většina, což je 50%, pociťuje zřídka a dokonce 24% dotázaných odpovědělo, že tento pocit nemá nikdy. 16% občas, 6% často a 4% vždy.

V dotazu, zda se respondentky cítí dobře, odpověděly následovně ...

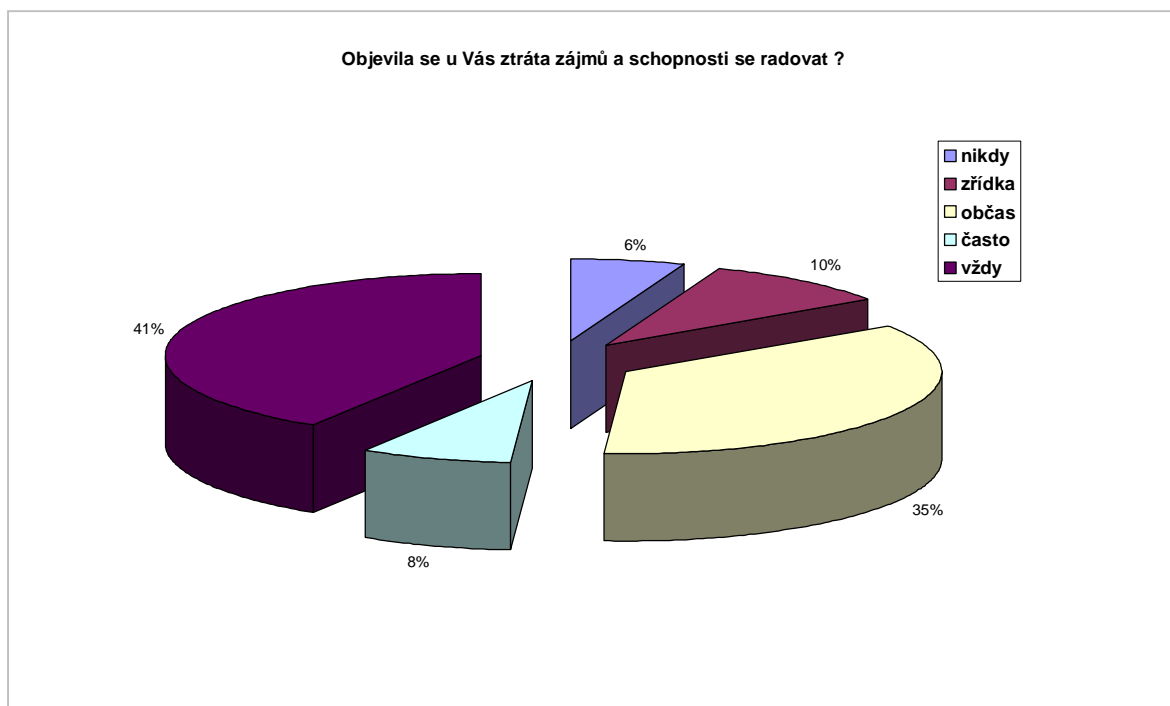
Graf 6 : Cítit se dobře



Jak z uvedeného grafu vyplývá, tak se 58% patientek cítí špatně, 16% se tak cítí zřídka nebo občas. 6% často a 4% vždy.

V dalším grafu se zabývám pocitem ztráty zájmu a schopnosti se radovat.

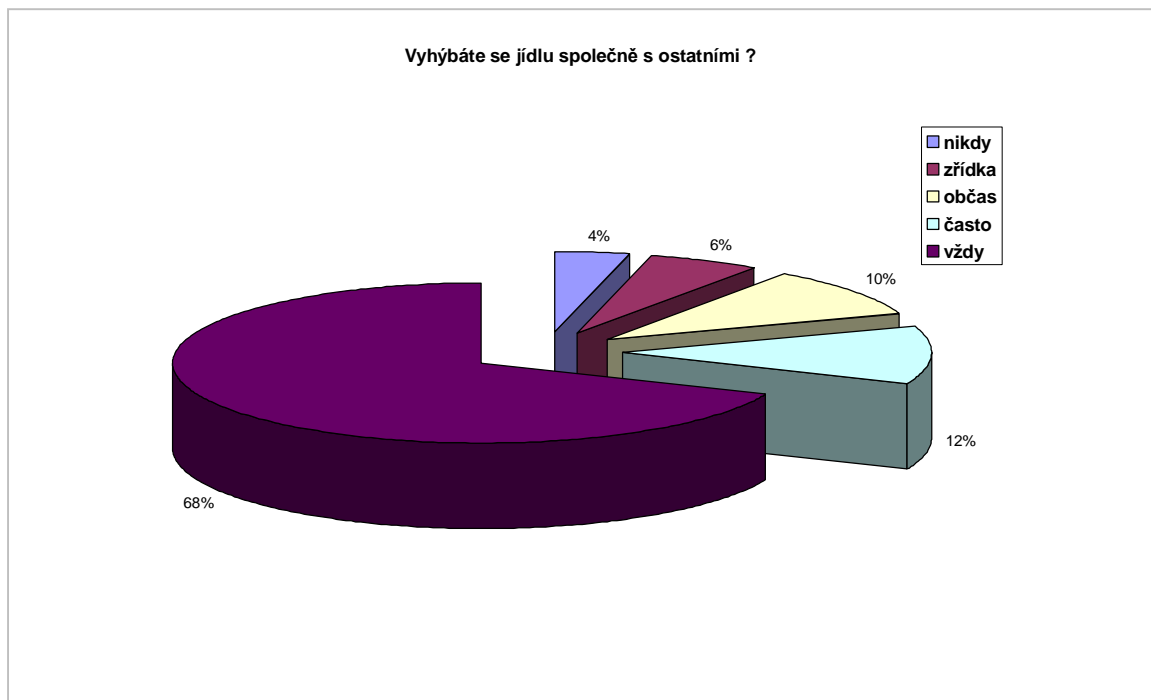
Graf 7 : Ztráta zájmu a schopnosti se radovat



V důsledku onemocnění odpověděla naprostá většina pacientek, že ztrácí zájem i schopnost se radovat. Z celkového počtu dotázaných je to celkem 41%. 35% občas, 10% zřídka, 8% často a pouze 6% pacientek tímto pocitem netrpí.

Na otázku, zda se pacientky vyhýbají jídlu s ostatními lidmi ? Odpovídaly následovně :

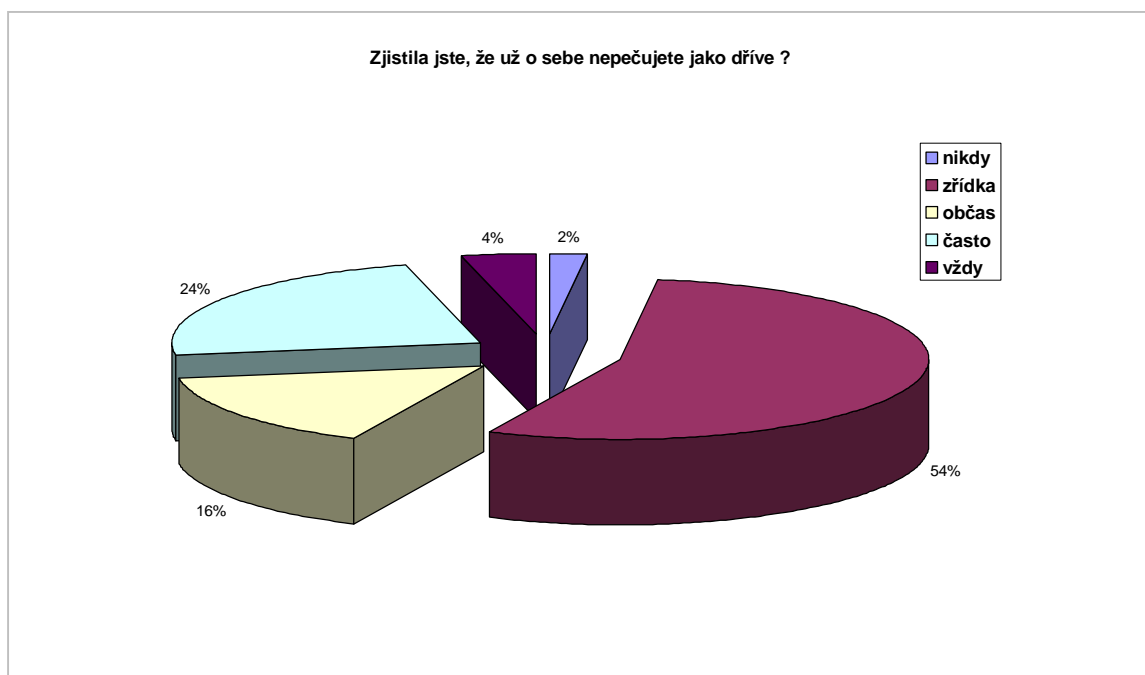
Graf 8 : Vyhýbat se jídlu společně s ostatními



68% všech dotázaných odpovědělo, že se vždy vyhýbají společnému jídlu. Pouze 4% pacientek tak nečiní nikdy. 10% občas, 12% často a 6% zřídka.

Dalším aspektem bylo zjištění, zda pacientky v průběhu svého onemocnění, přestaly dbát o svůj zevnějšek.

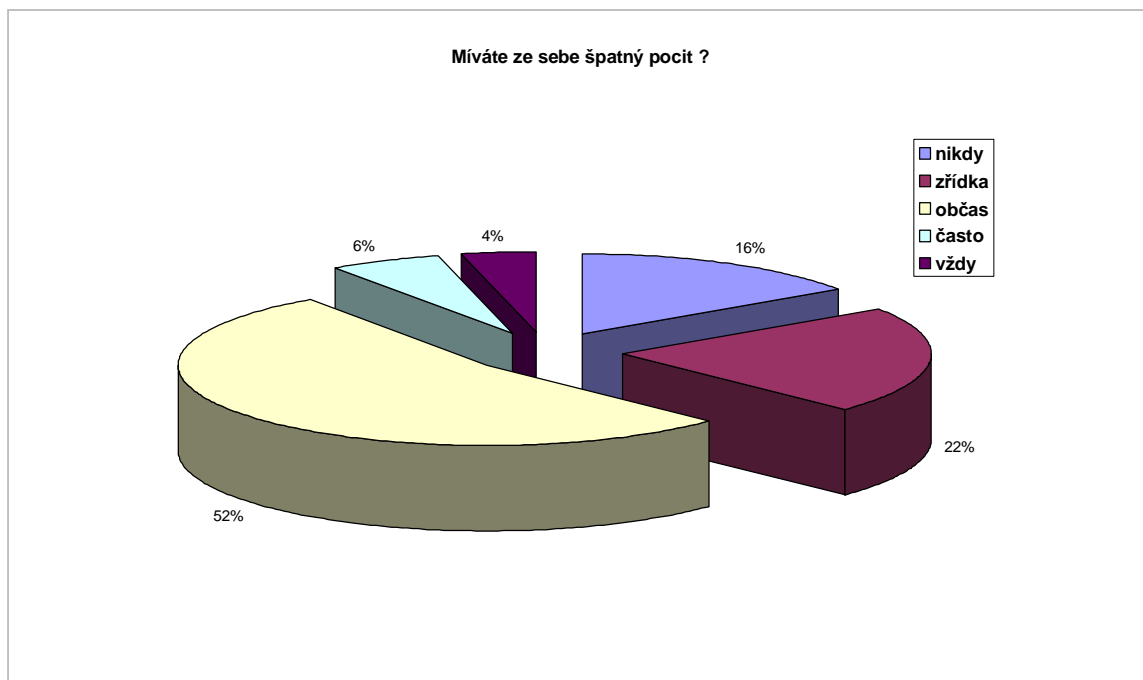
Graf 9 : Nepečovat o sebe



Z výzkumu vyplývá, že naprostá většina ve výši 54%, zřídka zaznamenala, že by o sebe přestala pečovat. Naopak 24% dotázaných odpovědělo, že je nemoc natolik ovlivnila, že často přestaly dbát o svůj zevnějšek. 16% občas, 4% vždy a 2% nikdy.

Na otázku ,zda míváte ze sebe špatný pocit, odpověděly respondenty následovně :

Graf 10 : Mít ze sebe špatný pocit

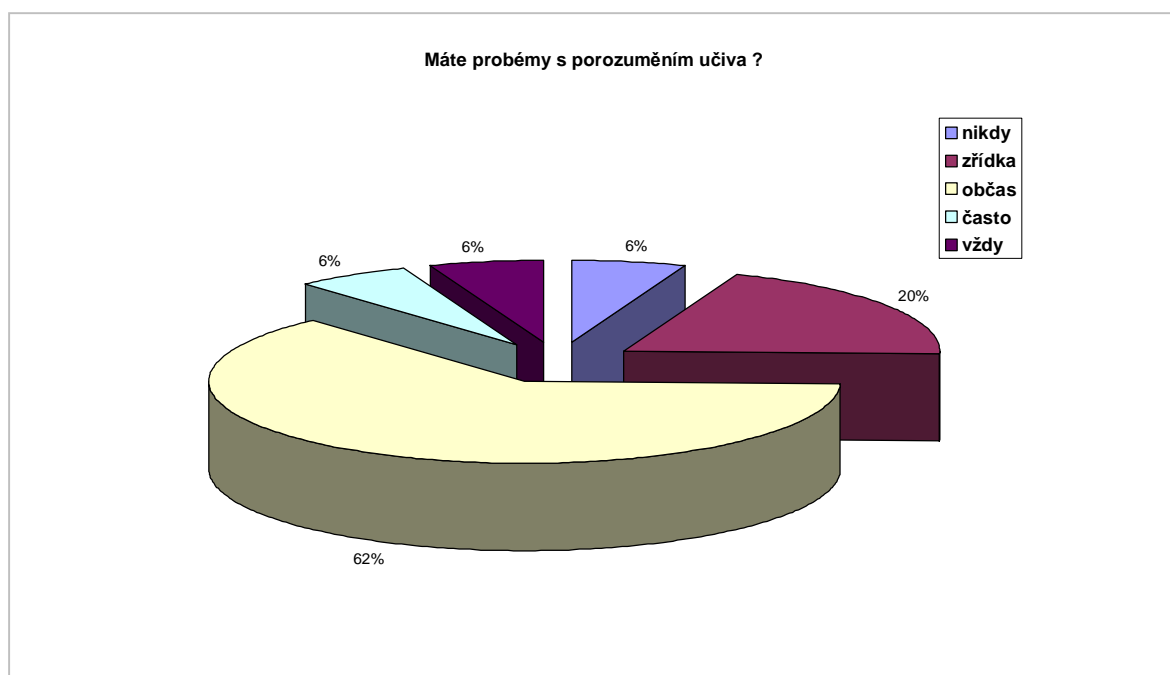


Z grafu vyplynulo, že špatný pocit občas mívá 52% , zřídka 22%. Naproti tomu 16% tento pocit nemívá vůbec, 6% často, 4% vždy.

II. SOMATICKÁ, KOGNITIVNÍ OBLAST

Na dotaz, zda mají klientky problémy s porozuměním učiva, odpověděly následovně :

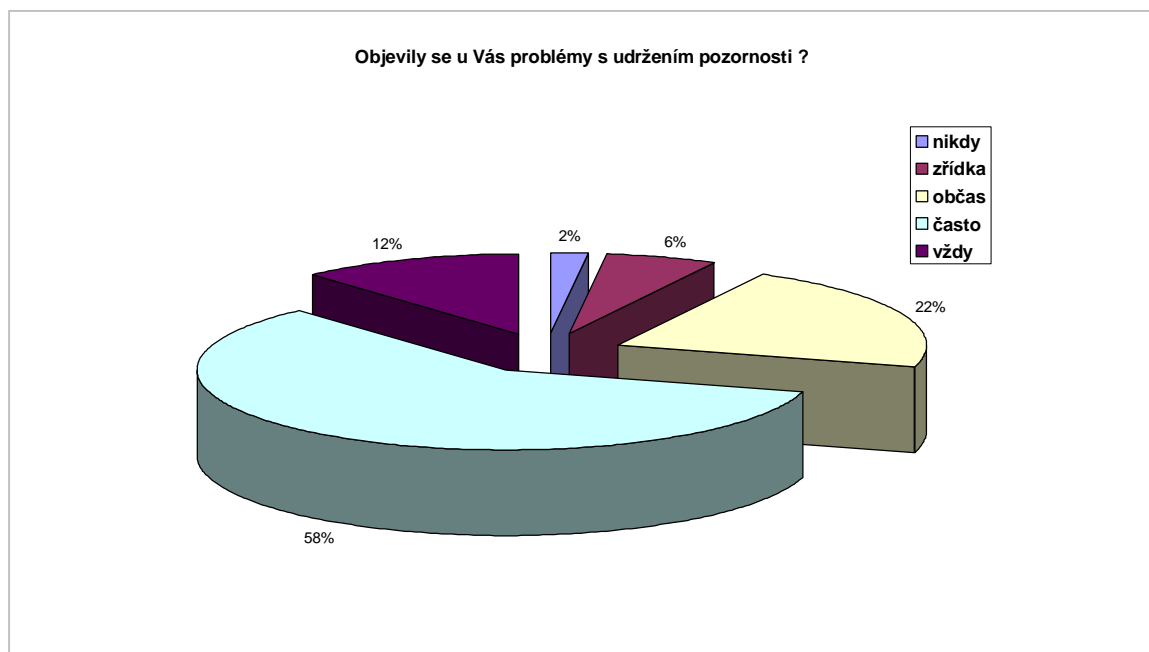
Graf 11 : Problémy s porozuměním učiva



Tento graf jednoznačně nepotvrdil, zda se objevují problémy s porozuměním učiva, 62% respondentek udává občas, 20% zřídka a po 6% často, vždy a nikdy.

Na otázku, zda se v průběhu onemocnění objevily problémy s udržением pozornosti, odpověděly klientky následovně :

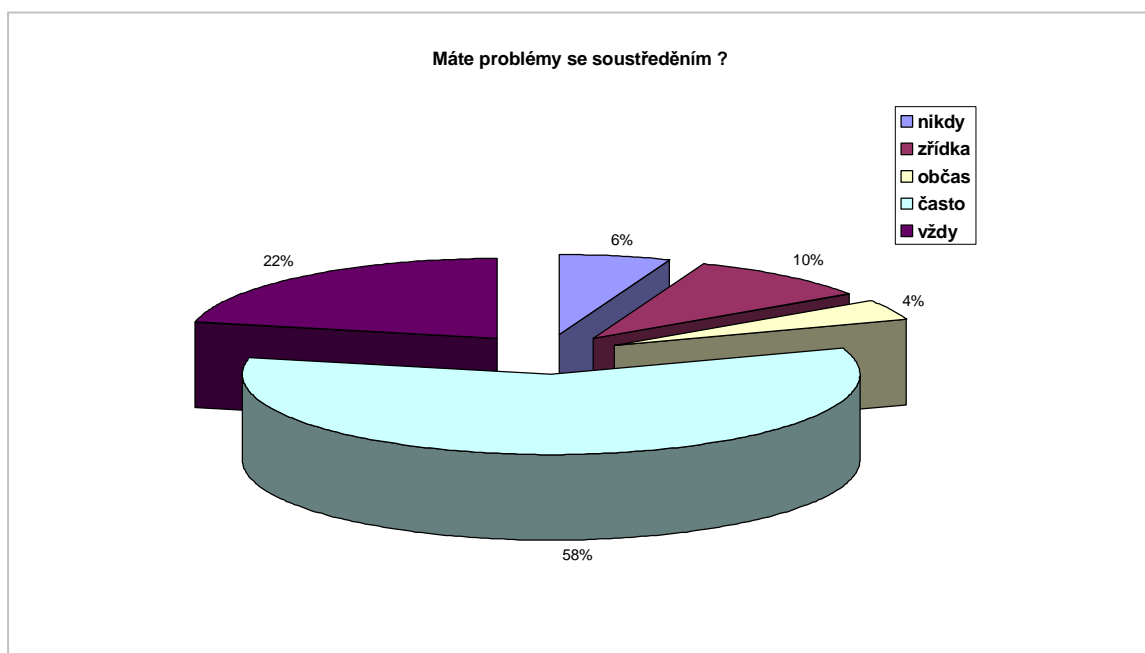
Graf 12 : Problémy s udržением pozornosti.



Častý problém s udržением pozornosti udávalo 58% dotázaných. 22% pacientek mělo tento problém občas, 12% vždy, 6% zřídka a 2% tento stav nikdy nezaregistrovala.

Další otázka v dotazníku zněla, zda mají pacientky problémy se soustředěním ?

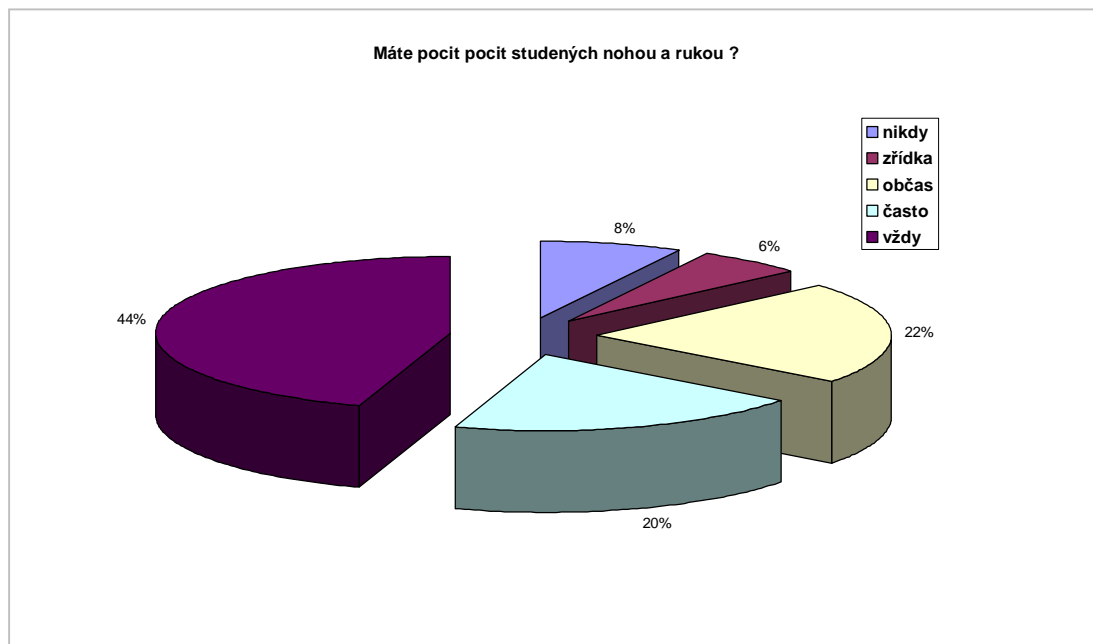
Graf 13 : Problém soustředěnosti



Jak shora vyplývá, většina pacientek měla problémy se soustředit a to konkrétně 58% často, 22% se nemohlo soustředit vždy. 4% občas, 10% zřídka a 6% tento problém nezpozorovalo.

Další otázkou byl problém, zda se pacientky setkaly s pocitem studených rukou a nohou.

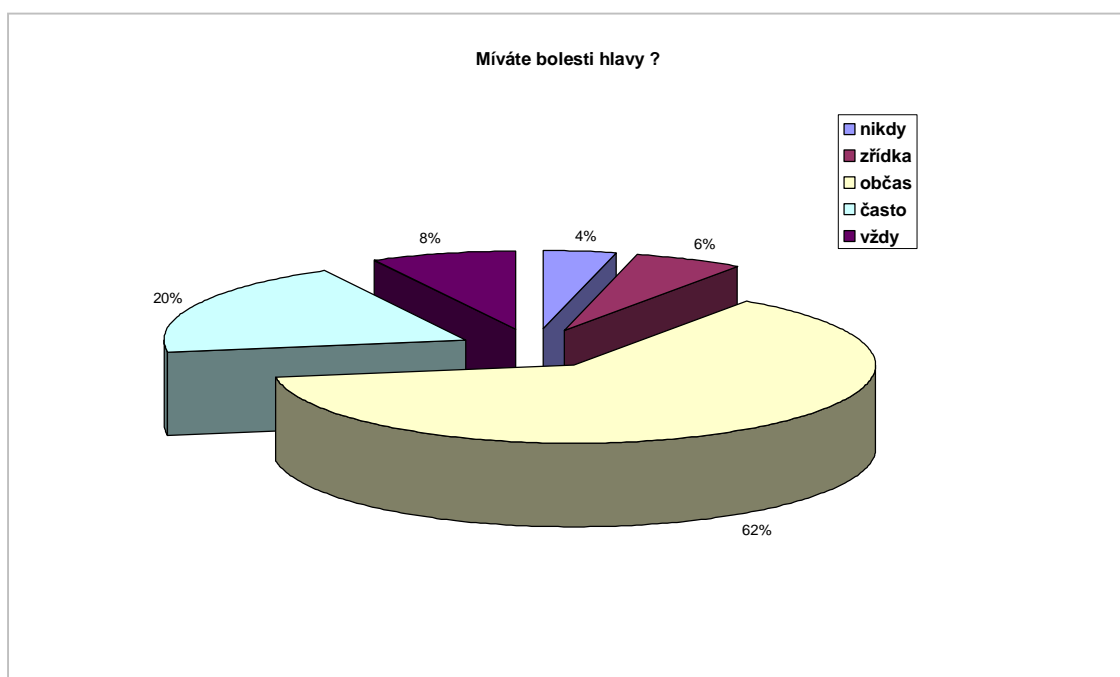
Graf 14 : Pocit studených nohou a rukou



Z odpovědí se potvrdilo, že většina klientek měla pocit studených rukou a nohou. Konkrétně : 44% vždy, 20% často, 22% občas, 6% zřídka a 8% nikdy.

Otázkou, zda v průběhu onemocnění trpí pacientky bolestmi hlavy, odpověděly v dotazníku takto :

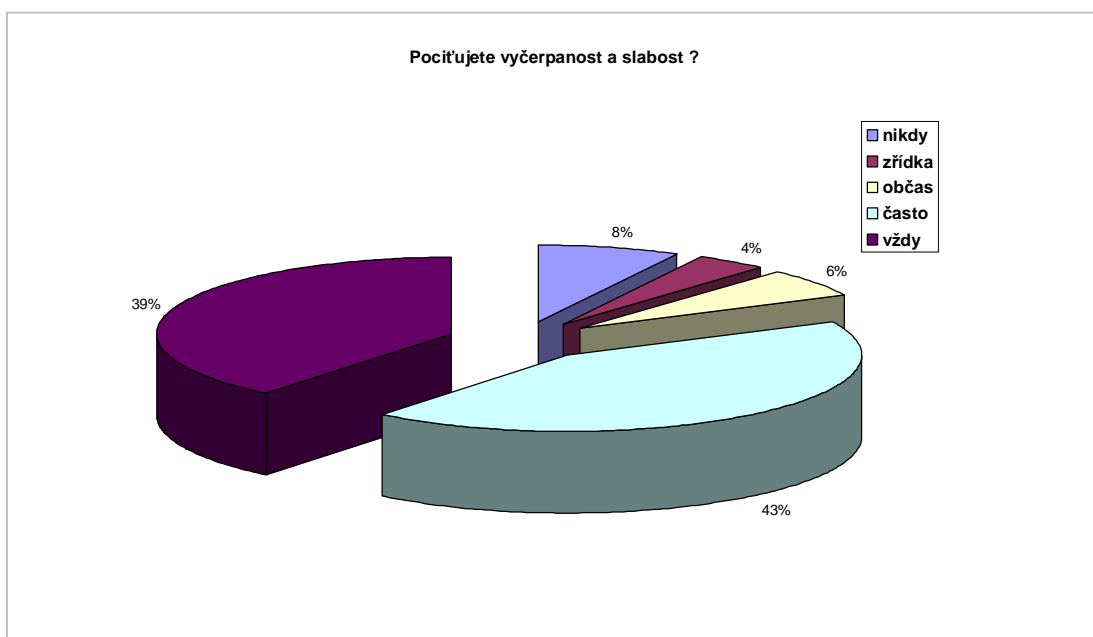
Graf 15 : Bolesti hlavy



Z tohoto grafu vyplývá, že občasnými bolestmi hlavy trpí celkem 62% dotázaných, 20% často, 8% vždy, 6% zřídka a 4% bolestmi hlavy netrpí nikdy.

Dalším bodem dotazníku je otázka zabývající se pocitem stavu vyčerpání a slabosti.

Graf 16 : Pocit slabosti a vyčerpání

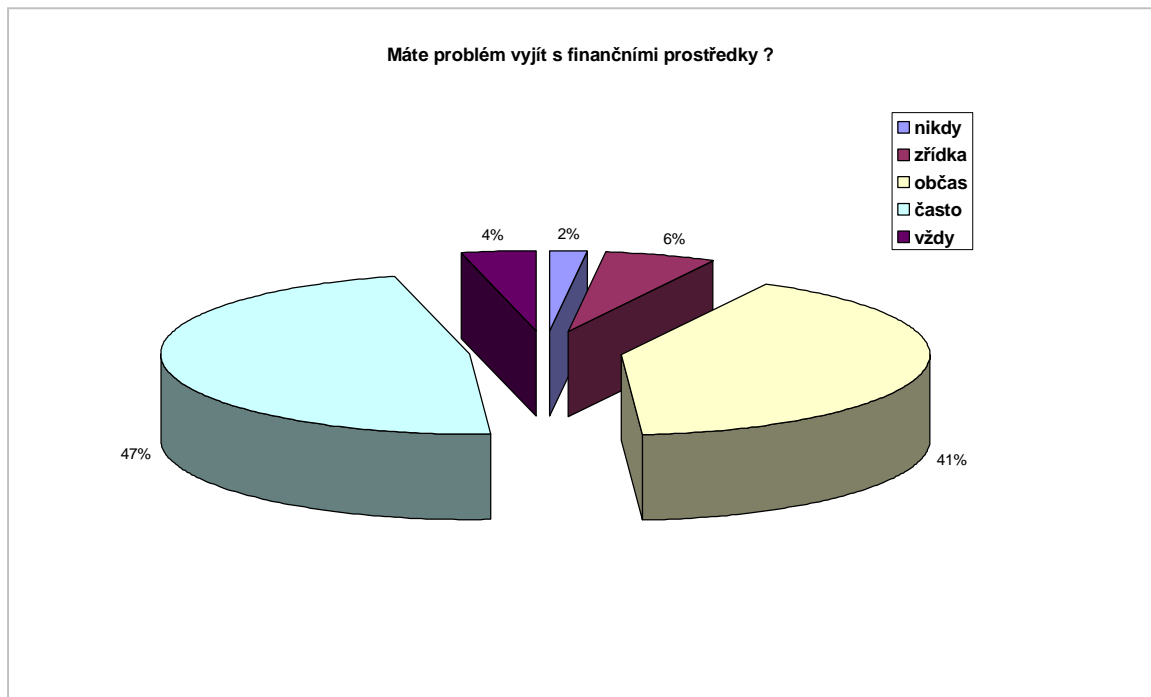


82% dotázaných odpovědělo, že problém vyčerpanosti a slabosti mají vždy, nebo často. 6% občas, 4% zřídka a 8% nikdy.

III. FINANČNÍ OBLAST

V této oblasti jsem jako první položila otázku, zda mají pacientky v průběhu onemocnění, problém vyjít se svými finančními prostředky.

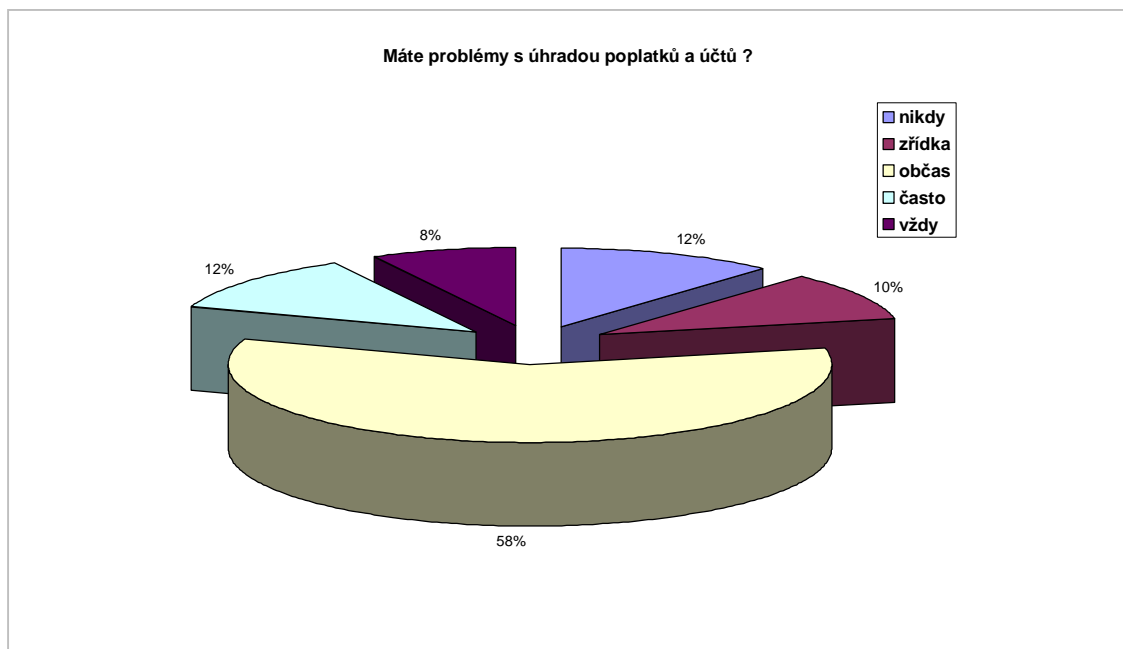
Graf 17 : Problém, jak vyjít s penězi



47% všech dotazovaných mělo často problém vyjít s finančními prostředky. 41% občas, 6% zřídka, 4% vždy a 2% tento problém nemělo.

Dalším tématem byl problém, zda mají pacientky potíže s úhradou účtů a poplatků, Konkrétní odpovědi ukazuje graf.

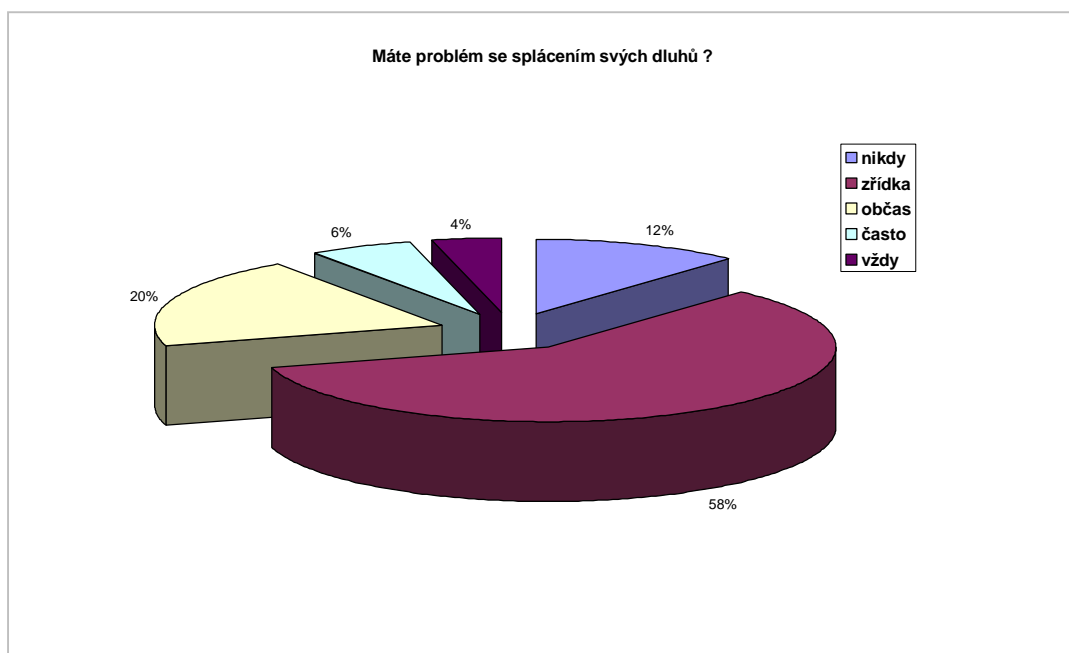
Graf 18 : Problémy s úhradou poplatků a účtů



Potíže s úhradou poplatků a účtů mělo občas 58% dotázaných, 10% zřídka, 12% často, 12% nikdy. Pouze 8% z celkového počtu, mělo tento problém vždy.

Na předchozí otázku navazuje dotaz, zda měly respondenty problémy s úhradou případných dluhů.

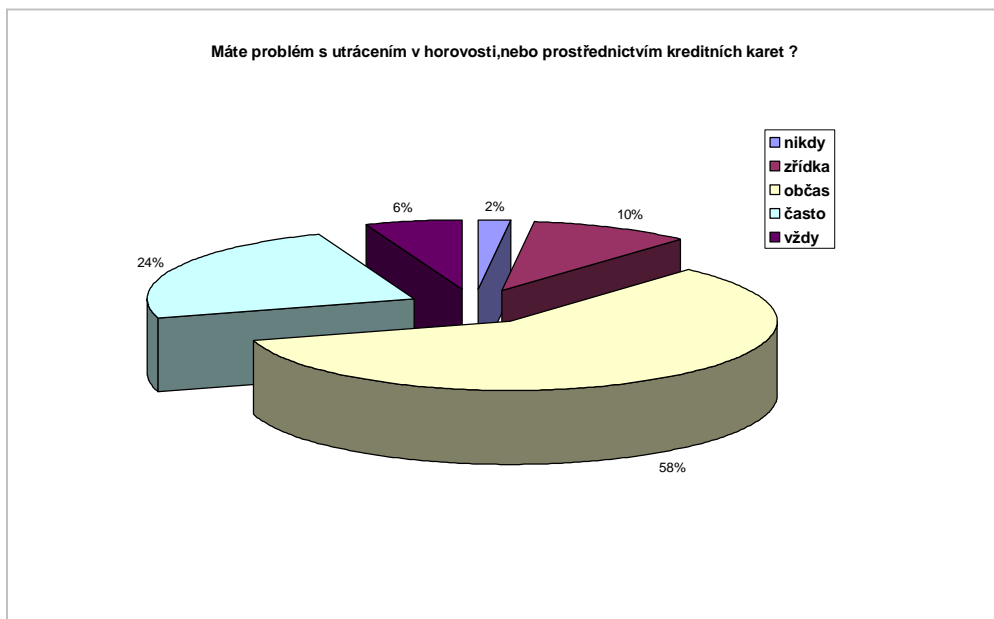
Graf 19 : Problém se splácením dluhů



Tento graf vyloženě nepotvrdil, že by pacientky měly problém s úhradou svých případných dluhů. 58% zřídka, 20% občas, 12% nikdy, 6% často a 4% vždy.

Další důležitá otázka byla položena pacientkám v souvislosti s nadměrným utrácením hotovosti, nebo prostřednictvím platebních karet.

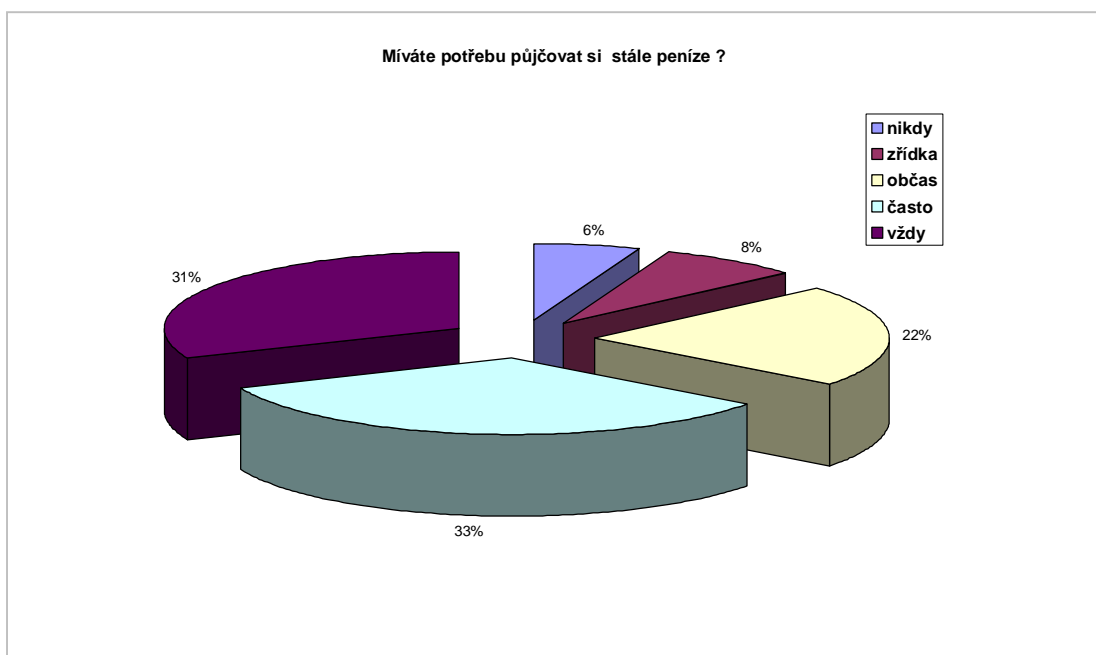
Graf 20 : Problém s utrácením hotovosti, nebo prostřednictvím kreditní karty.



24% dotázaných tímto problémem v průběhu onemocnění trpěla často, 58% občas, 10% zřídka, 6% vždy a 2% tímto problémem netrpí vůbec.

Posledním dotazem v oblasti financí bylo zjištění, zda respondenty mají potřebu si stále půjčovat peníze.

Graf 21 : Potřeba stále si půjčovat peníze

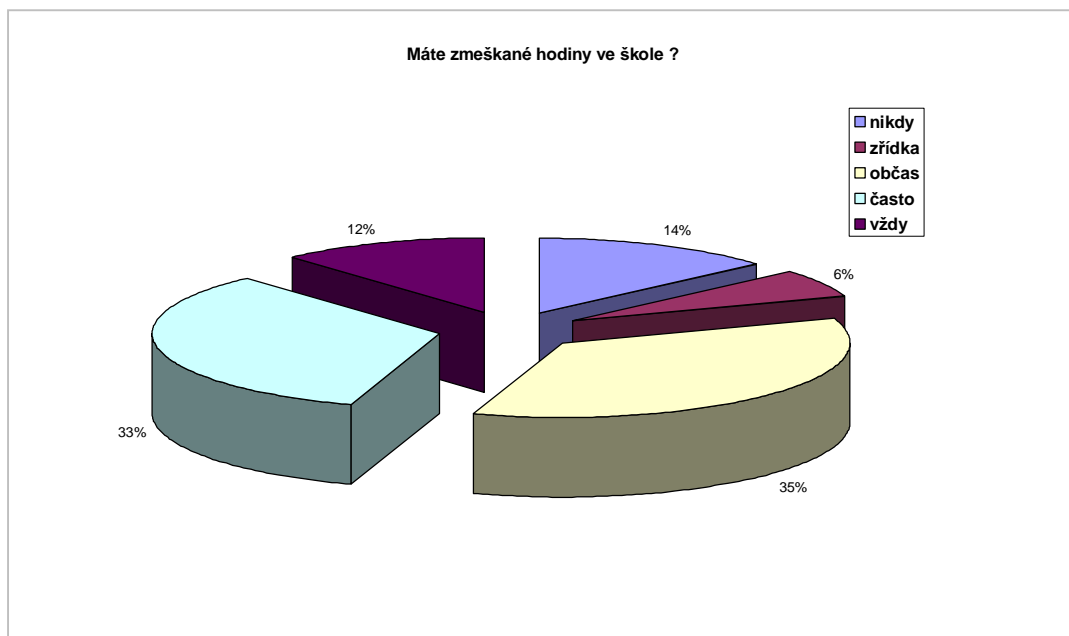


64% dotázaných odpovědělo, že mají nutkání si neustále půjčovat peníze. Konkrétně 33% často, 31% vždy. Dále pak 22% občas, 8% zřídka a 6% nikdy.

IV. ŠKOLA, PRÁCE

První otázkou v této oblasti jsem se zabývala problémem, zda pacientky zanedbávají docházku do školy.

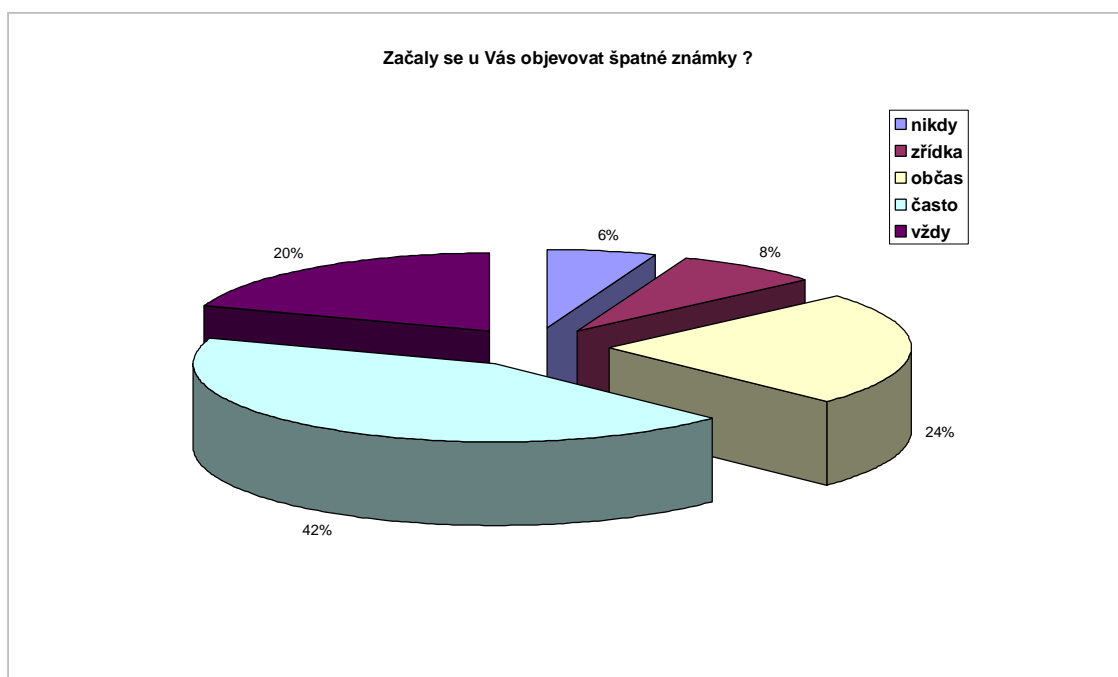
Graf 22 : Zmeškané hodiny ve škole



Dá se říci, že tímto problémem trpí občas 35%, často 33%, 14% nikdy, 6% zřídka a 12% tímto trpí vždy.

Další důležitou otázkou, která byla respondentkám položena se týkala prospěchu ve škole. Konkrétně, zda se v průběhu onemocnění u nich začaly objevovat zhoršené známky.

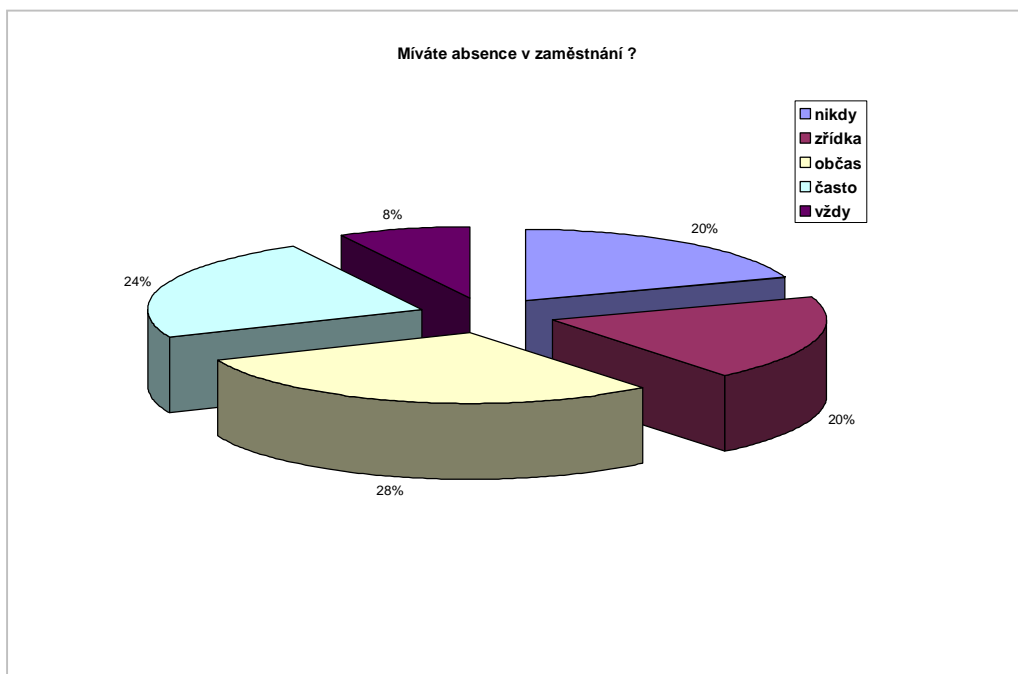
Graf 23 : Špatné známky



62% ze všech dotázaných objevila v souvislosti se svou nemocí problém se zhoršeným prospěchem. Konkrétně dle grafu je to 42% často a 20% vždy. Dále pak 24% občas, 8% zřídka a 6% dotázaných tímto problémem netrpělo nikdy.

Vzhledem k věkovému složení respondentek byl položen i dotaz, zda mívaly absence v zaměstnání.

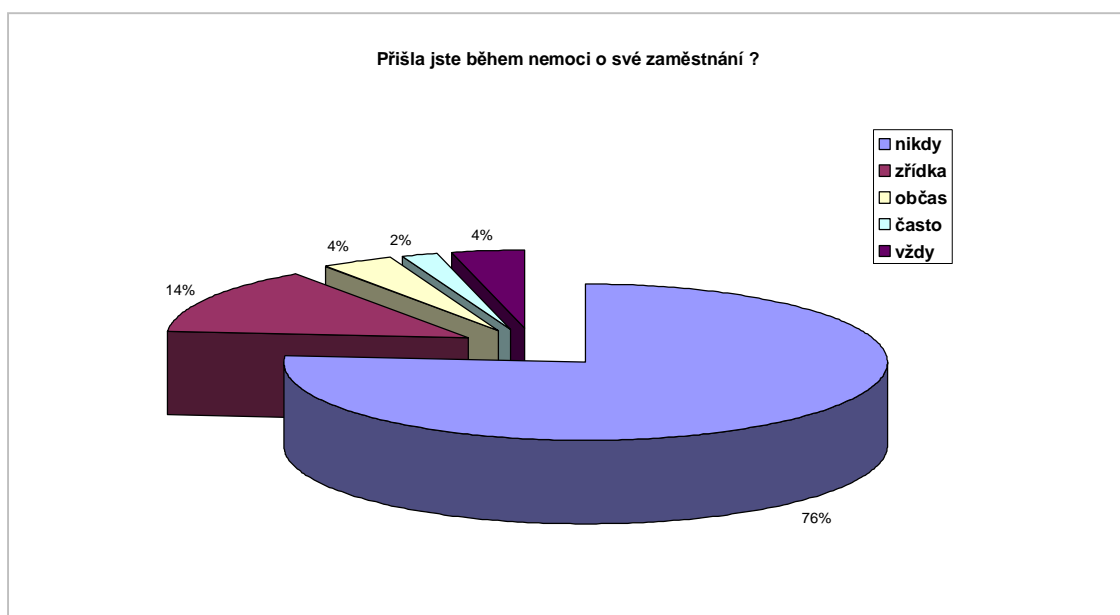
Graf 24 : Absence v práci



Z výše uvedeného grafu vyplynulo následující : 28% tímto problémem trpí občas, 24% často, 20% zřídka, 20% nikdy a 8% vždy.

Nedílnou součástí testu byla i otázka, zda některá z respondentek přišla během nemoci o své zaměstnání.

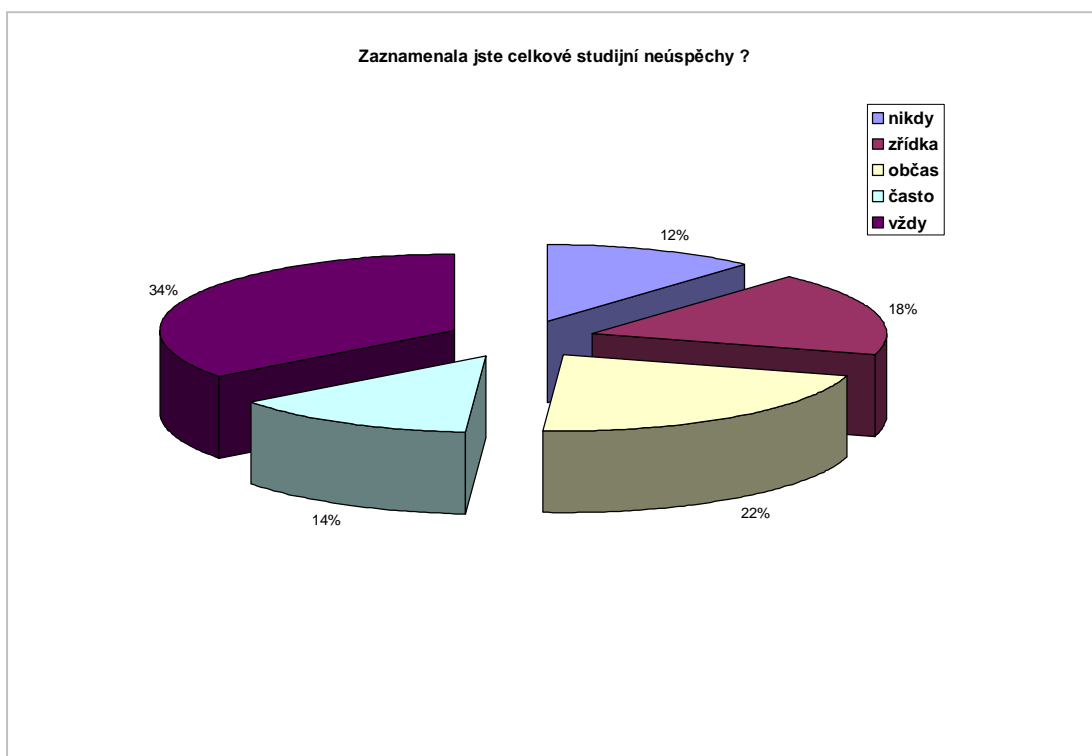
Graf 25 : Ztráta zaměstnání



Většina respondentek v průběhu své nemoci nepřišla o své zaměstnání. Z celkového počtu dotázaných je to 76%. 14% zřídka, 4% vždy, 4% občas a 2% často.

Poslední otázkou v dotazníkovém šetření bylo zjištění, zda klientky zaznamenaly v průběhu nemoci celkové studijní neúspěchy.

Graf 26 : Celkové studijní neúspěchy



48% dotázaných sdělilo, že měly problém s celkovými studijními neúspěchy.

Konkrétně 34% vždy, 14% často, 22% občas, 18% zřídka a pouze u 12% dotázaných tento problém nevznikl nikdy.

DISKUZE

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jaká je kvalita života u diagnózy mentální anorexie z pohledu pacientek, v jaké, z uvedených oblastí spatřují největší úskalí a jak vnímají kvalitu života v souvislosti s tímto závažným onemocněním a také zjištění, zda a do jaké míry je kvalita života zhoršena.

Mentální anorexie je onemocnění, které se vyskytuje v relativně časném období a to nejčastěji mezi 15-24 rokem, jak vyplývá z odborné literatury.

Vlastní výzkum jsem prováděla metodou dotazníkového šetření. Dotazník byl určen ženám od věkové kategorie 18 let. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, zpět se mi dostalo 51 dotazníků, návratnost tedy byla 42,5 %. Zásadním problémem, se kterým jsem se setkala, byla obava a mnohdy až odmítavý postoj klientek tohoto centra k vyplňování dotazníků. Původně jsem ke svému výzkumnému šetření chtěla připojit i případovou studii, formou rozhovoru s pacientkami, léčícími se pro poruchu příjmu potravy, bohužel však tato studie nebyla schválena etickou komisí.

Použitý dotazník byl převzat z amerického originálu a byl rozdělen do čtyř oblastí a měl celkem 25 otázek. Shrnu-li počet odpovědí v jednotlivých oblastech a porovnáme-li jednotlivé grafy, tak lze vidět, že odpovědi nejsou jednoznačné.

V I. psychologické oblasti vyšlo najevo, že nejvíce respondentek trpělo nejčastěji pocity osamělosti v 60%, vyhýbání se jídlu s ostatními v 68% a v 58% zaznamenaly zhoršení svého celkového stavu. V II. oblasti somatické a kognitivní se prokázalo, že nejvíce klientek udávalo problémy s porozuměním učiva a stěžovaly si na bolesti hlavy v 62% a v 58% zaznamenaly zhoršenou schopnost pozornosti a soustředění. Ve III. oblasti, kde jim byly položeny otázky, ohledně financí, převládal problém s úhradou poplatků a účtů, se splácením dluhů a utrácením hotovosti i utrácením prostřednictvím kreditních karet v 58%

dotazovaných. Problém vyjít s penězi mělo 47% respondentek. V poslední IV.oblasti školy a práce se potvrdilo, že 76% pacientek nikdy nepřišlo o své zaměstnání během své nemoci, zameškané hodiny ve škole potvrdilo 35% respondentek a zhoršený studijní prospěch 42%. Celkové studijní neúspěchy zjistilo 34% dotazovaných.

Jak vyplývá z uvedených grafů, velká škála pacientek má obtíže ve většině deklarovaných oblastech a vzhledem k tomu, že četné publikace uvádějí, že pacientky, trpící mentální anorexií mají sklon k drobným podvodům a lhaní, nemyslím si, že respondentky odpovídaly nepravdivě. Je tudíž patrné, že kvalita života u lidí s poruchou příjmu potravy – mentální anorexií je zhoršena ve všech uvedených oblastech a tedy koreluje s odbornou literaturou, ze které jsem čerpala .

Myslím si, že tento dotazník by mohl být zařazen i do běžné praxe, aby se jeho prostřednictvím mohly vytipovat nejčastější problémy a hlavní ošetřovatelskou péči pak zaměřit na jednotlivé oblasti, které jsou nejvíce zasaženy a tím zlepšit kvalitu života osob, léčících se s mentální anorexií.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na posouzení kvality života u pacientek, léčících se s diagnózou mentální anorexie.

V teoretické části jsem se zabývala příčinami, projevy, komplikacemi i léčebnými intervencemi. Zvláštní pozornost jsem věnovala i ošetrovatelské problematice, která má svá daná specifika. Bohužel jsem zde narazila na hlavní problém, kterým byl nedostatek odborné literatury, zabývající se právě výše zmíněnými ošetrovatelskými zásahy.

Hlavním cílem empirické oblasti bylo zmapovat kvalitu života u pacientek, léčících se pro poruchu příjmu potravy. Zde byl největším úskalím právě odmítavý postoj klientek k vyplňování dotazníků a tím i získání dostatečného počtu respondentek, které by byly ochotné se na výzkumu podílet.

Porucha příjmu potravy – mentální anorexie je velmi závažné onemocnění, které je celosvětovým problémem. Díky medializaci a také řady odborných publikací, které upozorňují na nebezpečnost této nemoci, se dostala do podvědomí také široké veřejnosti. Vzhledem k tomu, že dosud ještě nebyla stanovena hlavní příčina onemocnění, nebyl objeven způsob, jak tuto nemoc spolehlivě eliminovat i léčit.

Kvalita života u pacientek, trpících mentální anorexií je zhoršena ve všech oblastech, deklarovaných v příloženém dotazníku. V budoucnu by bylo potřeba se zaměřit na problémové oblasti a věnovat jim dostatečnou pozornost, včetně ošetrovatelské péče.

Domnívám se, že pokud nebude v budoucnu objasněna hlavní příčina tohoto vážného onemocnění, stále více pacientek bude tomuto onemocnění podléhat.

Anotace**Autor:** Pavla Vyhnánková**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství**Název práce:** Kvalita života a problematika ošetřování nemocných s diagnózou mentální anorexie**Vedoucí práce:** MUDr.Jarmila Rážová, Ph.D.**Počet stran:** 87**Počet příloh:** 2**Rok obhajoby:** 2008**Klíčová slova:** mentální anorexie, účinky hladovění na lidský organismus, varovné symptomy, příčiny, léčebná a ošetrovatelská problematika, dotazník

Tato bakalářská práce pojednává o kvalitě života lidí se závažným onemocněním, týkajícím se poruchy příjmu potravy- mentální anorexií.

V teoretické části se zabývám otázkami příčin, projevů, možností léčby a problematikou ošetrovatelského přístupu.

Těžiště práce tvoří kvantitativní výzkumné šetření ve formě dotazníku, které se zabývá zkoumáním kvality života v průběhu onemocnění.

This bachelor dissertation concentrates on the quality of life of the people with the serious disease connected with the disorder of food reception – mental anorexy.

In the teoretical part I am concentrated on the questions of the reasons, utterances, medicinal treatment and the problems concerning the medicinal nurses approach to such patiens.

The core of this dissertation is based on the quantitative research in the form of questionnaire, concentrated on the investigation of the quality of life during the mentioned issues.

Key words: mental anorexy, affects of the starvation on the human organism, warning symptoms, reasons, medicinal treatment and nursery, questionnaire

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- (1) KRCH, F. Mentální anorexie. Praha: Portál, 2002, 233 s. ISBN 80-7178-598-9
- (2) HOSCHL, C. Psychiatrie pro praktické lékaře. H+H, 1996, 421 s. ISBN 80-85-787-96-2
- (3) KRCH, F. Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada, 1999, 233 s. ISBN 80-7169-627-7
- (4) MAREŠ, J. a kol. Kvalita života u dětí a dospívajících I. Brno: MSD, 2006.
ISBN 80-86633-65-9
- (5) ENGEL, S.G., WITTOCK, D.A., CROSBY, R.D. et al. Development and Psychometric Validation of an Eating Disorder – Specific Health Related Quality of Life Instrument. International Journal of Eating Disorder, 2006, vol.39, no.1, pg. 62-71. ISSN 0276-3478
- (6) HOSÁKOVÁ, J. a kol. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Slezská univerzita v Opavě, 2007, s.158. ISBN 978-80-7248-442-3
- (7) PACOVSKÝ, V. a kol. Vnitřní lékařství, Praha: Avicem, 1986, 975 s. ISBN 250-2198-43-0
- (8) MARKOVÁ, E. a kol. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 2006, 323 s. ISBN 80-247-1151-6

- (9) <http://anorexie.czechian.net/PRI.htm>
- (10) <http://www.anorexie.wz.cz>
- (11) <http://www.medvik.cz>

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1:** Rozdělení nemocných dle věku
- Graf 2:** Cítit se osamělý, opuštěný
- Graf 3:** Mít divný pocit
- Graf 4:** Tendence vyhýbat se lidem
- Graf 5:** Cítit se trapně
- Graf 6:** Cítit se dobře
- Graf 7:** Ztráta zájmu s schopnosti se radovat
- Graf 8:** Vyhýbat se jídlu společně s ostatními
- Graf 9:** Nepečovat o sebe
- Graf 10:** Mít ze sebe špatný pocit
- Graf 11:** Mít problémy s porozuměním učiva
- Graf 12:** Mít problémy s udržením pozornosti
- Graf 13:** Mít problém se na něco soustředit
- Graf 14:** Mít pocit studených rukou a nohou
- Graf 15:** Mít bolesti hlavy
- Graf 16:** Mít pocity slabosti, vyčerpání
- Graf 17:** Mít problém, jak vyjít s penězi
- Graf 18:** Mít problém s placením účtů a poplatků
- Graf 19:** Mít problém se splácením dluhů
- Graf 20:** Mít problém s utrácením hotovosti či prostřednictvím kreditních karet
- Graf 21:** Mít potřebu půjčovat si stále peníze
- Graf 22:** Mít zameškané hodiny ve škole
- Graf 23:** Mít špatné známky
- Graf 24:** Mít absence v práci
- Graf 25:** Ztráta zaměstnání
- Graf 26:** Mít celkové studijní neúspěchy

SEZNAM PŘÍLOH

P I. Plné znění dotazníku

P II. Souhlas centra Anabell s provedením výzkumného šetření

DOTAZNÍK EDQOL

Autoři : Engel, Wittock, Crosby et al.(2006)
 Experimentální česká verze : Mareš, Hadaš (2006)

Vážení respondenti,

Jmenuji se Pavla Vyhnánková a studuji obor ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Svoji závěrečnou bakalářskou práci jsem si zvolila na téma „Kvalita života a problematika ošetrovatelství u diagnózy mentální anorexie.“ Tento dotazník je určený pro ženy a dívky od věkové hranice osmnácti let. Z uvedeného důvodu se na Vás obracím s prosbou o vyplnění přiloženého dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce. Dotazník je rozdělen do čtyř oblastí a jednotlivé otázky jsou očíslovány. Způsob odpovědi je v pětistupňové škále /0-nikdy,1-zřídka,2-občas,3-často,4-vždy/. Odpovědi prosím zakroužkujte.

Ujišťuji Vás, že veškeré údaje Vámi uvedené v dotazníku jsou zpracovány čistě pro vědecké účely a data nebudou zneužita. Dotazník je anonymní a dobrovolný.

Děkuji Vám

Věk respondentky :

I. PSYCHOLOGICKÁ OBLAST	NIKDY	ZŘÍDKA	OBČAS	ČASTO	VŽDY
1. Cítíte se osamělé, opuštěné?	0	1	2	3	4
2. Máte divný pocit ?	0	1	2	3	4
3. Zjišťujete tendence vyhýbat se lidem ?	0	1	2	3	4
4. Cítíte se trapně ?	0	1	2	3	4
5. Cítíte se dobře ?	0	1	2	3	4
6. Objevila se u Vás ztráta zájmů a schopnosti se radovat	0	1	2	3	4
7. Vyhýbáte se jídlu společně s ostatními ?	0	1	2	3	4
8. Zjistila jste, že už o sebe nepečujete jako dříve ?	0	1	2	3	4
9. Míváte ze sebe špatný pocit ?	0	1	2	3	4
II. SOMATICKÁ, KOGNITIVNÍ OBLAST					
10. Máte problémy s porozuměním učiva ?	0	1	2	3	4
11. Objevily se u Vás problémy s udržení pozornosti ?	0	1	2	3	4
12. Máte problémy se soustředěním ?	0	1	2	3	4
13. Máte pocit studených rukou a nohou ?	0	1	2	3	4
14. Míváte bolesti hlavy ?	0	1	2	3	4
15. Pociťujete slabost, vyčerpání ?	0	1	2	3	4
III. FINANČNÍ OBLAST					
16. Máte problém vyjít s finančními prostředky ?	0	1	2	3	4
17. Objevily se u Vás problémy s úhradou účtů a poplatků ?	0	1	2	3	4
18. Máte problémy se splácením případných dluhů ?	0	1	2	3	4
19. Objevil se u Vás problém s nadměrným utrácením hotovosti, nebo prostřednictvím platebních karet ?	0	1	2	3	4
20. Míváte potřebu půjčovat si stále peníze ?	0	1	2	3	4

IV. ŠKOLA, PRÁCE					
21. Máte zmeškané hodiny ve škole ?	0	1	2	3	4
22. Začaly se u Vás objevovat špatné známky ?	0	1	2	3	4
23. Míváte absence v zaměstnání ?	0	1	2	3	4
24. Přišla jste během nemoci o zaměstnání ?	0	1	2	3	4
25. Zaznamenala jste celkové studijní neúspěchy ?	0	1	2	3	4

Děkuji Vám, za čas věnovaný tomuto dotazníku. Pokud jste ochotné mi cokoliv sdělit a týká se to Vašich problémů, vyplývajících z Vaši nemoci budu velice ráda, když mi to sdělíte zde :

Příloha II.

Kontaktní centrum ANABELL
Areál Stanice přírodovědců DDM hl.m.Prahy
Drtinova 1a
150 00 Praha 5

V Praze dne 10.3.2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v centru Anabell hl.m.Prahy

Vážená paní Parolková,

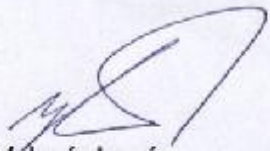
dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vašem centru Anabell v rámci mé závěrečné bakalářské práce. Jmenuji se Pavla Vyhnánková a jsem posluchačka 4. ročníku bakalářského studijního programu ošetrovatelství na LF HK.

Cílem práce je zjistit kvalitu života a problematiku ošetrovatelství u pacientů s diagnózou mentální anorexie. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je součástí této žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením MUDr. Jarmily Rážové, Ph.D., ze Státního zdravotního ústavu hl.m.Prahy.

Děkuji za sdělení Vašeho rozhodnutí a jsem s pozdravem

Studentka bakalářského studia
ošetrovatelství LF HK



Pavla Vyhnánková
Bellušova 1822
155 00 Praha 5
e-mail: pviper@centrum.cz
tel: 775 151 778

Vedoucí závěrečné bakalářské práce:



MUDr. Jarmila Rážová, Ph.D.
Státní zdravotní ústav
Šrobárova 48
110 00 Praha 10
e-mail: jarmila.razova@szu.cz
tel: 267 082 500

Vyjádření instituce:

- souhlasím
- nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 11. 3. 2008

Občanské sdružení Anabell - sociální poradna
pro nemocné anorexií a bulimií
Kontaktní centrum Anabell Prahy
Drtinova 1a, 150 09 Praha 5
(areál Stojice přivaděčem)
Podpis: [signature]
tel.: 775 904 778